

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。

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う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をしてもらうように努めた。

(令和元年度)

1. インターネット調査による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た両立支援が必要な状況、両立支援への職場の姿勢及び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

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20)

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21)。

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22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。(表22)

「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」という問いに対して、「報告している」者と「報告していない」者での指標の比較において、離職

意思、集団維持機能、コントロール、上司の支援は、「報告している」者が、「報告していない」者よりも有意に高く、LMXと課題達成機能は「報告していない」者が「報告している者」よりも有意に高かった。「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、「申し出ている」者と「申し出していない」者での指標の比較を行ったところ、離職意思、集団維持機能、上司の支援については「申し出ている」者が「申し出していない」者よりも有意に高く、LMXについては「申し出していない」者が、「申し出ている」者よりも有意に高かった(表23)。

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。

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。

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。

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う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をもらうように努めた。

D. 考察

(平成 29 年度)

1. 治療と仕事の両立支援の現状の把握のためのインターネット調査

インターネット調査の実施により、両立支援が必要な労働者の現状や、両立支援に関する体制整備の状況について把握することが、料理写し円が必要な労働者が、適切な支援を受けられていない、主治医と仕事についての情報交換ができないこと、社内の体制整備が不十分であることが明らかになった。

今後は、収集したデータをもとに、より詳細な分析を行う予定である。事業所規模別や産業別のデータなどについては、平成 30 年度にパンフレットを改訂する際に、反映させることも検討する。

結果の解釈にあたっては、インターネット調査には、対象者についてのバイアスがあることには留意する。

2. パンフレットの作成

今年度は、医療機関で就労に関する相談を行った当事者を抱えた勤務先の経営者や人事担当者（主に中小企業を想定）が何をすれば良いのかを示した 2 種類のパンフレットを作成した。平成 30 年度は、このパンフレットを、神奈川両立支援モデルの枠組みなどを活用して、実際に試行する。そのうえで、関係者からフィードバックを収集し

て、さらにインターネット調査で得られた知見を加えて、より使い勝手の良いもの、中小企業の経営者や人事担当者が、両立支援に前向きに取り組めるようにブラッシュアップしていく予定である。

3. 研究会の開催

今年度実施した第 1 回目の研究会では、当事者、関係者から幅広い意見を収集することが出来た。また、参加者からも一定の評価を得ることができたと考えている。今年度の研究会で得られた意見と、今後の調査研究の進捗を踏まえて、テーマを検討して、関係者からの幅広い意見を収集できるように平成 30 年度も開催予定である。

4. 北里大学病院内での両立支援体制の構築支援

4-1. トータルサポートセンターとの協力体制の構築

今年度は、トータルサポートセンターとの協力体制を構築した。このような協力体制を構築することにより、本研究班で得られた知見や、開発した成果物、活動評価指標などを試行する場を作ることが出来た。次年度は、研究者自らが、産業衛生専門医として、トータルサポートセンターの看護師や、医療ソーシャルワーカーと協力して就労支援のケースへの対応にあたりながら、自分たちが作成したパンフレットを試行していく予定である。また、そこでの経験を踏まえて、現場に必要な情報を収集し、情報提供が必要なことについては、研究会などを開催していく予定である。

4-2. 院内向けの両立支援に関するセミナーの開催

今年度は、2 回のセミナーを開催することで、院内においては、両立支援に関する情報提供について、一定の効果があつたのではないかと考えられた。この結果を踏まえて、平成 30 年度の、がんについては、就労に関する主治医の意見書が保険収載された。こういった動きを踏まえて、平成 30 年度は様々な動きが出てくることが予想されることから、院内にとどまらず、就労支援に関心のある地域の看護師や医療ソーシャルワーカーとも連携して事例検討会なども行っていく予定である。

5. ホームページの開設

治療と仕事の両立支援に関しては、多くの情報があることから、本研究班の活動報告だけではなく、両立支援についての情報を整理することも必要になってくると考えられる。今後、厚生労働省や労働者健康安全機構が治療と仕事の両立支援に関するポータルサイトを立ち上げる予定であることか

ら、次年度は、それらを補完できるようなホームページの構築を行う予定である。

(平成 30 年度)

1. 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

社会保険労務士が対応した事例に基づいて、中小企業に勤務する網膜色素変性症の患者の好事例を作成した。ここで作成したマンガを、次年度では、モデルケースで使用して、中小企業における両立支援の事例の蓄積を行っていききたい。

衛生管理者については、まだまだ事例の蓄積がなされていないことは示唆された。常勤の産業保健スタッフがいない事業所では、衛生管理者の役割が重要になってくると考えられることから、衛生管理者が両立支援に関する知識を習得して、スキルアップする場が重要であろう。引き続き、事例の収集に努めていきたい。

2. 研究会の開催

今年度実施した第 2 回目の研究会では、当事者、関係者から幅広い意見を収集することが出来た。収集された意見は、昨年度と変わりはないが、参加者数が 50%ほど増加したこと、特に社会保険労務士の参加者が増加したこと、関心は高まっていると考えられた。一方で、中小企業で両立支援を進まないという課題については、この 1 年間はあまり変化はない印象であった。

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ている。

4. 北里大学病院内での両立支援体制の構築支援

4-1. トータルサポートセンターとの協力体制の構築

今年度は、昨年度構築したトータルサポートセンターで、患者さんの就労に関する相談にのり、勤務先向けに意見書を作成することをサポートするための就労支援担当医師として、10 例に対して対応した。全てがん患者さんへの対応であり、そのうち 4 例で療養・就労両立支援指導料の算定できた。

面談をする中で、一度面談をしたのちに、会社と相談したうえで、その後の対応が不要のケースが 5 例ほどあった。5 例とも、うまく復職ができていた。患者さんにとっては、就労支援担当医師との面談が、主治医以外の第三者に対して、仕事の面から現在の自分の状況を振り返る機会となり、その結果、勤務先に対して自分の状況をうまく説明することができたのではないかと感じている。

復職を希望される患者さんの中には、復職する気力はあるが、体力が戻っていない方もいた。患者さん側が復職の準備ができない状態で、勤務先との面談をしてしまい、復職に対して、勤務先が不安に思うケースもあるのではないかと考えられた。こういった問題意識に立ち、面談前の準備状態を高めるための院内のセミナーの開催を企画して、今年度中に実施予定である。

分担研究者も参加している神奈川両立支援連絡会の場を活用して、当院での経験を共有し、他の参加者と意見交換を行うことを通じて、次年度は神奈川産業保健総合支援センターとの連携についても取り組みたいと考えている。

4-2. 院内向けの両立支援に関するセミナーの開催

今年度は、3 回のセミナーを開催することで、院内においては、両立支援に関する情報提供について、一定の効果があったのではないかと考えられた。また、セミナーの内容は報告書を作成して、研究班のホームページに掲載することで、情報共有と情報発信を行った。この結果を踏まえて、この 2 年間の活動を踏まえて、次年度も、院内にとどまらず、就労支援に関心のある地域の看護師や医療ソーシャルワーカーとも連携して事例検討会なども行っていく予定である。

5. 研究班ホームページの充実

治療と仕事の両立支援に関しては、多くの情報があることから、本研究班の活動報告だけではなく、両立支援についての情報を整理することも必要になってくると考えられる。今後、厚生労働省や労働者健康安全機構が治療と仕事の両立支援に関するポータルサイトを立ち上げる予定であることから、次年度は、それらを補完できるようなホームページの構築を行う予定である。

(令和元年度)

1. インターネット調査による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た両立支援が必要な状況、両立支援への職場の姿勢及び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

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、仕事をもちながらがんで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ていない者が、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。

「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、病気の報告や、支援の申し出をしてもらう必要がある。そのような行動が生じ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。

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、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を更新に努めていきたい。

E. 結論

3年間の研究期間において、2回のインターネット調査、3回の研究会開催、北里大学病院における両立支援体制の構築、4種類の成果物の作成（ハンドブック、産業保健総合支援センター、社会保険労務士、企業外労働衛生機関の活用）、研究班のホームページの作成、を行った。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。本分担研究の成果をもとに、今後、わが国においてさらに中小企業において両立支援が進むことを期待したい。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

江口尚. 難病患者における治療と就労の両立支援。産業ストレス研究。25(3), 325-334 (2018)。

江口尚. 治療と仕事の両立支援に関する研究—難病患者の両立支援を中心に—。産業医学ジャーナル。42(2), (2018)

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. 難病のある人の就労支援—産業保健職に期待される役割—。シンポジウム2「治療と職業生活の両立支援をどうすすめるか」。第27回日本産業衛生学会全国協議会。2017. 高知。

江口尚. 米国における合理的配慮に関するデータベースの紹介。第27回日本産業衛生学会全国協議会。2017. 東京。

江口尚, 和田耕治. 介護と仕事の両立による労働者のストレスの状況：国民生活基礎調査の結果か

ら。第76回日本公衆衛生学会。2017. 鹿児島。

江口尚. 一億総活躍社会における産業保健活動の見える化—産業看護職に期待される役割と説明責任—。教育講演1。第6回日本産業看護学会。2017. 東京。

江口尚. 米国における両立支援に関するデータベースの応用例。シンポジウム2両立支援。第24回日本行動医学会。2017. 東京。

江口尚. 難病患者の就労支援。シンポジウム11。第88回日本衛生学会。2018. 東京。

江口尚. 中小企業における治療と仕事の両立支援の推進のために。公募企画1「治療と仕事の両立を実現するために何が必要か?」。第28回日本産業衛生学会全国協議会。2018. 東京。

江口尚, 堤明純, 井上彰臣, 可知悠子. 治療と仕事の両立支援に関する事業所内ルール作成と事業所内研修の実施と両立支援の体制の充実度との関連。第28回日本産業衛生学会全国協議会。2017. 東京。

江口尚, 田淵貴大. 日本の中高年者におけるがん治療の就労への影響—中高年者縦断調査9年間の分析から—。第77回日本公衆衛生学会。2018. 鹿児島。

江口尚. 医療と職場で支える両立支援。第77回日本産業衛生学会東北地方会 第22回産業医協議会。2018. 仙台。

江口尚. 仕事と介護との両立。シンポジウム4両立支援と行動医学。第25回日本行動医学会。2018. 徳島。

江口尚. 中小企業における両立支援の実際—一人でも多くの方に治療と仕事の両立の機会を提供するために—。ランチョンセミナー2。第89回日本衛生学会。2019. 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

表1 調査対象者の属性 (n=1134)

	n	(%)
性別		
男性	567	(50.0)
女性	567	(50.0)
年齢		
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)
地域		
北海道	59	(5.2)
東北地方	73	(6.4)
関東地方	396	(34.9)
中部地方	201	(17.7)
近畿地方	218	(19.2)
中国地方	52	(4.6)
四国地方	37	(3.3)
九州地方	98	(8.6)
婚姻		
未婚	541	(47.7)
既婚	593	(52.3)
子どもの有無		
有り	602	(53.1)
無し	532	(46.9)
世帯年収		
200万未満	40	(3.5)
200～400万未満	216	(19.0)
400～600万未満	248	(21.9)
600～800万未満	194	(17.1)
800～1000万未満	122	(10.8)
1000～1200万未満	67	(5.9)
1200～1500万未満	48	(4.2)
1500～2000万未満	27	(2.4)
2000万円以上	17	(1.5)
わからない	64	(5.6)

個人年収	欠損値	91 (8.0)
	200 万未満	112 (9.9)
	200～400 万未満	395 (34.8)
	400～600 万未満	265 (23.4)
	600～800 万未満	134 (11.8)
	800～1000 万未満	57 (5.0)
	1000～1200 万未満	25 (2.2)
	1200～1500 万未満	12 (1.1)
	1500～2000 万未満	4 (0.4)
	2000 万円以上	10 (0.9)
	わからない	29 (2.6)
	欠損値	91 (8.0)
主たる生計維持者	はい	827 (72.9)
	いいえ	307 (27.1)
学歴	中学校卒業	14 (1.2)
	高校中退・卒業	232 (20.5)
	短大・高専・専門学校中退・卒業	258 (22.8)
	大学中退・卒業	542 (47.8)
	大学院中退・修了	87 (7.7)
	その他	1 (0.1)
雇用形態	経営者・役員	53 (4.7)
	正規の職員・従業員	870 (76.7)
	パート	36 (3.2)
	アルバイト	13 (1.1)
	労働者派遣事業所の派遣社員	33 (2.9)
	契約社員	98 (8.6)
	嘱託	21 (1.9)
	その他	10 (0.9)
職業	管理職（課長職以上の方はここをチェックしてください）	159 (14.0)
	専門職（研究職，技師，コンピューターエンジニア，医師，看護師，教	181 (16.0)

員など)		
技術者（電気技術者，コンピュータ技術者，栄養士など）	75	（ 6.6 ）
事務職（一般事務員，経理，秘書，パンチャーなど）	427	（ 37.7 ）
サービス（販売員，保安員，ウェイトレス，保育，介護者など）	137	（ 12.1 ）
技術を必要とする生産技能職（建築，機会修理，整備，手工芸など）	39	（ 3.4 ）
機械を操作する生産技能職（機械の運転・操作，自動車の運転など）	32	（ 2.8 ）
身体を使う作業の多い生産技能職（包装，出荷，清掃など）	45	（ 4.0 ）
その他の仕事	39	（ 3.4 ）
障害者雇用枠での雇用		
そうだ	141	（ 12.4 ）
違う	993	（ 87.6 ）
勤務先規模		
10人未満	121	（ 10.7 ）
10-29人	94	（ 8.3 ）
30-49人	59	（ 5.2 ）
50-99人	119	（ 10.5 ）
100-299人	155	（ 13.7 ）
300-999人	178	（ 15.7 ）
1000-4999人	160	（ 14.1 ）
5000人以上	169	（ 14.9 ）
政府・官公庁・公務員・自治体	79	（ 7.0 ）
勤務先の対応可能な制度		
時差出勤	366	（ 32.3 ）
1日の所定労働時間を短縮	374	（ 33.0 ）
週又は月の所定労働時間等を短縮	198	（ 17.5 ）
時間単位の休暇（年休時間付与を含む）	319	（ 28.1 ）
在宅勤務（テレワークを含む）	114	（ 10.1 ）
試し（ならし）出勤	182	（ 16.0 ）
傷病休暇・病気休暇（賃金補償あり）	479	（ 42.2 ）

傷病休暇・病気休暇（賃金補償なし）	314	（ 27.7 ）
この中にあてはまるものはない	233	（ 20.5 ）
勤務先の業種		
農業，林業	1	（ 0.1 ）
漁業	0	（ 0.0 ）
鉱業，採石業，砂利採取業	2	（ 0.2 ）
建設業	73	（ 6.4 ）
製造業	201	（ 17.7 ）
電気・ガス・熱供給・水道業	17	（ 1.5 ）
情報通信業	55	（ 4.9 ）
運輸業，郵便業	46	（ 4.1 ）
卸売業，小売業	100	（ 8.8 ）
金融業，保険業	66	（ 5.8 ）
不動産業，物品賃貸業	34	（ 3.0 ）
学術研究，専門・技術サービス業	28	（ 2.5 ）
宿泊業，飲食サービス業	24	（ 2.1 ）
生活関連サービス業，娯楽業	6	（ 0.5 ）
教育，学習支援業	61	（ 5.4 ）
医療，福祉	152	（ 13.4 ）
複合サービス事業	20	（ 1.8 ）
サービス業（他に分類されないもの）	125	（ 11.0 ）
公務（他に分類されるものを除く）	91	（ 8.0 ）
その他	32	（ 2.8 ）

表 2. 心理社会的要因の記述統計

		男性(n=567)		女性(n=567)	
		平均	(SD)	平均	(SD)
仕事の要求度 (JCQ)	(12-48)	30.5	(6.5)	31.5	(6.9)
仕事のコントロール (JCQ)	(24-96)	63.4	(11.1)	62.0	(10.8)
上司の支援 (JCQ)	(4-16)	10.2	(3.0)	10.2	(3.1)
同僚の支援 (JCQ)	(4-16)	10.4	(2.7)	10.5	(2.8)
手続き的公正	(1-5)	3.0	(0.9)	3.0	(0.9)
対人的公正	(1-5)	3.1	(1.0)	3.1	(1.0)
職場のソーシャルキャピタル	(6-24)	15.2	(4.3)	15.5	(4.4)
心理的安全風土尺度	(12-60)	33.2	(11.3)	32.9	(11.4)
心理的ストレス (k6)	(0-24)	9.4	(6.6)	9.9	(6.1)

表 3. 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。

	n	(%)
報告している	867	(76.5)
報告していない	267	(23.5)
合計	1134	(100)

表 4. 報告していると回答した方にお聞きします。誰に報告していますか。

【複数選択可】(n=867)

	n	(%)
経営者	302	(34.8)
上司	701	(80.9)
同僚	423	(48.8)
人事担当者	310	(35.8)
産業医や産業 看護職などの 健康管理スタ ッフ	210	(24.2)
その他	2	(0.2)

表5. 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。(n=1134)

	n	(%)
申し出ている	617	(54.4)
申し出していない	517	(45.6)

表6. あなたは、仕事を続けるにあたり主治医に意見（書）を求めていますか。(n=1134)

	n	(%)
求めている	518	(45.7)
求めてない	616	(54.3)

表7. あなたは、主治医に意見（書）を求めるにあたり、業務内容を記載した書面を主治医に提出していますか。(n=518)

	n	(%)
している	246	(47.5)
していない	272	(52.5)

表8. あなたは、主治医の意見書を会社や職場に提出していますか。(n=518)

	n	(%)
している	328	(63.3)
していない	190	(36.7)

表9. あなたは、主治医からの意見書をもとに、会社や職場と、治療と職業生活の両立をするために、働き方について相談や検討をしていますか。(n=518)

	n	(%)
している	375	(72.4)
していない	143	(27.6)

表10. あなたは、主治医からの意見書をもとに、治療と職業生活の両立をするために何らかの支援を受けていますか。。(n=518)

	n	(%)
受けている	289	(55.8)
受けていない	229	(44.2)

表 11. あなたは、会社や職場で、下記の支援を受けていますか。 (n=1134)

	支 援 あ り		必 要		必要で ない	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
産業医や産業看護職 による事業所内での 健康管理	238	(21.0)	224	(19.8)	672	(59.3)
上司などによる定期 的な健康状態の確認	232	(20.5)	328	(28.9)	574	(50.6)
主治医・専門医と職 場担当者を交えた仕 事内容のチェック	122	(10.8)	290	(25.6)	722	(63.7)
職場内で必要な休憩 や疾患の自己管理が できる場所の配慮	198	(17.5)	396	(34.9)	540	(47.6)
通院への配慮	456	(40.2)	496	(43.7)	182	(16.0)
勤務時間中の服薬や 自己管理、治療等へ の職場の配慮	274	(24.2)	386	(34.0)	474	(41.8)
能力的に無理のない 仕事への配置	256	(22.6)	450	(39.7)	428	(37.7)
仕事の内容や仕方の 個別的な調整や変更	251	(22.1)	437	(38.5)	446	(39.3)
労働時間や勤務時間 に関する環境整備	280	(24.7)	447	(39.4)	407	(35.9)

表 12. あなたは、ご自身が受けてい
る両立支援について、定期的に会社や
職場で話し合っていますか。

(n=1134)

	n	(%)
話し合っている	496	(43.7)
話し合っていない	638	(56.3)

表 13. 会社や職場は、あなたが両立支援を受けることに協力的ですか。

(n=1134)

	n	(%)
協力的である	720	(63.5)
協力的でない	414	(36.5)

表 14. あなたは、治療と職業生活の両立支援を受けるために、産業医や保健師、看護師等の産業保健スタッフのサポートを受けることができますか。 (n=1134)

	n	(%)
受けられる	427	(37.7)
受けられない	226	(19.9)
産業保健スタッフがない	465	(41)
その他	16	(1.4)

表 15. あなたは、疾病や障害に対して必要な治療を受けられない時がありますか。 (n=1134)

	n	(%)
ない (いつも受けられている)	749	(66.0)
ときどき受けられていない	311	(27.4)
いつも受けられない	74	(6.5)

表 16. 疾病や障害に対して必要な治療を受けられない理由は何ですか。 【複数回答可】 (n=385)

	n	(%)
仕事を引き継げる人がいないから	172	(44.7)
他の社員に迷惑がかかるから	200	(51.9)
仕事が多いから	122	(31.7)
取引先に迷惑がかかるから	47	(12.2)
上司が許可を出さないから	45	(11.7)
経済的に受診する余裕がないから	82	(21.3)
その他	16	(1.4)

表 17. あなたの職場では、あなたより前にも治療しながら仕事を続けている人がいましたか。 (n=1134)

	n	(%)
いた	421	(37.1)
いなかった	336	(29.6)
分からない	377	(33.2)

表 18. あなたの会社や職場では、事業者が、治療と職業生活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所内ルールが作成されていますか。 (n=1134)

	n	(%)
作成されている	181	(16.0)
作成されていない	597	(52.6)
わからない	356	(31.4)

表 19. あなたの会社や職場では、社内の研修などで、治療と職業生活の両立支援について、研修が行われていますか。 (n=1134)

	n	(%)
行われている	114	(10.1)
行われていない	803	(70.8)
わからない	217	(19.1)

表 20 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 21 「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 22 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%)
	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%)
	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%)
	製造業	182	(15.2%)	211	(17.6%)
		平均	SD	平均	SD
LMX		19.6	7.2	19.4	6.7
離職意思		11.3	4.0	11.5	3.6
課題達成機能		20.9	7.2	22.3	7.8
集団維持機能		19.5	6.6	22.1	7.6
要求度		31.6	0.2	31.6	5.6
コントロール		62.9	11.5	62.9	11.9
上司の支援		10.0	3.1	10.1	3.0
同僚の支援		13.7	4.5	12.8	4.1
					p ^{**2}
					0.02
					<0.01
					0.11
					<0.01
					0.21
					<0.01
					0.53
					0.78
					0.89
					0.49
					<0.01

※1 χ^2 二乗検定 ※2ANOVA

表 23 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		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
	いいえ	486 (40.5%)	13.1	3.8	
両立支援に協力的である	はい	855 (71.3%)	10.3	3.7	<0.001
	いいえ	345 (28.7%)	13.8	3.8	
病気の報告をしている	はい	1016 (84.7%)	11.0	3.9	<0.001
	いいえ	184 (15.3%)	12.9	4.2	
支援を申し出ている	はい	833 (69.4%)	10.9	4.0	<0.001
	いいえ	367 (30.6%)	12.4	4.0	

※1 ANOVA

「これからの治療と就業生活の両立支援を考える研究会」アンケート

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まいります。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 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。

問6 今後、本研究会で取り上げて欲しいテーマや課題をご記入ください。

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

表 24. 第 1 回研究会で収集したアンケートから見えてきた課題

支援側の情報へ共有…今日とても勉強になりましたが…まだまだ不十分です。
障害者法定雇用率に障害手帳のない難病も雇用率に入れて欲しい
患者さんや、企業の方が、実際に取り組む時に、困った時にすぐに相談できる体制
どんな制度でも当事者の声が置き去りにされている点が問題点(課題点) また、声を聞いたとしても、決まった団体だけでは問題を常日頃感じています。
企業の受け入れ態勢の限界をどう超えていくか。障害者、患者さんのサポートを手厚くした時の、他社員の間におきる不均衡の調整、難病の患者さんの新規就職の難しさ(雇用率に反映されないこと、障害福祉サービスを受けることへの抵抗など)
産業保健総合支援センターに配置された両立支援コーディネーターの役割に期待しておりますが、がんの疾患に対応できて難病はできない現状を改善できるようになるとよいと考えます。
情報源(相談先の情報)がわかりにくい。本日も広報活動のお話がありましたが・・・関係機関が増えると日程調整の問題、責任の所在があいまいになるなど課題を感じます。(旗振り役は誰?そもそもの人員不足など)
支援を望む人が声を上げ易い社内環境の作り方が課題とされている。
機関、窓口の複雑な部分を横断的に理解する必要性を感じます。
そのような職場づくりのために、カミングアウトする職場環境を調整していくことの難しさを感じる。(人的問題、業務量の多さ)
法定雇用率に入らない難病は企業での積極的な雇用が少ないこと、偏見(情報の少なさ)⇒情報は周知、普及(個々によって症状が違うので把握が難しいこと)
難病を持った労働者はいるが周囲の理解が低く、どのように進めていくかを悩みどころです。
労働者が健康な時分からの啓発
患者を目の前にした際の実際の指導内容
情報の提供、共有について
治療の見通し、具体的な病状、生活状況の説明が(患者・家族)きちんとできるようサポートが必要と思っています。
患者会との連携
他者に伝わりにくい疾病(uc など)や、本人が開示を拒むためにチーム内での業務調整が困難な時。(今日の内容にもありましたが) 主治医が意見書を書いてくれない、しぶることが多い。↑雇用時の配慮などを確認したいのですが・・・
産業保健職がない事業所はどのような対応をしたらよいか。就業中に障害(疾患)となり、復職はOKだが、同様の給与を出せない(roll c h e n g e したため)一気に下げれない→辞める(辞めてもらう)ことになる
中小企業に向けた取り組み、産業保健職への支援ツールや研修
会社側の困り感

両立支援の”実働部隊” として産業保健総合支援センターの体制充実を図ること。

(産業保健総合予防センター内の”両立支援チーム”の構築)

”若年性認知症”を他疾病と同じ”支援の枠組み”の中に受け入れることの妥当性、
適当性

小規模事業主のもと人事労務を担当しています。正直なところ人をひとり雇用し、続けていくこと自体の大変さを感じており、治療が必要な方に対し本当の意味での支援ができていないのかを考えたときに企業自体にその体力が(雇用継続/他へつなげること)ないと思います。現状、関係支援機関の利用も現実的ではないと思われます。

支援者という窓口を通して現場(職場)に行く。(A) (A)の連絡がうまくいっていないケースがほとんどだと思います。

余裕のない小企業さんにどう負担を少なく働ける環境づくりの支援をするか、病気の方にどう情報を伝えるか

一概には言えないと考えます。(たとえば法定雇用率制度は法定率を満たすためだけに雇用してテキトーな職場しか与えないケースも考えられ一長一短かと。)

事業者の労務管理や経営に資する支援が必要だと考えています。その点の活動を期待しております。応援しています。

就業のための通勤についての援助について医療者やPTへの周知の方法

事業主、経営者の理解

現場へ現状を知ってもらい、理解してもらい事が課題。経営者の方にも来て欲しい→ここが大切

在宅就労のスキルアップができる環境の不足を感じます。eラーニングは一部の手帳を有している人のみ、就労移行で在宅スキルにとりくめるところもごく一部。移動しやすい制度、仕組み不足を感じるしだいです。移動し易いスキルアップの現状整備の必要性とその支援が必要と思います。

表 25. 第 2 回研究会で収集したアンケートから見えてきた課題

<p>ジョブ・コーチや両立支援に関する専門職等の活躍を期待したいと思います。</p>
<p>ハードを整える必要がある支援もあるかと思いますが、まずはできることから取り組む文化を作っていくことに力を注ぎたいと思っています。その為に様々な職種間での連携が進むと良いと思います。</p>
<p>中規模企業(700人 赤字業種)で末期患者の両立支援をしたが、「最期だから(有限だから)」というので無理がきいた。(その人のための職をかまえてもらった)慢性的に続く方の場合、会社に無理がきかないのが大変である。</p>
<p>企業では人事部門が考い。(業務が多い)障害者雇用に関しても対応するマンパワーもなく看こ職もフィジカル～メンタルまで業務が多く日々忙しい。</p>
<p>50人未満の企業での対応</p>
<p>企業・事業場内で実際に両立支援のしくみかくりを進める上で総合的な処方箋を示してくれる機関・団体がない(少ない)こと、又は企業・事業場自らが総合的支援を指導する上でのガイダンスを作ってくれる総合的情報センターがない(少ない)こと←個人的には都道府県産業保健総合支援センターがになうべき(になえそこまでの機能の充実に至っていない)。</p>
<p>社会保険(健康保険・厚生年金保険)を更に有効に活用して欲しい。特に障害年金は働きながらも給付を受けられることを理解していただきたい。パーキンソン病や小脳脊ズイ変性委縮症のように治らず徐々に機能が奪われている疾病には傷病手当金→障害年活用して長期にわたり支援できます。(支援してます)</p>
<p>両立支援に取り組む専門家のネットワークづくり。</p>
<p>私は公認心理師として病院や児童養護施設で働こうと思っています。今日話を聞いて専門職の分業やどの立場も課題が多いことなどなどとてもたくさん考えることができました。まずは今の大学の勉強を頑張ります。そしてもっと役に立てる人になりたいです。</p>
<p>(障害年金は受給できていない)対応の情報がほしいです</p>
<p>私の契約先企業の理解がまだまだうすい。</p>
<p>従業員と会社側の対話。</p>
<p>いろんな職種が力をあわせてチームで一人を一人をサポートする体制ができないかな?</p>
<p>両立支援に同和が、まだまだ広がっていないと感じます。とくに企業(中小)の関心は、低いと思っています。</p>
<p>企業内で、障害者雇用について、学ぶような機会を増やす。または取り組みをはじめてほしい。今回のような、いろんな立場の人からの就労や両立支援についての意見をきくことができる機会をいただきありがとうございました。大変、勉強になりました。</p>
<p>・ぜいたくな視点かとも思うが、現状働いていけているが、新しい仕事ややりたい仕事があるときに、病気をふまえつつチャレンジできるようになりたいと思っている。・ついていけない時に、職場を変える方向にもっていくような支援を期待します。</p>
<p>・会社の理解不足をどう説明し、配慮実践していくか。・産業医が積極的に進めてた「両立支援」の実体験も役立つと思いました。</p>
<p>やはり現場と研究内容との落差が大きい</p>
<p>主治医の立場での就労支援は大変重要かと思っています。そのような立場で支援されている先生のご</p>

意見も伺える機会があるとうれしいです。

課題「個別のオーダーメイド部分と、基本的な考え方や、普遍的な部分の切り分け、整理が出来てない議論が多いこと。」と印象をもってます。

表 26. 第 3 回研究会で収集したアンケートから見えてきた課題

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。・PC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。特に岡本さん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

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
錦戸典子	論文タイトル名 産業看護職による、がんをもつ社員と職場への支援～すべての職場での両立支援の実現に向けて	日本職業・災害医学	65 (11)	141	2017
錦戸典子, 森田哲也	治療と就労の両立を支援する心理社会的職場環境づくりに向けて～がん就労者と同僚・上司との相互支援を中心に～	産業ストレス研究	24 (4)	343-347	2017
堤 明純	治療と仕事の両立支援	産業ストレス研究	25 (2)	283	2018
堤 明純	治療と仕事の両立支援におけるストレス	産業ストレス研究	25 (3)	287	2018
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
江口尚	難病患者における治療と就労の両立支援	産業ストレス研究	25 (3)	325-334	2018
江口尚	治療と仕事の両立支援に関する研究—難病患者の両立支援を中心に—	産業医学ジャーナル	42 (2)	92-97	2018
井上彰臣	「組織的公正」が健康に与える影響	安全スタッフ	2314	32-33	2018
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,	Organizational justice and illness reporting among Japanese employees with chronic diseases	PLoS One	14 (10)	e022359 5	2019

Kachi Y							
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, 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	57 (1)	70-78	2019		
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,	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		

Abe H, Sakiyama N							
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		
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～	労務安全衛生かな がわ	65(1)	14-16	2020		
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		https://doi.org/10.1007/978-3-319-75381-2_25-1	2020		
-------------	-----------------------------	--	--	---	------	--	--

	Switzerland AG		
--	----------------	--	--

成果物

中小企業経営者・人事担当者向け治療を続けながら働くためのハンドブック

中小企業における治療と仕事の両立支援のススメ

中小企業における治療と仕事の両立支援のススメ Vol.1. 2

中小企業における治療と仕事の両立支援のススメ Vol.1. 3

両立支援カード

研究会・セミナー

発行者	報告書	発行年
北里大学医学部公衆衛生学単位	第1回治療と仕事との両立支援セミナー報告書	2018
北里大学医学部公衆衛生学単位	第4回治療と仕事との両立支援セミナー報告書	2018
北里大学医学部公衆衛生学単位	第5回治療と仕事との両立支援セミナー報告書	2018
北里大学医学部公衆衛生学単位	第1回これからの治療と就業生活を考える研究会報告書	2017
北里大学医学部公衆衛生学単位	第2回これからの治療と就業生活を考える研究会報告書	2018
北里大学医学部公衆衛生学単位	第3回これからの治療と就業生活を考える研究会報告書	2019

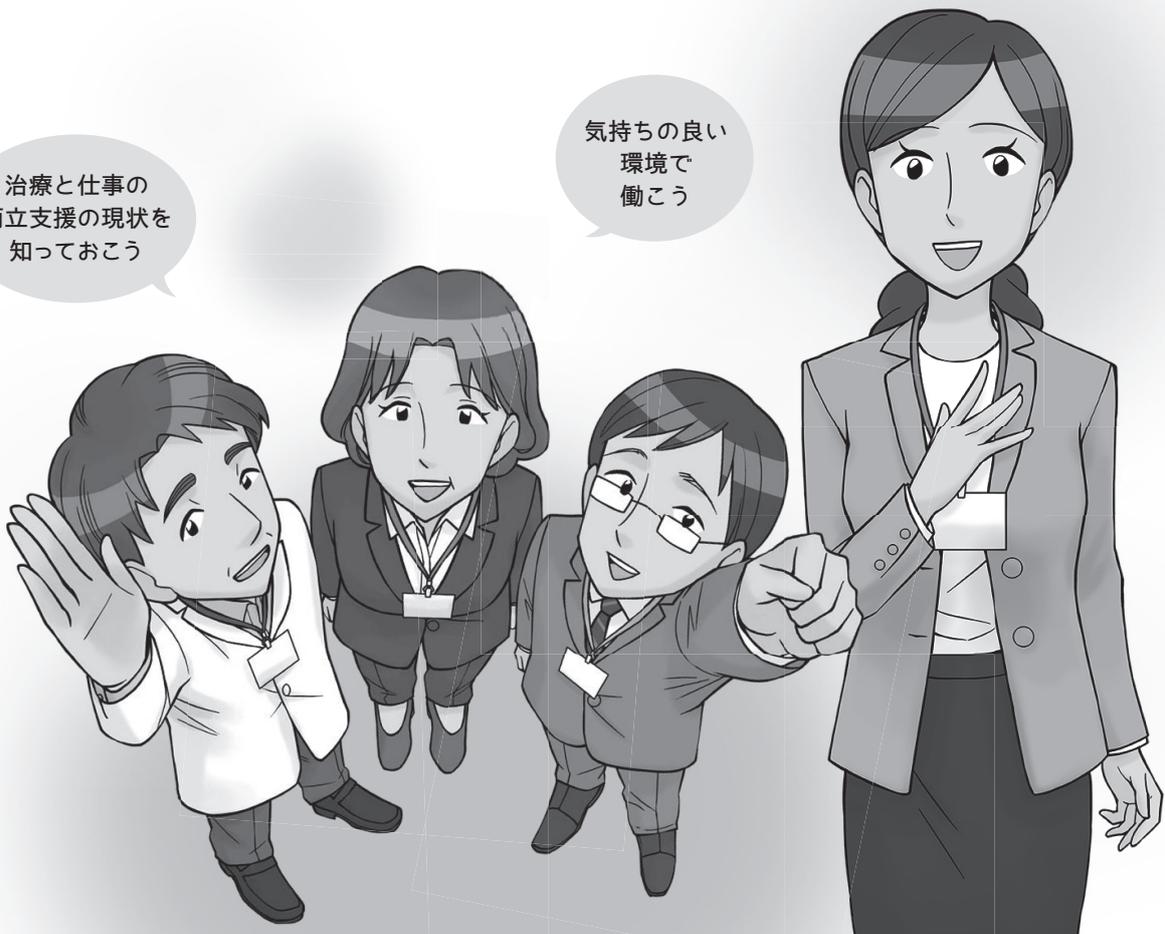
中小企業経営者・人事担当者向け

治療を続けながら 働くための ハンドブック

SUPPORT HANDBOOK

治療と仕事の
両立支援の現状を
知っておこう

気持ちの良い
環境で
働こう



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

はじめに

近年の様々な病気に対する診断技術や治療方法の進歩は目覚ましく、以前であれば、長期間の治療に専念することが必要だったり、治療による副作用で体力的に働くことができなくなったりして仕事を辞めざるを得なかったのが、IT化が進んだことと合わせて、一定の配慮や工夫をすれば、治療を受けながら仕事を続けられるようになってきました。その動きを後押しするために、厚生労働省からは、平成28年2月に「事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン」が公表されました。

労働者が、治療を継続しながら働き続けるためには、企業内のノウハウだけでは限界があります。そのため、企業内にある既存の資源の活用だけでなく、企業外の資源である、主治医や社会保険労務士、産業保健総合支援センター、障害者職業センターなどを活用することがポイントになります。特に、社内の資源に限りがある中小企業においては、連携が特に重要になります。

