

厚生労働省労災疾病臨床研究事業費補助金

事業場において治療と仕事の両立を
支援するための配慮と
その決定プロセスに関する研究

令和 2 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 江口 尚

令和 3（2021）年 3 月

目 次

I. 総括研究報告

事業場において治療と仕事の両立を支援するための配慮とその決定プロセスに関する研究

江口 尚 1

II. 分担研究報告

1. 事業場において治療と仕事の両立を支援するための配慮とその決定プロセスに関する研究

江口 尚, 堤 明純, 須賀万智, 森田哲也, 梶木繁之, 武藤 剛, 井上彰臣 ... 11

2. がん薬物療法専門医を対象としたがん患者の治療と仕事の両立支援に関する意識と医療提供体制の現状に関する調査

佐々木治一郎, 江口 尚 24

3. 産業保健総合支援センターにおける治療と就労の両立支援の取り組み

渡辺 哲 39

4. 中小企業における治療と仕事の両立支援を促進し得る要因に関する研究

山内貴史, 須賀万智 44

5. 聖マリアンナ医科大学病院における両立支援の新たな取り組みによる好事例の創出

山野嘉久, 高田礼子, 長谷川大輔, 山徳雅人, 萩原悠太, 桑島則夫 58

6. 横浜市立大学附属病院での取り組み（消化器疾患での両立支援（難病を含む））

斉藤 聡 68

7. 肝疾患に関する専門的助言と大学病院との連携

ー肝疾患コーディネーターにおける両立支援の取り組みと大学病院における取組ー

古屋博行 71

8. 労働者個々の症状をベースにした両立支援に関する労使間の合意形成に関する標準的なプロセスの検討と運用ツールの開発

梶木繁之 75

9. 仕事と治療の両立支援を促進する組織文化の尺度開発に向けて — 定量的研究のレビュー — 北居 明	130
10. 経営学（健康経営）の立場から治療と仕事の両立支援に関する研究のレビュー 森永雄太	142
11. 心血管・がん・難病等の両立支援にむけた職域（中小企業） — 地域連携モデル構築と実践 武藤 剛	144
12. 治療と仕事の両立支援に係る労使間の合意形成プロセスの評価指標の開発： 文献レビューに基づく情報抽出 井上彰臣	154

事業場において治療と仕事の両立を支援するための配慮とその決定プロセスに関する研究
(200201-01)

令和2年度総括研究報告書

事業場において治療と仕事の両立を支援するための配慮とその決定プロセスに関する研究

研究代表者 江口 尚（産業医科大学産業生態科学研究所産業精神保健学研究室・教授）

研究要旨 本研究では、ガイドラインが示す両立支援をより一層普及させていくために、これまで両立支援に関する研究を推進してきた産業保健、臨床医学、経営学の研究者を分担研究者、当事者、法律家、社会保険労務士、人事労務担当者を研究協力者とした研究班を組織し、両立支援を行う際に、労使間の合意形成がなされるプロセスについて、両立支援の環境整備の組織レベルと両立支援の実施の個人レベルに分けて事例収集し、収集した事例から、指標となる組織レベル、個人レベルの標準的な合意形成のプロセスとその評価指標、マニュアル、事例集の提案を目的とした。3年計画の1年目の本年度は、先行研究レビュー、関係者のニーズ・事例収集と分析、組織レベル、個人レベルの標準的な合意形成プロセス案の作成に必要な情報収集を行った。難病患者の治療と仕事の両立支援（以下、両立支援）に関する先行研究のレビューを行い、標準的な合意形成に必要な要素が抽出できた。がん薬物療法専門医に対してがん患者の就労支援に対する調査を行い、がん薬物療法専門医のがん患者の就労支援に対する意向を把握した。社会保険労務士や産業医から良好事例を収集した。聖マリアンナ医科大学、北里大学、横浜市立大学から両立支援に関する良好事例を収集した。職場の協働的風土ならびに労働者の被援助に対する態度に着目し、中小企業の労働者において、両立支援の申出意図を促進し得る要因を収集した。職場の協働的風土ならびに労働者の被援助に対する態度に着目し、中小企業の労働者において、両立支援の申出意図を促進し得る要因を収集した。肝疾患コーディネーターにも肝疾患患者の両立支援をする上で役割が担えることが明らかになった。産業医の選任のない事業場においても、両立支援に関する労使間の合意が得ることができるようシステム作りにも着手できた。経営学分野においても、両立支援に応用可能な先行研究があることが確認でき、労使間の合意形成プロセスを検討する上で活用できることが確認できた。先行研究による開発され田中小企業を主眼とした治療と仕事の両立推進のための事業場内環境整備達成チェックリスト30の妥当性検証することにより、本研究班での成果物を作成する際の留意点が明確になった。先行研究のレビューにより、事業場における治療と仕事の両立支援に係る労使間の合意形成プロセスを評価するため指標を開発に必要な情報の整理ができた。今年度の研究成果をもって、次年度の目標である組織レベル、個人レベルの標準的な合意形成プロセス案の作成とその改善に加え、チェックリスト、マニュアル、評価指標の作成、ステークホルダー会議の開催のための準備が整った。

・主任研究者

江口尚（産業医科大学産業生態科学研究所・教授）

・分担研究者

堤明純（北里大学医学部・教授）
佐々木治一郎（北里大学・教授）
須賀万智（東京慈恵会医科大学・教授）
渡辺哲（神奈川産業保健総合支援センター・所長）

山野嘉久（聖マリアンナ医科大学医学部・教授）

斉藤聡（横浜市立大学医学部・教授）

古屋博行（東海大学医学部・准教授）

森田哲也（株式会社リコーH&S 統括部・統括産業医）

梶木繁之（株式会社産業保健コンサルティング アルク・代表取締役）

北居明（甲南大学経営学部・教授）

森永雄太（武蔵大学経済学部・教授）

武藤剛（北里大学医学部・准教授）
 井上彰臣（産業医科大学 I R 推進センター・准教授）
・研究協力者
 高山博光（神奈川産業保健総合支援センター・労働衛生専門職）
 高田礼子（聖マリアンナ医科大学予防医学・教授）
 長谷川大輔（聖マリアンナ医科大学難病治療研究センター・非常勤講師）
 山徳雅人（聖マリアンナ医科大学脳神経内科・講師）
 萩原悠太（聖マリアンナ医科大学脳神経内科・講師）
 桑島則夫（聖マリアンナ医科大学病院 メディカルサポートセンター・MSW）
 早坂由美子（北里大学病院トータルサポートセンター）
 左右田哲（北里大学病院トータルサポートセンター）
 大森由紀（北里大学医学部衛生学）
 横山和仁（国際医療福祉大学大学院）
 大矢めぐみ（千葉大学大学院医学研究院人工知能医学講座）
 高橋麻衣（マウントサイナイ医科大学ベイスラエル病院）
 片桐諒子（北里大学大学院／NCC）
 松平浩（東京大学医学部附属病院 22 世紀医療センター）
 藤井朋子（東京大学医学部附属病院 22 世紀医療センター）
 川又華代（東京大学医学部附属病院 22 世紀医療センター）
 石井理奈（北里大学医学部衛生学）
 白濱龍太郎（北里大学医学部衛生学）
 平岡晃（コマツ 健康増進センタ 副所長）
 加未佐和子（国立がん研究センター中央病院 放射線診断科医員・地域医療連携部）
 山内貴史（東京慈恵会医科大学 講師）

A. 研究目的

疾病の治療と就労を両立させるために、事業場における治療と仕事の両立支援（以下、両立支援）のためのガイドラインが策定され（厚生労働省 2016）、毎年内容が改訂されてきた（厚生労働省 2019）。また、両立支援の取組事例集の作成（立石 2019、労働者健康安全機構 2018）、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（堤 2019）、医療機関における両立支援の取り組みに関する研究（中村 2019）など、多くの研究によりガイドラインが示す両立支援の普及につながる具体的な成果が蓄積してきた。一方で、両立支援に取り組んでいる事業所のうち、両立支援を進める上で困難や課題を感じている事業所の割合は 76.1%で、就業制限の必要性や期間の判断、復職可否の判断、復職後の適正配置の判断などが、課題や困難を感じる事項として挙げられていた（厚生労働省 2019）。これらの項目は、労使間の合意形成を必要とし、そのプロセスについて産業医向けには標準的な考え方が作成されているが（立石 2019）、企業（事業者、人事労務担当者、管理監督者）向けの情報は少ない。今後、両立支援をより推進するためには、事業所が感じているこれらの課題を解決する必要がある。

企業内における労使間の合意形成のプロセスについては、労使間の利害関係の調整という点から、経営学において多くの研究がなされてきた（黒田 2019）。経営学においては、労使間の合意が、労働者に対する労働の「指揮命令権」の根拠に位置付けられるなど重視されており（浪江 2007）、産業保健分野よりも研究の蓄積が認められる。また、健康経営の推進においても、労使間の合意形成の重要性が指摘されている（森永 2019）。

研究申請者らは、これまで、企業内外の関係者間の連携や、両立支援を進める職場環境に関して研究を進めてきた（江口 2016, Eguchi 2016, Eguchi 2017, Eguchi 2019a, Eguchi 2019b, 堤 2019）。また、神奈川産業保健総合支援センターを中心とする神奈川県内の 4 大学病院と 2 労災病院から構成される両立支援に関する連絡会（神奈川モデル）を立ち上げた（堤 2019）。神奈川モデルでの事例検討を通じて、医療機関から企業への情報提供について課題が共有された（堤 2019）。同様のことは、別の研究でも指摘された（中村 2019）。企業内の合意形成のプロセスを、医療機関にも分かりやすい形で明示することで、医療機関から企業への情報提供をより進めることができる

可能性がある。

本研究では、ガイドラインが示す両立支援をより一層普及させていくために、これまで両立支援に関する研究を推進してきた産業保健、臨床医学、経営学の研究者を分担研究者、当事者、法律家、社会保険労務士、人事労務担当者を研究協力者とした研究班を組織し、両立支援を行う際に、労使間の合意形成がなされるプロセスについて、両立支援の環境整備の組織レベルと両立支援の実施の個人レベルに分けて事例収集し、収集した事例から、指標となる組織レベル、個人レベルの標準的な合意形成のプロセスとその評価指標、マニュアル、事例集の提案を目的とする。また、小規模事業所での両立支援の普及にも留意し、産業保健職以外の両立支援に関わる者が、疾患横断的に個々の症状をベースに両立支援の内容を検討する上で参考にできるようにする。

さらに、両立支援に関する事例収集により、経営学研究で蓄積された知見を活用しながら、事業所として両立支援を進める環境を整備するための組織レベルの労使間の合意形成のプロセスと、事業所担当者が個々の症状から業務遂行能力等の事例性の評価を行って両立支援を進める個人レベルのプロセスと、に関する要因を抽出し、以て、それぞれのレベルでの標準的な合意形成のプロセスを提案する。企業が自律的にそのプロセスの構築ができるようなチェックリストとマニュアルを作成する。研究申請者らが、これまでに開発した支援ツールや活動評価指標（堤 2019, 中村 2019）を活用し、構築したプロセスについて現状を評価し、プロセスの改善につなげる評価指標を開発する。標準的なプロセスについては、関係者（当事者、（経営者、人事労務担当者、管理職）、労働組合、産業保健職、社会保険労務士、医療機関、弁護士）が集まるステークホルダー会議の開催や神奈川モデルの活用により内容の妥当性を確認する。

そのために、3 年計画の 1 年目の本年度は、先行研究レビュー、関係者のニーズ・事例収集と分析、組織レベル、個人レベルの標準的な合意形成プロセス案の作成を行った。

B. 研究方法

難病患者の治療と仕事の両立支援（以下、両立支援）に関する先行研究のレビューを行った。社会保険労務士 2 名、産業医・社会保険労務士 2 名、医師 1 名に対して両立支援について、その成功要因に関する情報収集をするためにヒアリングを実施した。

主治医の両立支援に対する意識や両立支援への関与の変化を評価することとしたがん薬物療法専門医を対象に調査を行った。聴取項目は、「主治医としての患者の就業に関する意識について」「所属している医療機関の体制について」「患者の勤務先との患者の就労に関する連携について」とした。

神奈川産業保健総合支援センターでは、両立支援活動の普及、拡大のため神奈川県内 4 大学病院（北里大学、東海大学、横浜市立大学及び聖マリアンナ医科大学）と連携した「神奈川モデル」を構築し、ワンストップで支援を繋ぐサービスを進めた。治療と仕事の両立支援の普及啓発のためリーフレット作成を行った。また、以前より作成し活用している両立支援カードを、種々の団体に配布した。両立支援を実際の医療機関で広めるため、神奈川県癌診療連携拠点病院との関係を図るため、随時相談窓口の設置と社会保険労務士の随時派遣による相談体制確立のための協定を締結した。神奈川県との関係事業として、かながわ治療と仕事の両立支援推進企業の認定を行った。

わが国の業種・従業員規模別の就業人口割合の縮図となるようサンプリングされた、中小企業勤務の 20 歳～64 歳の正社員で、病気による 1 ヶ月以上の病気欠勤、病気休職、時短勤務などの就業制限を受けたことがない労働者モニター 3,286 人を対象としてインターネット調査を実施した。職場の協働的風土および被援助に対する肯定的態度の測定尺度とともに、産業保健スタッフの有無、経営トップの健康関連指針の有無、勤務先の経営状況、柔軟な勤務・休暇制度、相談窓口の有無、職場外での相談相手の有無ならびに基本属性を尋ねた。さらには、治療と仕事の両立支援のリーフレットを提示し概要を把握させたうえで、回答者本人ががんや脳卒中などに罹患し、主治医からこれまで通りの勤務は難しいと指摘された場面を想定させ、このような状況下での両立支援の申出意図を尋ねた。協働的風土お

および被援助に対する態度を主たる説明変数、両立支援の申出意図を目的変数とした多重ロジスティック回帰分析を実施した。

両立支援を医療システムの中に実装することが重要と考え、2020年度から聖マリアンナ医科大学病院において「両立支援外来」を新設し、担当医師3名・MSW・看護師から成る両立支援外来チームを発足させた。また新たに3名の両立支援コーディネーター認定者を養成し、計5名の体制を構築した。

2020年4月から2021年1月15日の間、横浜市立大学附属病院で「両立支援」としてソーシャルワーカーが介入した患者53例について下記を解析した。

①性別、②疾患、③就労状況、④雇用形態、⑤産業医の有無、⑥両立支援の相談の紹介元、⑦2020年11月11日に行った医療者向け「両立支援を考える会 in Yokohama」前後の相談数の変化。