この冊子は、平成26年度厚生労働科学研究費補助金(政策科学総合研究事業)(H26-政策-若手-013)「職域における中途障害者の実態調査とそれに基づく関係者間の望ましい連携のあり方に関する研究(研究代表者 江口尚)」の助成によって作成された「産業保健職・人事担当者向け 難病に罹患した従業員の就労支援ハンドブック」を、難病に限らず、治療と職業生活の両立支援が必要な疾患全般に活用していただけるように、対象者を中小企業の経営者や人事担当者として、改訂したものです。各企業において、本ハンドブックが治療しながら働く一人でも多くの労働者の就労継続の一助となれば幸いです。



目 次

- I 治療を受けながら働く
労働者に関する現状 … P.3
- II 就労に影響する
代表的な症状と対応方法 … P.5
- III 治療と仕事の両立支援を
円滑にすすめるためのポイント … P.7
- IV 合理的配慮について知っておきましょう … P.9
- V 具体的な対応方法 … P.11
- VI 情報収集・相談 … P.13
両立支援に関係する
機関・職種一覧



I

治療を受けながら働く 労働者に関する現状

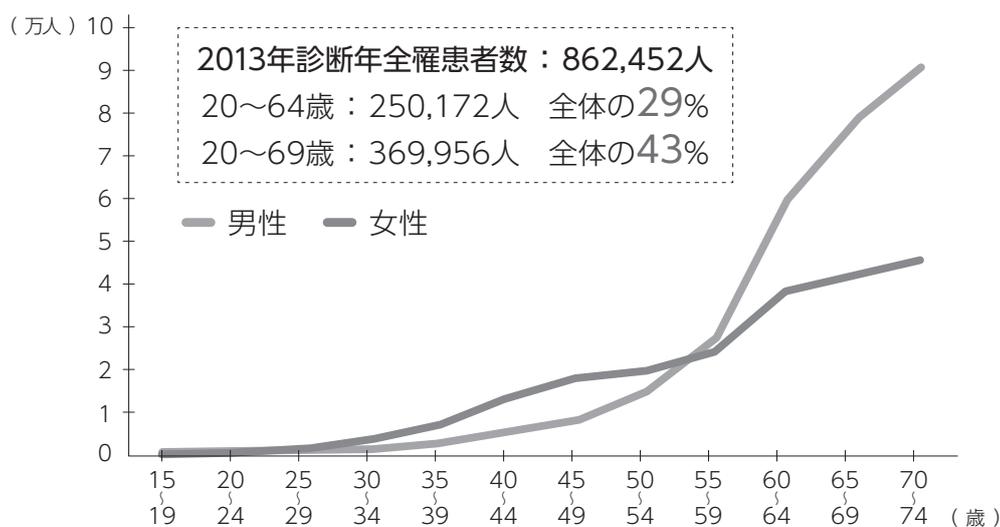
治療を受けながら働く労働者の数は増加傾向にあります。
病気のことを安心して伝えられる職場環境の醸成が重要です。



01 治療を受けながら働く労働者の数は増加しています

がん患者の約3人に1人は就労可能年齢で罹患しています。また、20-69歳でがん
に罹患する人は、がん罹患者の全体の43%を占めています。厚生労働省の推計では、
がんの治療のため、仕事を持ちながら通院している者は32.5万人います。難病患者
は、2016年度末現在で約100万人と年々増加しており、そのうち20-69歳の人が
64%を占めています。疾患別では「潰瘍性大腸炎」が最も多く、次いで「パーキンソン
病」、「全身性エリテマトーデス」の順となっています※1。難病の中には、聞きなれない
難しい病名が多いですが、決して働けない不治の病ではなく、がんと同様に、多くの
難病は一定の配慮があれば、働くことができます。インターネットの情報ではなく、
主治医の意見に基づいた対応が重要です。

[図1 性別特定疾患医療受給者証の所持者数]

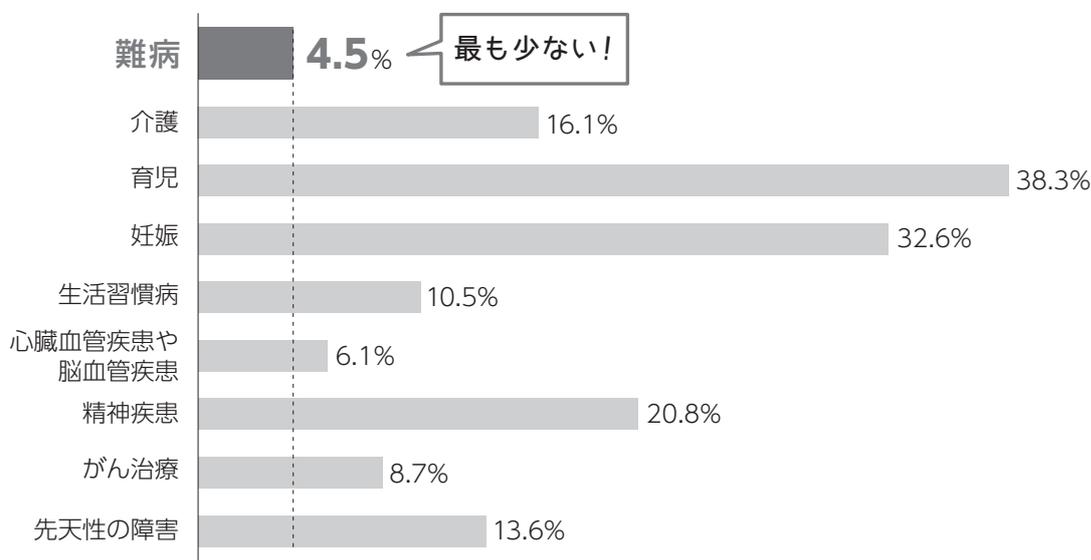


※1 平成28年度衛生行政報告例 特定医療費(指定難病)受給者証所持者数

02 病気のことを伝えやすい職場環境を

職場には、病気に限らず、介護や育児などいろいろな原因で働き方に制約がある労働者がいます。がんや難病の治療を受けながら就労している労働者と働いたことのある労働者は、まだ10%以下です^(図2)。難病患者を対象とした調査では、職場に対して病気や障害のことを伝えていない難病患者は約30%、さらに、職場に必要な環境整備を求めている難病患者は約55%となっています。難病に限らず、がんを含めて、まだまだ病気のことを職場に伝えづらいと考えている両立支援が必要な労働者が潜在化していると考えられます。日頃から、人事担当者や上司は、難病患者が安心して病気のことを相談できるような職場環境をつくりましょう。

[図2 働き方の制約の原因別一緒に働いた経験の有無]



全国の一般労働者3,710名を対象としたインターネット調査

COLUMN

就労に関する意見書 ～できることに着目しましょう～

本人の求めに応じて、主治医から事業者に対して提供される両立支援の検討に必要な情報が記載された書類のことです。両立支援の検討に必要な情報として、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には下記の情報が記載されています。

ア 症状、治療の状況

- ・現在の症状 ・入院や通院治療の必要性とその期間
- ・治療の内容、スケジュール ・通勤や業務遂行に影響を及ぼしうる症状や副作用の有無とその内容

イ 退院後又は通院治療中の就業継続の可否に関する意見

ウ 望ましい就業上の措置に関する意見(避けるべき作業、時間外労働の可否、出張の可否等)

エ その他配慮が必要な事項に関する意見(通院時間の確保や休憩場所の確保等)

主治医からこのような意見書が届いた場合には、どうしてもできないことに関心が向きがちです。そうではなくて、事業主や人事担当者は、「何ができるのか」に関心を持って、対応することが大切です。

II

就労に影響する

代表的な症状と対応方法

病気の症状は、病気によって異なる上に、程度には個人差があり、さらに、外からは判断しにくいものです。話を聞くことで、「本人のつらさ」を理解することが大切です。

調子は
どうですか？



それぞれの疾患によって、症状や障害は異なります。例えば、がんであれば、抗がん剤による治療の副作用として、疲れやすさ、だるさや、吐き気や嘔吐、下痢のような消化器症状が代表的です。脳血管疾患であれば、運動機能の低下や手足の麻痺などの目に見える障害のほか、記憶力の低下や注意力の低下などの高次機能障害があります。潰瘍性大腸炎であれば、下痢や血便、腹痛などの消化器症状が代表的です。

多くの疾患に共通する症状は、外見からはわかりません。そのため、上司や同僚から「本人の辛さ」が理解されづらく、我慢して無理して勤務をしてしまいがちです。その結果、勤怠が乱れてしまうこともあります。また、症状の変動が大きいと、突然欠勤することもあります。産業保健職は、健康診断の結果への病名の記載等で、何かしらの疾患を有していることがわかった場合には、一度面談をして、体調や症状を確認し、無理をしているようであれば、産業保健職の立場から上司や人事担当者に相談をして、適切な就業上の配慮が受けられるようにアドバイスをしてください。また、上司や人事担当者は、病気を抱えた従業員に対しては、本人からの申し出を待つのではなく、自分から調子を尋ねるように心がけましょう。

- ✓ 全身的な疲れやすさや体力の低下
- ✓ 全身や関節などの局所の痛み
- ✓ 集中力や活力の低下
- ✓ 症状全般の大きな変動

大丈夫です！



ほんとにはツライ...

就労に影響する代表的な症状

全身的な疲れやすさ、だるさや体力の低下

関節リウマチや筋炎、血管炎などの免疫系の病気や、心不全などの循環器系の病気、慢性閉塞性肺疾患などの呼吸器系の病気など、色々な病気の症状に見られます。

がんは、それ自体が身体の変化を引き起こし、それが極度の疲労感となることがあります。疲労感は抗がん剤の副作用の代表的なものでもあります。

全身倦怠感、メンタルヘルス不調の症状としても出現します。仕事と治療の両立は、本人にもストレスがかかり、メンタルヘルス不調に陥る方もいます。また、色々な病気に診断されたことそのものも大きなストレスです。疲れやすさを訴えてくる方には、メンタルヘルスの点からもフォローが必要でしょう。

消耗性疾患の場合には、体重が減少する、筋力が低下することにより、体力が低下して疲れやすくなります。

全身や局所の慢性的な痛み

関節リウマチや血管炎、筋炎、線維筋痛症などの病気で出現します。症状の出方も、慢性的に痛みを有する場合もあれば、環境の変化やストレスにより症状が出現する場合もあります。また、痛みは睡眠障害の原因にもなりますので、二次的に不眠につながることもあります。

集中力や活力の低下

病気そのものによって出現することもあります。倦怠感や痛み、発熱などの二次的な影響で生じることもあります。集中力や活力は、個人差が大きいので、以前の本人の状況と比較をすることが重要です。

倦怠感と同様に、集中力や活力の低下は、メンタルヘルス不調の症状としても出現しますので、病気そのもの状態へのフォローだけではなく、メンタルヘルスの点からもフォローが必要でしょう。

症状全般の大きな変動

疾患によっては、これらの症状が、突然、なんの前触れもなく、出現することがあります。そのため、前日までは元気に仕事をしていたのに、朝になって、突然、欠勤の連絡が入ることがあり得ます。また、一度、不安定になると、しばらく症状が不安定な状況が続くということもあります。症状が不安定になったらできるだけ早めに本人と相談をして、勤怠が不安定になることを見越して、仕事の状況を把握して、対応できるようにしているといいでしょう。



治療と仕事の両立支援を 円滑にすすめるためのポイント

治療と仕事の両立支援を円滑に進める上で、
産業保健職、人事担当者、上司の協力が不可欠です。
そのためのポイントはどのようなものでしょうか？

定期的
話し合いを
しよう



治療と仕事の両立支援を円滑に行うためには、産業保健職、人事担当者、上司の協力が不可欠です。そのためのポイントを健康面、仕事面、本人希望の面からまとめました。企業ごとに、産業保健職、人事担当者、上司の役割は異なると思いますので、誰がどの役割を担うのか、本人も交えて、このポイントを参考に定期的な話し合いの場を持ちましょう。

01 健康面について

point
01

通院の状況についての情報共有ができています

point
02

日常のセルフケア(服薬を含む)の状況についての情報共有ができています

point
03

体調の変化が起こりやすい時期や状況について情報共有ができています

point
04

主治医との情報共有ができています

急な体調不良時必要な配慮を整理するためには、定期的な通院の頻度や服薬の状況、副作用などの情報を共有することが大切です。また、これまでの経験などを基に、体調不良が起こりやすい時期や状況を確認しておくといでしょう。

02 仕事面について

point
01 | 仕事上の職務要求(作業手順や一連続作業時間)が明確化されている

point
02 | 仕事上必要となる実務指導体制や研修制度が整っている

point
03 | 繁忙期や業務が集中する時期の業務支援体制が整っている

生産性高く職務を遂行するためには、疾患の有無にかかわらず、本人の職務能力と職務要求のバランスを整えることが重要です。そのためには、仕事上の職務要求を明確にし、その職務要求に応えるためのマニュアルや指導体制(OJTを含む)、研修制度を整えることが求められます。特に納期管理のバッファ(時間的余裕)などを明確にしておく、急な体調不良時に備えることができます。また繁忙期などの職務要求が高まる職場では、その際の業務支援体制などの整備を進め、見通しのある働き方ができるようになります。両立支援をサポートする同僚の負担ができるだけ生じないように、体制を整備するように心がけましょう。

03 本人の希望について

point
01 | 就労に関する希望や改善提案などを定期的に確認する体制が整っている

どのような仕事をしたいのか、まずは本人の希望を確認しましょう。そのうえで、今後の病状の見通しを踏まえて、どのようなキャリアを構築していくか、一緒に考えましょう。

本人のできないことに着目するのではなく、できることに着目しましょう。

point
02 | キャリア・アップのための研修制度が整っている

本人が抱えている希望を上司が聞いたり、改善提案などの主体的な取り組みを促したりことは、就労に対する意欲を高めます。就労に対する意欲を高めることにより、本人が持っている職務遂行能力を最大限に引き出すことができます。また、キャリア・アップの道筋を示すことで、就労継続に対するモチベーションにつながります。

Ⅳ 合理的配慮について知っておきましょう

平成28年4月から
「合理的配慮指針」の運用が開始されています。
これらは、どのような内容なのでしょう？



合理的配慮とは？：障害を持つ労働者が、障害でない労働者との均等な機会・待遇の確保を得るために、障害者の有する能力の発揮に支障となっていることや、障害の特性に対応して行われる必要な配慮のこと。

合理的配慮の提供をどのように行うか

A 障害者と事業主の話し合いの場を持ちましょう。

合理的配慮の提供は、個々の障害者^{※1}の障害の状態や、職場の状況に応じて提供されるものです。したがって、合理的配慮の提供にあたっては、障害者と事業主がしっかりと話し合った上で、障害者が働きやすい職場環境を作るために、事業主にとって「過重な」負担にならないように配慮しつつ、双方が納得できる形で、どのような措置を講ずるかを決定しましょう。

B 事例集や地域障害者職業センターを活用しましょう。

合理的配慮を実施する上での参考資料として、合理的配慮指針に基づいて具体的な事例が掲載された事例集があります^{※2}。難病に関する事例としては、「出退勤時刻・休憩に関し、通院・体調に配慮すること」、「本人の負担の程度に応じ、業務量を調整すること」、「本人のプライバシーに配慮した上で、他の労働者に対し、障害の内容や必要な配慮等を説明すること」などについての具体的な事例が掲載されています。地域障害者職業センターも、具体的な相談に対応をしてくれます。地域障害者職業センターは、多くの相談事例の蓄積があります。そのため、自社で行っている対応が、一般的に十分なのか、不十分なのか評価得るためにも、相談することをお勧めします。

C 関係者間で定期的な情報交換を行きましょう。

合理的配慮を行うには、患者本人、患者本人の体調を把握している産業保健職、社内制度を理解している人事担当者、上司の間での定期的な情報交換が不可欠です。主治医からの治療の情報も不可欠でしょう。一度は、産業保健職や衛生管理者、人事担当者が、受診に同行するという事も検討し、主治医と顔の見える関係を構築しておくといでしょう。同行する際には、事前に、患者本人を通じて、主治医の承諾をとりましょう。このように、関係者が協力して対応することが大切です。

D 相互協力的な職場風土をつくりましょう。

現在の職場の雰囲気、当事者が自分の病気の事を申し出がしやすいかどうか、今一度振り返ってみましょう。当事者が自分の病気の事を申し出がしやすい職場風土を醸成するためには、一緒に働く同僚の協力的な姿勢が不可欠です。そのために、同僚に対して、どのような配慮が、どうして必要なのか、を説明することがとても重要です。

- ※1 ここでの障害者とは、身体障害、知的障害、精神障害（発達障害を含む）その他の心身の機能の障害があるため、長期にわたり、職業生活に相当の制限を受け、又は職業生活を営むことが著しく困難な方が該当します。障害者手帳等の有無は問いません。そのため、この対象には、何かしらの両立支援が必要な者が含まれます。障害者差別解消法]の中では、“法が対象とする障害者は、いわゆる障害者手帳の所持者に限られない”としており、様々な社会障壁によって障害がもたらされている方も、合理的配慮の対象であると考えられています。
- ※2 http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/koyou/shougaishakoyou/shougaisha_h25/index.html

COLUMN

両立支援とテレワーク

情報通信技術（ICT = Information and Communication Technology）の進歩により、今は在宅でできる仕事の幅が広がっています。テレワークとは、ICTを活用した、場所や時間にとらわれない柔軟な働き方のことです。仕事と治療の両立支援においても、テレワークへの関心が高まっています。以前であれば、神経変性疾患や膠原病の病状が進行したことにより、通勤ができなくなった場合には、就労の継続を断念せざるを得ませんでした。しかし、テレワークをうまく活用することで、通勤の制約がなくなり、通勤ができなくても、就労を継続することが技術的には可能になっています。もちろん、テレワークは、育児や介護との両立支援にも使えます。誰もが働きやすい職場を構築するための有用なツールとして、テレワークは大きな可能性を持っています。

V 具体的な対応方法

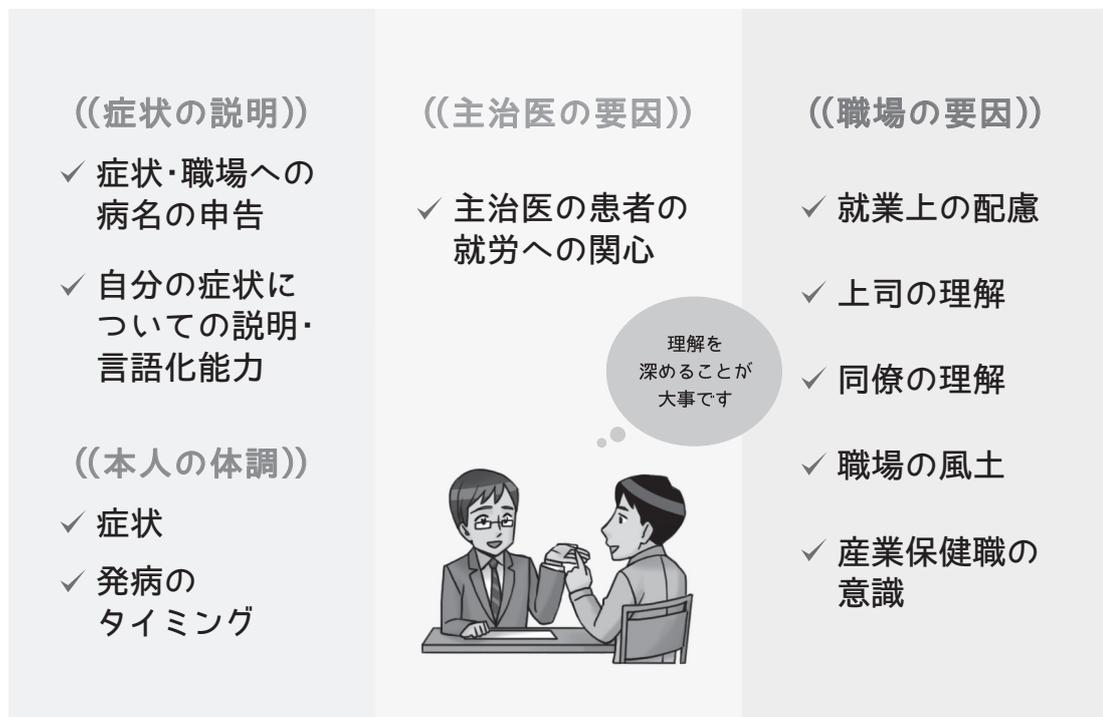
治療と仕事の両立支援のための具体的な配慮として、
どのようなものがあるでしょうか？
具体的な事例を考えてみましょう。

実行して
みて
ください



ここでは、代表的な対応方法である、勤務中の休憩への配慮、通院への配慮、勤務時間中の服薬や自己管理、治療等への配慮について説明をしました。このような配慮が効果的に実施されるためには、会社・職場への病名の申告、同僚の理解などいくつかの課題を解決する必要があります^(図1)。上司や人事担当者は、これらの課題を念頭におき、両立支援が必要な労働者が必要な配慮を受けられるような職場環境を醸成するように、心がけましょう。

[図1 職場で両立支援を受け入れる上での課題]



01 勤務中の休憩への配慮

両立支援が必要な労働者の多くに見られる症状として「疲れやすさ」があります。一時的に疲労を回復するために、場合によっては、昼休みなどの休憩時間に健康管理室や休養室を活用しやすくするような配慮がなされるとよいでしょう。また、勤務時間中に服薬が必要な場合にも、一時的に職場を離れることができるような配慮が必要でしょう。

02 通院への配慮

両立支援が必要な労働者の多くは月に1回程度の通院を行っています。両立支援が必要な患者の多くは専門外来のある規模の大きな病院に通院しているため、休日を使った通院が難しいことが多いです。また、検査などを定期的に行うことが多いため、通院時間も長くなります。そのため、有給休暇を使い切ってしまうこともあるかもしれません。まずは、定期的な通院が必要なことを上司や同僚に理解をしてもらい、通院しやすい環境をつくるのが大切です。

03 執務場所などへの配慮

ちょっとしたレイアウトの変更で、両立支援が必要な労働者にとって働きやすくなるものです。消化器系の疾患であれば、トイレに行く頻度が多くなってしまう傾向があります。そのような方に対しては、トイレに行きやすい場所に、全身性エリテマトーデスの方であれば、直射日光の当たりづらい場所に、席を変更してもよいでしょう。また、神経難病や筋骨格系の疾患の方で、階段の上り下りが負担になる方に対しては、エレベーターの活用を勧めたり、駐車場の場所を執務場所の近くに配慮したり、できるだけ勤務時間中の移動距離が短くなるように配慮してもよいでしょう。

COLUMN

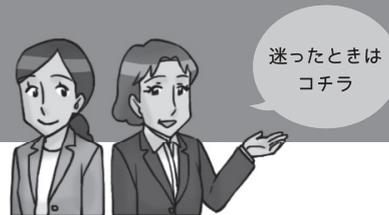
両立支援を受け入れやすい職場環境

一般労働者を対象に実施したインターネット調査では、仕事の裁量度が高く、同僚や上司からの支援が得られやすい職場環境で働く一般労働者は、同じ職場で、難病やがん治療をしながら働いている同僚が、低時間勤務や時短勤務などの制約のある働き方をすることを受け入れていました。両立支援が必要な労働者を職場に受け入れる場合には、人事担当者や産業保健職は、本人の要因（治療状況、体調、仕事の技術など）だけではなく、受け入れる職場の職場環境にも関心を持つ必要があります。

Ⅵ 情報収集・相談

～両立支援に関係する機関・職種～

従業員の治療と仕事の両立支援について、対応に苦慮したとき、どこに相談をすればよいのでしょうか？



従業員の治療と仕事の両立支援について、主治医と連携するのはもちろんですが、それ以外にも、知見を蓄積している機関があります。産業保健職や人事担当者も、それらの機関について一定の知識を持っておくと、就労支援についての情報収集や相談をより効果的に行うことができます。

01 医療ソーシャルワーカー

医療ソーシャルワーカーは、社会福祉の立場から患者さんやその家族の方々の抱える経済的・心理的・社会的問題の解決、調整を援助し、社会復帰の促進を図る業務を行います。医療機関の医療相談窓口に在籍して、患者さんからの相談対応をしていることが多いです。具体的には、

- | | | |
|------------------------|---|----------------|
| ①療養中の心理的・社会的問題の解決、調整援助 | ⋮ | ④受診・受療援助 |
| ②退院援助 | ⋮ | ⑤経済的問題の解決、調整援助 |
| ③社会復帰援助 | ⋮ | ⑥地域活動 |

を行っています。これらの活動の中に、就労支援も含まれています。

02 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、本人の同意が必要になります。

03 地域障害者職業センター

職場で治療と仕事の両立支援が必要な労働者が生じた際に、相談に乗ってくれる機関です。独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構により運営をされており、各都道府県に1ヵ所あります。雇用管理に際しての課題や、困っていることがある事業主の方に対して、障害者職業カウンセラーが具体的な解決策を提示してくれます。地域障害者職業センターは、これまでに身体、知的、精神障害者に関する就労支援でのノウハウの蓄積があり、障害者に限らず、治療と仕事の両立支援が必要な労働者についても、そのノウハウに基づいた提案をしてくれます。今後、合理的配慮を行っていく上で、自社で行っている配慮が、社会的に適切なのかどうかを意識することは重要です。そのため、このような地域障害者職業センターから意見をもらうことにより、配慮の適切性を考える上での参考とすることができます。

<http://www.jeed.or.jp/location/chiki/>



04 社会保険労務士

社会保険労務士は、「障害者雇用安定助成金(障害・治療と仕事の両立支援制度助成コース)」などの治療と仕事の両立支援に関する助成金の利用や、障害年金の申請について相談に乗ってくれます。障害年金は、働きながらも受給することができます。病状が悪化し、雇用形態の変更(正社員からパート社員など)により給与水準が下がった場合でも、事例によっては、障害年金を受給しながら働くということも可能です。大手の企業であれば、人事部が同様の情報を持っています。仕事と治療の両立支援を行うために、このような公的な支援の活用も検討してもよいでしょう。



研究班HP:

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

マニュアルはこちらのHPからダウンロードできます。

治療と仕事の両立支援について研究班の成果を掲載しています。



責任編集

江口尚(北里大学医学部公衆衛生学)

発行：2018年3月

デザイン・印刷：第一資料印刷株式会社

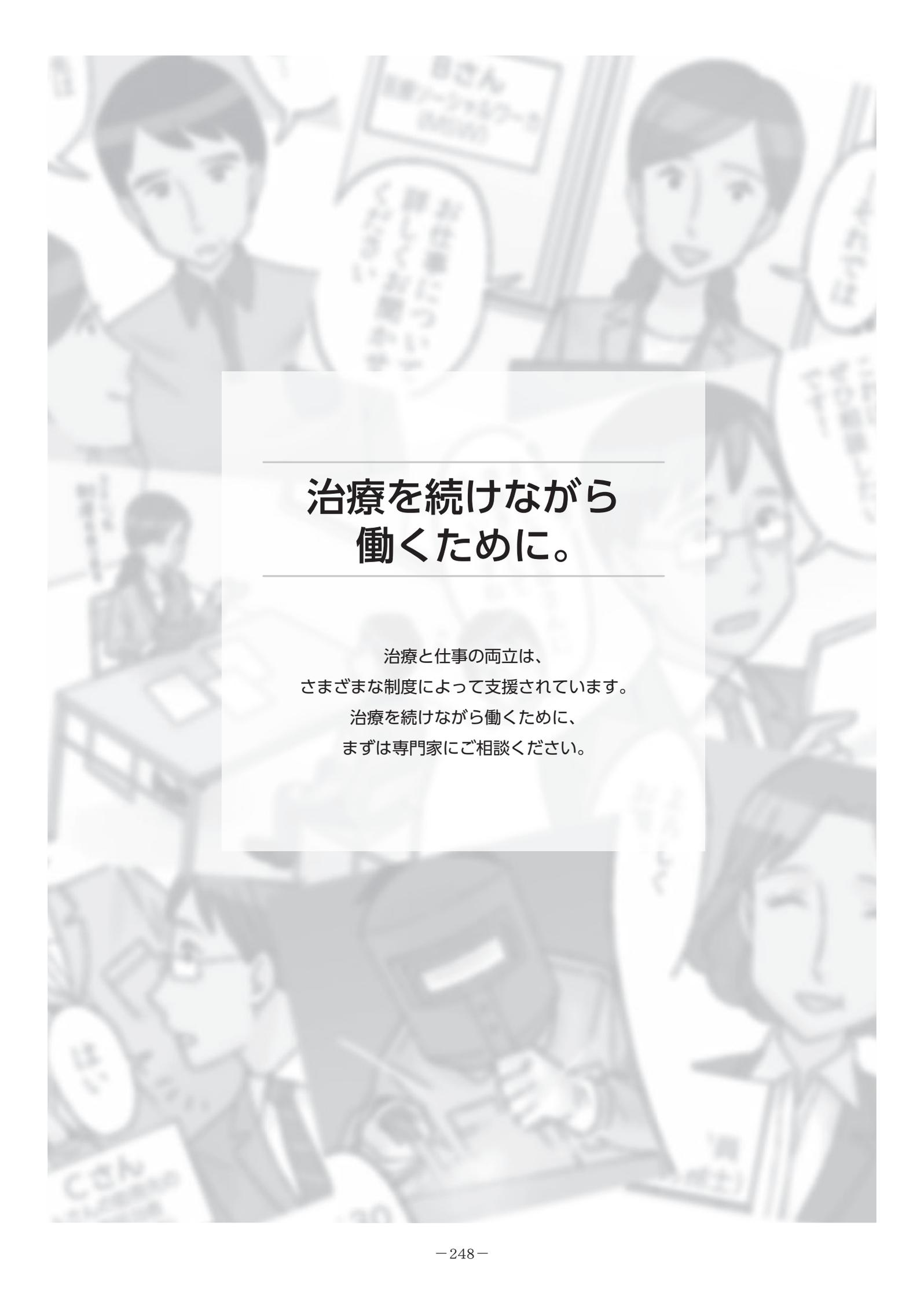
中小企業における

治療と仕事の

両立支援のススメ

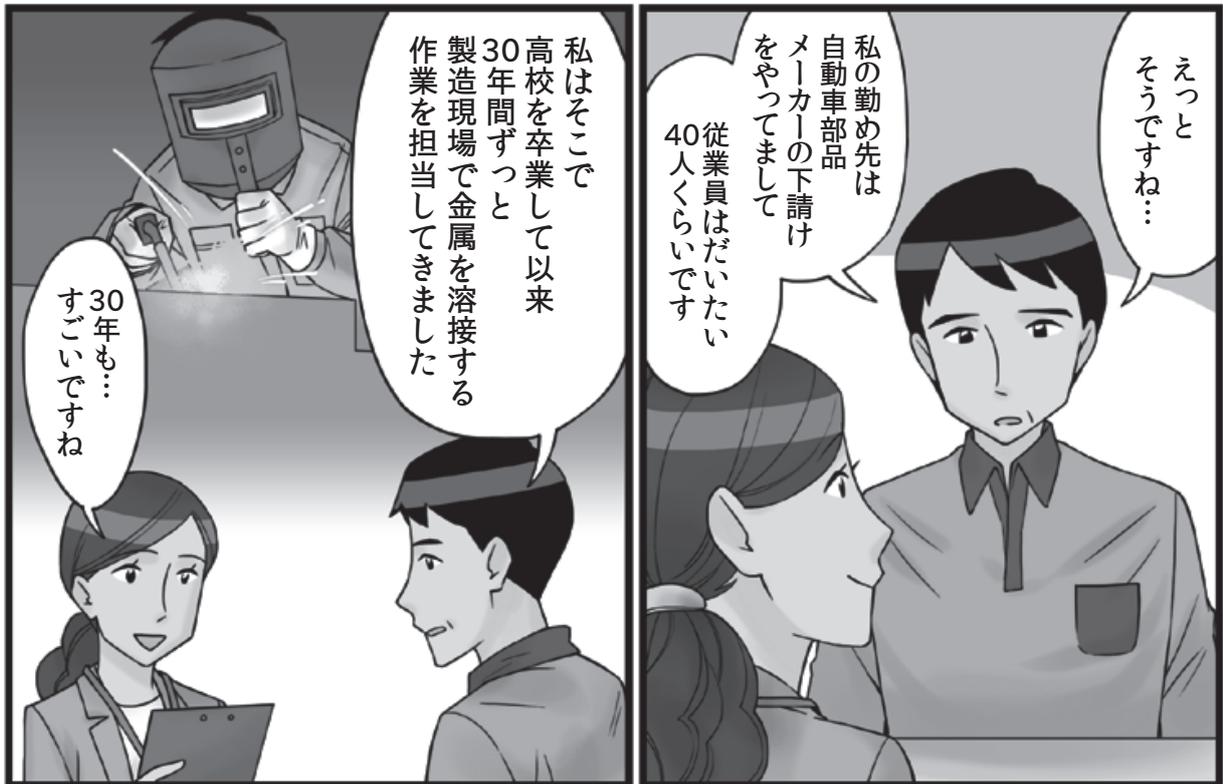
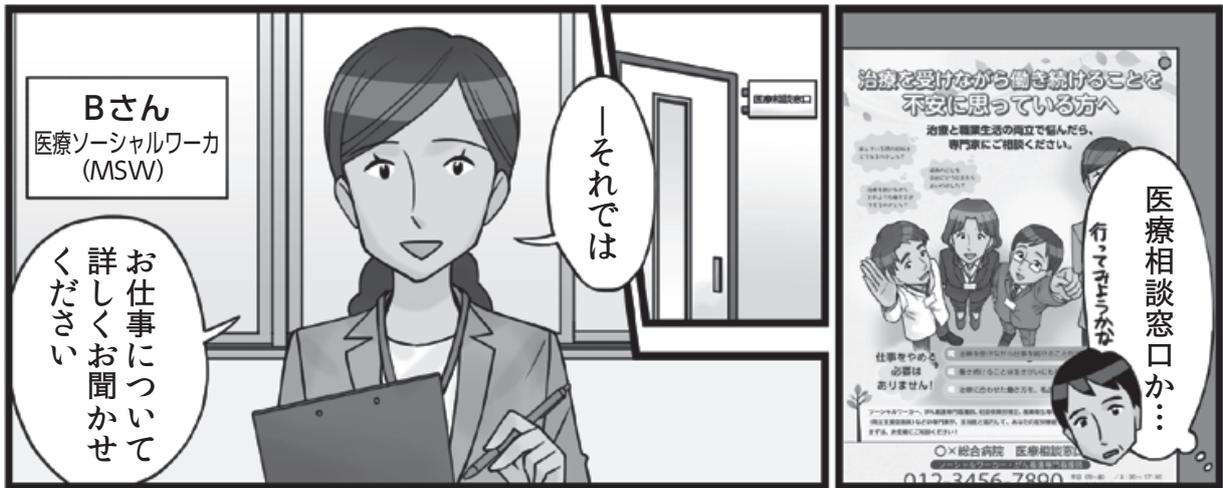


本書の作成は、平成29年度厚生労働省労災疾病臨床研究事業費補助金「治療と就労の両立支援のための事業場内外の産業保健スタッフと医療機関の連携モデルとその活動評価指標の開発に関する研究」(研究代表者：堤明純)の助成によって行われた。