また消化器疾患における両立支援の相談を受けた事例の詳細を解析した。

東海大学医学部付属病院肝疾患医療主催で肝疾患コーディネーター研修会（神奈川県認定）がWebセミナー形式で実施された。研修会参加者に対して両立支援に関する相談状況について調査した。C型肝炎患者の治療前後の労働生産性に関する文献と薬剤師による支援に関する文献による調査を行った。東海大学医学部付属病院における治療と仕事、就労に関する相談状況に関する聞き取り調査を行った。

主任研究者およびがん患者の両立支援に関与したことがある医師2名（研究協力者）の協力のもと、上記の目的とコンセプトに沿ったウェブシステムを構築するため、以下の取り組みを行った。なお取り組みに際しては定期的な話し合いや打ち合わせを、2020年5月以降、およそ1ヵ月に2回程度の頻度で実施した。各回の打ち合わせや作業は、1時間から2時間の間で行った。今年度は主にがん患者の両立支援のための合意プロセスとウェブシステムの概要を検討することとし、ツールの構想案を最初に分担研究者が作成の上、研究班のメンバーの意見を加えて修正を行った。

家庭と仕事の両立を支援する組織文化の先行研究及び「事業場における治療と仕事の両立の支援」に関連する経営学領域の文

献レビューを行った。

中小企業を主眼とした治療と仕事の両立推進のための事業場内環境整備達成チェックリスト30の妥当性検証を行った。地域医療機関側からみた、職域との連携における課題を抽出した。

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）において、自身が実施した文献レビューの中から、事業者、人事労務担当者、管理監督者の両立支援の取組内容について記述された箇所を抽出するとともに、必要に応じて「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」を参照し、不足している情報の埋め合わせを行った。その後、抽出した情報を「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」の「5両立支援の進め方」に記載されている流れに準拠し、①両立支援を必要とする労働者からの情報提供、②治療の状況等に関する必要に応じた主治医からの情報収集、③就業継続の可否、就業上の措置及び治療に対する配慮に関する産業医等の意見聴取、④休業措置、就業上の措置及び治療に対する配慮の検討と実施の4段階に分けて整理することとした。尚、④については、入院等による休業を要すると判断した場合、休業に関連する情報が必要となるため、別途、整理することとした。

C. 研究結果

今年度は、社会保険労務士2名、産業医・社会保険労務士2名、医師1名に対してヒアリングを実施した。150件の申請書を確認しデータベースを作成した。文献検索の結果合計510文献が得られた。また、障害者職業センターの調査研究をハンドサーチした結果で4つの研究が抽出された。文献検索結果の抽出された論文510文献について、タイトルと抄録から、対象疾患に関する治療と仕事の両立支援に関する論文78文献を対象とした。

がん薬物療法専門医146名から回答を得た（回答率10.0%）。主治医としての患者の就業に関する意識については、「そうだ」「ま

あそうだ」と回答した割合が 50%以下の項目は、「休職した患者の復職のタイミングを検討する際に、新型コロナウイルス感染症の流行状況を考慮する」「外来で患者の仕事の相談にのる時間はない」「患者の仕事についてアドバイスをすることは難しい」であった。所属している医療機関の体制については、「使用している問診票には、患者の職業を問う欄がある」という質問に「ある」と回答した割合は 58.9%であった。「そうだ」「まあそうだ」を合わせた割合が 50%以下の項目は、「外来は、平日夕方や週末など患者やその家族が仕事を休まなくても受診できるような体制がある」(14.4%)、「就業に関して、患者の依頼や必要性に応じて看護師が患者に対して個別に対応する体制がある」(40.7%)であった。患者の勤務先との患者の就労に関する連携については、「患者の勤務先の産業医とやり取りをしたことがある」は 47.9%、「療養・就労両立支援支援指導料を使ったことがある」は 20.5%、厚生労働省から出されている治療と仕事の両立支援ガイドラインを知っている」は 43.2%であった。「そうだ」「まあそうだ」と回答した割合が 50%以下だった項目は、「患者が勤務先に提出する主治医意見書の作成は難しい」(36.3%)、「患者の勤務先に診療情報を滞京する時に提供した情報が悪用されないか不安を感じる」(44.5%)であった。属性については、男性が 82.2%であった。医師としての経験年数は 20-29 年が 42.5%、10-19 年が 32.9%、30-39 年が 21.2%であった。99.3%は病院勤務であった。勤務先の医療機関の設置分類は、都道府県がん診療連携拠点病院が 46.6%、地域がん診療連携拠点病院が 37.0%であった。主に専門としている科は内科が 81.5%、外科が 7.5%であった。日本医師会認定産業医資格をもつ者は 11.6%、持たない者のうち取得予定のある者は 7.8%であった。

神奈川産業保健総合支援センターでは、平成 28 年 10 月より治療と職業生活の両立支援をセンターの事業として始めた。神奈川県下の 4 大学病院と連携する神奈川モデルを確立し、その運用を進めるとともに、当センターで作成した両立支援カードを各機関に配布し、両立支援窓口の拡充とともに、地域との連携による事業も開始した。

両立支援モデルの拡充を図るため、がん診療連携拠点病院と協定を結び、相談窓口を開設し、必要に応じ社労士を派遣する個別調整支援を始めた。現在 28 の病院と協定を締結している。また、神奈川県が始めたかながわ治療と仕事の両立支援推進企業選定に協力している。

両立支援についてのリーフレット提示後には、研究参加者の約 75%が両立支援について積極的に申し出る意図を報告した一方で、申出に積極的でない者も約 25%見られた。協働的風土が最も低いグループと比較して、協働的風土が最も高いグループでは有意に多くの者が両立支援の申出意図を報告した(オッズ比:1.5、95%信頼区間:1.1~1.9)。同様に、被援助への肯定的態度が最も低いグループと比較して、肯定的態度が最も高いグループでは有意に多くの者が両立支援の申出意図を報告した(オッズ比:1.4、95%信頼区間:1.1~1.7)。経営状況、柔軟な勤務・休暇制度の有無、相談窓口の有無、および職場外での相談相手の有無も両立支援の申出意図と有意な関連が認められた(オッズ比:1.3~2.0)。従業員規模による層別分析の結果、従業員数 50 人未満の層では被援助への肯定的態度と両立支援の申出意図との関連は有意でなく、協働的風土の強さのみが両立支援の申出意図と有意に関連していた。

聖マリアンナ医科大学病院で 2020 年 8 月に開設した両立支援外来では、2021 年 1 月の時点で、計 7 例の患者が活用した。両立支援外来受診患者 7 例の内 4 例で療養・就労両立支援指導料を算定した。両立支援外来における好事例として、①パーキンソン病と②脳卒中(被殻出血)の例について報告した。

横浜市立大学附属病院においては、好事例や、両立支援に繋がらなかった例などを抽出しその問題点を明らかにし、患者が両立支援のシステムにより参加しやすい方法に探索し、ソーシャルワーカーが介入した症例の状況の解析や、消化器疾患の患者における両立支援の事例を報告した。

肝疾患コーディネーター研修会(神奈川県認定)での両立支援に関するアンケート調査結果を得た。C 型肝炎患者の治療前後の労働生産性と薬剤師による支援に関する

文献調査から、C 型肝炎患者の病状に伴う労働生産性の変化や HCV 治療における薬剤師によるアドヒアランス向上支援に関する情報を得た。当院総合相談室における 2020 年度 1 月末までのべ相談回数（同一患者さんの複数回相談も別としてカウント）は、社会復帰支援に関する相談が 457 件、その中でがん相談支援センターにおける就労相談は 77 件で、コロナ禍でも 2019 年度と同程度の件数が認められた。特に、就労に関して神奈川県及び神奈川産業保健総合支援センターから派遣された社会保険労務士による相談は 6 件と 2019 年度と同程度であった。また、ハローワーク平塚から派遣された職員による相談件数は、新型コロナのため相談を中止したため、12 件にとどまり前年度より少なかった。

今年度は、別のジャンルで先行して利用されている類似ツールについて情報収集を行い、ウェブシステムの完成形を検討しつつ、このシステムに必要となる基礎情報（入力情報）と出力情報との関連を患者本人（労働者）の「自覚症状」と「職場の業務特性」から「就業上の配慮事項」につなぐアルゴリズムとして整理した。また、両立支援のプロセスの途中で行き交う情報の流れと関与する登場人物（労働者：患者本人、上司、人事担当者、主治医）との関係を理解するため、5 つの疾病に基づくシナリオを作成し、両立支援に関与している様々な職種（主治医、産業医、両立支援促進員、ソーシャルワーカー、社会保険労務士、両立支援コーディネーター）から意見を集め、ウェブシステムの構築に応用した。その後、インターネット上で利用することを想定した入出力画面の一部を作成した。

治療と就労の両立支援文化を測定する項目についての示唆を得た。本研究の目的は、治療と就労の両立を可能にする組織的条件の一つとして、組織文化に着目し、両立を可能にする組織文化の特徴について明らかにすることにある。本年度の活動として、両立支援組織文化に関する文献をサーベイし、治療と就労の両立支援文化を測定する項目についての示唆を得た。

経営学の中でもヒト資源のマネジメントに関わる人的資源管理論や組織行動論を対象に限定し、健康経営、ダイバーシティ&

インクルージョンの領域で治療と仕事の両立と関連する研究のレビューを行った。その結果、特に援助要請とインクルーシブ・リーダーシップを対象としたより集中的な文献研究を行い、知見の整理と今後の課題を明らかにした。

育児（や介護）との両立制度が構築されている企業ではチェックリストの達成項目数が有意に多く、育児/介護と仕事の両立と同様のベクトルから治療に関する両立支援の取組みを進めることが、推進力となる可能性が示唆された。また、医療機関側からの両立支援連携の試みとして、心血管（循環器）疾患における両立支援の課題を疾患ごとに整理した。虚血性心疾患・不整脈（デバイス植込み）・心不全といった循環器疾患の大きなカテゴリーごとの特徴に加え、ACHD（成人先天性心疾患）など若年者においても両立支援の考え方を労働者・事業者側双方に普及させる重要性を明らかにした。

両立支援に関する文献レビューの結果、いずれの段階においても「本人（労働者）から聞き取るべき事項」、「本人に伝えるべき事項」、「主治医に伝えるべき事項」、「主治医に確認すべき事項」など、情報伝達の対象・方向別に整理することができた。

D. 考察

10 例の良好事例からは、両立支援を進めるためには、全ての事例において職場のキーパーソン（事業者、上司、人事労務担当者）の前向きな対応を確認できたことから、職場のキーパーソンの前向きな対応が、両立支援を進めるためには不可欠であると考えられた。松平らの研究でも「職場における両立支援への理解」（<https://ryoritsu-check.work/checksheet30.html>）が項目として挙げられているが、そのような理解のある職場環境を作り上げることについての介入方法については言及されていない。平成 30 年度の労働安全衛生調査では、両立支援を進める上で困難や課題と感じる理由として、代替要員の確保、上司や同僚の負担、就業制限の必要性や期間の判断、復職可否の判断、があがっていた。事業所内で両立支援が必要な従業員が発生した際に、就業制限の必要性や期間の判断、復職可否の判断などに困難を感じる

事業者に対して、主治医からの分かりやすい情報提供により、両立支援に対して全く後ろ向きな事業者への介入は難しいが、少なくとも何とかしたいと思っている事業者に対しては介入できる余地があると考えられた。引き続き、事例収集を通じて、中小企業において両立支援をより進めるためのヒントを収集していきたいと考えている。

助成金の申請状況からは傷病休暇・病気休暇はほとんど無給であり、短時間勤務制度も、時短分は無給扱いとなっていた。このことから、中小企業においては、事業者は両立支援制度を従業員が活用することでの追加の人件費の負担は避ける傾向にあることが示唆された。

障害者職業センターにおける研究は、わが国の難病対策に基づくもので、難病それぞれの持つ多様性を包含した観察研究であった。一方で、海外の研究は、それぞれの疾患の症状に応じて研究の内容も大きく異なっていることがわかった。炎症性腸疾患であれば消化器症状、多彩な症状を呈する多発性硬化症については、日本と比べて桁違いに患者数が多いため就労に関する研究数も多く、特に認知機能障害にフォーカスした介入研究も行われていた。関節リウマチについては、特に生産性や機能障害に関する研究や、様々なプログラムの介入研究が行われていた。パーキンソン病については、介入研究は認めず、観察研究や質的研究が主であった。また、就労に影響する要因には、疲れやすさや痛みといった共通の部分と、消化器関連の症状、認知機能障害、筋骨格器関連の症状など疾患特異的な部分があることが分かった。産業保健職がこのような研究の知見についてある程度の情報を持つことは、具体的な事例に遭遇した時に、就労継続のリスクファクターや見通しなどを踏まえた対応ができる。その結果、当事者にとっても、事業場にとってもより有意義な対応ができると考えられた。

抗がん剤や放射線治療のスケジュールを決める際に患者の仕事の予定や内容に配慮するようにしている割合も大きく改善していた。主治医が、単に患者の仕事に関心を持つだけではなく、主治医の治療の意思決定にも影響していると考えられた。

10年前の調査では、看護師の関りを期待

する者は 28.8%であったが、今回の調査では 79.5%と大きく増加していた。主治医の患者の職業への関心の高まりに加え、がん看護専門看護師やがん治療関連の認定看護師制度の充実が影響していることが考えられた。

2016 年に「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」が公表され、2018 年度からは診療報酬が改正され療養・就労両立支援指導料が設けられた。現状では、ガイドラインの認知度は 43.2%と認知度を改善できる余地があり、さらなる啓発が必要となると考えられた。療養・就労両立支援指導料については、算定したことがある者は 20.5%であり、この割合を高める上で障害となっている要因を検討する必要がある。主治医意見書の作成については 100%「そうだ」「まあそうだ」と回答していることから、障害となっている要因としては、医療機関側の啓発不足があるかもしれない。

がん診療連携拠点病院との連携を図るモデルとして、神奈川県下の 4 大学病院との関係を始めた（神奈川両立支援モデル）。この連携を通して当センターに相談のあった事例が少しずつ増えてきた。さらにこの 4 大学モデルを参考に、連携する病院を増やす努力をしてきた。初めはいくつかの病院との個別の連携を図ってきたが、その後神奈川県と協議し、がん診療連携拠点病院に、当方から社労士を両立支援促進員として派遣する方試みを始めた。従来神奈川県は、がん診療連携拠点病院に定期的に社労士を派遣していたが、今回社労士を当センターの両立支援促進員として当センターから随時派遣する事となった。この流れとして、県下のがん診療連携拠点病院と社労士派遣の協定を結ぶこととなった。現在 28 の病院と協定を結んでいる。このような取組を通して、当センターの認知度を上げるとともに、両立支援の啓発に繋がるものと期待している。