治療を続けながら 働くために。

治療と仕事の両立は、
さまざまな制度によって支援されています。
治療を続けながら働くために、
まずは専門家にご相談ください。





10年前に
パーキンソン病と
診断されたのですが

幸い治療が
功を奏しまして
これまで特に
大きな問題もなく
仕事を続けて
これました

ええ…



悪心

吐き気・嘔吐

食欲不振

副作用も
出てきているので
正直これから先
仕事を続けられるのか
不安で…

…そうでしたか



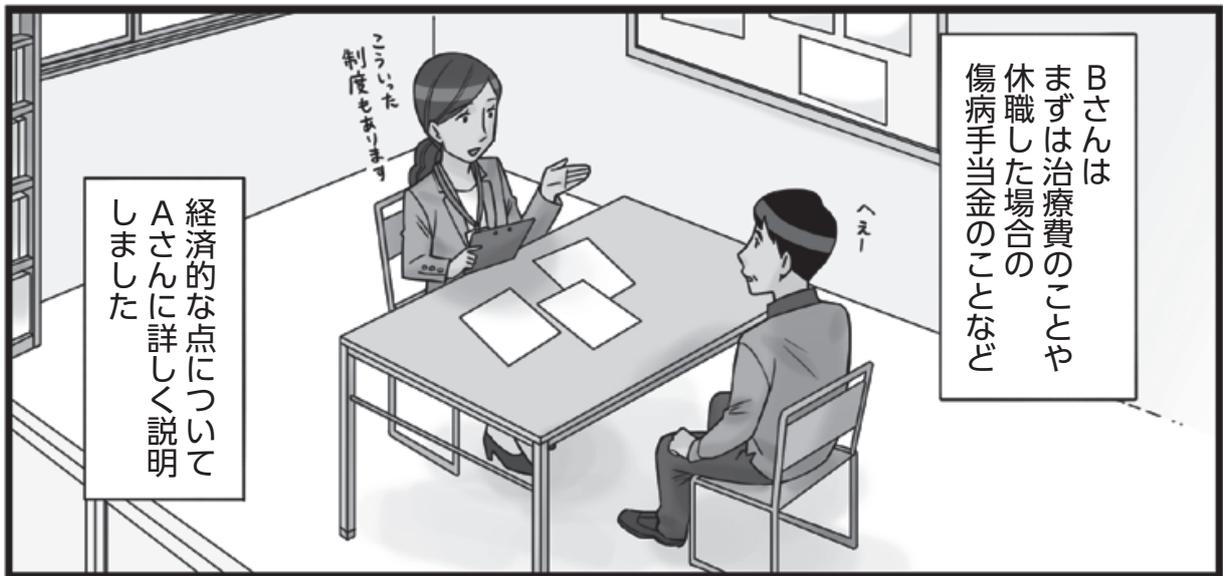
—ですが最近
薬の効きが悪い
時間帯が
出てきてしまつて

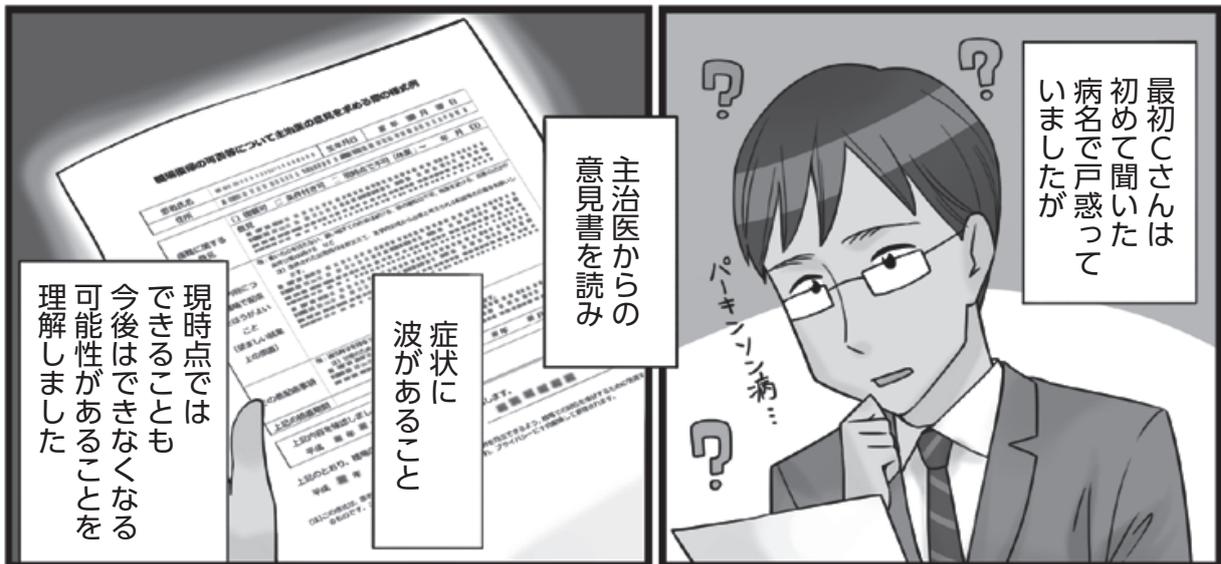
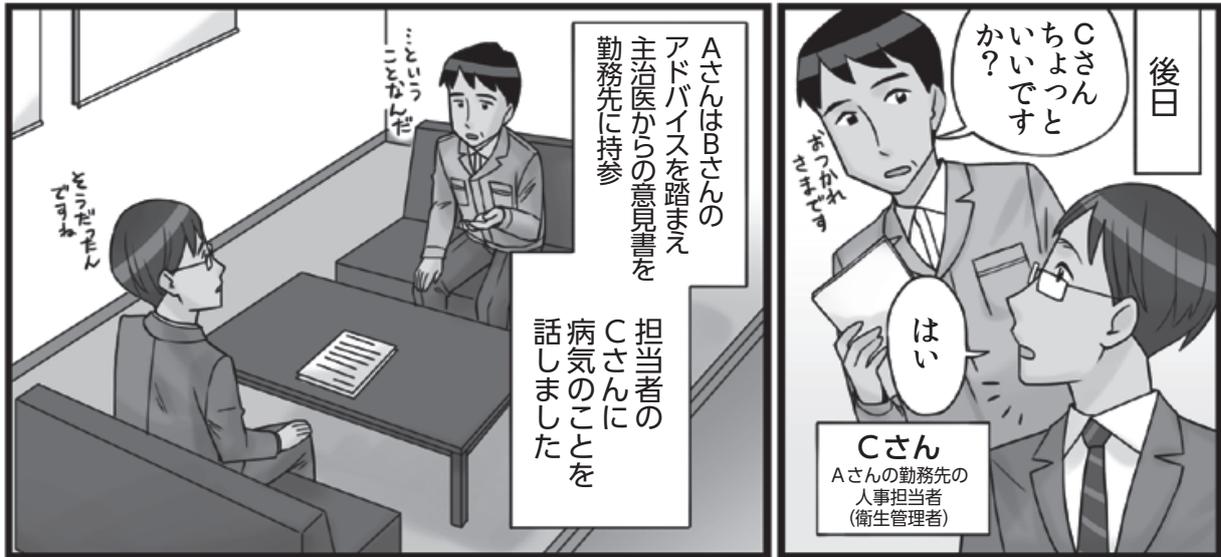
仕事にも
影響が出てきたので
投薬の調整をしてもらつて
いるんです



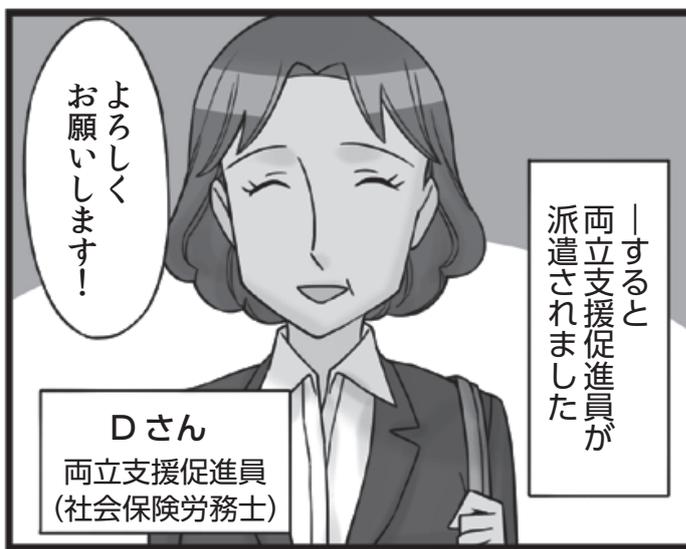
主治医の先生からは
薬のコントロールが
もう少し
うまくいけば

効きの悪い時間を
なくせるかもと
言われているんですが…











うちのような
中小企業でも
専門家のサポートを
受けて工夫すれば



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。

両立支援促進員

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

両立支援プラン

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

漫画に登場する主な用語集

| パーキンソン病

パーキンソン病は、脳の異常のために、体の動きに障害があらわれる病気です。現在、日本には約15万人の患者さんがいるといわれています。高齢者に多くみられる病気ですが、若い人でも発症することがあります。何年もかけてゆっくりと進行するのが特徴です。動作が遅くなったり、手足が震えたり、バランスが取れなくなったりします。

| 医療ソーシャルワーカー

社会福祉の立場から患者さんやその家族の方々の抱える経済的・心理的・社会的問題の解決、調整を援助し、社会復帰の促進を図る業務を行います。医療機関の医療相談窓口に在籍して、患者さんからの相談対応をしていることが多いです。具体的には、

- | | |
|------------------------|----------------|
| ①療養中の心理的・社会的問題の解決、調整援助 | ④受診・受療援助 |
| ②退院援助 | ⑤経済的問題の解決、調整援助 |
| ③社会復帰援助 | ⑥地域活動 |

を行っています。これらの活動の中に、就労支援も含まれています。

| 就労に関する意見書

本人の求めに応じて、主治医から事業者に対して提供される両立支援の検討に必要な情報が記載された書類のことです。両立支援の検討に必要な情報として、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には下記の情報が記載されています。

ア 症状、治療の状況

- ・現在の症状
- ・入院や通院治療の必要性とその期間
- ・治療の内容、スケジュール
- ・通勤や業務遂行に影響を及ぼしうる症状や副作用の有無とその内容

イ 退院後又は通院治療中の就業継続の可否に関する意見

ウ 望ましい就業上の措置に関する意見

(避けるべき作業、時間外労働の可否、出張の可否等)

エ その他配慮が必要な事項に関する意見

(通院時間の確保や休憩場所の確保等)

研究班HP:

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

マニュアルはこちらのHPからダウンロードできます。

治療と仕事の両立支援について研究班の成果を掲載しています。



責任編集

江口尚(北里大学医学部公衆衛生学)

発行：2018年3月

デザイン・印刷：第一資料印刷株式会社

中小企業における

治療と仕事の

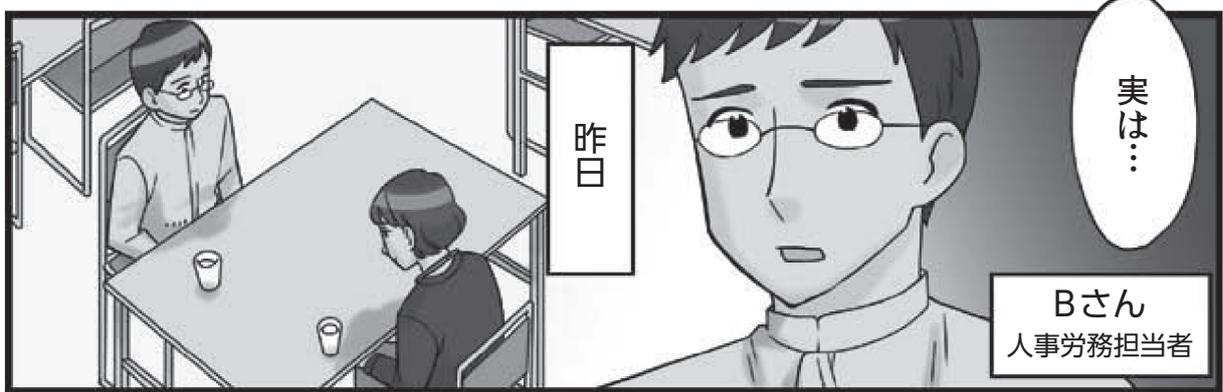
両立支援のススメ

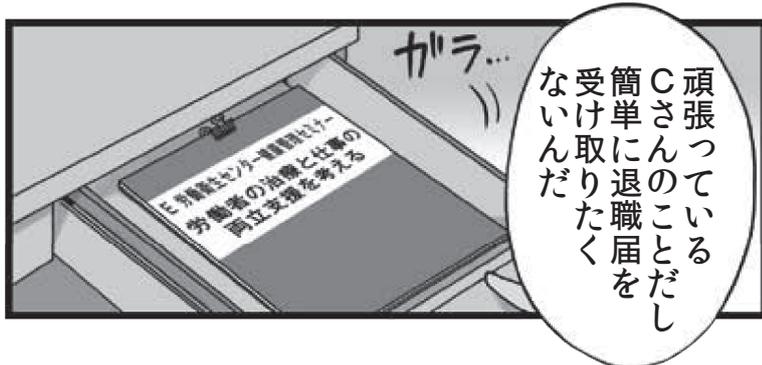
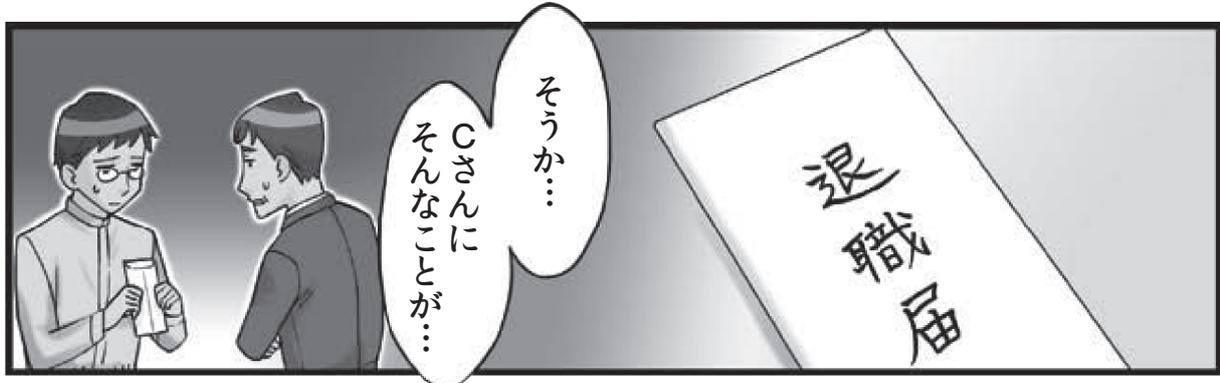
Vol.2 ～労働衛生機関の活用～

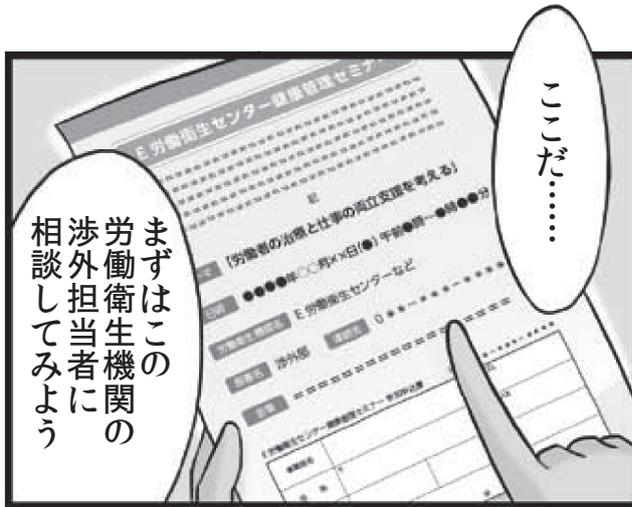


本書の作成は、平成30年度厚生労働省労災疾病臨床研究事業費補助金「治療と就労の両立支援のための事業場内外の産業保健スタッフと医療機関の連携モデルとその活動評価指標の開発に関する研究」(研究代表者:堤明純)の助成によって行われた。









まずはこの
労働衛生機関の
渉外担当者
に
相談してみよう

ここだ……



あったあった



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



その後

Dさん
労働衛生機関の渉外担当



支援を
受けられては
いかがでしょうか？

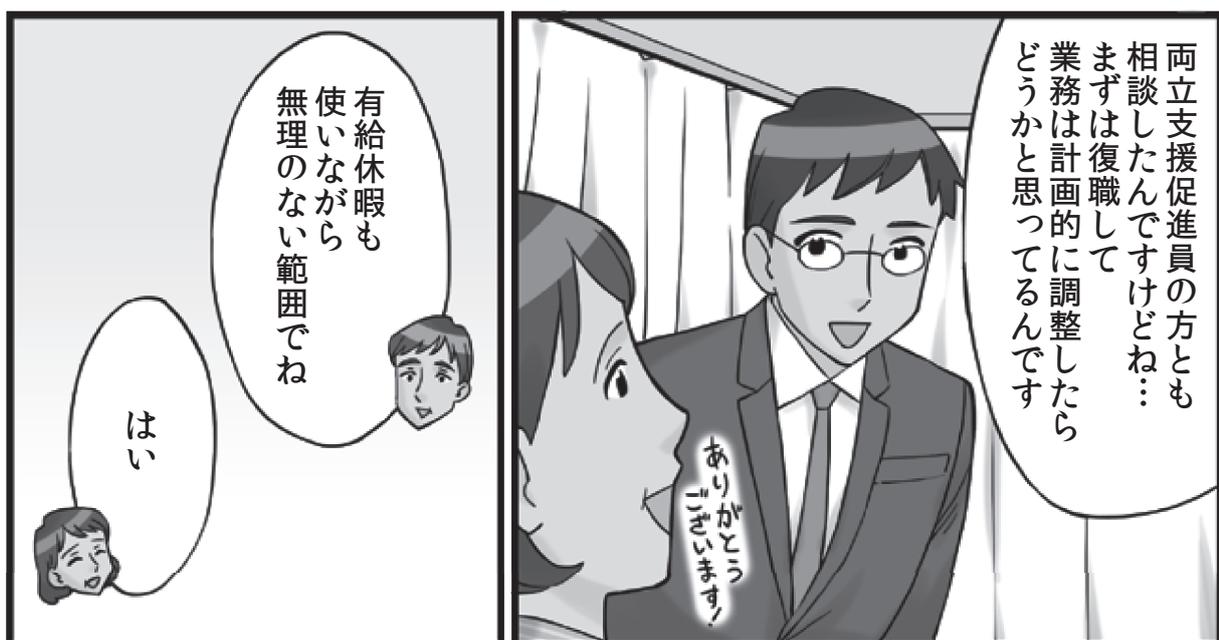


はい

あの…
「産業保健総合
支援センター」
って…？



「産業保健
総合支援センター」には
両立支援促進員も
配属されています



そして復職の日

無事退院して
復職したCさんを
工場スタッフ総出で
迎えました



おかえりなさい!

ありがとうございます
ございます!

皆さんも
本当にありが
とう

おかえり
さん!



その後

Cさん
無事退院できて
よかったですね

本当に...

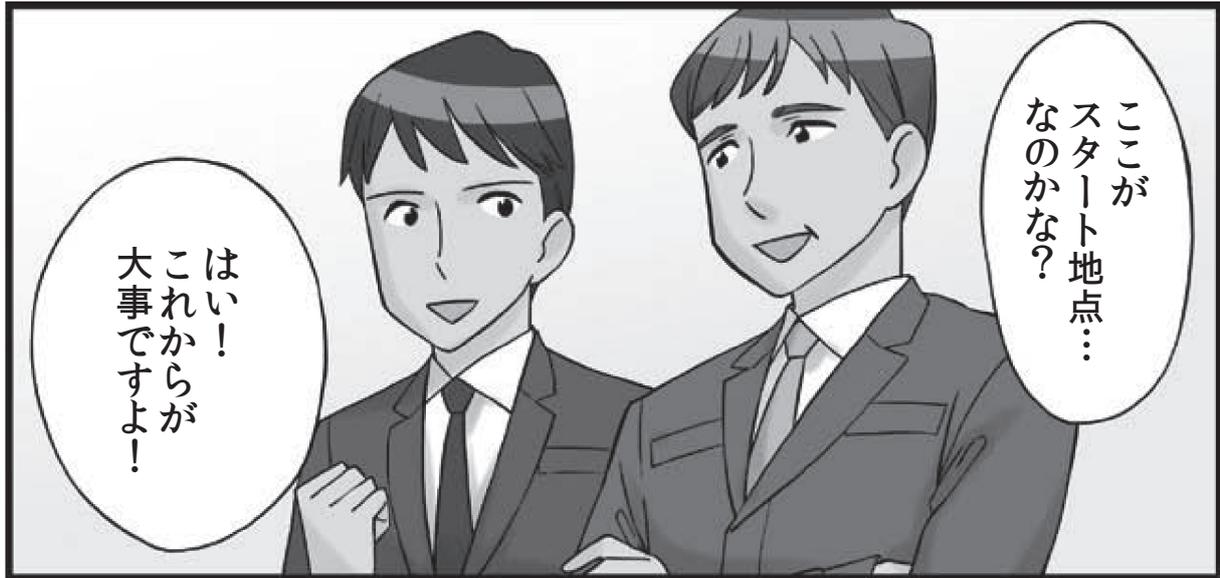


Dさんありがとうございます
ございました!

何しろ
前例がないので
本当に助かり
ましたよ

やっと
ここまで
来ましたね!





両立支援プラン

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

労働衛生機関・健診機関

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

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

乳がん

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

ホルモン療法

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

漫画に登場する主な用語集

治療と仕事の両立支援について

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

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



産業保健総合支援センター

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

●個別訪問支援とは

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

●個別調整支援とは

両立支援促進員が、事業場に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、色々な専門性を持っています。

研究班HP:

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

マニュアルはこちらのHPからダウンロードできます。

治療と仕事の両立支援について研究班の成果を掲載しています。



責任編集

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

発行：2019年2月

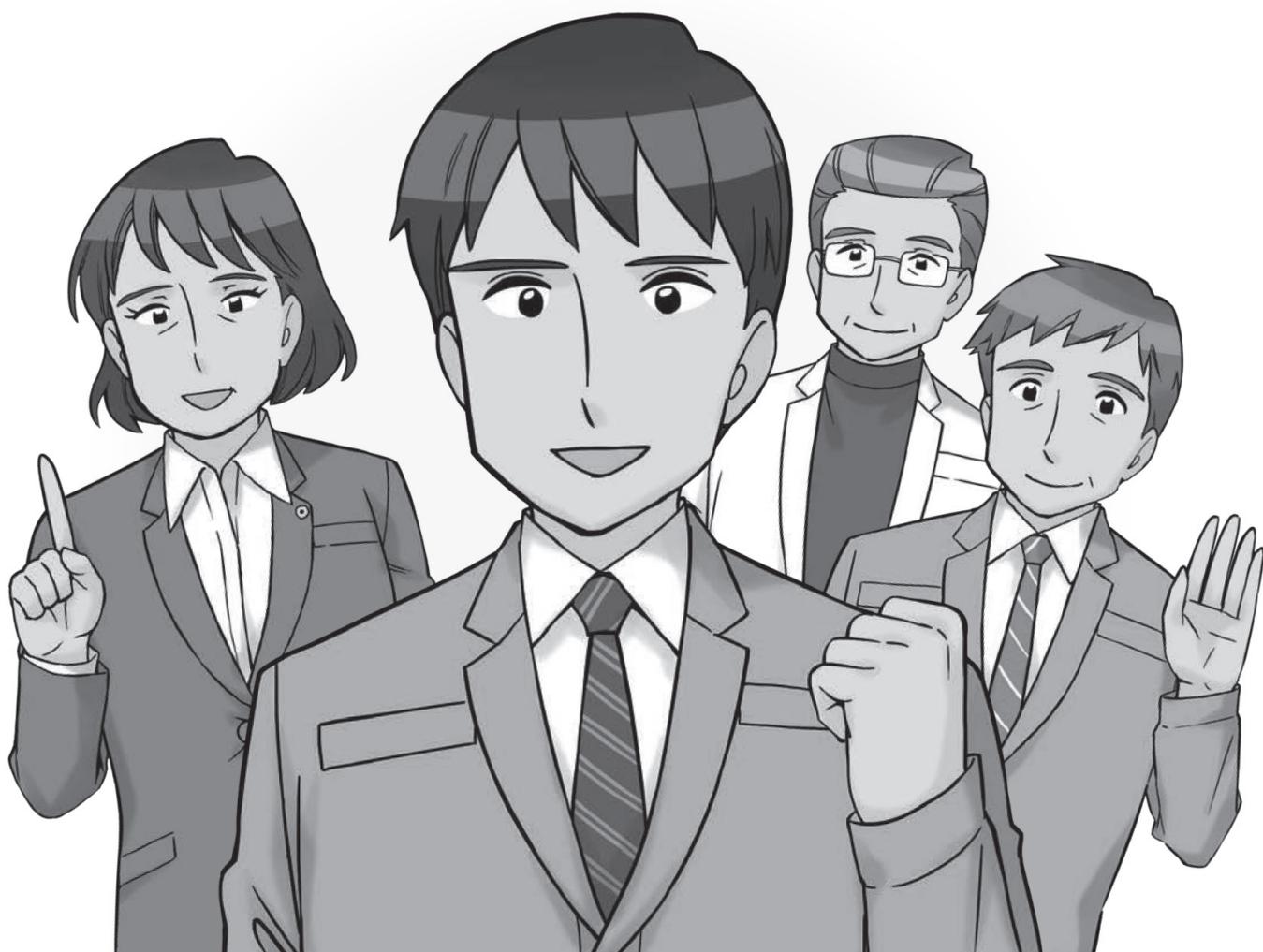
デザイン・印刷：第一資料印刷株式会社

中小企業における

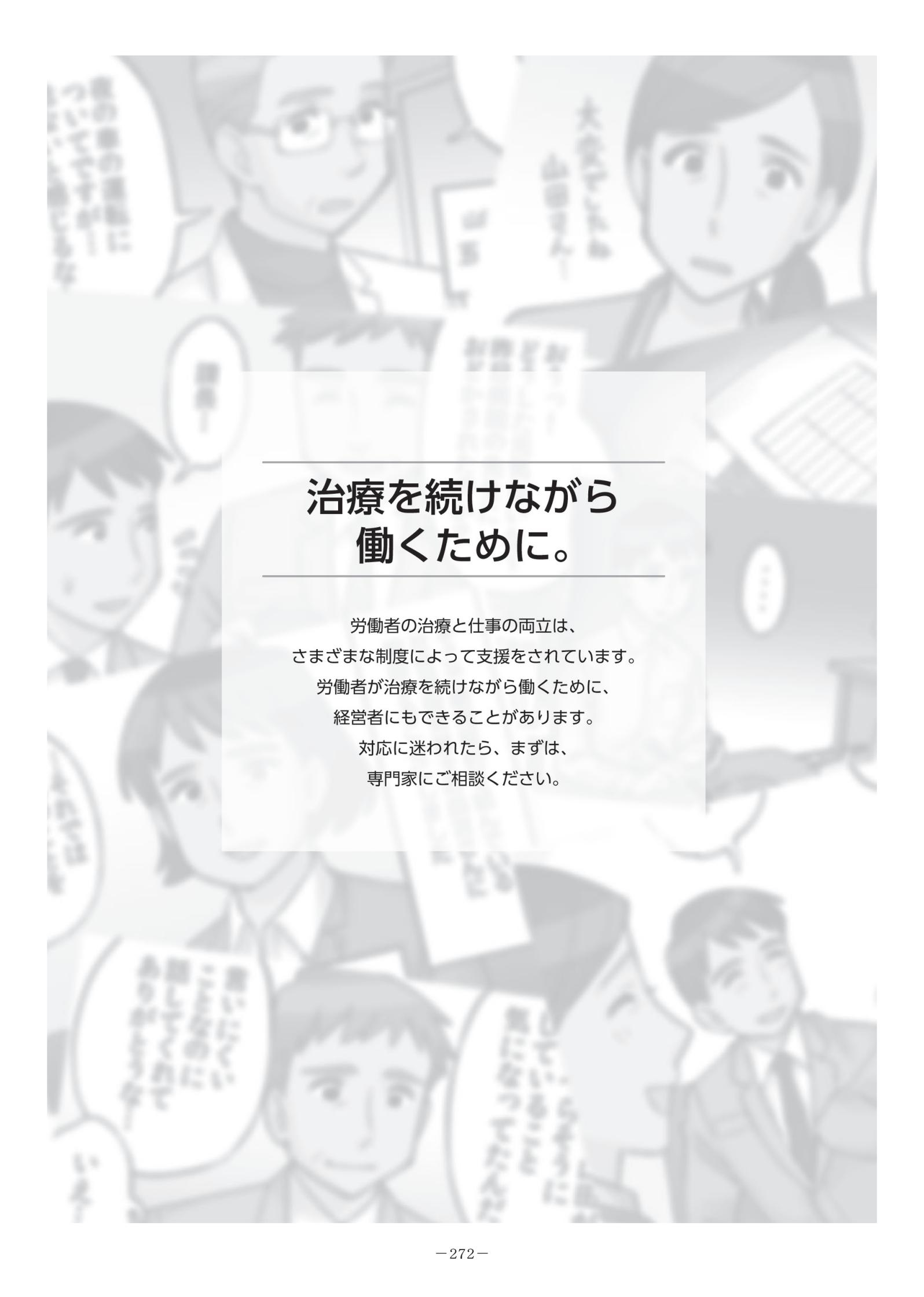
治療と仕事の

両立支援のススメ

Vol.3 ～社会保険労務士の活用～



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



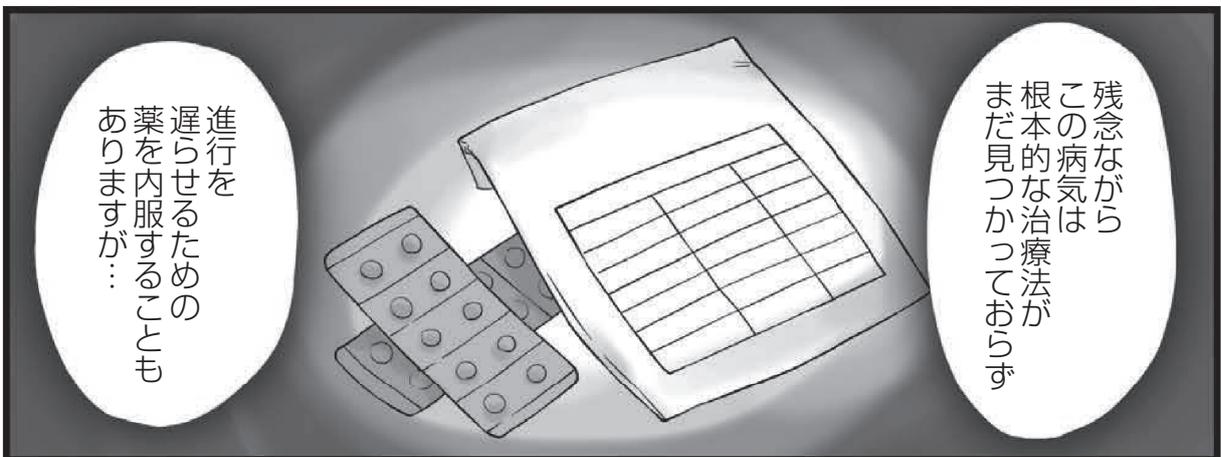
治療を続けながら 働くために。

労働者の治療と仕事の両立は、
さまざまな制度によって支援をされています。

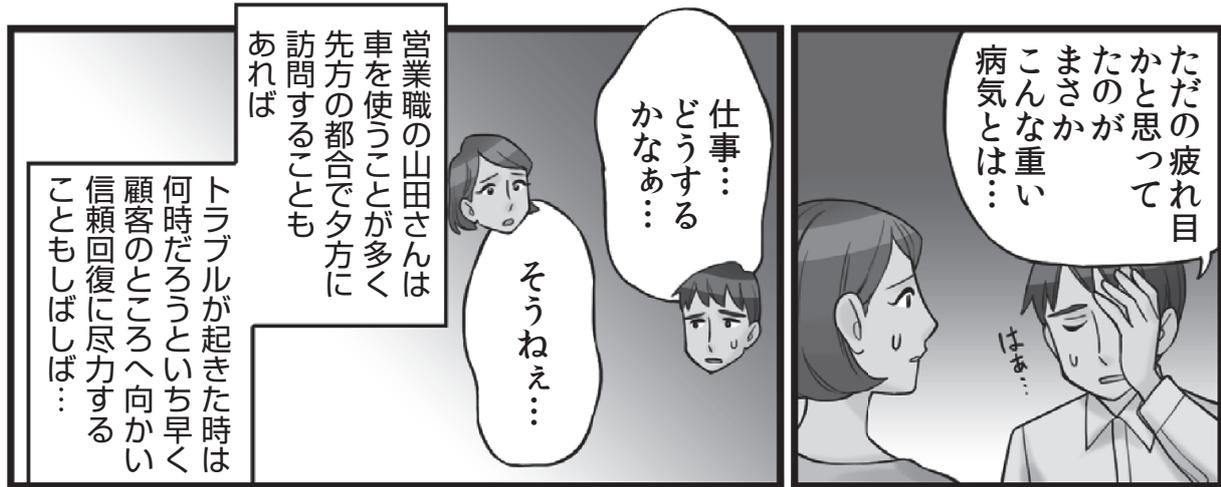
労働者が治療を続けながら働くために、
経営者にもできることがあります。

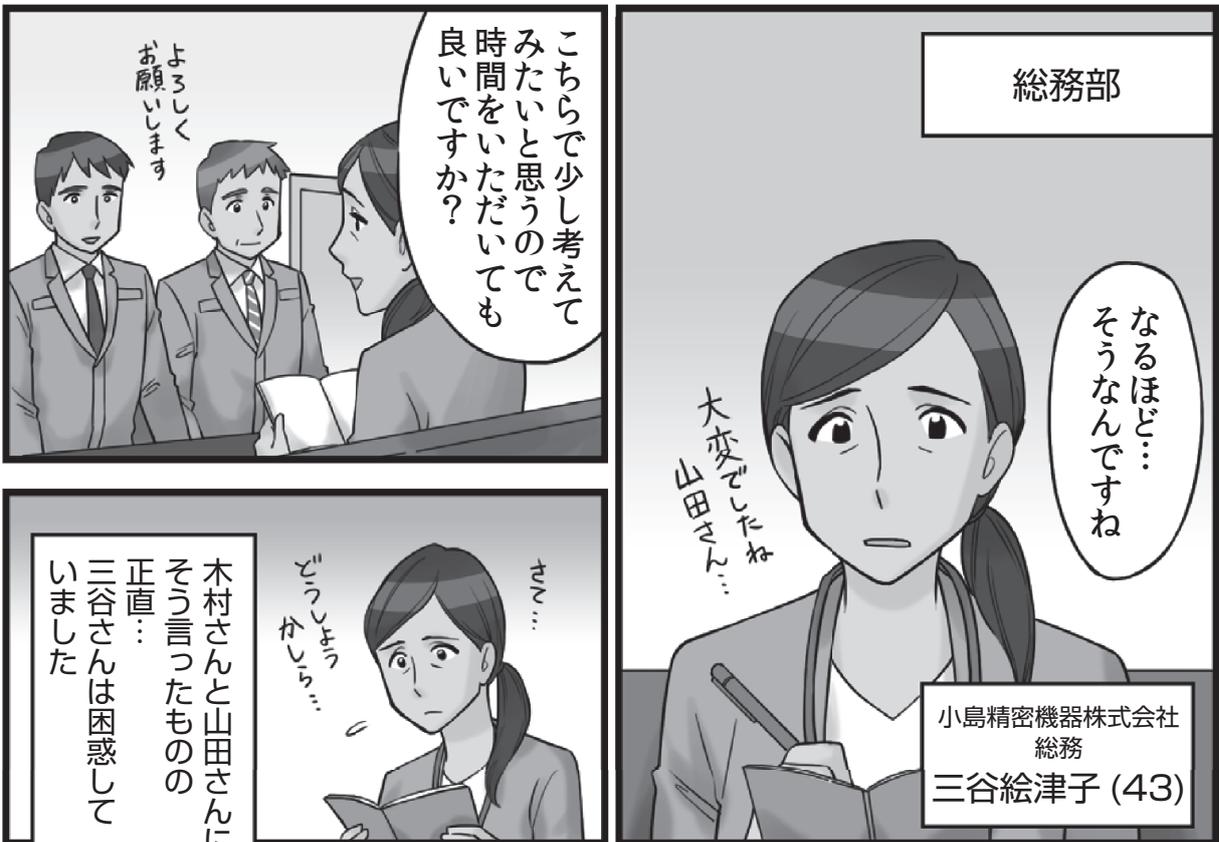
対応に迷われたら、まずは、
専門家にご相談ください。





※1…暗いところで物が見えづらくなること ※2…視野が狭くなること







大きな会社であれば
産業医がいるらしいが
ここは32名ほどの
会社で産業医とも
契約をしていない...

病気のことも
良くわからないし
それがどの程度仕事に
影響するのか...
またこれから先どのよう
になるのかもわからない...