本研究では、中小企業においても、両立支援の認知度を向上させることで労働者の支援の申出意図を高める可能性が示唆された。その一方で、産業保健スタッフや柔軟な勤務・休暇制度の有無などの要因とは独立して、協働的風土や被援助に対する肯定

的態度は両立支援の申出意図と有意に関連していた。両立支援について認知してもなお支援の申出に消極的な労働者に対しては、協働的風土の集団分析や職場環境改善プログラムによる職場風土の改善、および社内研修における両立支援の成功事例の情報提供などによる被援助への肯定的態度の強化などによって両立支援の申出を促進できる可能性が示唆された。

治療と就労の両立支援に対する当院の新たな展開である「両立支援外来」の設置とその効果、ならびに最近の両立支援好事例について報告した。両立支援外来の設置により、相談件数のみならず両立支援の実現に至った患者数が飛躍的に増えたことから、両立支援を真に医療に普及していくためには、両立支援外来の設置を推進していくような制度設計が重要であると考えられた。今後、両立支援外来での症例をさらに蓄積していくため、治療と職業生活の両立支援事業の認識を拡げていけるように院内関係者への普及啓発活動をすすめていくと共に、事業者との協力体制の構築にも挑戦し、好事例を増やしていけるように努めたい。

今回行った、今年度の両立支援の相談は自主的にソーシャルワーカーを訪れたケースが多いことが分かったが、紹介されて訪れたケースは医師からの紹介が少なく、診療し患者に接している医師へのさらなる啓発が必要であることが判る。また両立支援の必要な情報の提供のやり取りは企業では産業医が中心となることが予測されるが、産業医がいることが明らかでないケースが半数以上であった。この場合の企業側の窓口の明確化は重要である。また診療医から療養・就労両立支援の意見書を提出しても、産業医からその後のプランが返ってくることはまだ少ない。この点から産業医への治療と仕事の両立支援のシステムについての啓発がさらに必要であると思われる。

慢性疾患治療中の患者さんには薬剤師が長く関わるが多いため、治療と仕事の両立支援のきっかけに遭遇する機会が 今回の薬剤師を対象とした肝疾患コーディネーター研修会でも 29 人 (19.2%) に患者さんから治療と仕事の両立に関連する相談を受けていたことから、各相談について医療機関の相談支援センターにいかに結びつけ

るかが重要と考えられる。海外における HCV 治療完遂のための薬剤師による支援プログラムや学際的な取り組みは、両立支援の参考になるモデルの一つと考えられた。

中小零細企業においても、がん患者などの就労の両立支援を行うための社内制度の充実が必要ではあると思われるが、経済資本の脆弱さや対応にあたる担当者的人数の不足などにより、必ずしも社内制度を整える事は容易ではない。そのような際に、本人からの申請をもとに、インターネット上でこのウェブシステムが利用可能になると、労働者と上司及び、人事担当者が同じ席について話し合いをしながら職場で対応が可能な配慮事項を決定し、その内容を主治医に提出するための様式を整えることが可能になる。このウェブシステムは、産業医の関与を必ずしも必要としないという点において、これまでの両立支援の方法論とは異なる新しい発想となった。

現時点では、本人の自覚症状や希望する職場での業務上の特徴をもとに、人事並びに職場の上司が配慮可能な対応事項を列举し、それらを主治医の立場から必要性の重みに合わせて選択するという形式としているが、職場の状況が詳細にわからない主治医にとって、すでに企業内で 3 者の合意が得られた上で対応が可能な配慮事項が列举され、それらを選択するというプロセス主治医の負担を減らしつつ、両立支援に主治医の意見を反映させる一つの新たな方法と思われた。

先行研究の組織文化次元を見ると、Dikkers et al. (2005) の主成分分析の結果が示唆するように、少なくとも職場レベルの組織文化については支援次元と障壁次元があるように思われる。支援次元とは、両立を積極的に助ける組織文化の特徴を表し、障壁次元は、両立を妨げる組織文化の特徴を表す。支援次元の例として、Thompson et al. (1999) の管理職からの支援、Dikkers et al. (2005) の労働一非労働文化における組織的支援、上司からの支援、同僚の支援、Thompson and Prottas (2005) における上司からの支援、同僚の支援などである。一方、障壁次元の例は、Thompson et al. (1999) のキャリアへの影響と時間要求、Allen (2001) の FSOP、Dikkers et al. (2005)

のキャリアへの悪影響と時間要求、Thompson and Prottas(2005)の両立支援文化である。これまでの研究を見ると、支援次元は職務満足などに影響が大きく、障壁次元はコンフリクトへの影響が大きいように思われる。

このように、家庭と仕事の両立支援文化に、両立を支援する側面と阻害する側面があることは、治療と就労の両立支援文化を考えるうえでも示唆があるだろう。

本年度は、特にインクルーシブ・リーダーシップと援助要請に注目して文献レビューを行った。2つの概念は近年注目が高まり、知見が蓄積されつつある研究領域ではあるものの、いずれも萌芽的な研究領域である。また、両者の関係性は管見の限り明らかにされていない。今後は両者の関係を説明する理論的背景について、一層の文献レビューを進めるとともに、ヒアリング調査などを通じて、両者の関連性について探索的な検討を行っていくことが重要であろう。

本年度の研究Aから、先行研究班の成果としてのチェックリスト30を用いて中小企業の事業者・人事担当者が両立支援へむけた環境整備に取り組もうとする際のハードルや課題が浮き彫りとなった。育児（や介護）との両立制度が構築されている企業ではチェックリストの達成項目数が有意に多いことを踏まえると、育児や介護と仕事の両立と同様のベクトル・観点から治療に関する両立支援の取組みを進めることが、一つの大きな推進力となる可能性が示唆される。

研究Bからは、心血管（循環器）疾患における両立支援の医療機関側からの職域連携の課題が疾患ごとに整理された。また、「中小企業または非正規雇用」といった、そもそも病休制度がほぼないに等しい労働者の場合は、両立支援の前に契約解除（労働契約継続打ち切り）となる仕組みになっていることが否めず、特にこのような非正規労働者の契約更新における出勤率条件については、何らかのレスキュー制度を早急に検討する必要性が示唆された。

文献レビューの中から抽出された情報は、いずれも労使間で両立支援の合意形成を進めていく上で不可欠なものと考えられるが、

不足している部分については「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」を参照することで、より網羅的に必要な情報を抽出・整理することができた。一方で、文献レビューやガイドラインから抽出された情報だけでは、評価指標の開発には不十分である可能性があるため、今後は、実際の現場で行われている工夫点等も含めて、両立支援に係る労使間の合意形成に必要な情報を充実させていく必要がある。

本研究事業では、他の研究分担者・研究協力者によって両立支援の好事例の収集を目的としたインタビュー調査を実施しているため、来年度は、インタビュー調査等の結果を踏まえて、労使間で両立支援の合意形成を進めていく上で必要となる情報の更なる充実を図っていきたい。

E. 結論

3年計画の1年目の本年度は、先行研究レビュー、関係者のニーズ・事例収集と分析、組織レベル、個人レベルの標準的な合意形成プロセス案の作成に必要な情報収集を行った。両立支援に関する先行研究のレビューを行い、標準的な合意形成に必要な要素が抽出できた。がん薬物療法専門医に対してがん患者の就労支援に対する調査を行い、がん薬物療法専門医のがん患者の就労支援に対する意向を把握した。社会保険労務士や産業医から良好事例を収集した。聖マリアンナ医科大学、北里大学、横浜市立大学から両立支援に関する良好事例を収集した。職場の協働的風土ならびに労働者の被援助に対する態度に着目し、中小企業の労働者において、両立支援の申出意図を促進し得る要因を収集した。職場の協働的風土ならびに労働者の被援助に対する態度に着目し、中小企業の労働者において、両立支援の申出意図を促進し得る要因を収集した。肝疾患コーディネーターにも肝疾患患者の両立支援をする上で役割が担えることが明らかになった。産業医の選任のない事業場においても、両立支援に関する労使間の合意が得ることができるようシステム作りにも着手できた。経営学分野においても、両立支援に応用可能な先行研究があることが確認でき、労使間の合意形成プロ

セスを検討する上で活用できることが確認できた。先行研究による開発され田中小企業を主眼とした治療と仕事の両立推進のための事業場内環境整備達成チェックリスト30の妥当性検証することにより、本研究班での成果物を作成する際の留意点が明確になった。先行研究のレビューにより、事業場における治療と仕事の両立支援に係る労使間の合意形成プロセスを評価するため指標を開発に必要な情報の整理ができた。今年度の研究成果をもって、次年度の目標である組織レベル、個人レベルの標準的な合意形成プロセス案の作成とその改善に加え、チェックリスト、マニュアル、評価指標の作成、ステークホルダー会議の開催のための準備が整った。

F. 健康危険情報

該当せず。

G. 研究発表

1. 論文発表

江口尚. 難病患者における治療と仕事の両立支援に関する研究の現状. 産業医学レビュー (印刷中)

Inoue A, Tsutsumi A, Eguchi H, Kachi Y, Shi-mazu A, Miyaki K, Takahashi M, Kurioka S, Enta K, Kosugi Y, Totsuzaki T, Kawakami N. Workplace social capital and refraining from seeking medical care in Japanese employ-ees: a one-year prospective cohort study. BMJ Open 2020; 10(8): e36910.

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

該当せず。

I. 文献

なし

労災疾病臨床研究事業費補助金
事業場において治療と仕事の両立を支援するための配慮とその決定プロセスに関する研究
(200201-01)
分担研究報告書

**事業場において治療と仕事の両立を支援するための配慮とその決定プロセスに
関する研究：インタビュー調査と事例収集**

研究代表者	江口 尚	産業医科大学産業生態科学研究所産業精神保健学研究室・教授
研究分担者	堤 明純	北里大学医学部公衆衛生学単位・教授
研究分担者	須賀万智	東京慈恵会医科大学医学部環境保健医学講座・教授
研究分担者	森田哲也	株式会社リコーH&S 統括部・総括産業医
研究分担者	梶本繁之	株式会社 産業保健コンサルティング アルク・代表取締役社長
研究分担者	武藤 剛	北里大学医学部衛生学単位・講師
研究分担者	井上彰臣	産業医科大学 I R 推進センター・准教授

研究要旨 本研究では、今年度は、難病患者の治療と仕事の両立支援（以下、両立支援）に関する先行研究のレビューを行った。社会保険労務士 2 名、産業医・社会保険労務士 2 名、医師 1 名に対して両立支援について、その成功要因に関する情報収集をするためにヒアリングを実施した。また、事例収集と中小企業における両立支援に関する制度創設に関する情報収集を行った。また、別の研究班で行っている合意形成に関するシステム開発と合わせて、最終的な目標である成果物（合意形成のプロセスのモデルとそのプロセスの評価指標、合意形成のためのマニュアル、事例集）を、次年度以降作成するための基礎的な資料を収集することができた。また、両立支援に関する中小企業の姿勢を検討するために両立支援に関する助成金の申請内容の確認を行った。事例は 10 事例、申請書は 150 件を確認した。10 例の良好事例からは、両立支援を進めるためには、全ての事例において職場のキーパーソン（事業者、上司、人事労務担当者）の前向きな対応を確認できたことから、職場のキーパーソンの前向きな対応が、両立支援を進めるためには不可欠であると考えられた。助成金の申請状況からは、中小企業においては、事業者は両立支援制度を従業員が活用することでの追加の人件費の負担は避ける傾向にあることが示唆された。今年度は、事例収集と中小企業における両立支援に関する制度創設に関する情報収集を行い、最終的な目標である成果物（合意形成のプロセスのモデルとそのプロセスの評価指標、合意形成のためのマニュアル、事例集）を、次年度以降作成するための基礎的な資料を収集することができた。

A. 研究目的

疾病の治療と就労を両立させるために、事業場における治療と仕事の両立支援（以下、両立支援）のためのガイドラインが策定され（厚生労働省 2016）、毎年内容が改訂されてきた（厚生労働省 2019）。また、両立支援の取組事例集の作成（立石 2019、労働者健康安全機構 2018）、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（堤 2019）、医療機関における両立支援の取り組みに関する研究（中村 2019）など、多くの研究によりガイドラインが示す両立

支援の普及につながる具体的な成果が蓄積されてきた。一方で、両立支援に取り組んでいる事業所のうち、両立支援を進める上で困難や課題を感じている事業所の割合は 76.1%で、就業制限の必要性や期間の判断、復職可否の判断、復職後の適正配置の判断などが、課題や困難を感じる事項として挙げられていた（厚生労働省 2019）。これらの項目は、労使間の合意形成を必要とし、そのプロセスについて産業医向けには標準的な考え方が作成されているが（立石 2019）、企業（事業者、人事労務担当者、管理監督者）向けの情報は少ない。今後、両

立支援をより推進するためには、事業所が感じているこれらの課題を解決する必要がある。

企業内における労使間の合意形成のプロセスについては、労使間の利害関係の調整という点から、経営学において多くの研究がなされてきた（黒田 2019）。経営学においては、労使間の合意が、労働者に対する労働の「指揮命令権」の根拠に位置付けられるなど重視されており（浪江 2007）、産業保健分野よりも研究の蓄積が認められる。また、健康経営の推進においても、労使間の合意形成の重要性が指摘されている（森永 2019）。

我々は、これまで、企業内外の関係者間の連携や、両立支援を進める職場環境に関して研究を進めてきた（江口 2016, Eguchi 2016, Eguchi 2017, Eguchi 2019a, Eguchi 2019b, 堤 2019）。また、神奈川産業保健総合支援センターを中心とする神奈川県内の4大学病院（北里大学病院、聖マリアンナ医科大学病院、東海大学医学部附属病院、横浜市立大学附属病院）と2労災病院（横浜労災病院、関東労災病院）から構成される両立支援に関する連絡会（神奈川モデル）を立ち上げた（堤 2019）。神奈川モデルでの事例検討を通じて、医療機関から企業への情報提供について課題が共有された（堤 2019）。企業内の合意形成のプロセスを、医療機関にも分かりやすい形で明示することで、医療機関から企業に対して、より質の高い情報提供を効率的に行えるようになる可能性がある。

「インタビュー調査と事例収集」の目的は、本研究班の最終的な目標である成果物（合意形成のプロセスのモデルとそのプロセスの評価指標、合意形成のためのマニュアル、事例集）を作成するための基礎的な資料となる情報の収集である。事例収集は、「うまくいった」事例を対象とする。「うまくいった」事例は、労働者（当事者）と経営者がやってよかったと思えたWIN-WINの中小企業（中小企業基本法第2条第1項による）の事例、と定義する。事例収集は、当事者、医療機関の主治医及び医療相談窓口の医療ソーシャルワーカー、産業医、社会保険労務士、両立支援促進員（産業保健総合支援センター）、労災病院治療就労両立