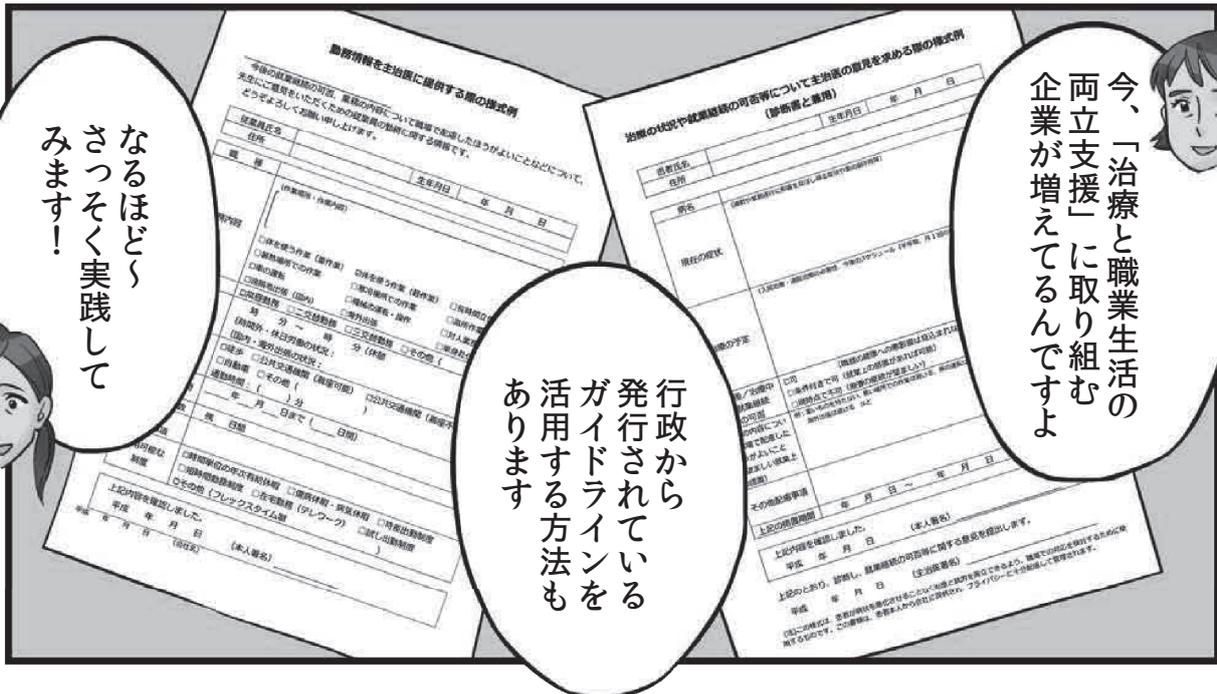


...それでは
病気のことを
もう少し詳しく
知るために
主治医の先生に
問い合わせて
みませんか?

そのための
様式が
ありますので

そこで顧問契約を結んでいる
社会保険労務士の四宮さんに
相談することにしました

社会保険労務士
四宮文恵 (46)

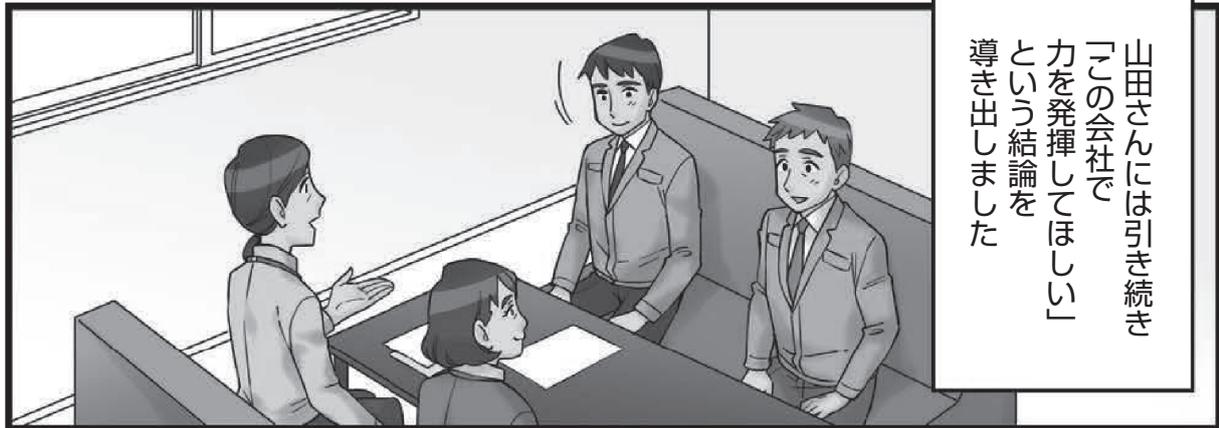


なるほど、
さっそく実践して
みます!

行政から
発行されている
ガイドラインを
活用する方法も
あります

今、「治療と職業生活の
両立支援」に取り組む
企業が増えてるんですよ





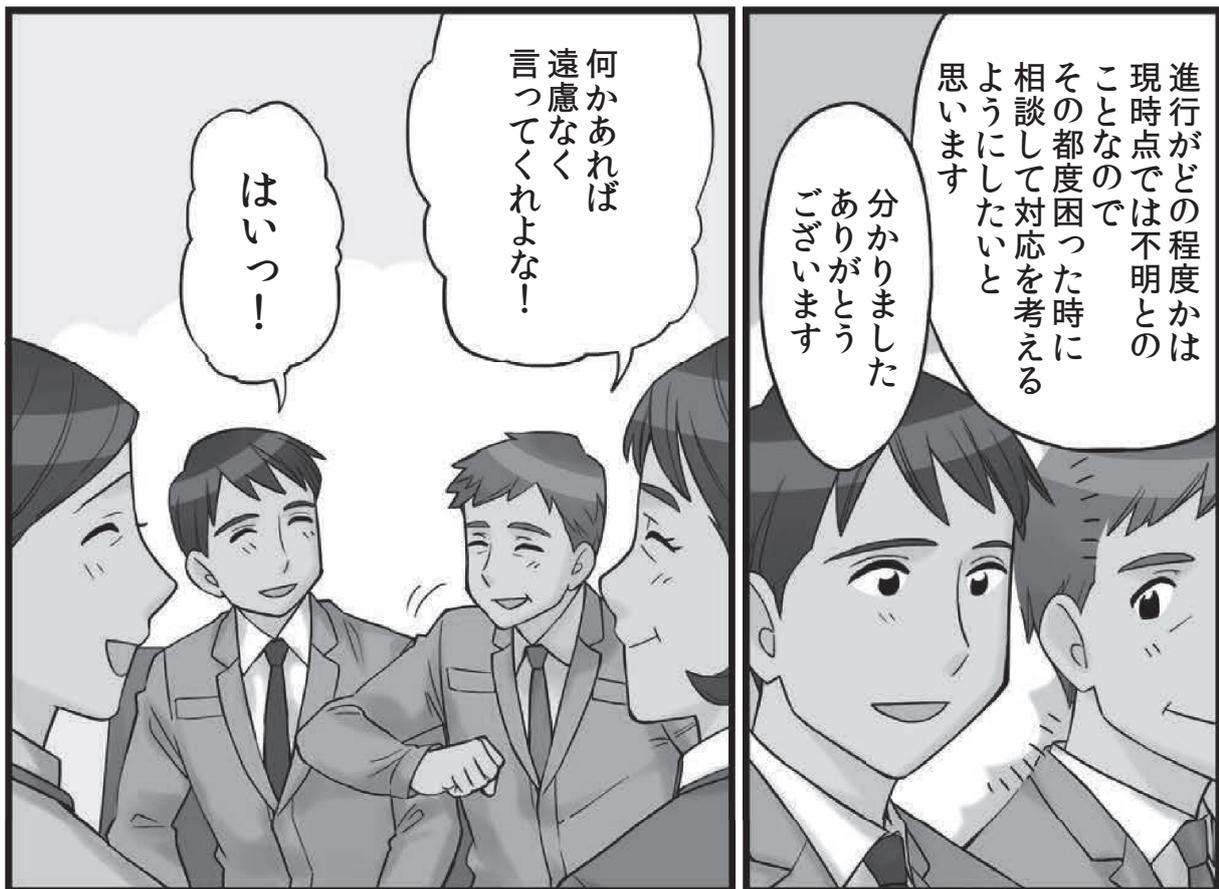
山田さんには引き続き
「この会社で
力を発揮してほしい」
という結論を
導き出しました



当面は
大きな注意は
必要ない様子ですが

帰社が
遅くなることが
予想される
場合には

交通機関を
使用すること…
タクシーを
使うことは
問題ありません



進行がどの程度かは
現時点では不明との
ことなので
その都度困った時に
相談して対応を考える
ようにしたいと思います

分かりました
ありがとうございます

何かあれば
遠慮なく
言ってくれよな！

はいっ！

網膜色素変性症

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

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

主治医と意見交換をする際の留意事項

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

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

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

参考となるホームページ

厚生労働省 治療と仕事の両立支援ナビ

↳<https://chiryoutoshigoto.mhlw.go.jp/>

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/>

漫画に登場する主な用語集

治療と仕事の両立支援について

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

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



社会保険労務士

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

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

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

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

研究班HP:

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

マニュアルはこちらのHPからダウンロードできます。

治療と仕事の両立支援について研究班の成果を掲載しています。



責任編集

江口 尚(北里大学医学部公衆衛生学)

森本英樹(研究協力者)、平松利麻(研究協力者)、柴田喜幸(研究協力者)

発行：2019年3月

デザイン・印刷：第一資料印刷株式会社

2018年1月17日(水) 17:30 - 19:00 開催
北里大学病院 臨床研究教育棟 5階

第1回 治療と仕事との両立支援セミナー 報告書

| 1 | 治療と仕事の両立支援における最近の動向

北里大学病院
トータルサポートセンター長(教授) 田邊 聡

| 2 | 治療と仕事の両立支援

北里大学医学部公衆衛生学 講師 江口 尚

| 3 | 医療現場における積極的な両立支援対策と今後の課題

赤羽乳腺クリニック 院長 赤羽 和久

| 4 | コメント・質疑応答

目次

第1回 治療と仕事との両立支援セミナー 報告書

2018年1月17日（水）17:30 - 19:00

北里大学病院 臨床研究教育棟 5階

1	治療と仕事の両立支援における最近の動向	02
	北里大学病院 トータルサポートセンター長（教授） 田邊 聡	
2	治療と仕事の両立支援	05
	北里大学医学部公衆衛生学 講師 江口 尚	
3	医療現場における積極的な両立支援対策と今後の課題	08
	赤羽乳腺クリニック 院長 赤羽 和久	
4	コメント・質疑応答	29

1

治療と仕事の両立支援における最近の動向

北里大学病院 トータルサポートセンター長（教授）

田邊 聡



田邊 皆さん、こんばんは。北里大学病院トータルサポートセンターの田邊と申します。今日は院外からもご参加いただきましてありがとうございます。

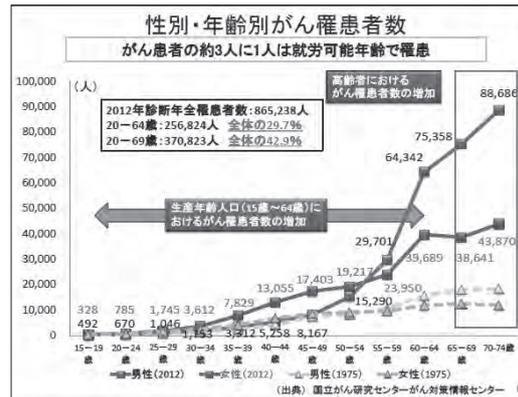
本日はイントロダクションだけお話をさせていただきます。皆さんも承知のように、昨今、日本人にも非常に高齢の方が増えてまいりまして、2人に1人はがんになり、3人に1人はがんで亡くなるという時代になりました。一方、様々な検診や、低侵襲治療あるいは抗がん剤の進歩によって、がんになっても治ったり、生存期間が延びたりして、がんを患いながら仕事をしていかなければならない方が増えている現状があるかと思えます。スライドを使ってお話させていただきたいと思えます。

がん患者のおかれている状況と 就労支援の現状について

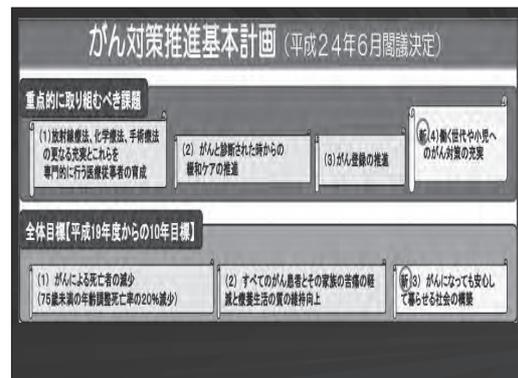
平成28年12月8日

厚生労働省 健康局 がん・疾病対策課

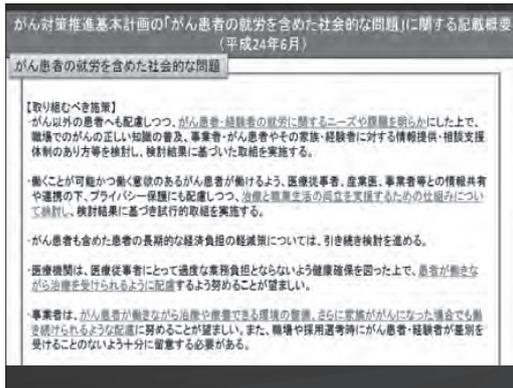
こちらは一昨年の12月に厚生労働省から交付された「がん患者さんのおかれている状況と就労支援の現状」です。この内容を数枚ピックアップして、ご紹介させていただきます。



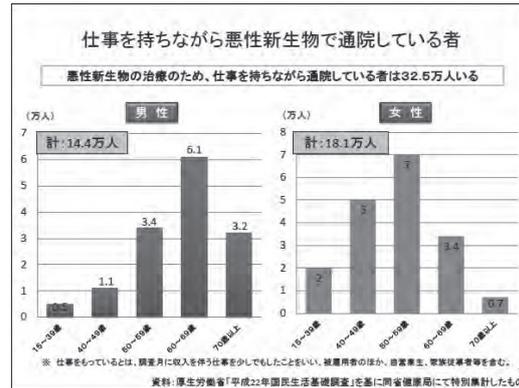
これは1975年と2010年の約40年の時代における性別と年齢別のがん罹患患者数を示したグラフです。横軸が年齢、縦軸ががんになった患者さんの数です。40年間でがんの患者さんが圧倒的に増えています。尚且つ、まさに働き盛りの方が30%を占めているというデータがあります。がんになりながらも仕事をしていかなければならない方が非常に増えていることが示されていると思えます。



平成24年6月にがん対策推進基本計画が出ました。重点的に取り組むべき課題の1つに、「働く世代や小児へのがん対策の実施」が挙げられています。また、平成19年度から10年目標の1つに、「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」が提案され、少しずつ進んできているというのが現状です。

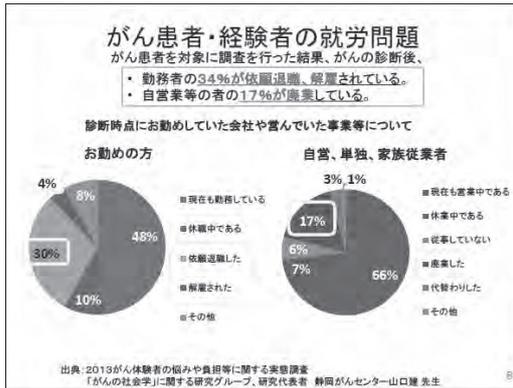


こちらにがん患者さんの就労を含めた社会的な問題点を幾つかまとめております。1つ目は、がんの患者さんやがんを経験した方の就労に関するニーズや課題を明らかにしなさいということです。2つ目は、医療機関も含めて事業所が、がんの患者さんの治療と職業生活の両立を支援するための仕組みについて検討しなさいということです。そしてもう1つは、医療機関に対して、患者さんが働きながら治療を受けられるように配慮するように努めること、また、事業者に対して、がん患者さんが働きながら治療や療養できる環境を整備すること、そしてさらに家族ががんになった場合でも働き続けられるような配慮をしなさいということが提案されております。

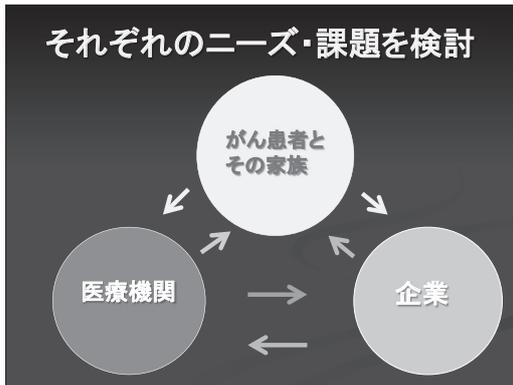


こちらは仕事を続けながらがんの治療で通院している患者さんのグラフです。私も驚いたのですが、30万人を超える方ががんを持ちながら治療しつつ仕事をされています。男性が14万人に対して女性はもっと多い18万人となっています。おそらく乳がんなどの患者さんが多いのかなと思いましたが、詳しくは赤羽先生からご紹介があると思います。





がんの患者さんの就労に関する問題ですが、勤務者の3割を超える方が依願退職、あるいは解雇されています。また、自営の方は20%弱の方が廃業せざるを得なかったということです。やはりがんを患うことで仕事を辞めなければならない、あるいは自分の会社を畳まなければならないという現状があります。

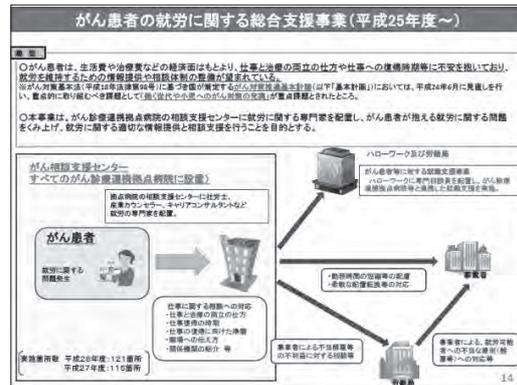


がんの患者さんとご家族の抱えているニーズや課題に対応が求められる一方で、今日もベッドに空きがほとんどないような状況で様々な治療に当たっている医療機関にとっては、そうしたニーズに出来る事が限られているのではないかと思います。そして企業にも現状を理解していただきながら、色々な配慮をしていただかないといけないわけです。ご家族や患者さん、医療機関、企業のそれぞれが三位一体となって進めていかなければならないのが今回の課題であると考えています。



がんの患者さんが安心して働きながら治療できる環境の整備が必要になってまいりますし、そのためには現状の課題を皆さんと一緒に検討し、共有して、実現させていきたいと思っている次第です。このセミナーが課題解決の一つのきっかけとなればと思います。

以上で、私の話を終わらせていただきます。ありがとうございました。



2 治療と仕事の両立支援

北里大学医学部公衆衛生学 講師

江口 尚

北里大学病院
第1回治療と仕事との両立支援セミナー
日時: 2018年1月17日(水)17:30~19:00
場所: 北里大学病院 臨床研究教育棟5階

治療と仕事の両立支援

北里大学医学部公衆衛生学
江口 尚
eguchi@med.kitasato-u.ac.jp

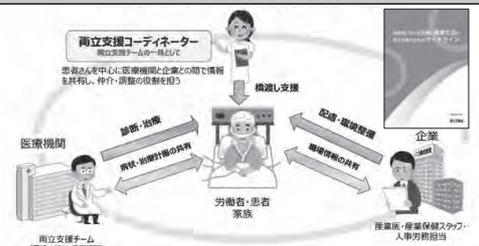


北里大学
Kitasato University
医学部
School of Medicine
公衆衛生学
Public Health

1

江口 現在、研究ベースで色々な両立支援が取り組まれていますので、本日はそのあたりのお話をさせていただきたいと思います。

治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン (平成28年2月)



両立支援コーディネーター
病以実用チームの一員として
患者さんを中心に医療機関と企業との間で情報を共有し、仲介・調整の役割を担う

情報支援
医療機関
企業
労働者・患者
家族

両立支援チーム
(医師・看護師・薬剤師)

産業医・産業保健スタッフ・人事労務担当

- 労働者が事業者へ支援を求める申出(主治医による配慮事項などに関する意見書を提出)
- 事業者が必要な措置や配慮について産業医などから意見を聴取
- 事業者が就業上の措置などを決定・実施(「両立支援プラン」の作成が望ましい)

田邊先生は、がんの特化したお話をされていました。がんの分野はかなり両立支援が進んでいます。国としては、がんだけではなく、例えば肝臓の病気や難病、脳梗塞、脳血管疾患などの疾患にも両立支援を広げているという流れになっています。

両立支援に取り組む上で、今後の方向性を示したガイドラインが出ています。「治療と職業生活のためのガイドライン」というもので、医療機関、企業、本人の関わりについてガイドラインが示されています。そして両立支援コーディネーターを上手く使ってこうということ、ガイドラインが示されています。このガイドライン自体は、医療機関や企業が作ったものではなく、国がきち

んとコーディネートをして、企業側、経団連等がきちんと承認したもものとして作られています。おそらく今後、我が国で両立支援を進めていく上での、ある種の憲法みたいなものになっていくだろうと思いますので、是非知っておいていただきたいと思います。

その中には色々なことが書いてあります。ガイドラインをホームページから検索していただきますとダウンロード出来ますので、一度お目通しいただくと良いと思っています。

このガイドラインは、労働者が事業者へ支援を求める申し出をどうするのか、事業者が必要な措置や配慮について産業医の中でどのように意見をチョイスするのか、また、両立支援プランを企業の方が作成するにはどうするのかなどが書かれているものです。内容を話すだけでも1時間くらいになるような、それぐらいの代物になります。まずは名前だけを知っておいていただければと思います。

治療と就労の両立支援マニュアル 労働者健康安全機構



がん 糖尿病 脳卒中 メンタルヘルス

「治療と就労の両立支援マニュアル」を、がんと糖尿病、脳卒中、メンタルヘルスに関して、労働者健康安全機構が作っています。これも立派な本のように見えますが、ホームページから無料でダウンロード出来ます。「治療と就労の両立支援マニュアル 労働者健康安全機構」と検索していただくことができます。この中にも色々なことが詳細に書かれています。ざっくりとどんな感じで進めていけば良いのだろうと考える時に参考にする資料として、使えるのではないかと考えています。労災病院は、このマニュアルを作るために、約5年間、実際に自分たちの病院でモデルを実施して、その知見を纏めました。

事例が出ていて非常に読みやすくなっていますので、是非ご覧いただければと思います。

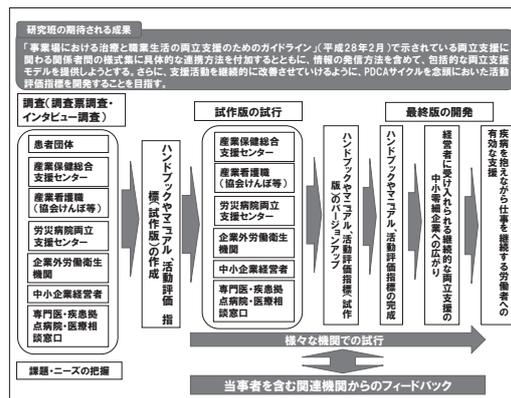


また、治療を受けながら安心して働き続けることができる職場づくりについて、企業での好事例を集めた検討事例集等が出ています。厚生省のホームページの仕事と治療の両立支援のページで一通りダウンロード出来るようになっていますので、ご関心があればご覧ください。

私自身が研究するまで知らなかったのですが、多くの蓄積があり、進んでいるところも多くあります。このような様々な事例が積み重なって、今まさに全国の1つひとつの医療機関に展開しようとしているというのが現状だと思います。

治療と就労の両立支援のための事業場内外の産業保健スタッフと医療機関の連携モデルとその活動評価指標の開発に関する研究 (労災疾病臨床研究事業 170401-02)		
研究費名	所属機関・職名	分掌する研究項目
堀内純	北里大学医学部公衆衛生学・教授	研究総括、調査企画、研究会開催の開催、成果物のまとめ
渡辺哲	神奈川産業保健総合支援センター・所長	産業保健総合支援センターによる両立支援の検討
久保田昌嗣	大阪労災病院治療就労両立支援センター・部長	労災病院両立支援センターによる両立支援の検討
荻野美恵子	国際医療福祉大学医学部医学教育統括センター・教授	疾患拠点別病院による両立支援の検討
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

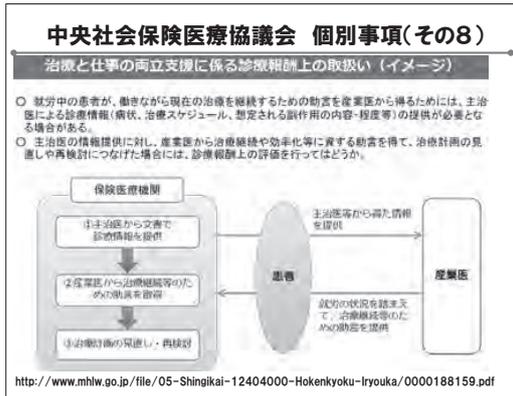
そのような中で厚生労働省から研究費をいただき、私どもの大学の堤が代表者として両立支援の研究を進めています。今回のようなセミナーを開催させていただくのも、その一環です。



色々取り組む中で、実際に医療機関で両立支援を進めていこうとしています。そして足元である北里大学病院で進めながら、色々な課題を見ていこうと考えています。両立支援に関しては、色々なハンドブックやマニュアルが既に出来上がっていますので、後は実際に運用していくことになります。国としても、トライ&エラーをしながら積極的に好事例を作っていってほしいということですので、北里大学でも進めさせていただければと思っています。

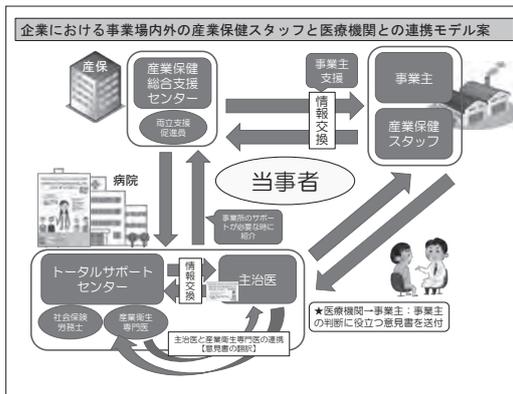


特に神奈川県は、関東労災病院のほか、大学院も比較的多くあります。今日もお越しいただいていますが、神奈川県で産業保健を推進している産業保健総合支援センターを、両立支援サービスを提供するところとして国が位置付けています。4大学を中心に、そこと色々な連携をしながら神奈川県全体で進めていこうとしています。スライドにあるようなポスターをサポートセンターや院内でも掲示し、患者さんに対して両立支援を促しています。「仕事と治療に関して何か悩みがあったら病院に相談してください」という雰囲気を作っていこうとしています。2月以降、皆さんのお目に目に留まることあるかも知れません。ポスターとカードを400部ほどいただいていますので、実際に患者さんにお渡しして、窓口に繋がられるようなことをしていければと思っています。



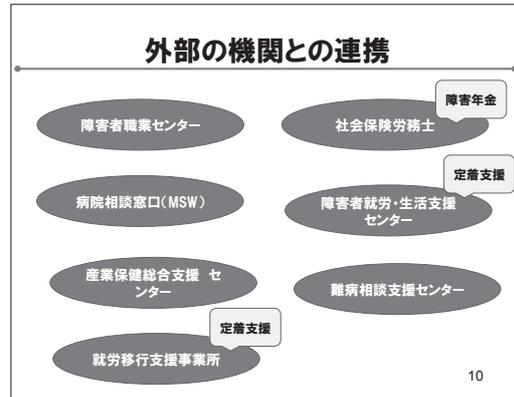
患者さんに対する両立支援の活動を完全にボランティアで行っていくかという課題があります。今まで労災病院などは、国から研究費をもらって実際に人を充てていたのですが、いよいよ国も本腰を入れてきました。来年度の診療報酬改定の際に、患者さんの就労に関する情報を医療機関から企業の産業医に提供した場合に、病院から産業医への情報提供だけではなく、産業医が返信するというプロセスを1回行うごとに、一定の文書料を保険としてつけましようということになりました。まずはがんから始まっていこうと言われていました。

その他には、医療評価機構があります。北里病院も取っていると思うのですが、要求事項の中に、院内のスタッフに対する両立支援推進のことが含まれたり、医学教育のコアカリキュラムに両立支援が入っていたりということです。お金はつきませんが、認証などの部分で両立支援を盛り上げていこうとしています。情報を先取りして実施していく方が良いということですので、大きな医療機関や、社会的に存在感のある医療機関は、なかなか避けられない課題になってくるかと思えます。それであれば、早めに対応していただこうということで、今回のセミナーを開催させていただきました。



北里大学では、スライドのようなモデルを考えています。トータルサポートセンターと主治医の先生が色々な情報交換をされると思っています。主治医が職歴のことを細

かく聞くことはほぼ不可能だと思いますので、私のような産業衛生の専門医も入り、30分から1時間ほどかけてご本人の職歴や職業を聞きませす。主治医の先生には、主に治療のことだけに専念していただき、上手く連携を取りながら患者さんに対してより良いサービスを提供していこうとしています。このようなことが次年度から北里大学でも始まっていきます。



外部機関についてですが、色々な機関が両立支援に取り組んでいます。今後はこのような機関と連携しながら、トータルサポートセンターに入られている社労士などの方々も含めて、患者さんご本人にとってより良い両立支援を行っていければと思っています。何が何でもその企業にしがみ付いて下さいと勧めるのではなく、状況に応じて必要な情報を提供していけるようになっていければと思っています。



こちらは資料としてお渡し出来ればと思います。こういったものを参考にしながら進めていくことになります。以上です。ありがとうございました。

3

医療現場における積極的な両立支援対策と今後の課題

赤羽乳腺クリニック 院長

赤羽 和久



赤羽 本日は貴重な機会をいただきましてありがとうございます。私は名古屋で開業していますので、現場からは少し離れている話になるかもしれません。以前、学会でがん患者さんの就労支援の話をした時は、今回の半分くらいの大さきの会場に5~6人しか参加者がいませんでした。そこから始めたことを考えると、今は皆さんから関心をお寄せいただいて非常にありがたいと感じております。きちんと進めていきたい課題ですので、ぜひ北里大学でも色々な形で取り組んでいただければと思います。



自己紹介 アカハネ カズヒサ 赤羽 和久

1. '96 (H8) 産業医科大学卒
2. 産業医 02-05 (H14-17) 東海旅客鉄道株式会社専属産業医
3. 臨床医 05 中部労災病院 外科
 - 09 JA静岡厚生連 遠州病院 外科
 - 10 名古屋大学大学院腫瘍外科
 - 11 愛知県がんセンター愛知病院 乳腺科
 - 13 名古屋第二赤十字病院 一般消化器外科・乳腺外科
 - 17 赤羽乳腺クリニック 院長

資格：日本外科学会指導医・専門医、日本乳癌学会専門医、日本消化器外科学会専門医、がん治療認定、労働衛生コンサルタント、医学博士

赤羽乳腺クリニック <http://akahane-breast.com/>

乳がんになっても安心して暮らせる社会生活を応援する

当院は専門性の高い乳がん検診・乳腺診療をおこないます。サバイバーシップ支援にも力を入れ、その人らしい生き方を支えるクリニックです。治療中や治療終了後の社会復帰にも目を向けリンパケアなどの身体的サポートはもちろん、職場における両立支援まで、その人らしい生き方を幅広くサポートいたします。

〒464-0819 愛知県名古屋市千種区四谷通1-13 ノア四ツ谷ビル3F (本山駅5番出口から徒歩1分)

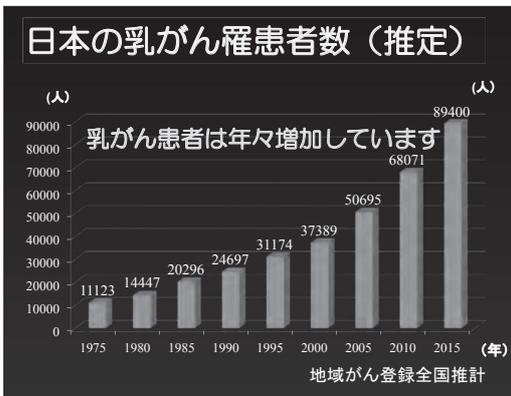
自己紹介は割愛させていただきます。

当院は「乳がんになっても安心して暮らせる社会生活を応援する」というコンセプトで運営しております。先ほど田邊先生から「がん対策推進基本計画」の中に「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」が含まれているとお話されていましたが、それを応援したくて開業しました。

本日の内容

1. 乳がんとサバイバーシップ支援
2. 研究紹介 3つ
3. 医療現場での取り組み
4. 取り組みの成果
5. 事例紹介
6. 今後の課題

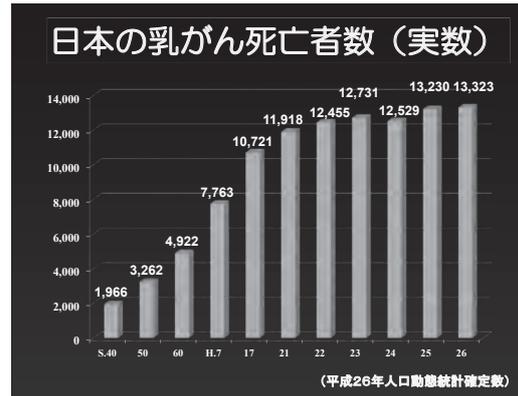
今日は、こちらの内容をお話しします。乳がんとサバイバーシップ支援と、研究紹介を3つ、それから医療現場で取り組んできたことです。取り組みについては、私は前職が名古屋第二赤十字病院、その前が愛知県がんセンター愛知病院でしたので、この2つの医療機関で取り組んできたことをご紹介します。その取り組みの成果は、名古屋第二赤十字病院で検討したことをお話しします。事例は、産業医の先生と一緒に患者さんを診てきましたので、その中からお話しします。そして、今後の課題についてお話しします。今後の課題に関しては、少し私見が入っております。



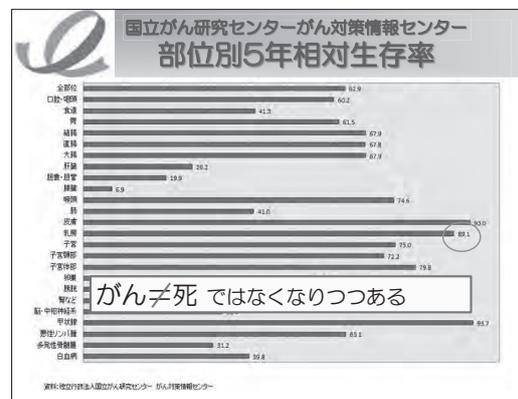
1. 乳がんとサバイバーシップ支援

まず、乳がんとサバイバーシップ支援についてお話させていただきます。

ご存知のように、乳がんに罹患する方は非常に増えてきています。現在は、年間9万人、11人に1人が罹患する状況となっています。

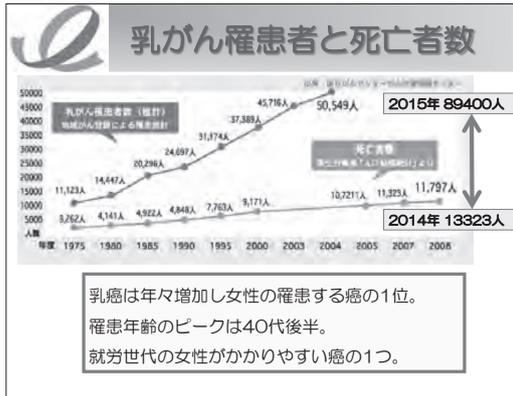


罹患する方が増えている一方で、乳がんでは亡くなられる方はそれほど増えていません。13,000人から14,000人あたりを推移しています。一旦下がったのですが、また少し増えてきています。



こちらは少し古いのですが、2003年から2005年の5年相対生存率のデータです。部位によっては、非常に高い生存率になっています。がんと言われると悲観的なことを考えてしまいがちですが、乳がんに関しては5年相対生存率が89.1%となっております。この数値は現在では90%を超えております。もちろんすべての方に当てはまるわけではありませんが、多くの方が健闘しております。10年相対生存率は、国立がん研究センターからデータが出ていますが、80%を超えています。

がんは非常に個性があり、部位や、がん自体の性格にも左右されますが、がんと言ってもすぐに死を連想するものではなくなっています。上手に付き合うことを考えていける病気になってきています。



罹患される方と亡くられる方の間に、罹患してもサバイバーとして生活されている方が増えています。そのような方の生活にもっと目を向けて行く必要があると思います。

Cancer Survivorship

- Mullan Fitzhugh 『Seasons of survival: reflections of a physician with cancer』 (1985年 N Engl J Med) で初めて紹介。
- がん体験は結果として治癒したかどうかの単純な二分法で表現できるものではなく、最終的な帰結よりも本人が診断後生きるプロセスと捉えるほうが適切である。
- 治癒したか否かを治療のすべてと考えるような医療
 - 生存率の向上を目指すばかりで治療が引き起こす諸問題を顧みないのは、先進技術を使って溺れる人を水から引き揚げた後、咳き込んで水を吐くその人をそのまま放置しているようなものだ

治療	初期治療	
非治療	初期治療	再発~End of Life

1985年に Mullan Fitzhugh が New England Journal of Medicine の中で紹介した、がんのサバイバーシップの概念があります。そこには「がん体験は結果として治癒したかどうかの単純な二分法で表現できるものではなく、最終的な帰結よりも本人が診断後生きるプロセスと捉えるほうが適切である。」と書かれています。私は消化器外科医として仕事をしてきましたので、どうしても生存率の向上を目指してしまうことは理解しているのですが、このことについては「生存率の向上を目指すばかりで治療が引き起こす諸問題を顧みないのは、先進技術を使って溺れる人を水から引き揚げた後、咳き込んで水を吐くその人をそのまま放置しているようなものだ。」という表現で書かれています。