支援センターの両立支援コーディネーター、人事労務担当者（キャリアコンサルタント等）から行う。インタビュー調査は、マニュアル、事例集について、現場に役立つものとするための意見収集のために実施する。

事業者が、両立支援環境整備計画を作成し、計画に基づき新たに両立支援制度の導入を行い、かつ、両立支援コーディネーターを配置した場合に、事業者が費用の助成を受けることができる制度である治療と仕事の両立支援助成金（環境整備コース）と治療と、事業者の方が、両立支援制度活用計画を作成し、計画に基づき両立支援コーディネーターを活用し、両立支援制度を用いた両立支援プランを策定し、実際に適用した場合に、事業者が費用の助成を受けることができる仕事の両立支援助成金（制度活用コース）の申請書の内容を検討する。もって、中小企業が治療と仕事の両立支援を行う際に、どのような対応をするのか情報収集を行う。

B. 研究方法

1. ヒアリング調査

1)対象者の選定方法（募集方法、選択基準・除外基準・中止基準等）

①募集方法

本研究では、調査目的別に調査対象を定め、それぞれの分担研究者の所属する機関にインタビュー調査を依頼する。研究対象者（インタビュー対象者）は、両立支援の受益者となる当事者、および支援者となる者（分担研究者の所属する医療機関の主治医及び医療相談窓口の医療ソーシャルワーカー、産業医、社会保険労務士、産業保健総合支援センターの両立支援促進員、労災病院治療就労両立支援センターの両立支援コーディネーター、人事労務担当者（キャリアコンサルタント等）等）で、分担研究者の所属する医療機関の相談窓口、企業外労働衛生機関、労働者健康安全機構、厚生労働省労働衛生課、産業保健総合支援センター、地域産業保健センター等の公的支援機関、社会保険労務士協会等、分担研究者が関連する機関を通して、メールまたは文書にて依頼し、自発的な参加を求めた。

②選択基準

治療と仕事の両立支援の受益者となる患者、および支援者となる医療機関の主治医及び医療相談窓口の医療ソーシャルワーカー、産業医、社会保険労務士、両立支援促進員（産業保健総合支援センター）、両立支援コーディネーター（労災病院治療就労両立支援センター）、人事労務担当者（キャリアコンサルタント）等とした。

③除外基準・中止基準
特に設けなかった。

2)研究デザイン

本研究は、目標成果物の開発に当たって各研究分担者がそれぞれの施設においてインタビュー調査を実施する前方視的多施設情報収集調査とした。

3)研究の具体的方法

研究分担者間で打ち合わせを行い、インタビューの質問項目を確定させた。確定したインタビュー項目を表に示した。また、インタビューの際には以下のことに留意した。

- ・事例収集であることに留意し、時系列を意識してインタビューする。
- ・対象疾患は特に限定しない。

2. 治療と仕事の両立支援助成金（環境整備コース）と治療と仕事の両立支援助成金（制度活用コース）の申請書からの情報収集

労働者健康安全機構の本部を訪問して、申請書の内容を確認して、その内容をエクセル表に入力してデータベース化した。収集した項目は、申請書の内容に従って、本助成金を申請するにあたって新規に設けた社内制度の内容と、そのために変更した就業規則の内容とした。

3. 難病患者の治療と仕事の両立支援に関する文献レビュー

Pubmed と医学中央雑誌刊行会データベースを用いて、難病患者の治療と仕事の両立支援に関する文献検索を行った。対象疾患は、炎症性腸疾患、関節リウマチ、パーキンソン病、多発性硬化症を選んだ。

（倫理面への配慮）

本研究については、本学の倫理委員会で

承認済みである（R2-031）（2020 年 9 月 18 日）。

C. 研究結果

1. ヒアリング調査

今年度は、社会保険労務士 2 名、産業医・社会保険労務士 2 名、医師 1 名に対してヒアリングを実施した。

その結果以下の事例を収集した。

★事例 1

- ・製造業 300 人
- ・工程管理を担当
- ・肺癌を健診で指摘。部分切除後に復帰コロナ禍なので、在宅勤務にて復帰後対応した。

★事例 2

- ・法人向けの営業会社 全体 900 人 事業所 60 人
- ・事務職
- ・30 歳乳がん 手術、化学療法、放射線療法後に週 4 テレワークで復帰した。
- ・コロナ前からテレワーク制度あったものの活用事例はなかったが対応可能な業種だったので制度活用につなげた。

★事例 3

- ・製造業 全体 250 人 事業所 80 人 元部長
- ・MCI にて問題行動が発生した。
- ・当方から認知症に強い医院を紹介し、運転等で禁止するものがないことは確認した。業務遂行能力が今後も低下するため、会社としてどこまで許容するかを促して現在も就労継続している。

★事例 4

- ・製造業 全体 60 人 事業所 30 人
- ・ベーチェット病罹患の社員を雇用（障害者ではない）した。
- ・悪化によりステロイド大量使用に移行、コロナ前から在宅勤務推奨し就労継続した。

★事例 5

- ・建設業 全体 210 人 事業所 8 人
- ・膀胱がんの手術後で、膀胱ストマを装着した例。

- ・安全帯着用が前提の職場だが、それ以外の業務で対応継続した。
- ・職場も受け入れは良好であった。

★事例 6

- ・建設業 事業場規模 1000 人程度でのその中の本社事業所（規模：400 人程度）
- ・すい臓がん
- ・復職時の状況：有給の病休をすべて使った後に、通常の有給はかなり残っていた。そのため、休職中も給料は満額支払われていたため経済的な影響はほとんどなかった様子であった。
- ・人事が本人に合わせて社内の制度を運用した。

★事例 7

- ・公園内の管理する事業所 事業場規模は正社員 80 名、パート社員 120 名程度で産業医は選任されている。
- ・50 代男性、胃がん（Stage2）
- ・両立支援のきっかけは家族から会社に対して相談があったことがきっかけ
- ・失効有給制度があった。
- ・定期的に就業規則の説明会を社内向けに行っていた。
- ・本人は、あまり口数が多い方ではないので、事務手続き、診断書の提出などの具体的な対応は家族が行った。妻がもと職員であった。
- ・経営は、行政からの仕事を請け負っているので余裕があり、社長は親分肌で、面倒見が良い雰囲気である。
- ・個別対応しているのを社内ルール化している。

★事例 8

- ・養鶏業 従業員規模は 350 名程度。
- ・安全衛生委員会に社会保険労務士が出席している。
- ・ミドルマネジメントがしっかりしている。

★事例 9

- ・製造業 従業員規模 10 名程度
- ・脳梗塞 50 代男性、3 か月間の入院後、後遺症として右片麻痺が残ったが、リハビリ（作業療法）で右上肢の機能はかなり改善したが、下肢の機能が不十分であった

め、杖歩行にて復職した。杖歩行については、職場復帰時に、製造ラインの責任者が転倒を懸念したため、職場内では杖を使って歩行することとなった。

・もともと製造で立ち仕事をしていたが、製造ラインの改造により、座って仕事ができるようにした。仕事内容は、右上肢には若干の麻痺が残るが、元の仕事ができる程度には改善していた。作業の生産性としては、休職前の 80%程度であった。