Cancer Survivorship

- Mullan Fitzhugh 『Seasons of survival: reflections of a physician with cancer』 (1985年 N Engl J Med) で初めて紹介。
- がん体験は結果として治癒したかどうかの単純な二分法で表現できるものではなく、最終的な帰結よりも本人が診断後生きるプロセスと捉えるほうが適切である。
- 治癒したか否かを治療のすべてと考えるような医療
 - 生存率の向上を目指すばかりで治療が引き起こす諸問題を顧みないのは、先進技術を使って溺れる人を水から引き揚げた後、咳き込んで水を吐くその人をそのまま放置しているようなものだ

この期間に注目！

治療	初期治療	
非治療	初期治療	再発~End of Life

我々医師は、病院に来る初期治療の段階や、再発してから End of Life を迎えるまでの間に患者さんと接することが多いのですが、それ以外の期間に患者さんを診ることはあまりありません。今は、患者さんが病院から離れている期間の生活にもっと注目していきましょうという動きが起こっています。

視野を変える

「がん」は上手に付き合える病気になりつつある

車のヘッドライトをハイビームにしてみます

より遠く (将来を)
より広く (多方面から)

車のヘッドライトに例えて今までとこれからの視野の違いを見てみます。今まではもう少し間近の狭い範囲を見ていましたが、ハイビームにするとずっと遠くまで見えます。これからは患者さんの将来をより多方面から見つめて治療をすることが求められていると思います。

乳がんサバイバーシップ支援

失うものを少なくし、その人らしい生き方を変える

- 癌診断 (Oncoplastic Surgery)
- 就労支援
- アラタランス
- リハビリ・リンパケア
- 妊産性
- 遺伝相談
- チャイルド・サポート
- 夫婦・パートナーとの関係・性
- Advance Care Planning
- 親との関係・親の介護

がんサポート部会
(2013年2月 がん患者への相談支援や情報提供を行うことを目的として多職種で結成)

病院
行政
学会・研究会
ピア・サポート
患者会
がんサロン

こちらは名古屋第二赤十字病院にいた頃に、乳がんサバイバーシップ支援に取り組むための柱を作ろうということで作成しました。まず、整容性をやろう、就労支援をしっかりやろう、アピランス支援をきちんとやりましょうということです。がんだからと言ってお化粧ができなくなるのではなく、しっかりお化粧もして身綺麗にして外来に来られるくらいのサポートをしようと考えました。また、患者さんは、腕ではなく背中が浮腫むことで腕の可動域が悪くなりますので、腕だけではなく背中の浮腫みにもっと注意してリンパケアをやろう。妊孕性もしっかり考えていこう。遺伝相談もやろう。そして、チャイルド・サポートもしっかりやっけいこうと掲げています。

チャイルド・サポートですが、名古屋には「どあらっこ」という名のがん哲学外来という活動があります。そこでは、小児がんの子どもとお母さんが乳がんの子どもが集まってお話し会をしています。当院ではセミナールームを無料開放していますので、その子ども達が遊びに来て、仲間と一緒に話し会をします。子ども達ががんの子ども達を一生懸命集めて活動しています。

また、名古屋第二赤十字病院にいた頃は、もうすぐお亡くなりになるお母さんの子どもに、お母さんとそろそろお別れしなくては行けないという話を、あらかじめ悲嘆の経験をさせて、その後のストレスを少しでも回避させる取り組みをしていました。話をした子ども達は、後になって登校拒否をしたり、社会から外れたりすることなく過ごせることが多いようです。お父さん達に後から聞くと、ちゃんと学校に行っているということでしたので、このような取り組みをして良かったと思っています。

また、アドバンス・ケア・プランニングにも力を入れています。

失うものを少なくし、その人らしい生き方を支える

乳がんサバイバーシップ支援

癌外科 (Oncoplastic Surgery)

就労支援

アピランス

リハビリ・リンパケア

妊孕性

遺伝相談

チャイルド・サポート

夫婦・パートナーとの関係・性

Advance Care Planning

親との関係・親の介護

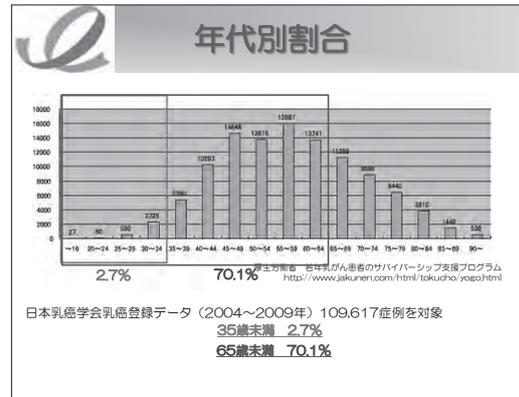
病院
行政
学会・研究会
ピア・サポート
患者会
がんサロン

がんサポート部会

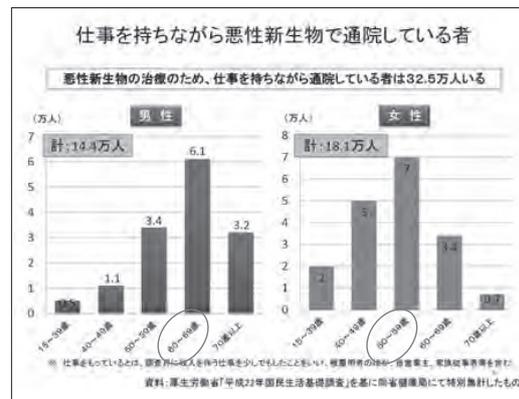
(2013年2月 がん患者への相談支援や情報提供を行うことを
目的として多職種で結成)

就労支援に関する私の勝手な将来像なのですが、仕事と治療を両立できるようになり、働いていく人が増えてくると、恐らく病気を再発してくる方も多くなると思います。そういう方を企業はどのように抱えていくのかを

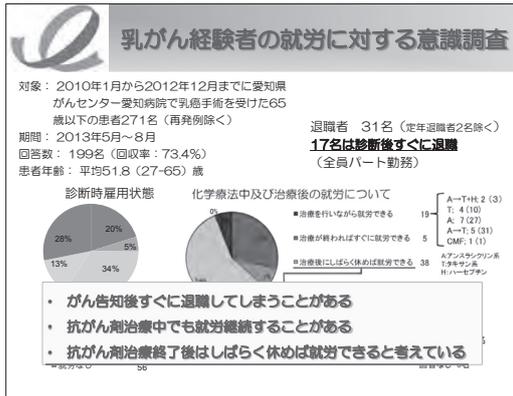
考えますと、今後のアドバンス・ケア・プランニングは非常に重要になってくると思っています。



乳がん患者を年代別に見てみますと、35歳未満が2.7%となっています。報道ではこの世代の方ばかりが取り上げられますが、40代から50代にピークがあります。乳がんに関しては、働く世代が70.1%となっています。若い世代の女性に多いがん種としては、やはり婦人科のがんと乳がんが代表的だと思います。



男性と女性で比較しても、ピークの年代には10歳の差があります。女性の割合を底上げしているのは、恐らく乳がんだと思います。乳がんや婦人科がんの患者さんに対して就労支援をしっかり取り組んでいくことで、他のがん種にも活用されていこうと考えますので、私は乳がんの分野でしっかり取り組んでいきたいと思っています。

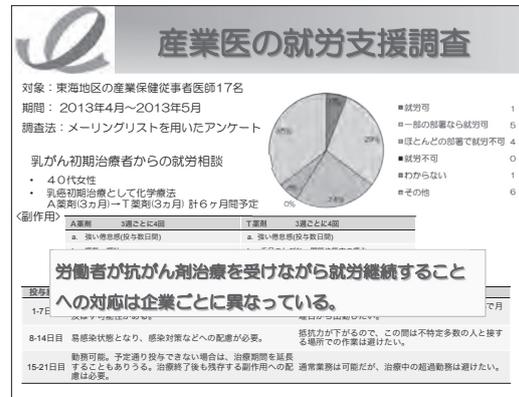


こちらは患者さん向けのアンケートです。2013年5月から8月にかけて行いました。愛知県がんセンター愛知病院で手術を受けた患者さんを対象にしています。回収率は73.4%で、患者さんの平均年齢は51歳でした。診断時の雇用状態は、20%の方が正社員で、最も多いのは34%のパートアルバイトでした。この病院は岡崎にあり、少し田舎ですので、自営業や農業の方も多くいらっしゃいました。就労していない方は3割いらっしゃいました。

注目していただきたいことが3つあります。1つは、退職者のところで。退職した方は定年退職を除いて31名いらっしゃいました。退職者がいつ退職したかを見ますと、17名は診断後すぐに辞めていました。この17名は全員がパート勤務で非正規雇用の方でした。あと2つは、化学療法中の就労についてのアンケートに関することです。見ていただきたいのは、治療を行いながら就労できると考えている方が29%いるところです。治療内容に偏りがあるかという確かにあるかも知れませんが、アンストラサイクリン、タキサン±ハーセプチンなど、よく使うレジメンを受けています。結構辛いレジメンを受けていても就労を続けている方がいらっしゃいました。そして3つ目は、治療が終わってすぐに就労できると答えた方は少ないのですが、治療後にしばらく休めば就労できるという考えの方がほとんどでした。治療後に就労できないと考えている方は一人もいません。では実際に、治療後どのくらい休めば職場復帰できるかという質問に対しては、中央値が3カ月でした。1カ月から24カ月の範囲で誤差がありました。24カ月というのは長いかも知れませんが、このように仕事に関しては多くの方が抗がん剤治療の後に機会があれば働きたいと考えていることが分かりました。

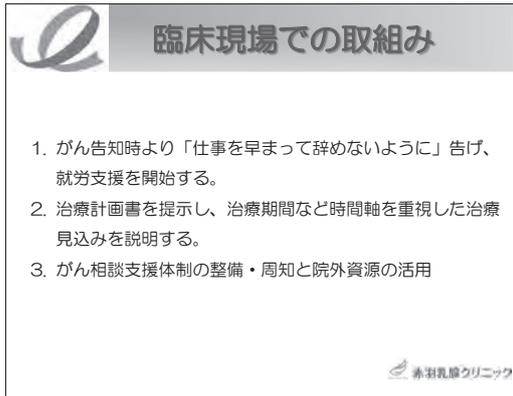
まとめますと、がん告知後すぐに退職してしまう方が非常に多いことが分かりました。ここは問題だと思えます。実際にこれを私に教えてくれたのは看護師でした。就労支援をしようと思った時に、「先生、治療後ではなく、告知後すぐに支援が必要です」と外来の看護師が教えてくれました。そして、抗がん剤治療中でも就労を継

続することがあり、また、治療後もしばらく休めば就労できると考えていることがアンケートを通じて分かりました。



こちらは産業医向けのアンケート調査です。メーリングリストを使ったアンケート調査なので企業名が明らかになってしまったため、正確な情報を教えていただけない先生もいらっしゃいました。この調査では架空の症例を作りました。乳がんの初期治療中の40代女性から就労相談を受けたという症例です。アンストラサイクリンを3カ月、タキサンを3カ月の合計6カ月の化学療法を受けています。副作用に関してはスライドに記載しています。強い倦怠感、吐き気、手足のしびれなどです。また、スライドにあるように、1週間ごとに必要とする配慮の内容と、本人の希望を挙げています。そして「このような患者さんがいますが、貴社では対応可能ですか」と質問しました。

質問に対して、6%が「就労可」、29%が「一部の部署なら就労可」と回答しました。「ほとんどの部署で就労不可」と「就労不可」は、3分の1くらいでした。「正確にはわからない」「症例による」という考えを含む「わからない」と「その他」が3分の1超でした。このように、企業内でも対応は様々であることが分かりました。労働者が抗がん剤治療を受けながら就労継続することへの対応は企業ごとに異なっています。当たり前のことだと思いますが、やはりがんの個性があるように、企業の対応にもそれぞれ特色があります。それについても我々は考えながら進めていかなくてはいけないと思います。



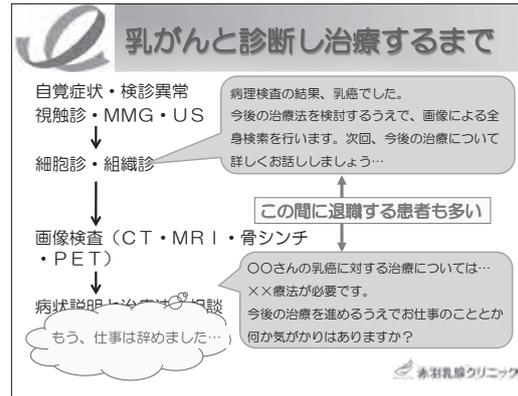
3. 医療現場での取組み

これらの調査を踏まえて、現場ではどのような取り組みを行ってきたかお話しします。

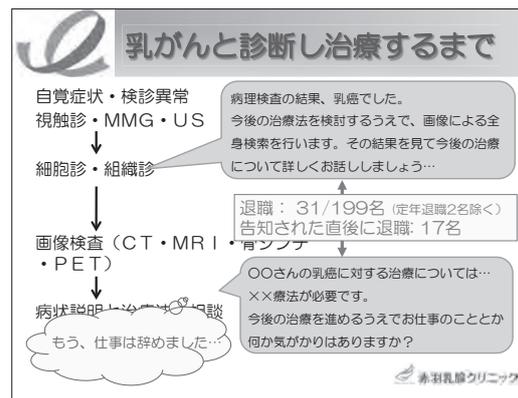
1つは、がんの診断後にすぐに仕事を辞めてしまう人が多いことが分かりましたので、がんの告知の時より「仕事を早まって辞めないように」と告げて、就労支援を開始することでした。がんの告知から緩和ケアを開始する話が出ますが、同様に就労支援も開始しようとして話し取り組みました。

もう1つは、治療見込みについてです。私の産業医としての経験から、企業側が困る診断書について企業の方に聞いたことがあります。例えば、整形外科に通う患者さんから診断書が職場に提出され、患者さんには1カ月間の休業が必要だと書かれていたので、患者さんは1カ月間休みます。翌月にまた1カ月間の休業が必要だという診断書が出ます。その翌月にまた1カ月間の休業が必要だという診断書が出るという具合に続くと、企業は「いつになったらこの人は働けるのか」と思います。このような診断書が一番困るわけです。職場の上司は「1カ月休むのであれば皆でサポートしよう」と対応しますし、3カ月休むと分かっているのであれば、「皆が疲弊してしまうので人手を補充しよう」と対応しますが、そのような見通しを立てたくても1カ月ごとに休みを延ばされると全く立たないからです。我々はその人の病名や治療内容に重点を置きがちですが、実際の職場では、病名も確かに大事ですが、「いつまで休むのか」「いつから出てこられるのか」という点が一番知りたいことなのです。そこで、治療期間など時間軸を重視した治療見込みを説明するようにしました。なぜ説明するかというと、最初に本人に説明して、会社には本人から説明してもらうという流れを考えましたので、このような取り組みを行いました。

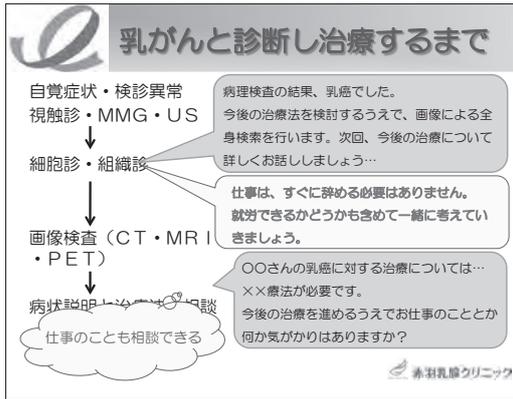
3つ目は、がん相談センターの体制整備です。そして、そのような支援が受けられることを周知すること、また、院内だけでは限界がありますので、社労士さんも含めて院外からの資源も活用していくことに取り組みました。



こちらは患者さんが乳がんと診断されてから治療を受けるまでの流れです。大学病院では患者さんが診断されてから来ると思うので、この流れの最初の部分は該当しないかも知れません。実際の医療現場では、まず胸のしこりなどの自覚症状がある患者さんがいらっしゃって、視触診や組織診を行います。腫瘍があれば針を刺して病理検査を行います。そして、「病理検査の結果、乳癌でした。今後の治療法を検討する上で、画像による全身検索を行います。次回、今後の治療について詳しくお話ししますね」と患者さんに伝えて、次回までにCTやMRI、骨シンチ、PETなどの画像検査を行います。そして、「このような結果でしたので、これからこのような治療を行います」と説明するのですが、以前はこの時点で「今後、治療を進める上で、お仕事のことなど、何か気がかりはありますか」と質問していました。この時に患者さんから「もう仕事を辞めてきてしまいました」「治療に専念しますので、先生、病気をなんとか治してください」と言われることがよくありました。



実際に調べてみると、がん告知後から次回病状説明の間に退職する人が多いことが分かりました。愛知がんセンター愛知病院では、乳がん治療中、治療後に199名中31名が退職されていて、そのうち告知された直後に退職された方は17名いらっしゃいました。

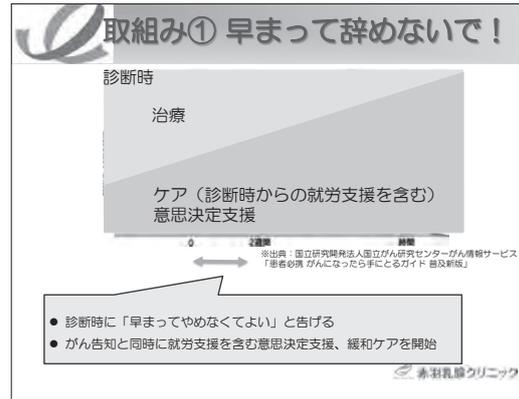


そこでどのようなことをしたかと言いますと、がん告知のタイミングで患者さんに「仕事は、すぐに辞める必要はありません。就労できるかどうかも含めて一緒に考えていきましょう。」と伝えていただけるように、乳腺科の先生全員にお願いして、実際にこのフレーズを入れてもらうようにしました。このフレーズを伝えてから患者さんに必要な検査を行いました。そして、病状の説明後に、「今後の治療を進める上で、お仕事のことなど、何か気がかりなことはありますか」と言うようにしました。仕事のこと相談できるのだと患者さんに思ってもらえる環境づくりから始めました。そしてこのフレーズを絶対に入れましょと話して環境づくりを進めました。

がん告知場面における患者の語り

- ・「まさか自分が」「どうやって家に帰ったんだろう」
- ・「がんだったら、今までのように仕事できない」
- ・「仕事が決まったばかりなのに」
- ・「職場に迷惑かけられない」
- ・「職場の人には伝えたくない」
- ・「他人に任せられない仕事がある」
- ・「がんと言ったら辞めさせられる」
- ・「働かないと暮らしていけない」

こちらはがん告知場面における患者の語りについて、名古屋第二赤十字病人の師長が作ったスライドです。「がんだったら、今までのように仕事ができない」など、仕事のことを考える患者さんは多いです。優先順位は高くない方もいらっしゃるかもしれませんが、やはり仕事に関する配慮は必要だと考えております。

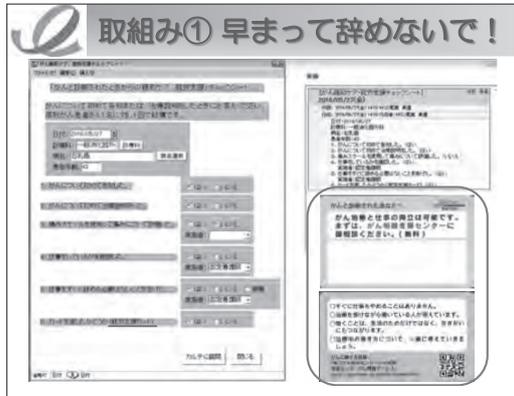


こちらはよく見るスライドかもしれませんが、なぜ辞めてしまったのか、あとで考えると辞めなくても良かったのに辞めてしまったという場合の心理を表した図です。告知をされた時の心理としてよく言われるのが、「シャットダウンしてしまったような感じ」、「フリーズしてしまったような感じ」ということです。コンピューターの電源が突然切れてしまったような感覚や、目の前が真っ暗になるような感覚を訴えたり、どのように家に帰ったか覚えていないと言われたりする方もいらっしゃいます。患者さんはしばらくボーッとしています。気持ちが上がってくるまでに時間がかかりますし、上がって来られない人もいます。やはり通常の反応ができない期間をしっかりとサポートしていかなければならないと思います。

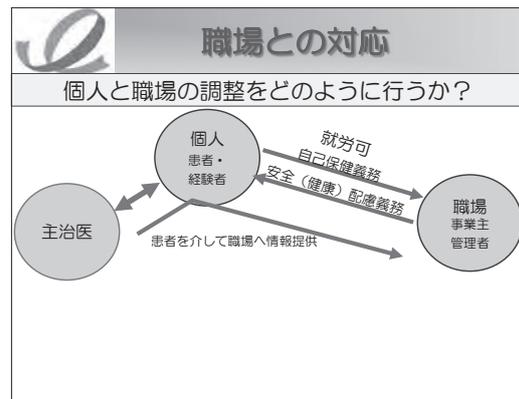
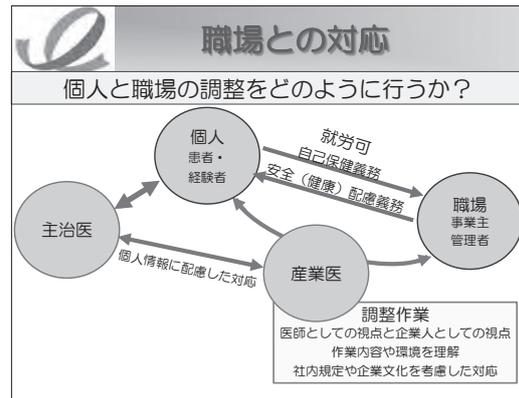
私は、この間に「眠れますか」と必ず聞くようにしています。眠れないと段々と気持ちが落ちていってしまう方もいますので、眠れているかどうかを聞きます。また、夜10時以降のインターネット利用を禁止します。その時間帯にインターネットで色々な情報に触れて、放置療法や民間治療など無益な方法を考えさせないようにして欲しいと思っています。そして、標準治療の本や睡眠剤を渡しています。それから早まって仕事を辞めなくて良いと告げます。

患者さんに対しては、就労支援だけでなく、支援しなくてはいけないことがたくさんあります。若い人であれば妊孕性のことも聞かなくてははいけません。この短時間にそのようなことまで考えなくてはいけないうちかと思うようなことまで、どうしても考えてもらわないと先に進まないことがあります。乳房を再建するのかどうか、人工物（インプラント）を使うのか、自家組織を使うのか、そのようなことまで聞いていきます。そうすると患者さんは頭の中がいっぱいになってきてしまいますので、意思決定支援をしっかりやるのが大事だと思います。診断時から就労支援を含む意思決定支援を行うことは、患者さんが大学病院など、次の治療機関に移行した時では遅い場合もあると私は思っています。だからクリニックからきちんと意思決定支援をしたいと考えていま

す。意思決定支援をして次の病院に引き継げば、次の病院の先生が夜遅くまで対応しなくても済むようになります。そこはクリニックでも役割の一部を担うべきだと考えます。

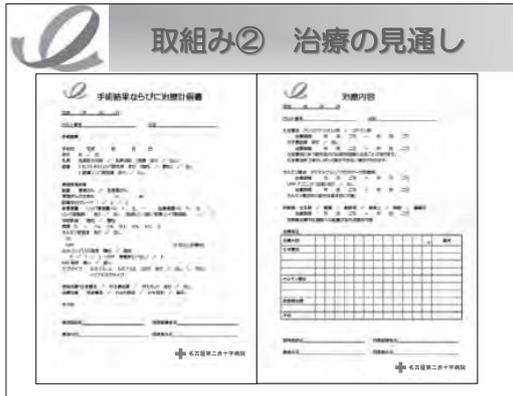


「早まって辞めないで」という取り組みをどのように具体化したのかを紹介します。先ほど江口先生からカードの説明がありましたが、これが愛知県で独自に作った就労支援カードです。それをがんの拠点病院に配りました。そしてどのくらい使用したかを後で報告することになってはいたのですが、それによるとほとんど活用されていませんでした。名古屋第二赤十字病院では、この就労支援カードを使用しました。カードの空白のところに相談支援センターの連絡先を書いてお渡しするようにしました。がんと告知した時に「仕事は辞めなくていいから、このカードを持って帰って何かあればここに相談してください」と渡してもらうようにしました。そして、渡したかどうかを入力して、後から集計も取れるという就労支援チェックシートを、当院の相談支援センターのスタッフが作ってくれました。電子カルテに加えたのは、がんと告知する時にがん緩和ケアと就労支援を行っているかどうかのチェックシートです。「がんについて初めて告知した」「がんについて初めて治療説明をした」「痛みスケールを使用して痛みについて評価した」「仕事をしているか確認した」「仕事をすぐに辞める必要はないことを告げた」「カードを渡したかどうか」という項目をカルテに載せることで記録が残ります。この取り組みがきちんと行われているかどうかの記録を残していけるようにしました。どのくらい取り組んでいたかも分かるので、非常に画期的だと思います。これについては色々ところで取り上げて紹介していただきました。その結果については後ほど説明します。



ここから職場との対応を紐解いていきたいと思います。まず、個人がいて、職場があります。個人は職場に就労するうえで自分の健康を保持する義務があります。それに対して職場は安全や健康が保てるように配慮をする義務があります。このように成り立っています。産業医は、個人と職場の両方を見て調整作業を行っています。医師としての視点と企業人としての視点で、作業内容や環境を理解し、社内規則や企業文化を考慮して双方に不平等感のない対応ができるように考えています。我々医師は、会社のことは関係なく、個人との契約に基づいて診療行為を行っています。個人の幸せだけを目指しますので、個人の肩越しに会社を見えています。個人が会社において不利益を被らないような配慮をしてもらえるように、個人情報に配慮しながら産業医に情報を渡しています。これが構図だと思っています。

産業医は、従業員1,000人以上の企業にいます。50人以上の企業には、嘱託産業医がいます。50人未満の会社には産業医はいません。産業医がない時に個人が職場で配慮を受けられるようにするために、我々は個人に病気の状況をしっかり説明して、個人から事業主に対して自分の状況を説明できるようにしています。



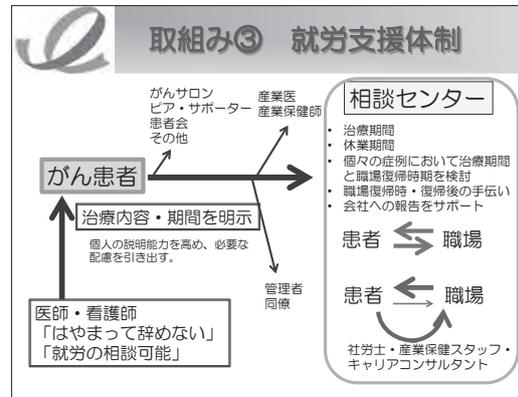
これがその取り組みの一つです。患者さんが自分のことを説明する時に、難しい言葉で「第何期のがんで、スキルスがんで…」と話すよりも、むしろどのくらいの期間の治療が必要かを説明できるようにしようと考えました。スライドの左側は、病理結果が載っていますので、「財布などに挟んでおいて、別の病院にかかる際は見せるようにしてください」と伝えます。右側は治療内容ですが、「個人情報なので見せなくて良いので、自分の口できちんと説明してください」とお話しします。



こちらは治療内容のスケジュールを拡大したものです。例えば、化学療法を受けたとします。アンスラサイクリン系抗がん剤を3週間ごとに4回投与します。そのあとにタキサン系抗がん剤を3週間ごとに4回投与します。そして手術をします。その後にホルモン治療や放射線治療を5週間続けます。この場合に、この患者さんが治療上に職場で配慮を受けなければいけない期間は、最後の5週間の治療が終了するところまでということになります。

就業規則がきちんと整備されている企業や大企業では、「この期間を休みにして治療しましょう」あるいは「手術までは休んで、手術後は通院しながら就業しましょう」と言われることもあります。就業規則によって2カ月までしか休んではいけないという会社もあります。職場の管理者と話し合っ決めてほしいということで、

まずは治療期間をきちんと示すように努めました。治療計画書をもってどのように職場に話していくかは個人の技量なのですが、なるべくサポートしていけるように力を入れてきました。



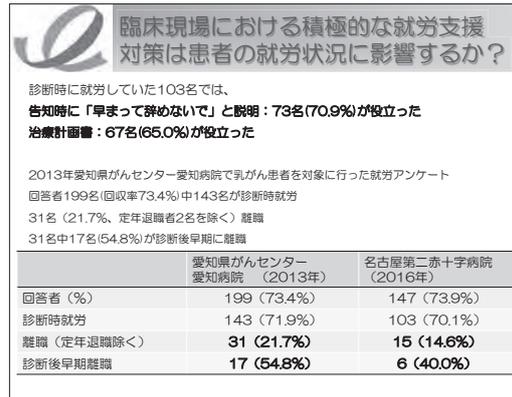
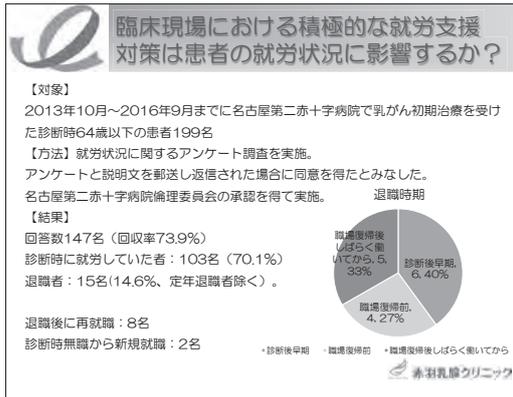
こちらが就労支援体制です。名古屋第二赤十字病院バージョンです。がんの患者さんに対して、このような体制を作ってきました。医師や看護師からは、早まって仕事を辞めないこと、就労相談が可能であることを説明し、治療内容と期間をしっかりと示すように努めました。中にはピア・サポーターと話をして解決できてしまう人もいれば、産業医にしっかり対応してもらえる人もいれば、職場の管理者の奥さんが同じようにがんの方だったりすることで理解していただける人もいます。そして、相談センターに来た時にもしっかりサポートしていきます。患者さんの説明能力があまり高くなかったり、職場が威圧的だったりする場合には、社労士や産業保健スタッフなどにも力を借りて対応していきます。

取組み④ 臨床現場での取組みまとめ

1. がん告知時より「仕事を早まって辞めないように」告げ、就労支援を開始する。
2. 治療計画書を提示し、治療期間など時間軸を重視した治療見込みを説明する。
3. がん相談支援体制の整備・周知と院外資源の活用

赤羽乳癌クリニック

ここまでをまとめます。がん告知時から「仕事を早まって辞めないように」と告げて、就労支援を開始します。治療計画書を提示して、治療期間など時間軸を重視した治療見込みを説明します。そして相談支援体制を整備して、周知と院外資源を活用した体制作りを行いました。このようなことに取り組んできました。



4. 取り組みの成果

「臨床現場における積極的な就労支援対策は患者の就労状況に影響するか」これまでの取り組みが上手くいったのか、成果についてお話しします。

こちらは2013年から2016年までに名古屋第二赤十字病院で治療を受けた患者さんを対象にした調査です。199名を対象にして、73.9%にあたる147名から回答を回収しています。診断時に就労していた方が103名、退職したのは15名でした。先ほどの田邊先生のスライドにありました離職3割という現状に比べると、半分近いところで留められていると思います。退職後に再就職された方は8名、診断時に無職で新たに働き出した方は2名いました。

注目していただきたいのは、なぜこの数値が上がってきてないのかという点ですが、診断後早期の離職が40%と少なかつたからではないかと思えます。しかし、診断後早期の離職の背景には職場から退職勧告されている方もいらっしゃいます。派遣の人は次の職場を紹介されなかったり、派遣延長されなかったりする場合があります。職場復帰前に自分の体調を考えて辞めたという人もいます。そして、復帰後しばらくしてから辞めた人もいます。復帰後しばらくしてから辞めた人の中には、再発をした人もいれば、職場では配慮を受けながらも本人の希望と合わなかったという「愛情の掛け違い」のケースもあります。数年後はこの部分にももっと目を向けていく時代が来るのではと思っております。

診断時に就労していた103名の方に「告知時に早まって辞めないでという説明をしましたが、説明は役立ちましたか」と質問したのですが、「役立った」と答えた方が7割を超えていました。「役立たなかった」と答えた方に理由を聞くと、「最初から辞めるつもりはなかった」という患者さんも結構いました。また、「治療計画書は役に立ちましたか」という質問では、65%が「役に立った」と答えました。8割くらい行くのではと思っていたので少し残念でしたが、就労していない方からは、治療に計画性が持てたという点で「役に立った」という回答もありました。お子さんをお持ちの方からは、子供の予定と自分の予定を合わせて行かないといけないうので「役に立った」という回答がありました。

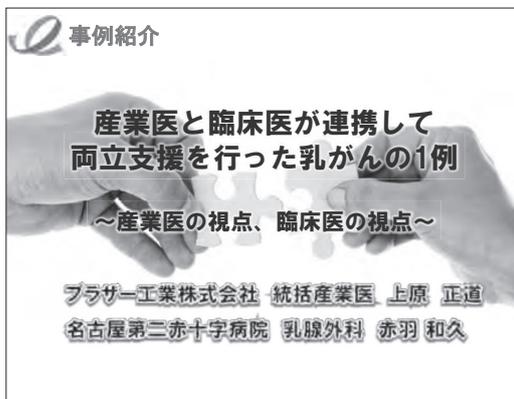
2013年に愛知県がんセンター愛知病院で乳がん患者に就労アンケートを行っていました。背景がまったく違いますので、単純な比較は難しいのですが、先ほどの名古屋第二赤十字病院の調査結果と少し比べて見てみたいと思います。単純な比較はできないことを前提にしてお話しさせていただきます。

愛知県がんセンター愛知病院では、回答者数は199名、回収率が73.4%で、先ほどの調査と同じくらいでした。診断時就労は143名で71.9%に対し、名古屋第二赤十字病院では103名70.1%でした。離職は31名で21.7%に対し、名古屋第二赤十字病院では15名で14.6%でした。診断後早期離職は、17名で54.8%に対し、名古屋第二赤十字病院では6名で40%でした。早期離職が50%を超えていましたが、2016年の調査では40%になっているのを見ますと、就労支援に関して早くから取り組んでいたことに少し成果があったのではないかと可能性が示されたと思えます。

しますが、どう思いますか」というアンケートを行いました。2割の方は「病気のことは知られたくない」と答えています。名古屋第二赤十字病院で調査した際も1割超の方が「知られたくない」と答えています。やはり病気のことは知られたくないと思っている患者さんもありますので、そこに対する考えは持っていなければいけないと思います。病気のことをある程度知られても仕方ないと思っている方に対して、不特定多数の方に知られてしまうのは問題だと思しますので、個人情報職場で守ってもらえるように呼びかけていく必要があると思います。病気を話す相手を限定することなどを最初に話し合っておくように、患者さんにアドバイスするようにしています。



こちらは「がん治療スタッフ向け治療と職業生活の両立支援ガイドブック」です。がんと就労のホームページを見てみてください。国立がん研究センターのサバイバーシップ支援部の高橋 都先生を中心に厚労科研でこのようなものを作っています、非常に良くできています。私も一緒に作ったのですが、色々なヒントがありますので、ぜひご覧になっていただければと思います。先ほどお話しした両立支援のガイドラインが出てきたことに対して発行されたガイドブックです。



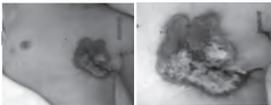
5. 事例紹介

細かい事例を紹介させていただきます。(ご本人にも了解いただいて提示しています)

産業医の先生と連携して両立支援を行った乳がんの事例です。50代女性で両側乳がんです。6年以上前から症状がありました。このようになるまで病院に来なかった方は、治療しようとしてもなかなか受け入れてくれません。抗がん剤治療なども嫌がられます。

事例提示

【症 例】 50代女性 両側乳癌 (StageⅣ, 左自壊し皮膚潰瘍を伴う)



【主 訴】 左頸部から上肢の痛み

【現病歴】 6年以上前から左乳房のしこりに気づいていた。自壊した腫瘍から出血を認めていたが放置。左頸部から左上肢に至る痛みのため眠れなくなり近医を受診し、精査加療目的で当科への紹介となった。

【家族構成】 未婚、90歳の父親と二人暮らし (父に認知症はない)

【就 労】 高卒後現在の企業へ入社し、正社員として勤務 (勤続30年以上)

【血液検査】 RBC 275 ↓ (380-480) 万/μl, Hb 6.5 ↓ (12-16) g/dl, CEA 79.9 ↑ (<5) ng/ml, CA15-3 76 ↑ (<25) U/ml

【組織診】 浸潤性乳管癌 (硬癌) Luminal HER2 type

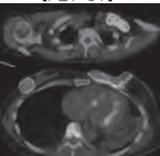
この方は、6年以上前から左乳房のしこりに気づいて、自壊した腫瘍から出血を認めていたが放置。首から上肢に至る痛みのため眠れなくなって近医を受診したところ、当院への紹介となりました。未婚で90代の父親と2人で暮らしています。父親に認知症はありません。高校卒業後、正社員として40年近く勤務しています。出血していますのでHb6.5でした。この方の乳がんは、浸潤性乳管がん、Luminal HER2 というタイプでした。ホルモン剤と分子標的薬が良く効くタイプです。

事例提示

【CT】



【PET-CT】



【MRI】



両側乳癌、両側腋窩、両側鎖上、右胸骨傍リンパ節転移、多発骨転移 (右第9肋骨、第5、7胸椎)

PETとCTを示します。左側の腋窩のところから頸部にかけてリンパ節が腫れています。腫瘍は完全に胸壁のところまで来ている自壊しています。右にもがんがあります。後になって右の腋窩の方が大きくなって、右の腕神経層がやられてしまい、右腕が上がらなくなりました。ここには書いていませんが、そのような経過を辿って

ます。骨転移がありましたので、ステージⅣで、根治は望めないということを最初からお話しして治療をスタートしています。

事例提示

【就労情報】
 作業内容：製品の発注処理（パソコン入力）
 左頭部～前腕にかけての痛みがあり、左腕を降ろして右手だけでパソコン操作をしている。月～金までフルタイムで勤務。7～16時勤務、地下鉄通勤

【治療への希望】
 仕事が続けられる治療を受けたい（就労継続を希望）
 費用の事が気になる（お金の問題）
 同居の父のことが気になる（親の介護、親への病状説明）

【痛みの評価】
 「左の肩から左側頭部にかけて針で刺されたような痛みがあり、これが一番辛い。お風呂に入った後が一番痛い。」
 「麻薬と聞くとやっぱり抵抗感がありますね。仕事してるから眠気が心配です。」

就労の状況ですが、作業内容としては製品の発注などパソコン入力が主体でした。痛みがあったので左腕は下ろして、右手だけでパソコン操作をしていました。月曜日から金曜日まで7時間16時までフルタイムで勤務して、地下鉄を使って通勤していました。

治療への希望を聞いたところ、仕事が続けられる治療を受けたいとのことでしたが、さすがに痛みがひどいので痛みを取ってほしいと言っていました。また、費用のこと、同居の父のことが気になるとのことでした。

痛みの評価は、左肩から左側頭部にかけて針で刺されたような痛みがあって、これが一番辛いということで、お風呂に入った後が一番痛いと言っていました。麻薬を使おうかと話したところ、「麻薬と聞くと抵抗感があります。仕事に眠くならないか心配です」と言っていました。

初期対応～治療導入

転移性乳癌：根治は困難
 治療のゴール：多くの場合は延命、症状緩和、QOL改善
 合言葉：上手にお付き合いしましょう！負けなければ勝ちと同じ！
 最大の治療効果を期待しつつ最悪の場合に備えましょう！

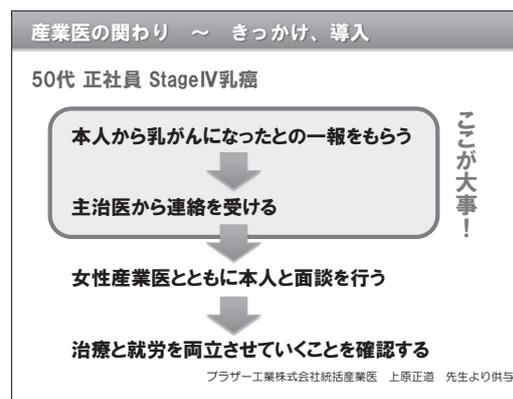
日本乳癌学会乳がん診療ガイドライン
CQ HER2陽性転移・再発乳癌に対する抗HER2療法は勧められるか？
 推奨グレード A
 トラスツマブとベルツマブとドセタキセルの併用療法は強く勧められる。
 推奨グレード C1
 比較的緩徐に進行する無症状の転移・再発乳癌の場合、トラスツマブ単独療法から開始することを考慮してもよい。

抗がん剤を含むレジメンで治療したい（本人は就労継続を希望）
 → 就労継続可能か？
 → 職場の理解があれば就労継続可能
 → 産業医へ連絡し職場での配慮を依頼

転移性乳がんは、根治は困難です。治療のゴールとしては、多くの場合は延命、症状緩和、QOL改善を目指します。合言葉は「上手にお付き合いしましょう」「負けなければ勝ちと同じ」「最大の治療効果を期待しつつ、最悪の場合に備えましょう」です。

この方の場合、HER2陽性乳がんです。転移乳がんに対する抗HER2療法は勧められるか検討しました。ガイドラインでは、推奨グレードAとして、トラスツマブとベルツマブの抗HER2療法と言われる分子標的薬と、ドセタキセルという抗がん剤を併用する治療が推奨されています。グレードC1として比較的ゆっくり進行する無症状の場合は、分子標的薬の単独療法から開始することを考慮しても良いとされています。

この方には、やはり推奨グレードAの治療を進めたいということで、抗がん剤を含むレジメンで治療したいと考えました。本人は就労継続を希望していましたので、それが可能かどうかが問題となりました。我々の経験からは、職場の理解があれば、抗がん剤治療中であっても就労を継続している方を見てきていますので、職場で就労継続が可能かを確認して治療できる環境を作っていけば問題ないのではないかと考えました。職場に産業医がいることを確認して、その先生に職場での配慮についてお願いしてみましょと話しました。



ブラザー工業という会社でしたので、その産業医の上原先生に連絡して、「このような患者さんがいらっしゃいます」とお話ししました。そして「抗がん剤治療を行いたいのですが、就労継続を希望されていますのでサポートしてください」と伝えました。そこからスタートした事例です。

スライドの通り、企業は本人から乳がんになったとの連絡をもらい、主治医から連絡を受けました。そして女性産業医とともに本人と面談を行い、治療と就労を両立させていくことを確認します。大事なことは、医療従事者の方から話をしたこと。よく産業医の方から主治医に状況を確認するという話は聞きますが、主治医の方から先手を打って「このような患者さんがいるのですがどうでしょうか」という話をしていきました。

社内で産業医が行ったこと

社内制度	制度や経済的サポートについて説明した 最長3年の疾病休職制度がある 傷病手当金(18か月)とGTLD(月3万円)が支給される 疾病を事由とした短時間勤務、在宅勤務制度はない 通院外出(無給)、半休(回数無制限)は認められる
支援体制	がん治療と仕事が両立できることを説明した 家族を含めたサポート体制を作る 業務内容と職場環境を確認する 長期的な支援プランを示す 上司に病状の説明と就業配慮のお願いをする
企業風土	会社としてのポリシーを宣言してもらった 「思いやり」「お互いさま」の企業文化を作る 健康経営理念を社長が宣言する がん就労、両立支援の社内ガイドラインを作成する キーパーソンである上司をサポートする ブラザー工業株式会社統括産業医 上原正道 先生より供与

社内で産業医が行ったことについては、上原先生のスライドをお借りしてお話しさせていただきます。まず社内制度や経済的サポートについて説明しました。最長3年間は休職制度があり、傷病手当金18カ月分と月3万円のGTLDが支給されるということでした。半休制度などは認められていませんでしたが、ある程度は融通がきくという話でした。

また、支援体制として、がん治療と仕事が両立できることを説明しました。家族を含めたサポート体制を作ること、業務内容と職場環境を確認すること、長期的な支援プランを示すことを行いました。そして上司に病状の説明をして、就業上の配慮をお願いしました。

それから社長にも会社としてのポリシーを宣言してもらいました。「思いやり」や「お互いさま」の企業文化を作っていくのだからと、健康経営理念を社長が宣言したそうです。

産業医の関わり ～ 本格支援

産業医・保健師が治療のタイミングに合わせて面談を行なう

■就業上の措置や配慮事項

- 通院時間の確保(業務分担の見直し)
- パソコン入力作業の負担評価
- 座位姿勢による腰痛の有無の確認
- 月末月初の業務の集中緩和

今後の治療状況に応じて

- 産業医意見書による就業制限
- PC入力デバイスの導入検討
- 休憩室の利用
- 在宅勤務の検討



■本人の業務

- 庶務担当の事務職
- 経費処理や発注などのPC作業中心

ブラザー工業株式会社統括産業医 上原正道 先生より供与

こちらは治療中の本人の業務を説明したスライドですが、今回は割愛させていただきます。

初期対応～治療導入

産業医の対応(抜粋)

治療と仕事を両立できるように、職場環境の調整を行います。治療通院目的であれば半休の取得も容易です。傷病治療目的の短時間勤務制度はありませんが、人事部との話し合いである程度融通が利く状況です。
→通院への配慮

担当産業医のもとで、職場上司や本人との話し合いを続けています。幸い職場上司も理解があり、業務負荷の軽減や突発的な欠勤にも対応していくことができそうです。
→上司の理解・業務調整

父親の世話もありますので、離れて暮らすお姉さんとの連携も視野に入れて話をすすめていきたいと思います。
→家族など生活背景への理解

化学療法1週間後のnadir期についても了解しました。易感染状態であれば自宅療養が適当だと思いますので、主治医から本人にご指示ください。それ以外の時には、感染症状に気を付けてまいります。
→治療医への理解

こちらに産業医の対応をまとめました。治療と仕事を両立できるように職場環境の調整を行います。治療通院目的であれば半休の取得も容易です。傷病治療目的の短時間勤務制度はありませんが、人事部との話し合いである程度融通が利く状況です。このように通院の配慮があります。

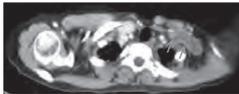
また、担当産業医のものとして、職場上司や本人との話し合いを続けています。幸い、職場上司も理解があり、業務負荷の軽減や突発的な欠勤にも対応していくことができそうです。このように上司の理解と業務調整があります。

そして良かったと思うのはこの部分です。父親の世話もありますので離れて暮らすお姉さんとの連携も視野に入れて話を進めていきます。家族などの生活背景についても理解しています。実際に、父親に関しては介護認定を受けていただきました。

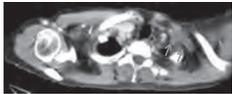
化学療法1週間後のnadir期についても了解しました。易感染状態であれば自宅療養が適当だと思いますので、主治医から本人に指示してください。治療医への理解もあり、これならばやっていると考えました。

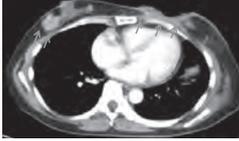
治療経過

【CT】 治療開始前



8コース終了後






治療効果はPR

治療の経過ですが、左の写真のようにこれほどあった腫瘍が右の写真のように小さくなりました。抗がん剤治療を始めて8コースが終了した時点のCT画像です。この時点までは良く効いていました。今回のスライドには

示していませんが、続きがあります。その後右の腋窩リンパ節転移が増大しました。薬を変えましたが、それでも腫瘍は大きくなりました。そこで、アバスチン+パクリタキセルを使って、さらに放射線を当てて小さくしました。今は右手ではなく左手でパソコンを使うようになっています。右手はなんとかかかりますが筋力が落ちてしまっているという状況です。なんとか身体障害者の認定が取れないかということで考えています。認定を受けることでより継続的に働ける環境を作っていけると考えております。治療継続ができていて、痛み止めもあまり使わなくて良くなりました。

治療経過

【現状】 **「生活が普通にできるのがありがたい。」**
 仕事に支障はない（通常勤務可能）
 左上肢挙上はしやすくなっているが、可動域制限あり。
 左上肢のしびれはあるが、四肢の感覚障害はない
 創部は小さくなっているが引きつれ感がある
 超過勤務は30分程度/月

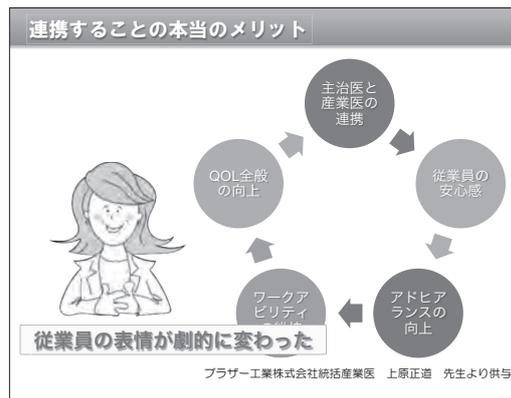


【疼痛ケア】 痛み止めなし

【今後について】
 治療抵抗性となれば違う薬物療法へ変更が必要
 その際には副作用などの情報を改めて職場と共有する必要あり。

治療医と産業医が協力して両立支援を行うことで、積極的治療が可能となり症状緩和・QOL向上につながった例

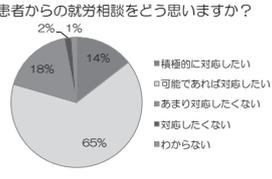
本人からは「生活が普通にできるのがありがたい」「仕事に支障はない」「左上肢を上げやすくなっているが、可動域制限がある」「左上肢のしびれはあるが、四肢の感覚障害はない」「傷は小さくなっているが、引きつれ感がある」と聞いています。痛み止めはあまり使わなくて良いところまで行きました。今後については、治療抵抗性となれば違う薬物療法への変更が必要です。すでに3つから4つほど変えています。その際には副作用などの情報を含めて職場と共有する必要があります。毎回、検査をする度に検査データをコピーして2枚渡しています。1枚は本人用で、もう1枚は産業医用です。何かあれば産業医の先生から連絡してもらうことになっています。あまり連絡は来ませんが、連携は続いています。治療医と産業医が協力して両立支援を行うことで、積極的治療が可能となった事例です。



こちらは産業医の上原先生から伝えて欲しいと言われていただいたスライドです。主治医と産業医が連携すると従業員の安心感を与えられ、アドヒアランスの向上、ワークアビリティの維持、QOL全般の向上につながります。特に強調したいと言われたのは、何よりも従業員の表情が劇的に変わったことです。治療にあたる医療従事者は皆そうだと思いますが、患者さんに喜んでもらえることが一番嬉しいと思います。産業医の先生も従業員に職場で生き生きと働いてもらえることが一番嬉しいわけです。このようなことを目指していけることは、両立支援の醍醐味であると思います。ぜひ皆さんにも患者さんが職場で生き生きと働けるようにご尽力いただければと思います。

外来での就労支援の現状

患者からの就労相談をどう思いますか？



積極的に対応したい	14%
可能であれば対応したい	65%
あまり対応したくない	18%
対応したくない	2%
わからない	1%

- 多くの医師は必要性を理解している
- 20%の医師が就労相談を対応したくないと回答
- 最も多い理由は「外来診療が多すぎる」
- 就労相談の対象者として医師は不可欠

就労相談を受けた時、誰が対応するか（複数回答可）？

医師	173	94.0%
看護師	69	37.5%
MSW	44	23.9%

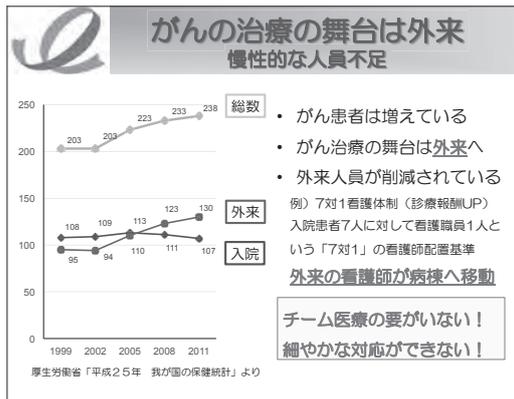
チームでの対応が必要

6. 今後の課題

最後に今後の課題についてお話しさせていただきます。

外来で就労支援をどのように行っているかという話ですが、こちらは先ほどお話しした名古屋大学の先生に対して実施したアンケート調査です。「積極的に対応したい」と考える方がほとんどなのですが、2割の方が「あまり対応したくない」「対応したくない」と答えています。答えた方を見ると、ほとんどが乳がんの治療も一生懸命されている先生方でした。理由を聞くと、「外来診療が多すぎて対応できない」ということでした。多く

の医師は必要性を理解していますが、就労相談に対応したくないと言った医師は、忙しくて対応できないという方でした。就労相談の対象者として医師は不可欠だと思います。なぜなら就労相談を受けるのは、ほとんどの場合、医師だからです。その後にMSWや看護師に回る場合もありますが、アンケート調査を行った2013年時点ではそのような構図でした。チームで対応していただかないと外来の先生はつぶれてしまいます。



治療の舞台は入院ではありません。外来です。がん患者数は増えていて、治療は外来へと移行しています。ところが外来では、ほとんどの看護師は病棟に配置転換されています。外来に看護師がいないわけではないのですが、7対1の看護体制の影響から、外来での患者さんとの話にはほとんど参加せずに、複数の医師の診療を手伝っています。「針を突きますよ」と言うと遠くにいた看護師が走ってきて手伝い、終わるとまた別の診療のところに入って行くという状況です。看護師も忙しい上に、人員も削減されていて限界の状況です。これが本当に良いことなのだろうかと疑問です。看護師はチーム医療の要です。細やかな対応は医師にはなかなかできません。患者さんの生活をよく見ているのは看護師なので、現場で看護師の意見が聞けないというのは、体制として非常に弱くなっていってしまうと思います。

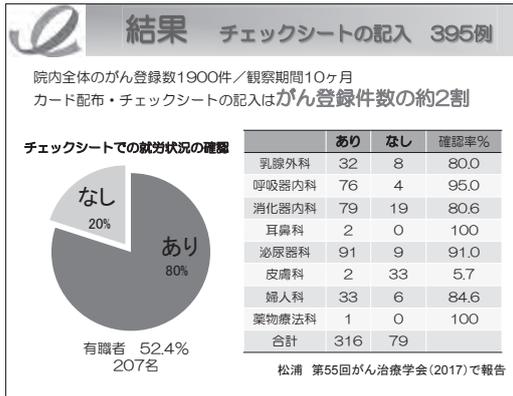
項目	点数	対象職種	判定要件
がん患者指導管理料1	医師が看護師と共同して診療方針等について話し合い、その内容を文章等により提供した場合 500点	看護師	緩和ケアの研修を終了した医師および専任の看護師がそれぞれ1名以上配置されていること。なお、診断結果及び治療方針の説明等を行う際には両者が同席して行うこと。
がん患者指導管理料2	医師または看護師が心理的不安を軽減するための面談を行った場合 200点		緩和ケアの研修を終了した医師及び専任の看護師がそれぞれ1名以上配置されていること。

診療報酬に明記されている研修種別、団体名
 ●緩和ケア研修会
 ●認定がん看護師研修会(国立がん研究センター主催)等
 ●日本看護協会認定看護師教育課程「緩和ケア」、「癌性疼痛看護」、「がん化学療法看護」、「乳がん看護」、「乳腺・嚥下障害看護」又は「疫学・予防ケア」
 ●日本看護協会が認定している看護系大学院「がん看護」、または「精神看護」の専門看護師教育課程

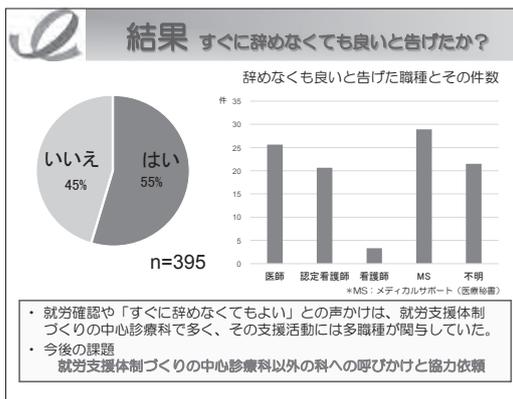
そこでどこに期待をしていくかと言いますと、がん患者指導管理料です。専門の認定ナースであれば、面談や告知に同席すると5,000円もらえます。情緒的不安などの軽減のために個人的に面談していただくと2,000円もらえます。このように横断的に動ける方、例えば資格を持った看護師やMSW、薬剤師などの方が活躍していただけたら、外来にチーム医療の要の方が少しずつ増えていくのではないかと思います。ただ、乳がんの認定ナースの資格を取ろうと思うと、半年間静岡にいかなくては いけません。働き出して5年ほどの経験は必要なので、ちょうどこれから結婚して子供を産もうかなと考えているような年齢の看護師に対して、半年間家から離れなければならない状況を作ってしまうわけです。働き方改革と言われる時代にそれで良いのかなと考えます。資格がもっと身近なところで勉強できるような体制があると良いと思いますし、このような方がどんどん増えて世の中を活性化してほしいと思います。名古屋第二赤十字病院ではこのような方に助けてもらって、治療を行ってきました。

就労支援カード・チェックシートは有効か?
 目的 チェックシート・就労支援カードの利用状況を調査する
 期間 2016年5月から2017年2月(10ヶ月)
 方法 チェックシートの集計ならびに支援スタッフからの聞き取り調査

先ほどの就労支援カードとチェックシートは有効かということ、チェックシートの集計とスタッフからの聞き取りで調べてみました。実は残念な結果が出てしまいました。10カ月間のデータです。チェックシートの集計ならびに支援スタッフからの聞き取り調査を行いました。



名古屋第二赤十字病院は800床以上の病院です。年間のがんの新規登録が2,400件くらいです。10カ月ほどで1,900～2,000件くらいの登録があったと仮定しています。その中でチェックシートの記入は、395例でした。2割だけがチェックシートの項目にチェックされていました。もちろん説明はしてチェックされていなかった場合もあると思いますし、最初から説明もしていない場合もあると思います。これが現状でした。自分の科ですらこのような状況でした。私は年間150件くらい手術をしていましたので、150～200例くらいの登録があったと思いますが、やはり2割くらいしかチェックされていませんでした。皮膚科ではほとんどチェックされていませんでした。なぜかという皮膚科は取ったら終わりというがんばかりなので就労に影響がないからです。泌尿器科は、高齢者の患者さんが多く、就労していない方ばかりだったので少なかつたのだと思います。そうではない消化器内科などでもチェックされた例はあまり多くないという現状でした。



すぐに辞めなくても良いと誰が告げた人の職種については、医師、認定看護師、看護師、MS(医療秘書)などが挙げられます。スライドのような件数になっています。この中のMSの方は、外来に同席してコンピューター入力も行っています。現場で就労支援カードを渡していた人達でした。支援活動には多職種が関与していました

ので、もっと外来に関わる医療事務の方を取り込むことによって漏れがない仕組みづくりができるのではないかと思います。就労支援体制づくりの中心診療科では一生懸命実施するのですが、それ以外の科にはなかなか浸透していません。がんを取り扱う科で温度差が出てくるのが前提ではありますが、なるべく温度差がなくなるような呼びかけや意識改革、協力依頼などを行っていく必要があると思います。カードだけを配れば良いということではなくて、やはりその結果をしっかり求めていく必要があると思います。

がん就労を考える会

医療現場や企業、支援団体、行政機関等が
**連携し、地域に根ざした
就労支援ネットワークを形成、
がん患者・経験者に対する
就労支援の発展に寄与する**

2015年4月発足
構成員：臨床医、産業医、看護師、保健師、
がん相談員、キャリアカウンセラー、
社会保険労務士、愛知県行政担当者、
薬剤師

高原 第55回がん治療学会(2017)で報告

最後に、がん就労を考える会についてご紹介します。この会の目的は、医療現場や企業、支援団体、行政機関等が連携し、地域に根ざした就労支援ネットワークを形成し、がん患者・経験者に対する就労支援の発展に寄与することです。2015年4月に発足して、スライドにあるような方が構成員となっています。



第1回の会合では、愛知県がんセンター中央病院の岩田広治先生、消化器がんの化学療法の室圭先生、名古屋第二赤十字病院のがん診療推進センターの山室理先生、三菱重工の産業医の石川先生、ブラザー工業の産業医の上原先生、行政機関の担当者、社労士、薬剤師、東芝の産業医、キャリアコンサルタント、いつも外来と一緒に仕事をしている看護師長でスタートしました。第2

回はもっと人が増えました。マスコミにも取り上げていただきました。医療連携で患者に安心感を与えるということで、この時に岩田先生によって「東海地方でがんになっても職場を辞めることがない社会づくりに貢献する」ということが示されています。

第3回がん就労を考える会

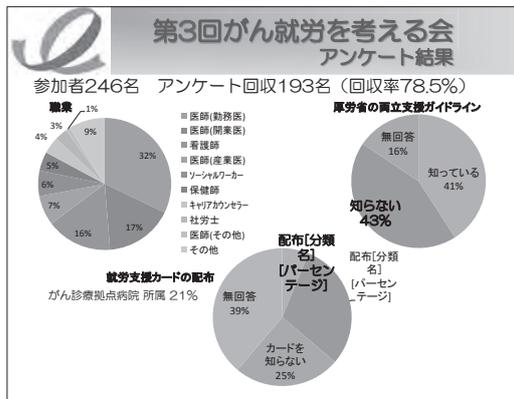
- ◆ 臨床におけるがん治療の個性性と就労についての講演
- ◆ 中小企業アンケート報告
- ◆ パネリスト、参加者を**企業関係者へ拡大**
- ◆ **愛知県産業保健総合支援センターと共催**

→メールマガジンでの産業医への周知
参加費の無料化

↓

参加者246名 1.5倍に増加

第3回は、がんの個性性と就労についての講演を行い、また、中小企業のアンケートも報告してもらいました。企業関係者の参加者も増えました。愛知県産業保健総合支援センターと共催して、参加費を無料にしたところ、参加者が246名で1.5倍に増えました。



この第3回の参加者はこのような構成になっています。医師が半数以上いました。アンケートで残念だったことは2つあります。1つは、「両立支援ガイドラインを知っていますか」と聞いたら、「知っている」と「知らない」が半分ずつだったことです。この時は両立支援ガイドラインが出てから1年以上経っていますし、このような会合に出席されるような方なので、この分野に興味のある方が多いと思いますが、そのような方ですらこのくらい知らないのです。

もう1つは、愛知県の拠点病院に配布した「就労支援カードを知っていますか」と聞いたところ、「配布している」と答えたのが6%で、ほとんどが「知らない」「配布していない」という回答でした。せっかく行政が取り

組んで画期的なカードを作っても、それを患者さんに届ける役割の人がそのカードのことを知らないのです。両立支援ガイドラインを読み、理解してやり取りしなくてはいけない側の人たちが知らないというのが現状でした。こういう人たちに知ってもらう機会を作っていくかといけません。

第4回がん

2017.10.10

テーマ：**がん就労の質の向上**

講演者：副院長、薬物療法部、内科、外科、センター、総務部、事務所、アウトパシタル、看護師、センター、イス、部、部

こちらは第4回の会合です。テーマは「がん就労の質の向上を考える」でした。皆で考えるだけで、モヤモヤしたまま答えは出しませんので、皆がモヤモヤした気持ちのまま帰っていきます。そのモヤモヤ感が大事だと思っています。モヤモヤ感はなかなか晴れませんが、現場で気持ちを晴らしていただきたいと思います。

診断書

議論になったこと

1. 治療期間について → 治療医と患者で感じる治療期間の違い
* 患者の求める時期との差がある。
例) 軽作業従事者(医療事務)、乳癌術後、補助療法なし
・ 治療医：リンパ節郭清を伴う手術でも約7割の医師が4週間で復帰可回答にバラつきが少ないことから、おおよその復帰時期の推定は可能
・ 患者・経験者：約2か月で職場復帰可
2. 診断書の重み → 主治医の考える診断書と産業保健現場での重みの違い
* ほとんどの医師が深く考えて作成していない。
・ 患者の言いなり。
・ 患者に内容を告げていない。
・ 先輩医師のやり方をまねているだけ。
3. 私の場合 → 職場での自身の立ち位置を知っているのは患者本人
・ まずは患者の希望を伺う
・ 予想される復帰時期とかけ離れているときは、職場の理解を得られるのか伺う
・ してほしい配慮があれば期限をつけて記載
・ **これらの一連の作業は患者の前で行う**

この会合で話題になったのは診断書です。治療期間についてですが、先ほど治療医と患者さんでは感じる治療期間が違うとお話しました。一番大事なのが、主治医の考える診断書と、それを取り扱う産業保健の現場での重みの違いです。ほとんどの医師が深く考えて作成していないと思います。患者さんの言いなりで作っている場合が多かったり、患者に内容を告げていなかったり、先輩医師のやり方を真似ているだけだったりします。そこにはデータはありません。そのようなデータを大学でも教えてもらっていません。私の場合は、職場での自身の立ち位置を知っているのは患者さん本人ですので、まず

は患者さんの希望を伺います。自分が予想する復帰時期とかけ離れている時は、これほど休むことに職場の理解を得られるのか、これほど早く復帰して職場に迷惑をかけないかなどを聞きます。もし患者さんがしてほしい配慮があれば、期限をつけて記載します。この一連の作業を患者さんの前で行います。時間がない時には、記載しておいて、次に患者さんに会う機会があった時に見せて、これで良いか確認してから出すようにしています。こちらからこういう配慮をしてほしいと職場に伝えたと、職場は一生懸命対応してくれます。しかし、患者さんがその内容を知らないと、“愛情の掛け違い”が起こる場合があります。職場が「これほど頑張っているのに」と感じるなど、職場の一生懸命さと患者さんの一生懸命さがずれてしまうことがあります。患者さんに「このような配慮を職場に求めるということが良いですか」と確認してから診断書を出すことが大事だと思います。



まとめ

臨床現場における積極的な就労支援対策は患者の就労状況に影響するか？

- 離職者が減少する可能性がある
- 職場復帰後に退職する例への対応が課題

就労支援カード・チェックシートの活用は有効か？

- チェックシートを用いた活動状況の把握は重要
- 院内全体のがん診療科へ両立支援活動を水平展開することが課題

がん就労を考える会アンケートより

- 両立支援に対する県や国の施策が関係者に届いていない
- 支援施策を患者に届けるには、医療者が理解する必要がある
- 両立支援をより実践的なものへと成熟させるためには、医療関係者・企業関係者など支援に関与する職種が認識を共有する機会を設ける必要がある。

まとめです。臨床現場における積極的な就労支援対策は患者の就労状況に影響するかという問いについては、就労支援対策によって離職者が減少する可能性があると言えます。また、今後は職場復帰後に退職する例への対応が課題になってくると思います。

就労支援カード・チェックシートの活用は有効かという問いについては、チェックシートを用いた活動状況の把握は重要であると言えます。院内全体のがん診療科へ両立支援活動を水平展開することが課題になってくると思います。

がん就労を考える会のアンケートからは、両立支援に対する県や国の施策が関係者に届いていないことがわかりました。就労支援の支援施策を患者さんに届けるのは、我々医療者です。医療者が理解する必要があります。両立支援をより実践的なものへと成熟させるためには、医療関係者や企業関係者など支援に関与する職種が認識を共有する、あるいは共有する機会を設ける必要があると思います。

以上です。ご清聴ありがとうございました。

4 コメント・質疑応答

コメント1 我々は大学病院なので専門看護師も多く、頑張ってもらっていると感謝しております。ただ医者立場で言いますと、産業医の先生達とコンタクトをとることが無いです。細かい診断書を書く方が良いかと思ったのですが、忙しいのでMSWさんに入ってもらう必要かなと思います。医者立場で言うと、カードを渡すことや、産業医とコンタクトを取るような方策を考えていくのが良いのかなと思いました。また、安易に患者さんの言う通りに診断書を書かないようにしようと思いました。大学全体を見渡してみても、看護師さんから何か見直すところがあれば手伝っていきたくと思うので、何かあればコメントいただければと思います。

質問者1 赤羽先生の貴重なお話をありがとうございます。何年も前からこれほど先駆的な取り組みをされていたのだと思って、本当に頭が下がる思いでしたし、我々の施設はこれからなので、またたくさんのことを教えていただきたいと改めて思った次第です。

質問なのですが、大学病院という大きな組織で足元から1つずつ積み重ねたいと思っていますが、就労支援の風土を組織の中でどう作ってあげれば良いのでしょうか。1つの科から始めて徐々に広げていくという方法もあるかと思いますが、先生のご経験の中から、以前働いていたらあった大きな組織の中で就労支援を進めていくポイントがどのようなものであったかを教えていただければと思います。

赤羽 一番はトップダウンです。病院長が実践されるのが一番早いかも知れないのですが、なかなかコストが付かないので難しいところです。やってもなかなか病院の収益にはならないので、当時私が幹部会で色々やりたいと話をしたのですが、全部却下となりました。

特に大事だと思っているのは、横断的に動く方々です。医者は横断的に動けません。その科だけです。我々が頼りに出来るのは、その科のトップである部長や、その科の看護師さんです。その科の人とは話が出来るのですが、他の科の人とはなかなか話す機会はありません。

乳がんでは化学療法や放射線治療をやっていますの

で、関連する科とは何とかうまく広げていけます。私は消化器外科をやっていたので、消化器の先生にも話せるのですが、呼吸器や婦人科など、他の科に持って行けるかという持って行けません。でも例えば認定の看護師さんは疼痛緩和を絶対にやります。ストーマにも関わります。認定あるいは専門の看護師さんは横断的に動けると思います。MSWさんもそうだと思います。横断的に動けます。そういう方々が、こういう知識を医者に付けていってくれると良いかなと思います。

最終的には全部やれと言われて困るのですが、「ここまでやって、後はやっておくから」とか「ここまでやっておいたから、後はやっておいて」という感じで持ってきてもらって、「分かりました」となるのではないかと思います。そのことが患者さんの役に立てば、医者はそれを一番望んでいると思います。ただ「全部やれ」と言われると、夜12時くらいに書類の山を見て、今日は何時に帰れるだろうとその時点で気持ちが落ちてしまうと思います。しかし、一部やっておいてもらえれば「後は名前を書くだけだ」とか、「この部分だけ直そう」とか、前向きにやれます。「1人だけでやられているわけではない」と理解するためにも、横断的に動いて下さる方々にサポートしていただけることが分かるとどんどん進んでいくと思うので、是非そのような動きをして下さい。

コメント2 今日は貴重なお話をありがとうございます。ソーシャルワーカーとしてこれから取り組むべき課題について私たちは前向きに取り組んでいきたいと思えます。大きな組織で横断的に動ける立場として、現実的に何が出来るか考え、進めていきたいと思えます。本日、出席されている皆様とも力を合わせていきたいと思えますので、今後ともご指導等、宜しくお願いいたします。本日はどうもありがとうございました。

江口 これで本日のセミナーは終了いたします。次回は、2月27日に開催しますのでまた機会がありましたらご出席ください。本日はありがとうございました。

第1回 治療と仕事との両立支援セミナー

発行

2018年2月

北里大学医学部公衆衛生学

〒252-0374 神奈川県相模原市南区北里 1-15-1

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

E-mail : syuroushien@gmail.com

北里大学 医学部 公衆衛生学

〒252-0373 神奈川県相模原市南区北里 1-15-1

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

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

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

第4回 治療と仕事との両立支援セミナー 報告書

事業所における仕事と治療の両立支援について

合同会社アール CEO

對木 博一

目次

第4回 治療と仕事との両立支援セミナー 報告書

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

事業所における仕事と治療の両立支援について

02

合同会社アール CEO

對木 博一

事業所における仕事と治療の両立支援について

合同会社アール CEO

對木 博一

a-ru

事業所における仕事と 治療の両立支援について

2018/12/3

合同会社アール
CEO 對木 博一

Mail : r.a-ru@jcom.zaq.ne.jp
HP : <https://www.a-ru.club/>

合同会社アール

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

合同会社アールのご紹介

北里大学病院
a-ru
無印良品を模す

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

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

【CEO 對木 博一（ついき ひろかず）】

神奈川県立厚木高等学校卒、北里大学卒

(株)ニコンで32年人事労務と安全衛生で管理職、子会社で取締役総務部長歴任。

労務管理を約20年、人事異動や人事考課、不況対策、労働組合対応を担当。

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

対外活動として

東京都・埼玉県医師会、慶応大学、防衛医科大学医師会 産業医研修会講師

中央労働災害防止協会 講師、北里大学、十文字女子大学 非常勤講師

日本産業衛生学会 産業衛生技術部会 奨励賞受賞

日本産業衛生学会 関東地方会 代議員、幹事、「衛生管理者の集う会」代表

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

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

仕事と治療の両立支援について

北里大学病院
a-ru
無断複製を禁ず

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



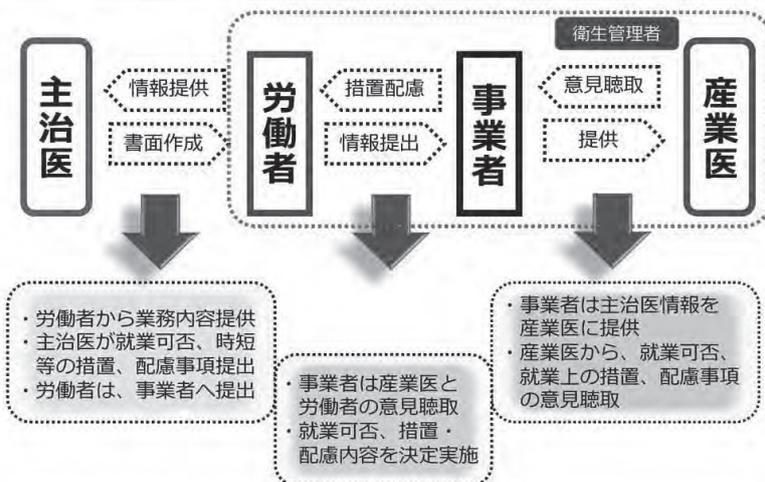
ガンは不治の病から、長く付き合う病気に（生存率向上）
企業の健康確保 = 労働力確保 → 働きながら治療：安心感

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

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

仕事と治療の両立支援

北里大学病院
a-ru
病院医と連携

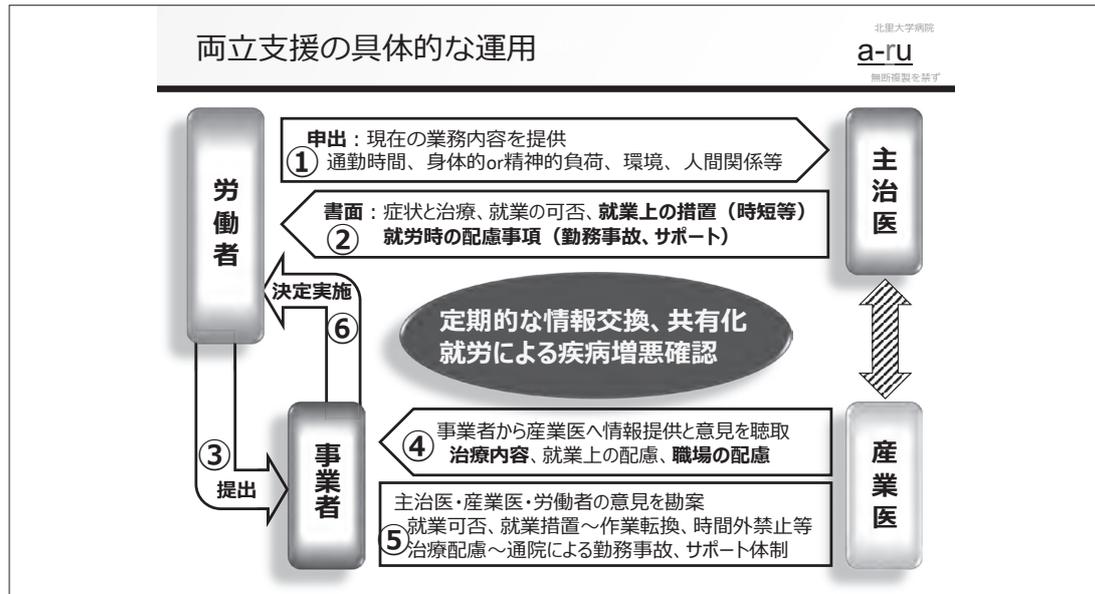


こちらは色々なガイド等から抜粋して書き直したもので目新しいものではないのですが、今回問題なのは、労働者本人から「制度を使いたい」と言ってきた時に、本人が会社の労働条件や本人の仕事、その他諸々を主治医に情報提供し、主治医からその仕事にあった治療法や就業に関する情報が出てくるというところなんです。主治医は会社のことが分からなくてどのように書くのでしょうか。よく本人の言いなりで、主治医からとんでもない診断書が出てくることもあります。就業させ、本人に異動希望があるので異動させないと再燃再発がありますという診断書などです。主治医は患者さんを守らなければならないので、今までは仕方がないのです。主治医の立場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

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

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

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



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

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

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

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

労働者のメリット・デメリット？

北里大学病院
a-ru
両立支援を語る

● メリット

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

● デメリット

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

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

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

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



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

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

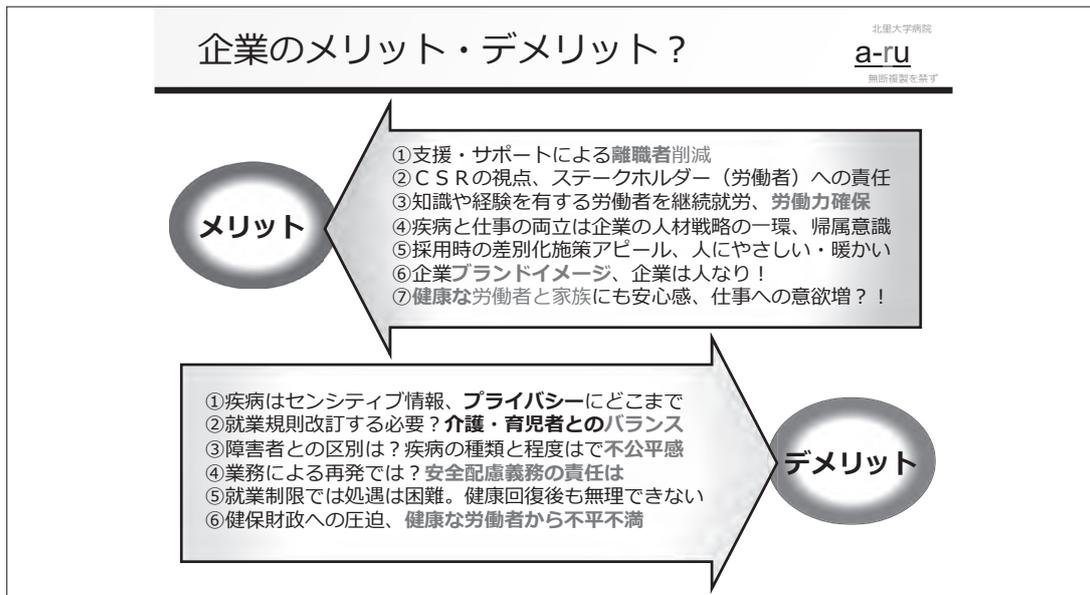
それから、2番目と4番目の項目はほとんど一緒なのですが、仕事とモチベーションについてです。例えば調子が悪いと言って暫く休んでいる人に、主治医も産業医も「簡単な業務から始めましょう」と言います。簡単に言うのですが、例えば今まで工場のラインで半田付等の作業をしていた人が急に事務をするというのは、本人にとって非常にストレスになることです。ですから、この場合はラインの中で一番簡単な仕事をさせる、あるいはラインの調整役をさせるといったように、本業と絡めることで本人も仕事に関わっているというモチベーションがあります。簡単な業務の方が良いとすぐに外してしまうというのは、頭では考えられることですが、本人にはよ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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

企業における疾病者等への対応

北里大学病院
a-ru
電話相談を禁ず

労働者の疾病についての基本的な考え方

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

■ハンディキャップのある労働者への対応

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

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

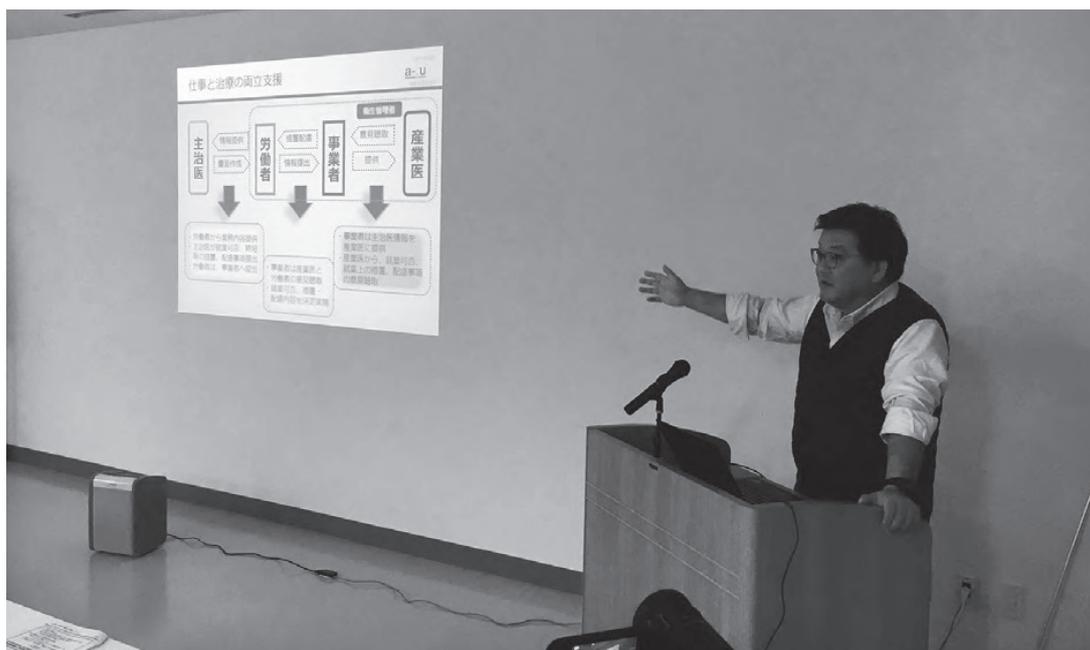
私傷病（個人の疾病）は、あくまでもプライベートです。配慮はしますが自己責任です。先ほど安全配慮義務という言葉を使いましたが、従業員にも労働安全衛生法上の中で自己保健義務が課せられています。会社に面倒見ってもらうのではなく、自分もちゃんと自己管理を徹底しなさいということです。例えば健康診断で肝機能が高く、治療まではいか

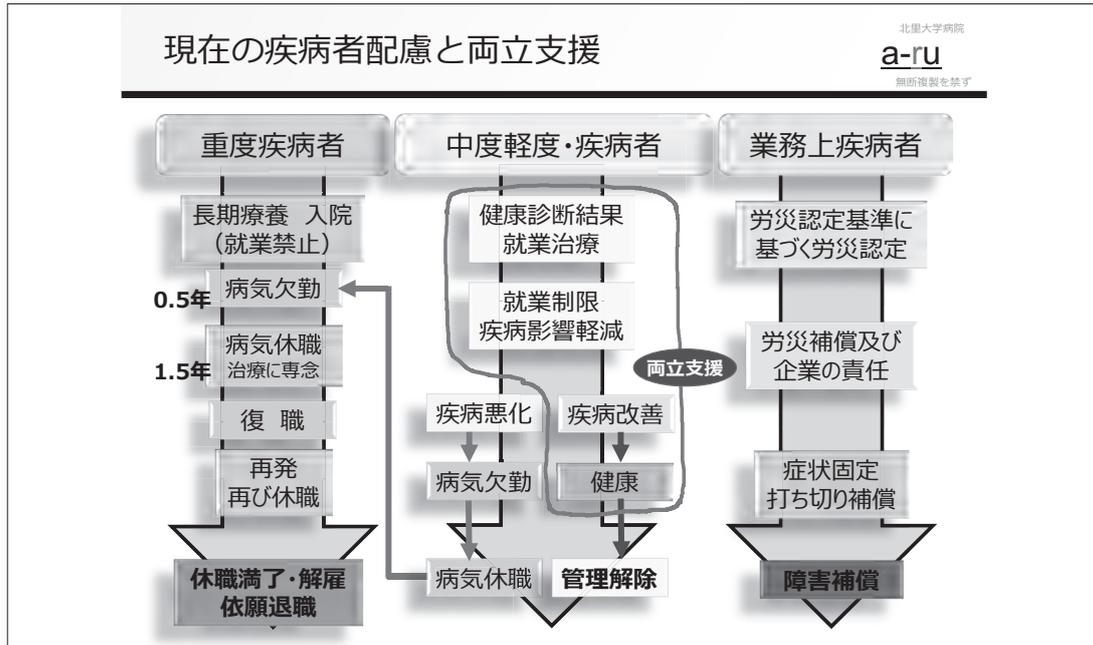
ないが節制しなさいと言われた場合、それは本人に課せられた義務です。働くために健康をきちんと維持するのは個人の義務なのです。これを自己保健義務と言います。先ほども言いましたが、「ガンマGTPを100から60まで落とさない」という業務命令は会社から出せませんが、言い方は良くないかもしれませんが、健康も能力なのです。会社側や臨床側の人から「駄目ですよ」と言われていてコントロールが出来るかどうかは、自分の能力の範囲として残されています。

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

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

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



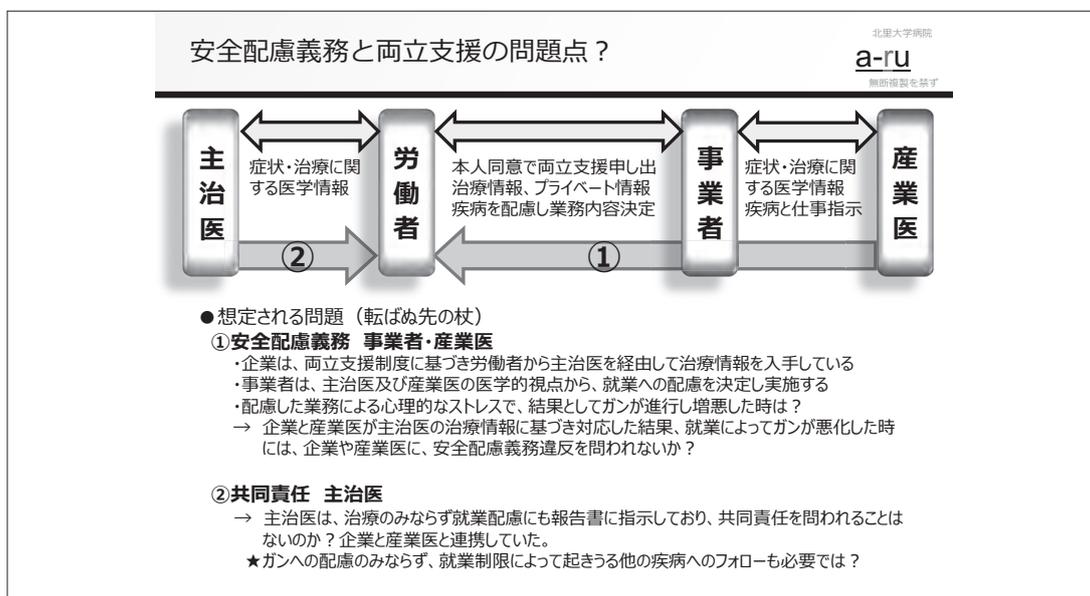


現在の疾病者の配慮と両立支援についてです。いわゆる健康管理の中の疾病を中心とした疾病管理の話です。会社の中では重度の人、就業禁止もこの中に入ります。中度軽度の疾病者、仕事上で病気になってしまった方は、労災認定基準に従って労災だと認められれば保険で補償されますし、企業にも責任があります。具体的に言いますと、企業が全部面倒を見ますが、労災保険というのは待機期間の4日間は労災保険が給付されません。ですが、労災の場合は会社が4日間の分も全部出します。差額分も会社が負担します。それだけ会社に責任があるということです。症状が固定したら打ち切り補償となり、障害が残っても障害保障を受けながら働くことが出来ます。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

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

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

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



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

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

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

ご清聴ありがとうございました。

第4回 治療と仕事との両立支援セミナー

発行

2019年1月

北里大学医学部公衆衛生学

〒252-0374 神奈川県相模原市南区北里 1-15-1

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

E-mail : syuroushien@gmail.com

北里大学 医学部 公衆衛生学

〒252-0373 神奈川県相模原市南区北里 1-15-1

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

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

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おります。

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, 平井麻紀, 前野正子, 保坂隆, 山田高美雄: 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ら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のクラスの明智班という研究班で実施しました。認知行動療法の一つなのですが、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ね。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、コンサルだけをす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、予告告知など、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。やはり不安が強くて、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、業務負荷が増大した時、特に新人さんや異動・昇進というタイミングでの不応というものが多く、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しやすかったです。「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ひまして、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分の時間をとって「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。見ていると、教える側の要因も結構大きいだろうという感じがして、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があると、それが不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できるので、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っ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。

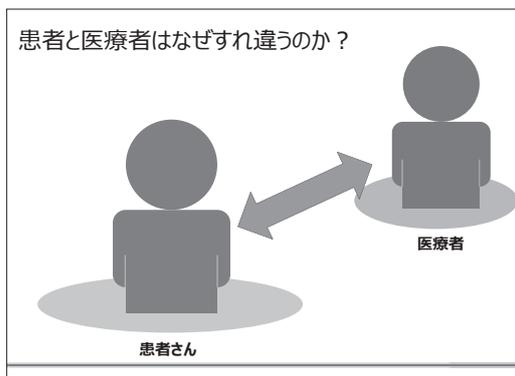
また、ストレスの話を知っていると、結果的に子育て相談となることもあります。私は経験がないので適任ではないのですが、私の同僚が詳しいので、そんな専門家に私がコンサルテーションを受けつつ、子育て相談にも応じております。やはり負担が非常に増えて、仕事が忙しくなって、キャパを超えるということが多くです。

あとは、管理職になった時に、不適應になる人がいて、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。

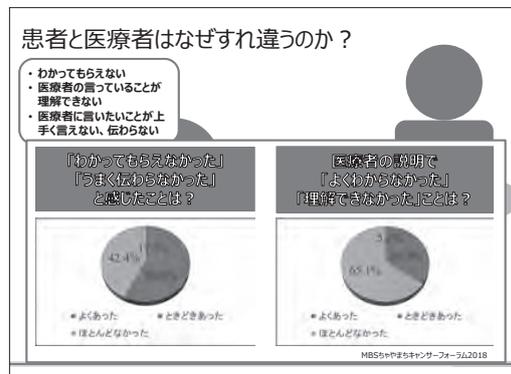


今日、お話ししたいのは意思決定支援です。行動経済学の意思決定支援なのですが、最近「医療現場の行動経済学」という本を7月に出しました。一時期、Amazonランキングでジャンルを超えて19位になっていて、気づいたら私達が想定していた売上を超えてしまい、びっくりしました。この本は、色々な分野で、がんに限らず、心疾患や高齢者や医療従事者等を含めて、様々な先生方に書いていただきました。「すれ違う患者と患者」が共通のテーマで、なぜ患者と医療者はすれ違うのかという観点から、意思決定や行動について考えていこうと思って準備してきました。

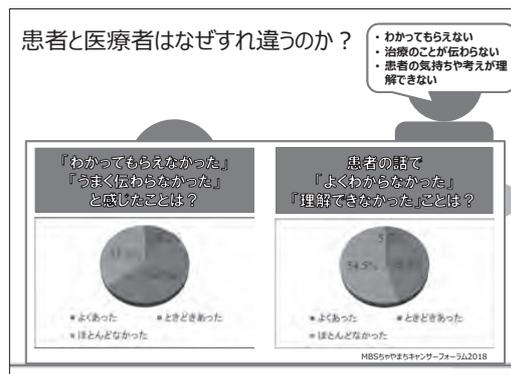


「なぜ患者と医療者はすれ違うのか」ですが、患者さんに聞くとよく言われるのが「分かってもらいたいが、主治医に分かってもらえない」ということです。これを言われる方が最も多いです。あとは、「言いたいことが

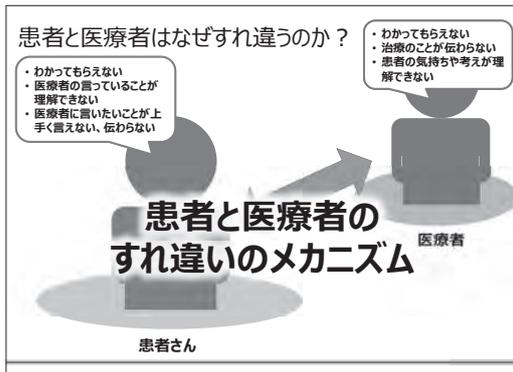
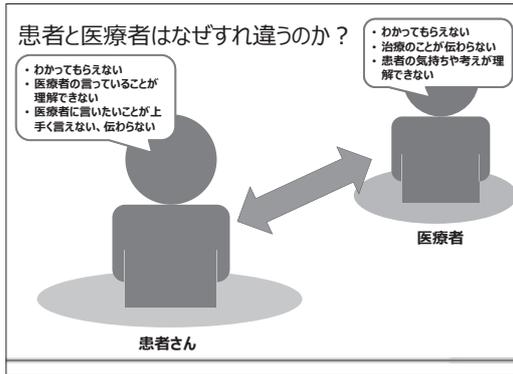
上手く伝わらない」ということです。この辺の話が長くなって、なかなか重要なことが決められないということになります。



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わからなかった」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、「患者の話でよくわからなかった」、「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、日々あるのだらうと思います。



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。

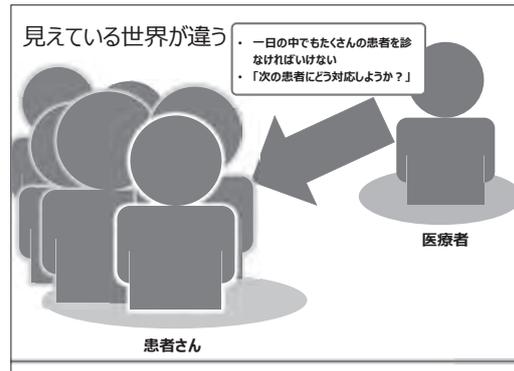
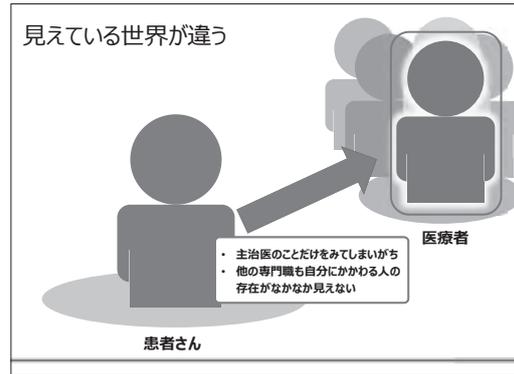


一言でいうと、見えている景色が違うということです。

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。



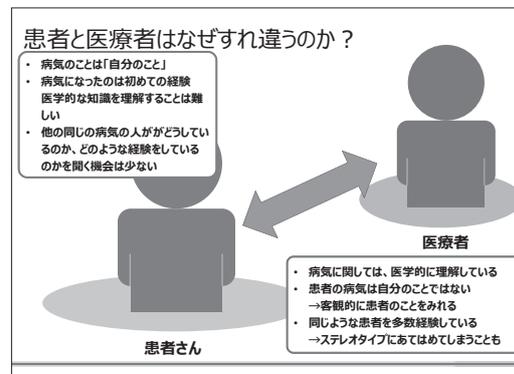
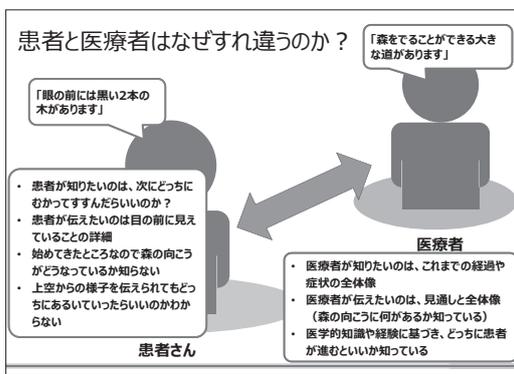
医療者からはどのように見えているかと言うと、スライドのような感じです。ドローンで上から見て、森の全体像を見て、道があって、これを行くとどっちに出るかを知っています。先程の患者さんに対して、医療者は「このまま真っ直ぐ行くと、道に当たるので、後はそこを行けば出られますよ」という説明の仕方をするのですが、患者さんは診察で、目の前見えることを「2本の木があって」と一生懸命に主治医の先生に伝えようとするのですが、主治医の先生は「森を出ることができる大きな道があります」と言うのです。患者さんから見えている景色からは、「本当にこれで良いのだろうか」と感じます。こういうコミュニケーションが日々行われているので、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、複数の道を使うのですが、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ているので、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。



医療者の方は、今、どこにいるのかを知りたいということで、これまでの経過や症状の全体像を知りたいわけです。そして医療者が伝えたいのは、見通しと全体像です。森の向こうに何があるか知っています。そして医学的知識や経験に基づいて、どちらに患者が進んでいるのかを知っているので、「こちらの道を行けば急だけど楽になる」というようなことが言えます。

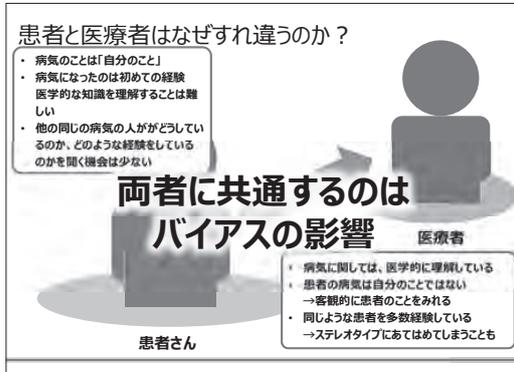
特に医療者はそれぞれ自分の専門性のある森については誰よりも詳しいです。ところが、森が違うと分からないという方もいるので、医療者同士で情報交換しておかないと、別の森の話をお患者さんから聞いても「さあ」ということになります。

この様に、すれ違う体験がきっと起こっているのだらうということです。

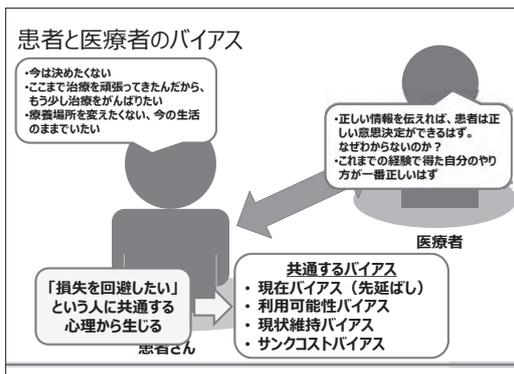


患者さんにとって、「病気のこと」は自分のことです。一方、医療者にとって患者の病気は自分のことではないということです。それが逆にメリットで、客観的に患者のことを見えています。自分のこととして見ると、どうしても利害関係から客観的にはなかなか見えません。本当は客観的に考えて判断した方が良いのに、自分の感情や主観的な影響が非常に強くなってきます。患者さんは初めての経験ですし、医学的な知識を理解することは元々難しいです。また、他の病気の人がどのような体験をしているのかを聞く機会がないので、自分だけが大変という思いになります。ここでケアサポートが重要となると思います。もう一つ、医療者でよくあるのが、同

じような患者さんを多数見ているので効率よくアドバイスが出来るのですが、たまにステレオタイプに当てはめてしまい、患者さんの個々の話を聞けなくなることもあります。



さらにこの両者に共通するのは、それぞれにバイアスの影響があることです。



ここで行動経済学が出てきます。現在バイアス、利用可能性バイアス、現状維持バイアス、サンクコストバイアスという代表的なバイアスが出てきます。根本には、我々医療者も関係なく「損失を回避したい」という人に共通する心理があります。

行動経済学

人の意思決定はいつも
合理的であるわけではない
バイアスの影響

ここで出てくるのが、今日のキーワードである行動経

済学という新しい考え方です。前提条件は、人の意思決定はいつも合理的であるわけではないということで、色々なバイアスが影響してきます。先程も患者と医療者それぞれのバイアスの手前のところを見てきました。まずはクイズを2つ出しますので、考えてみて下さい。

どちらを選びますか (1)

- ① コインを投げて表が出たら2万円もらい、裏が出たら何ももらわない
- ② 確実に1万円もらう

まずは1問目ですが、2つ選択肢があり、どちらかを選んでいただきたいと思います。1つ目は、コインを投げて表が出たら2万円をもらい、裏が出たら何ももらわないという選択肢、2つ目は確実に1万円をもらう選択肢です。

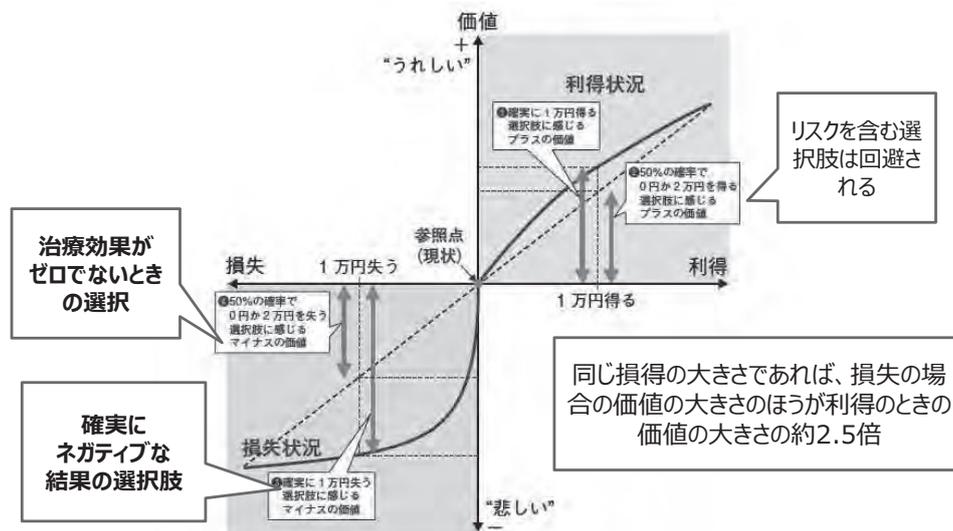
どちらを選びますか (2)

- ① コインを投げて表が出たら2万円支払い、裏が出たら何も支払わない
- ② 確実に1万円支払う

2問目は、1つ目がコインを投げて表が出たら2万円を支払い、裏が出たら何も支払わないという選択肢、2つ目は確実に1万円を支払う選択肢です。

1問目は利益があるという状況の選択肢で、2問目は損をするという局面です。多くの人において選択が変わるという現象が起こります。実は期待値は一緒です。経済的な価値としては一緒ということになるのですが、そこに不確実性のものと確実性のものとで選択が違うということです。

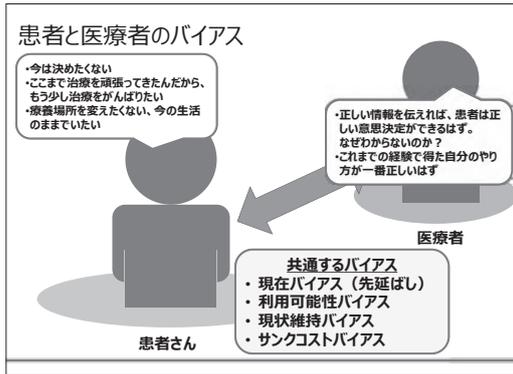
行動経済学：プロスペクト理論 (Kahneman & Tversky, 1979)



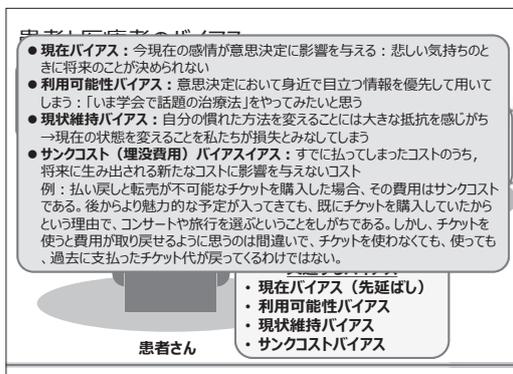
なぜこれが生じるかを説明したのが、行動経済学の中で1番コアな理論の「プロスペクト理論」です。Kahneman & Tversky という人が1979年に発表した論文に基づいていて、その後彼らはノーベル経済学賞を受賞しました。元々、Kahneman という人は認知心理学という分野の研究をしていて、認知症等の注意機能の実験研究をしていた人です。注意には、脳梁が上手く配分できるかどうかという、処理注意司令回路のことを元々やっていました。そこから価値には心理的な影響があるということで、経済学に持って行って認められるところまで来たということです。伝統的な経済学というのは、「人の判断は合理的であり、条件が同じであれば必ず人は同じ判断をする」という前提で、数式を組んで経済現象を説明します。それを「合理的ではなく、人はその時の感情や様々なことに影響され、バイアスの影響を受ける」というのを前提条件に組み込んで経済的な活動を予測しようとしたのが、この「プロスペクト理論」です。

先程お答えいただいたクイズでは、利得と損失が横軸で、縦が心理的な価値で、プラスが「嬉しい」、マイナスが「悲しい」ということになります。1万円を確実に得る時の人の判断というのは赤い曲線上の判断になると言われています。0円か2万円の時の不確実な選択肢と比べると、確実に1万得る時の心理的な嬉しさの方が広くなっています。一方、損をする時は逆になります。確実に損をする時の方が、悲しさの値がより大きくなります。かつ、この線が期待以上になっていて、得より損の方が、より敏感に失うことに対して反応します。同じ大きさであれば、損失の場合の価値の大きさの方が利得の時の大きさの2.5倍と言われているので、人は損失に対して非常に敏感であることがこの理論で言われています。確実に失うことを我々が避けたいと思うことを損失回避と言います。

がんの終末期や緩和ケアで、色々な代替療法や高額な免疫療法の宣伝文句には、効果のあった事例が幾つかエピソードとして載せられています。つまり、治療効果が0ではないということが含まれます。プラスかもしれないということで、損得の点線上の判断に人を誘導することになります。一方で抗がん剤治療をしていた人は、中止は損失を確定させる作業になるので、赤い線上の判断になります。やはりこの差は大きくなります。逆にそれが自然なのです。多分、自分が当事者になってもきっとそう思うだろうと思います。治療の確率が5%あれば、違う判断をするだろうと思います。損失を認めるというのは、それだけ心理的に元々難しいのです。それを頑張ってコミュニケーションをとるところに意思決定支援の一番の難しさがあると考えています。



先程の損失回避という現象ですが、損失を回避したいというのが欺瞞となって色々な文脈で出てくるのが、これらのバイアスになります。



まず、現在バイアスというバイアスがあります。現在の感情が意思決定に働きます。先程の治療中断の状況も1つの現代バイアスです。損失を確定させるとするのは非常に辛いことなので、意思決定に大きく影響与えます。うつ病の人もうつ状態が強い時に意思決定が悲観的になります。仕事をしてきた人がうつになると、うつ状態が酷い時は仕事を辞めてしまいたいと考えます。もし仕事を辞めるという意思決定をしてしまった後にうつ状態が改善すると、「なぜ仕事を辞めたのだろう」と後悔される人が結構多いです。うつ病の治療の場合は、うつ状態が強い場合は大きな意思決定をさせないようにする、意思決定を先延ばしにするという支援が意思決定支援の重要なポイントになります。まさに現在バイアスを考慮してコミュニケーションをとりましょうということです。

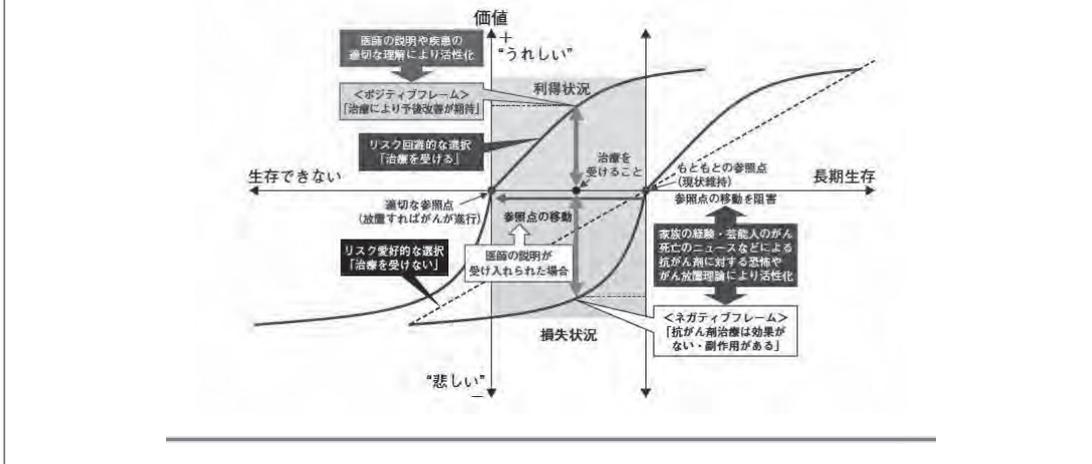
また、利用可能性バイアスは、特に患者さんに多いのは、新聞広告等でがんに効くという代替療法の広告を見ると、それが自分にも当てはまるのではないかと考えてしまうことです。医療者側は、学会で話題の治療法のエビデンスが出てくると、ついそれをやってみようと思うことです。客観的に考えたら不確実性もあるのですが、それを割り引いて考えるのが利用可能性バイアスです。我々が一番注意しなければいけないところです。

現状維持バイアスは、現在バイアスと非常に似ているのですが、現状を維持したいと思うことです。特にかんなどの重い病気が分かった時に、それまでの普通の生活を変えたくない、だから治療を受けたくないと考えた人がいると思います。それも現状維持バイアスの1つの現れと解釈することができます。自分達の何かを変えることに抵抗を感じがちで、変えることを損失だと捉えてしまいます。

サンクコストバイアスは少し説明が難しいのですが、既に払ってしまったコストのうち、将来に生み出される新たなコストに影響を与えないコストです。これは例を挙げないと分かりにくいと思います。払い戻しと転売が不可能なチケットを購入した場合、その費用はサンクコストと言います。もう既に払ってしまったもので、取り返せません。後から魅力的な予定が入ってきたとしても、そのチケットを購入していたからという理由で、コンサートや旅行に行くことを選びがちです。コンサートに行くために新たに交通費を払わなければならないという新たなコストが乗るのですが、それを払ってでも行きます。行かずに、それを損として確定させて、新たな選択をした方がその人の心理的な価値には合理的なのですが、チケット1枚にすでにお金を払ったことが、本当は行きたくなくなったのに行くという行動を後押しします。これが起こるのが、サンクコストバイアスになります。チケットを使うことで取り戻せるように感じるのですが、使っても使わなくても一緒なので、払ってしまったのならその時点で自分としては損として計上しておく方が良いということになります。

よく折角旅行に来たのだからと言って買い物をたくさんすることがありますが、これもサンクコストバイアスです。買わなくても良いお土産を買うとか、余計なものも買ってしまおうというのもサンクコストバイアスです。昔、大学生の頃にパチンコ好きの友人にパチンコに連れて行かれて、2万円が10分くらいで消えていったのですが、その2万円を出した時に「あと3000円使えば当たるのではないかな」と思うのです。でも2万円を使ったからといって、その後の格率に影響があるわけではないのに、ついそれを期待してしまうのがサンクコストバイアスです。医療で多いのが「折角ここまで治療を頑張ってきたのだから、もう少し」と言って、医学的なエビデンスでは明らかにこれ以上の動きはないのだけれど、治療を引っ張ってしまうという大きなバイアスです。患者さんもそう思いますし、医療者側もそういったバイアスで、もう少しやれば効果が出るのではないかと判断になってしまうことも起こり得るのではないかと思います。やはりなかなか自分で気づくのは難しいですね。普段、意識せずにやると、こういったことは起こって当然だと思います。

がん放置理論はなぜ受け入れられるか？



今のプロスペクト理論の中で、価値の基準点のことを参照点と言います。先程のクイズでは、0円が基準点となって、0円よりも1万円が利得となりますし、0円よりも1万円失うと損失となります。この図式は、参照点が全ての人に共通であれば同じ曲線になるのですが、実は人によって価値の基準点が変わります。例えば1万円を既に持っている人からすると、1万円を得ることはそれほど得ではないので、「ギャンブルをしてみよう」という選択をすることもあります。1万円を既に失っている人からすると、「何とか1万円を得なければいけない」という選択をすることになります。ですので、この1万円という価値は人によってかなり変わってきます。

現状維持バイアスについてです。例えばこれまで健康に暮らしていた人が検診で乳がんがステージ4ぐらいで見つかったら、抗がん剤治療をしなければならぬと主治医から言われた状況があります。そうしますと、これまで健康に暮らしていた人が、いきなり心身性の高い治療を受けなければいけないという状況になった時に、通常は現状維持の参照点からすると治療を受けることは損を意味します。日常生活を変えなければならぬ、今までの生活が失われると捉えられるので、下向きの曲線上での判断になります。通常は、主治医の説明時に病状の説明や告知をされることで参照点が移動させられて、「自分は死ぬかもしれない」という参照点を持つことになります。そのように参照点が移動した人にとっては、治療を受けることで改善が期待できるという認識を持ってもらえます。

ここで「抗がん剤治療を受けます」という意思決定が初めて可能になります。なので、最初のところの説明、かつ進行がんだった場合の説明というのは、かなり参照点を下げる作業をしなければなりません。その説明は主治医にとって難しく、患者さんにとっても受け入れるのが非常に難しいところ。参照点、つまり我々の価値そのものを動かされるというのは、当然、心理的な強い反応を持ちますので、告知によって辛くなってしまうのは、参照点の移動を伴うことが最大のポイントになるということです。なかなか1回のお話では難しいので、チーム医療で多少サポートしながら行っています。参照点がずれるような、少しでも現実的な話を、これから先どうするかを考えていきます。今、行っているACP（アドバンス・ケア・プランニング）も基本的にこの参照点をもって初めて出来ます。「治療を受けない」という人には、この話は損でしかないので、受け入れるのは非常に難しいということになります。理論的には、どうしてもこの辛い作業を絶対にしないとダメです。実はこの現状の参照点を上手く使っているのが、某先生のがん放置治療です。「そのままが良いですよ」というのをとにかく話してくれます。「治療を受けない」という人達にとっては凄く聞きたい情報です。スライド右側の話になりますので、凄く受けが良いということになります。

また、参照点の移動を阻害するのが、芸能人のがんのニュース等を聞いて恐怖心が出てしまうことです。話を聞けないようになる、否認するという心理反応が起こりやすくなります。あくまでも私の解釈です。本能理論を使うと、なぜあれほど受け入れられるのか説明できると思います。「治療を受けない」という人に対する強化になりますので、非常に良いです。現状維持の参照点の人にとっては、非常に欲しい話をしてくれるということになります。一方、主治医は逆の話をするので、非常に自分にとって損をもたらす人と認識されることになります。特にがん治療の場合では、最初の診断を告げる人は軒並み恨まれるというか、患者さんから否定的に評価されるのは仕方ないのかなと思います。

その次に、変わった先生はスライド左側からの話ができるので、凄くありがたがられます。これはもう役割やポジションの問題であって、その人のコミュニケーションスキルや人格といった問題ではないのではないかと思います。どの先

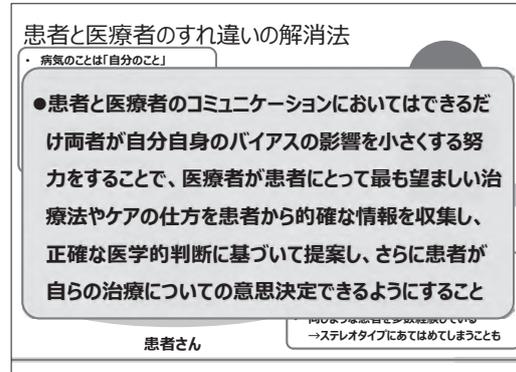
生でも最初に当たったら軒並みこの傾向があり、この話をすると患者さんからは「酷いことを言われた」というバイアスが入りやすいのは仕方がないのではないかと考えています。ですので、そういう立場の先生には理解をしていただいて、役割分担になりますが、悪役を買わなければならないということを前提としていただければと思います。でも必要な役割なので、誰かがしないといけないことを先生方は負っているということです。また、周囲もサポートしていくことをチーム医療で実現することが重要だと思います。参照点を移動させるというのが、何よりも重要で難しいということです。

ほとんどの患者さんが今の生活を維持したいという参照点を持っています。通常の病気では、病気を治療すれば元の生活に戻れるという期待で病院に来られます。ところが、長くかかる心疾患や糖尿病等に関しては、必ずしもそれを実現するのが難しいので、参照点をネガティブな損をしたという方向に動かさないといけないのです。現状維持の価値観を強く持っている人は、治療を多大な損失をもたらすものとして捉えているということです。

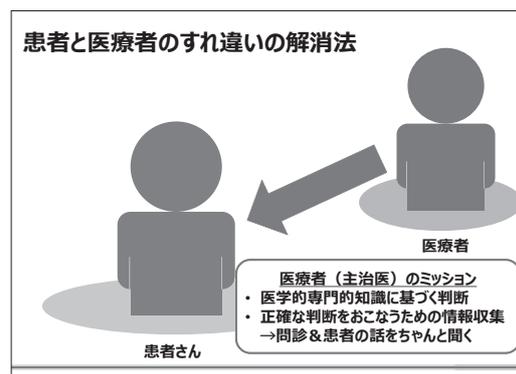
参照点を移動させるには、事実に基づいた情報提供をしなければならず、これはしばしば患者さんにとって聞くのが辛い情報になるので、その心理的な反応も起きやすくなります。医療者側も悪い知らせを伝えることに対して非常に負担の高い作業になりますので、先延ばししたいという現在バイアスが働きやすくなります。参照点を動かすのは、粘り強く時間をかけていかなければなりません。患者さんが受け入れられない場合は、何に引っかかっているかを明らかにすることが良いので、難病治療の現場で戦っている勝俣先生と直接ディスカッションをしました。先生はこの通りだと仰っていました。では、どうしているかという、何か引っかかっているものが患者さんにあるので、それが何なのかというのを、まず診察の時に話をするのだそうです。例えば、家族を同じ病気で亡くされた経験があるとか、怖い思いをしたとか、エピソードがあるので、その話をきちんと取り扱ってあげると、その後の話がしやすくなるとお聞きしました。ですので、先程の話も理にかなっているのかなと思います。そして、参照点が移動してから、初めて治療法の提案というポジティブな利得情報の話をしなければいけなくなります。ここがこのまま話をしても議論がどんどんすれ違っていくところだと思います。やはり誰かが参照点を移動させた上でやらなければならないということです。

緩和ケアの移行の時の話がなかなか入らないのも同じ構造になっています。緩和ケアというのは、死をある程度受け入れると言いますが、リスクがあることを前提にすると、緩和ケアは状況を改善するものとして認知されます。しかし、損失状況にある人に緩和ケアの話をしても、損失として受け取られるので、緩和ケアの話を聞

かされると話が入らないということが起こります。多くの人が治療を続けるという現状維持バイアスの参照点で考えるので、緩和ケアの話は入りません。いくら医療者がその人に利益があると思っても、患者さんから見ると損失として捉えられてしまいがちになります。

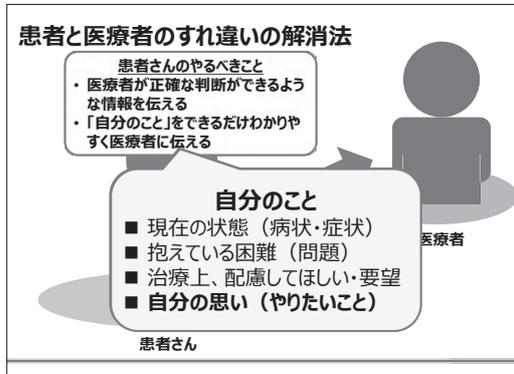


まとめますと、患者と医療者のコミュニケーションにおいては、出来るだけ両者が自分自身のバイアスの影響を小さくする努力をすることが必要です。最終的には、医療者が患者にとって最も望ましい治療法やケアの仕方を、患者からの確かな情報を収集して、正確な医学的判断に基づいて提案し、さらに患者さん自らの治療について意思決定できるようにすることです。周りくどい言い方になるのですが、最終的には患者さんが決めますが、医療者がその前段階で参照点を動かすことも含めて医学的・客観的な情報を伝えることです。医療者は、患者さんにとって辛いかもしれないという前提でも、まずきちんと伝える努力をして、それに続いて患者さんが意思決定をできるようにするのが、意思決定支援のゴールになるだろうと思います。



医療者のミッションは、医学的・専門的知識に基づく判断をすることです。森の上から見た状況で専門性に基づく判断をすることです。それを行うために的確な情報収集を行います。そのために患者さんの話をきちんと聞くというコミュニケーションをとりましようとい

うことで、コミュニケーショントレーニングをやっています。あくまでも情報收拾の手段であり、医療者の1番のミッションは、「判断をして患者さんに伝える」、「決められるように伝える」ということです。



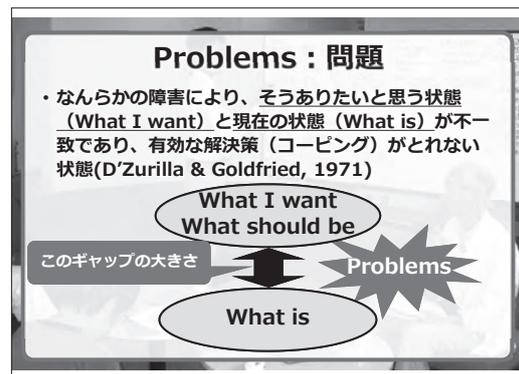
一方、患者さんがやるべきことがあります。今月初めに阪大のがんサロンで患者さんを受け入れて話をしました。医療者が正確な判断が出来るような情報を伝えることは、患者側のやるべき行動であるということで、「自分のことをできるだけ分かりやすく伝えるために、きちんと準備しておいたほうがいいですよ」と話しました。最初のスライドのように、いきなり分かって欲しいと思って座っていても、伝えたいことが伝わらないので、少しでも分かってもらう努力をきちんとしておいた方がよいということです。自分のこと、現在の状態、抱えている困難、治療上で配慮して欲しい要望などがACPの話になります。自分の思いや、やりたいこと、治療に限らず大切にしていることなどを出来るだけ医療者に伝えられるように準備しておきましょうという話をしました。

逆に、意思決定支援やACPは、医療者に自分のことを伝えられるようにアシストするということになります。今、両立支援というのはまさにこれを明確にしています。どういう仕事を続けていきたいかに合わせる感じで、主治医は意見書を書いていくことになります。両立支援コーディネーターは、これを引き出せるように、仕事や会社のことを含めた情報と、医療側で配慮すべきことを明確にして意見書にするという作業になっていると思います。本質的には非常にシンプルなことなのだと思います。ただ、これを引き出すというのが非常に難しいということです。

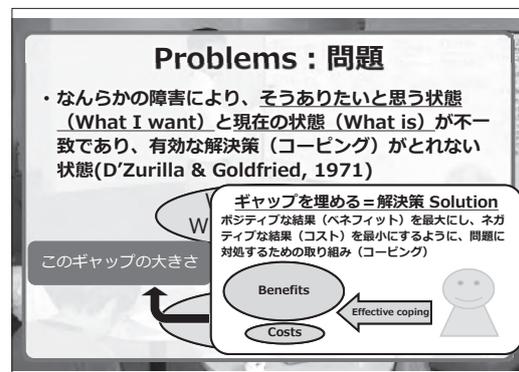
■ がん患者に対する問題解決療法

最初にご紹介した活動ですが、がん患者さんに対する問題解決療法プログラムというのをやりましたのでその時の話をさせていただきます。このプログラムでは、患者さん達にそれぞれの自分の問題解決について整理してもらいました。大阪大学の豊中キャンパスの隣にある市立豊中病院で、そこの先生方と2008年くらいから一緒

に患者さんのグループ療法、問題解決療法を入れさせてもらいまして、半年に1回、2クールで5週間のプログラムを作ってやっていました。問題解決なので、患者さんそれぞれが自分の解決したい問題を持って集まって、それぞれが自分の問題をどう解決していくか、整理しながら進めました。この時に来られた患者さんは、食道がんの術後の患者さんです。ホワイトボードで患者さんの問題と解決方法を整理しました。この人は術後に胃がなくなってしまうので食べられないという問題を何とかしたいということでした。



問題解決療法で理論的に一番大切なのは、非常に哲学的な話になりますが、問題と我々が言っているものの定義です。何らかの障害があって、そうありたいと思う状態と現在の状態が不一致であり、有効な解決策がとれない状態のことを問題と言っています。先程の患者さんは、自分は食べたいのに食べられないという現状があります。そこにギャップがあるので、この方の問題となっています。問題が大きいと我々はストレスとして感じることとなります。世の中に起っている社会的な問題も、全部ありたいと思う状態があり、あるべきものと現在がそうでないという不一致があり、必ずこの形で分析が出来るということになります。

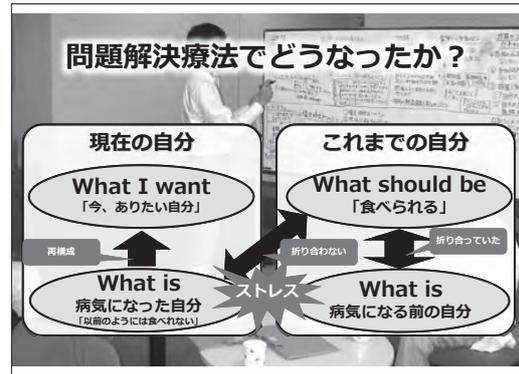


ギャップを埋めるのが解決策なので、方向が正しく設定されないと、実は正しい解決策は導かれません。これをきちんと定義することが問題解決療法で一番重要なこ

とになります。

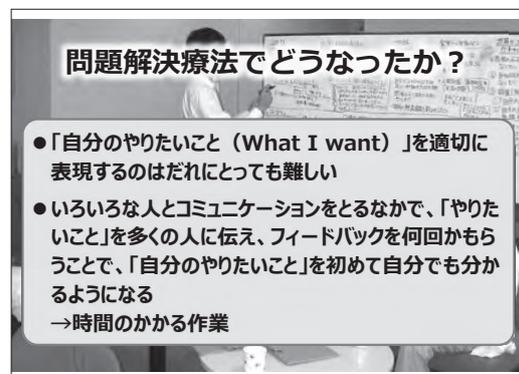
ある患者さんは、最初食べられないという問題を何とかしたいということで、「食べられるようになりたい」という目標を立てられました。どんな方法があるか、ブレインストーミングで他の方も一緒になって色々な解決策のオプションを考えました。自分では出てこないようなものも含めて考えるという工夫がされています。例えば、「デパートの地下の試食コーナーに行ってつまんでみる」というのは、ご本人が自力で考えるはずもなく、他の方の知恵です。これを皆で楽しんでディスカッションする中で、何か出来ることを見つけて解決に向かうことをやっけていこうとしています。「食べられるようになりたい」という目標を最初に立てられましたが、グループで話したから食べられるようになったかという、そうではありません。特に身体的な機能の喪失によって起きている問題ですので、そういう解決はなかなか難しいです。まずはゴールを現実的なものに設定して、「食べられそうなものを探そう」というゴールに取り組んでもらいました。そうすると具体的な解決策が出てきます。具体的でない、「朝、起きたらそうなっていたら良いのに」という話になってしまいます。実際の行動として出来るものに落ちていくのが、この問題解決療法の最も重要な点です。

途中1カ月間に色々なことがあったのですが、最終的にこの患者さんがどうなったかと言いますと、「食べられないことは大した問題ではないと思えるようになった」とおっしゃいました。最初は食べられないことに凄くこだわっておられました。でも、このプログラムと同時並行でサロンのようなところで江口さんのセミナーを受けてこられて、その時質問したら「まだ6カ月だからですよ」と言われたそうです。また、隣の方は再発して予告告知をされて落ち込んでいた患者さんだったのですが、その患者さんから「あなたまだ6カ月でしょ」と言われたそうです。自分より大きな問題に悩んでいる人がいることを知って、自分の問題と相対化されて、小さいものと思えるようになったということも1つあることです。また、奥さんが病気で、その介護をしなければならぬというのがプライオリティとして高いことや、若い人と話をするのが好きな方だったので、馴染みのカフェに行って店員さんと話をするなどして、食べられないという問題も確かに問題なのですが、それだけではないことも自分の問題課題として取り組んでいかなければならないと思えるようになったということです。



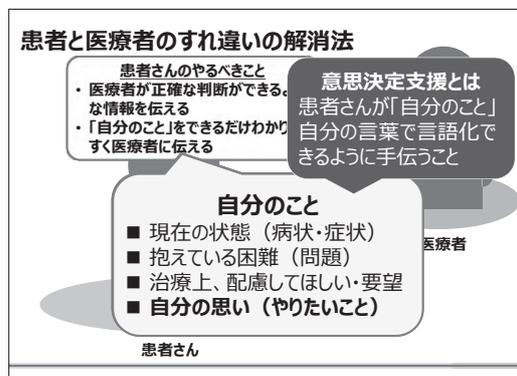
これを先程の理論の話しますと、病気や手術をする前は食べられるはずで、実際食べられているのでギャップは存在しないのですが、大きな治療をすることによって突然食べられない自分というのが出現します。この「食べられるはずだ」という認知も1つの現状維持バイアスかと思います。ギャップが生じてくると、多くの患者さんは「病気になる前の自分に戻りたい」と言われます。色々な努力をされて、民間療法等もそのような謳い文句になっていて、そちらに行ってしまうのですが、現実として大きな病気による治療の場合は、病気になった自分を前提に現在ありたい自分というのを考えることができれば、ギャップが解消していくことになります。

この方は1カ月間、グループに来て刺激が加わったことによって、今ありたい自分について見つめて、奥さんのことを手助けしたり、色々な人と会話したりすることがありたい自分として見つかったということです。これは、参照点が移動したとも言えると思います。これを基準にして、自分にとって利益になるものが考えられるようになったということだと思います。一番重要なのは、自分がどうありたいか、どうしたいかということ自分を明確に持つという作業です。意思決定支援の一番のポイントは、この「What I want」を患者さんが自分で納得できる形に、自分がそうしたいのだと見つけられるお手伝いをすることです。それが本質だろうと思います。



自分がやりたいことを普段から喋るようにトレーニングされていないので、ほとんどの患者さんが上手く言え

ません。いきなり「どうしたいですか」と言われても答えられない人がほとんどです。今日も学生さんの進路相談を行って「実習はどうしたいですか」とダイレクトに聞くのですが、だいたい「これもしてみたい」と言わないので、どうなりたいか、どう働きたいかと詰めていきます。学生さんなのでそれが許されています。それをいきなり患者さんに質問すると戸惑われる方が多いと思うので、誰でも難しいということです。色々な人とコミュニケーションをとる中で、やりたいことを多くの人に伝えて、フィードバックを何回ももらうことで、「自分のやりたいこと」が初めて分かります。先程の患者さんもそういう期間を5週間、強制的に作ってやってもらって、色々な人に質問をぶつけて、フィードバックをもらう中で、段々と明確に、現実的になって、「自分は何が出来るのだろう」、「どうしたいのだろう」と結果として考えられるようになったということです。意思決定支援のコアはここです。就労両立支援もおそらく一緒です。病気の治療をしながら仕事をするというのは、以前のように病気が無い中で仕事をするのとは明らかに違います。仕事の仕方を工夫しなければならないわけです。そうすると以前思っていたキャリアとは違うゴール設定をして考えなければならないのですが、そのままやっていると無理が生じて、ストレス負荷がかかって、メンタルヘルスのきっかけとなってしまいます。研究班でもストレスマネジメントのインタビューをしているのですが、実際、患者さんの体験を聞くと、そうおっしゃる方が結構おられます。



自分のこと、特に自分のやりたいことを明確にするという作業が必要です。意思決定支援は、患者さんが自分のことを自分の言葉で言語化できるように手伝うことです。シンプルに定義すると、こういうことだろうと思います。色々な職種立場から共通の方向性も見ながら、特に患者さんが課題だと思っているところの専門家が同じ方向を見ながらやっていくことだと思います。

患者と医療者のすれ違いの解消法

●「自分のやりたいこと (What I want)」を明確にする作業

- 「やりたいこと」を紙に書き出す
- 「やりたいこと」が浮かばないときは「やりたくないこと」「嫌なこと」を書き出す (リスト化)
- 書き出したものを自分で眺める
- できればそれを見ながら人に話をしてみても反応を聞く
- 「やりたいこと」「やりたくないこと」リストを修正する

患者会でお伝えしたのですが、自分のやりたいことを明確にする作業は、1番良いのは紙に書き出すことです。先の問題解決療法でも、ホワイトボードに従いながら書いて、それを眺めることが、自分のやりたいことに向きあう最も確実な手段になります。いくら考えていても、頭の中でやっていると、客観化されません。色々な現在バイアスが入ってきますので、一旦書き出すことです。日本人は、自分のやりたいことを説明するというトレーニングを受けていないので、この作業が結構苦手です。多分アメリカだともう少しできると思います。「I want～」というのを子どもの時から言われています。「あなたは どうしたい？」と親からもよく言われているので、比較的その質問をすると直ぐ言える文化だと思います。しかし、日本の文化はそうではないので、なかなか言える人が少ないです。逆にそういう時に「やりたくないこと、嫌なことを言って下さい」と言うと、これは結構言いやすいということです。意思決定支援の中では、そちらを聞くのが実は手取り早いですが、「やりたいことは何ですか？」と聞かれても「そう言われてもなあ」という反応になるのですが、そういう時に「では絶対に嫌なことを言ってみて下さい」と言うと、「こうだけはなりたくない」、「これは嫌だ」というのが高齢の方でも言いやすいということです。幾つか聞いていくと、その裏側にその人が「そっちの方向だったら、まあいいか」と思えることが見えてきます。それを言葉にして説明すると、その人のやりたいことに比較的近いものが簡単に出せます。それを見てもらって、確かにそうだなというところまで行けばOKです。そして、「色々な人に話をしてみても、反応を聞いてみて下さい」ということ、「その結果、また修正しても良いですよ」ということです。修正をすることも保証していますし、その作業の説明をすることで、今の作業もこの作業だと分かることになるとと思います。特に修正できるようにするというのが重要です。日本人は一度決めたことに一生拘束されると思ってしまいますので、この補足をかなり言っておいた方が良いかと思います。

今、運転免許証の裏にある臓器移植の意思表示をする

人がどうしたら増えるかという研究をやっている、東京の免許試験場でアンケートを配っています。RCTのアンケートをしているのですが、その状況を見に行ってきました。免許証って更新しますよね。だから今は臓器提供すると記載しておいても、更新したら付け直さなければならぬので、「これは5年間有効ですよ」と言うと少しハードルが下がるということです。書いてしまったらもう自分は臓器移植してしまうのだと多くの人が思うので、書かないでおこうという損失確定みたいに受け取られる方が多く、記入が進まないということがあります。期限を決めるというのは重要です。意思決定支援では「ずっとこれが有効なのではない、今の段階の意思でいいので書いてみて下さい」とインストラクションすることが重要だと思います。

問題：抱えている課題	目標	行動目標・解決策
どうなりたい？どうすべき？		
現在の状態（病状・症状など）		
結果：やってみてどうでしたか？		
よかったこと・良い影響		困難だったこと・悪い影響

細かいことが人間の意思決定行動に影響するので、研究として取り出して使えるようにと考えています。問題解決療法のワークショップの時に使っているワークシートです。そのまま意思決定支援に使えるので、これを埋めることをやっています。

71歳の高齢のがん患者さんに書いてもらったものがあります。この患者さんには、ありたいものと現状がズレているという説明をしました。この方は山登りのツアーに申し込むのを、趣味としてやりたいとのことで、それをちゃんとグループで取り扱って、実際に行ってきましたという話をされていました。

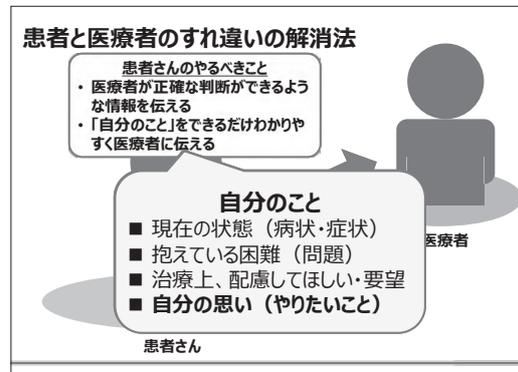
かなり細かくワークシートを記入してもらいました。2日かかったそうです。一言で言うと「山に登りたくて、登りました」と言うだけなのですが、「登って楽しかったので勢いで台湾に行く予約をしました」、「第九のコンサートの予約もしました」みたいなことが書いてあって、「書いて良かった」と言われました。このように使われる方もあります。高齢でしたがインテリジェンスな方だったので、とてもフィットしたと思います。

問題：抱えている課題	目標	行動目標・解決策
どうなりたい？どうすべき？	「現在の状態」をふまえて「どうなりたいか」を考えたものを目標とする	
現在の状態（病状・症状など）		
結果：やってみてどうでしたか？		
よかったこと・良い影響		困難だったこと・悪い影響

特に現在の状態をふまえて、どうなりたいかを目標とするのが一番難しいです。やはり支援をしないと、自分で書くのはかなり難しいのだと思います。我々がアシストしなければならないということです。

もう1人の方は、ずっと便秘の問題に悩んでいたとおっしゃって、便意を起こすという発想に変えていくと解決策が見えるようになりましたとおっしゃっていました。目標を「便秘をなくす、便意を増やす」と定義直したという非常に小さい話なのですが、シートにそれを記入してもらうことで凄く具体化しました。さらに、便意の記録表を作って、実際にあったことをパソコンで入力して、記録を作っていました。

問題：抱えている課題	目標	行動目標・解決策
どうなりたい？どうすべき？	「現在の状態」をふまえて「どうなりたいか」を考えたものを目標とする	自分を主語にした行動をリスト化する。 「できる」「できない」の判断はおいでなく
現在の状態（病状・症状など）	記録→データ化しておくとか客観的に把握できる	
結果：やってみてどうでしたか？		
自分自身についての記録をとっておく		
よかったこと・良い影響		困難だったこと・悪い影響



患者さんにも今の図をお伝えして、データ化したり、記録をしたりして、それを先生に見せるとより伝わると

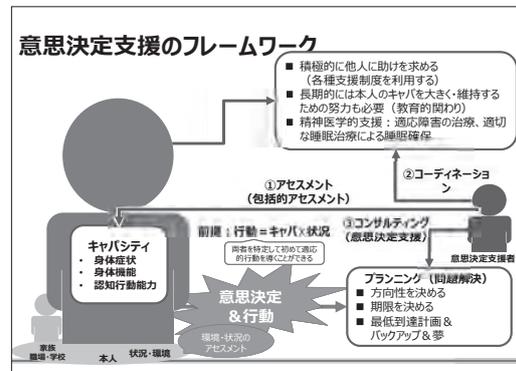
話します。やはり客観的なものがある、それと自分がどうしたいかという非常に主観的なものを分けて伝えるようにすると、自分の目指す方向性がより伝わりやすくなります。あとは、解決策をどのようにリストにすることが重要です。出来るか出来ないかの判断は置いておいて、とにかくできそうなことを並べて、一旦書いてみるのが一番重要です。

診察場面での問題解決		
問題：抱えている課題 ✓ 治療上の困難・課題 ✓ 生活上の困難・課題	目標 ✓ 主治医に伝えたいことはなに か？を明確にする ▶ 自分がどうなりたいと思っ ている人であり、それを実現す るためには、どんな困難や 課題を抱えていて、それを 解決するためにどのような支 援してほしいと考えている か？を明確にする。 ▶ 日々考えておく	行動目標・解決策 ✓ 自分を主語にして、主治医に 何を伝えるかをリスト化する ▶ 「現在の状態」までできれば データや記録に基づいて客 観的に記載する ✓ 原稿を書いて、だれかに添削 してもらうとより効果的 → 相談支援センターの利用
どうなりたい？ どうすべき？ ✓ 生活上の大きな目標（仕事 や家族のこと）があれば書い ておく		
現在の状態（病状・症状など） ✓ テーパ化できるものはデータ化 しておく ✓ 記録をとる（日記）		
結果：やってみてどうでしたか？		
よかったこと・良い影響		困難だったこと・悪い影響

これは診察場面での問題解決です。一番は、主治医に伝えたいことは何かを事前に明確にしておきましょうということ。そして、自分はこうなりたいと思っている人で、それを実現するためには、どんな困難や課題を抱えていて、解決するためにはどのような支援をしてほしいと考えているかを明確にしておきます。例えば、ずっと仕事をされていて引退された方が大きな病気をされた時に、海外旅行をずっとしてみたいと思っていて、それをなんとか実現したいと思っている方が、こういう症状があって、それがあつたとなかなか海外旅行に行けないが、症状の一部分がもし改善されるのであれば、是非行ってみたいと思うと言える、医療者としても分かりやすいです。「では、こういうところをケアして、こういう治療をしてみましょう」といった提案ができます。このように説明してもらえると伝わりやすくなります。日々考えておいて、できれば原稿を書いて誰かに添削してもらうとより効果的です。この情報が揃ったものがあると、医療者や主治医に伝わりやすいと思います。

問題解決療法の研究は、最初は乳がんの乳腺外科の患者さんで臨床試験をやっていて、それに送ってくれる先生が途中から味を占められてどんどん送ってくれるようになりました。その主治医の先生に聞くと、うちで問題解決療法のカウンセリングをやった患者さんは、治療の意思決定がしやすくなったということでした。特に自分の家族がどうこうとか、あまり細かいことを診察では言わなくなり、治療の話をストレートに言って決めることができるようになりましたとおっしゃっていただきました。主治医の先生も途中からそれが分かったので、どんどん送っていただくということになりました。結局は、治療に関係ない部分をこちらで扱うということかもしれ

ません。どうすることがしたいかが明確になって、医学的な話に集中できたのだと思います。やはり、代わりに誰かが考えるのではなく、自分で考えてもらって、それを添削することが意思決定支援の本質なのだろうと思います。



今、両立支援のストレスマネジメントを研修班で、意思決定支援をする人がスキルとして何か見つけられるようなプログラムが出来ればということを考えています。問題解決の部分、プランを立てるお手伝いをどうするかというコンサルティングです。実は経営コンサルティングと一緒に。クライアントである会社の社長が経営に対して意思決定に困っている時に、意思決定支援をするのが経営コンサルタントの仕事です。その時に過去の売り上げ等が数値であつて、それに対して社長さんがどういう会社をしたいのか、どういふビジネスをしたいのかを言語化し、ギャップを構造化して、ギャップを埋める解決策を提案するのが経営コンサルタントの仕事なのです。意思決定支援と経営コンサルタントは一緒に、病院の相談支援でもその技術と同じことをやります。患者さんがクライアントで、その人が決められるように問題を整理し、解決策と一緒に考えて、自分がどうしたいかを明確にする作業だと思います。その時に体の症状や、身体機能、あるいは心理的な認知を、その人を踏まえて専門家がアセスメントをして、それに基づいて決めやすくなるような作業になります。あとは、ソーシャルワークを中心に行うコーディネーションです。外的な支援に繋いでいくという、この3つが専門家としての意思決定支援者のコアです。職種に関係なく、このポジションになった人がやります。それぞれ専門性の部分は違ってくるのですが、機能としてはこの3つは極めて共通しているのではないかと思います。

このあとは余談になりますので、ここで終わりにさせていただきます。

第5回 治療と仕事との両立支援セミナー

発行

2019年3月

北里大学医学部公衆衛生学

〒252-0374 神奈川県相模原市南区北里 1-15-1

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

E-mail : syuroushien@gmail.com

北里大学 医学部 公衆衛生学

〒252-0373 神奈川県相模原市南区北里 1-15-1

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

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

第1回

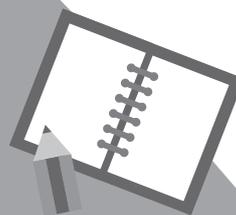
2017年12月3日(日)

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

これからの 両立支援における 「連携」を考える



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1回 これからの両立支援における「連携」を考える



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 障害年金の活用と関係機関の連携：社会保険労務士の立場から	06
	松山社会保険労務士事務所 代表 松山 純子	
III	シンポジウム1 産業保健総合支援センターの立場から	15
	神奈川産業保健総合支援センター 所長 渡辺 哲	
IV	シンポジウム2 産業保健職の立場から	19
	北里大学医学部公衆衛生学 講師 江口 尚	
V	シンポジウム3 難病者等の就労を支える機関の立場から	26
	神奈川障害者職業センター 所長 宮崎 哲治	
VI	シンポジウム4 当事者の立場から	31
	一般社団法人日本難病・疾病団体協議会 代表理事 森 幸子	



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1回

2017
SUN 12 / 03

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、治療と職業生活の両立支援（以下、両立支援）を積極的に推進しています。厚生労働省からは、2016年2月に「事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン」が公表されました。その結果、両立支援を進めるために、当事者を取り巻く関係機関の連携が進んできました。一方で、関係機関の連携が進むにつれ、色々な課題も見えてきました。特に、経営資源に限りのある中小企業においては、大企業以上に両立支援を進めにくい現状があります。そこで、当事者の方々や、両立支援に関わる様々な職種の方々が、これからの両立支援について共に考える場を設けたいと考え、研究会を企画しました。第1回目の今回は、テーマを「これからの両立支援における『連携』を考える」として、関係機関の連携の点から、両立支援を考えたいと思います。

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

これからの 両立支援における 「連携」を考える

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

障害年金の活用と関係機関の連携：
社会保険労務士の立場から
松山社会保険労務士事務所 代表 松山 純子

シンポジウム

産業保健総合支援センターの立場から
神奈川産業保健総合支援センター 所長 渡辺 哲

産業保健職の立場から
北里大学医学部公衆衛生学 講師 江口 尚
難病者等の就労を支える機関の立場から
神奈川障害者職業センター 所長 宮崎 哲治

当事者の立場から
一般社団法人 日本難病・疾病団体協議会
代表理事 森 幸子

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/)



当日の講演の順番に一部変更があります。