・社内の制度としては、特に整備はされていないが、上司とのやり取りの中で、半日有給を使ったり、出勤扱いにしたりしてもらいながら月に 2 回の通院をこなしていた。

★事例 10

- ・配送業での事務職 50 歳男性
- ・事業場規模は 2000 人規模で全国展開している。
- ・腎臓がんの肺転移
- ・配慮事項としては、定期通院について配慮をしている以外は特になかった。
- ・所属長の面倒見が良く、色々と相談ができる。アットホーム感のある職場である。
- ・シフト制で日勤をしている、月に 1 回定時勤務をして通院している。
- ・社内の制度としては有給制度があるが、フレキシブルな運用はされていない。

2. 治療と仕事の両立支援助成金（環境整備コース）と治療と仕事の両立支援助成金（制度活用コース）の申請書からの情報収集

150 件の申請書を確認した。今回の申請にあたって導入した制度として、

時間単位の年次有給休暇	32 件
傷病休暇・病気休暇	84 件
フレックスタイム制度	17 件
時差出勤制度	27 件
短時間勤務制度	59 件
在宅勤務制度	16 件
試し出勤制度	21 件
その他	15 件

その他は、職場復帰支援プラン制度、半日単位の年次有給休暇、通院休暇制度・勤務日数削減制度、治療休暇・失効した年次休暇の積み立て、休職制度・半日単位の年次

有給休暇、従業員の調子を細かくチェックする、失効年次有給（休暇積立）、スキルアップ研修・訓練参加への支援、であった。

就業規則の詳細については、別添資料 1 に示した。

3. 難病患者の治療と仕事の両立支援に関する文献レビュー

文献検索の結果合計 510 文献が得られた。また、障害者職業センターの調査研究をハンドサーチした結果で 4 つの研究が抽出された。文献検索結果の抽出された論文 510 文献について、タイトルと抄録から、対象疾患に関する治療と仕事の両立支援に関する論文 78 文献を対象とした。

障害者職業センターにおける研究は、わが国の難病対策に基づくもので、難病それぞれの持つ多様性を包含した観察研究であった。海外の研究は、それぞれの疾患の症状に応じて研究の内容も大きく異なっていた。炎症性腸疾患であれば消化器症状、多彩な症状を呈する多発性硬化症については、日本と比べて桁違いに患者数が多いため就労に関する研究数も多く、特に認知機能障害にフォーカスした介入研究が行われていた。関節リウマチについては、特に生産性や機能障害に関する研究や、様々なプログラムの介入研究が行われていた。パーキンソン病については、介入研究は認めず、観察研究や質的研究が主であった。また、就労に影響する要因には、疲れやすさや痛みといった共通の部分と、消化器関連の症状、認知機能障害、筋骨格器関連の症状など疾患特異的な部分があった。わが国では、海外と比較して、難病患者に対して、就労継続期間をアウトカムとするような介入研究はほとんど行われていなかった。

D. 考察

「インタビュー調査と事例収集」の目的は、本研究班の最終的な目標である成果物（合意形成のプロセスのモデルとそのプロセスの評価指標、合意形成のためのマニュアル、事例集）を作成するための基礎的な資料となる情報の収集であった。先行研究のレビューにより治療と仕事の両立支援に必要な要因を検討した。「うまくいった」事

例を 10 例収集した。また、治療と仕事の両立支援に対する助成金の申請内容を確認することにより、両立支援に対する体制整備への中小企業のニーズを把握した。

10 例の良好事例からは、両立支援を進めるためには、全ての事例において職場のキーパーソン（事業者、上司、人事労務担当者）の前向きな対応を確認できたことから、職場のキーパーソンの前向きな対応が、両立支援を進めるためには不可欠であると考えられた。松平らの研究でも「職場における両立支援への理解」（<https://ryoritsu-check.work/checksheet30.html>）が項目として挙がっているが、そのような理解のある職場環境を作り上げることについての介入方法については言及されていない。平成 30 年度の労働安全衛生調査では、両立支援を進める上で困難や課題と感じる理由として、代替要員の確保、上司や同僚の負担、就業制限の必要性や期間の判断、復職可否の判断、があがっていた。事業所内で両立支援が必要な従業員が発生した際に、就業制限の必要性や期間の判断、復職可否の判断などに困難を感じる事業者に対して、主治医からの分かりやすい情報提供により、両立支援に対して全く後ろ向きな事業者への介入は難しいが、少なくとも何とかしたいと思っている事業者に対しては介入できる余地があると考えられた。引き続き、事例収集を通じて、中小企業において両立支援をより進めるためのヒントを収集していきたいと考えている。

助成金の申請状況からは傷病休暇・病気休暇はほとんど無給であり、短時間勤務制度も、時短分は無給扱いとなっていた。このことから、中小企業においては、事業者は両立支援制度を従業員が活用することでの追加の人件費の負担は避ける傾向にあることが示唆された。

障害者職業センターにおける研究は、わが国の難病対策に基づくもので、難病それぞれの持つ多様性を包含した観察研究であった。一方で、海外の研究は、それぞれの疾患の症状に応じて研究の内容も大きく異なっていることがわかった。炎症性腸疾患であれば消化器症状、多彩な症状を呈する多発性硬化症については、日本と比べて桁違いに患者数が多いため就労に関する研究

数も多く、特に認知機能障害にフォーカスした介入研究も行われていた。関節リウマチについては、特に生産性や機能障害に関する研究や、様々なプログラムの介入研究が行われていた。パーキンソン病については、介入研究は認めず、観察研究や質的研究が主であった。また、就労に影響する要因には、疲れやすさや痛みといった共通の部分と、消化器関連の症状、認知機能障害、筋骨格器関連の症状など疾患特異的な部分があることが分かった。産業保健職がこのような研究の知見についてある程度の情報を持つことは、具体的な事例に遭遇した時に、就労継続のリスクファクターや見通しなどを踏まえた対応ができる。その結果、当事者にとっても、事業場にとってもより有意義な対応ができると考えられた。

E. 結論

本研究では、先行研究のレビュー、事例収集と中小企業における両立支援に関する制度創設に関する情報収集を行った。また、別の研究班で行っている合意形成に関するシステム開発と合わせて、最終的な目標である成果物（合意形成のプロセスのモデルとそのプロセスの評価指標、合意形成のためのマニュアル、事例集）を、次年度以降作成するための基礎的な資料を収集することができた。

F. 健康危険情報

該当せず。

G. 研究発表

1. 論文発表

江口尚. 難病患者における治療と仕事の両立支援に関する研究の現状. 産業医学ジャーナル (印刷中)

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

該当せず。

I. 文献

なし

1. 患者からの 情報収集	病名、勤務先の情報（規模、業種）、仕事の内容、勤務形態（正規、非正規）、産業保健職の有無、主治医や医療機関との関係、本人が行ったこと、職場から得た配慮の内容、その配慮を引き出すために行ったこと
2. 医療機関の 主治医及び医 療相談窓口の 医療ソーシャル ワーカーか らの事例収集	病名、勤務先の情報（規模、業種）、仕事の内容、勤務形態（正規、非正規）、産業保健職の有無、勤務先から受けた配慮、医療機関からの情報提供の内容、どのような支援を行ったか、うまくいったと感じたこと、うまくいった当事者、医療機関、勤務先の要因
3. 産業医、産 業保健総合支 援センター、社 会保険労務士 からの事例収 集	病名、勤務先の情報（規模、業種）、仕事の内容、仕事の内容、勤務形態（正規、非正規）、産業保健職の有無、勤務先から受けた配慮、医療機関からの情報提供の内容、どのような支援を行ったか、うまくいったと感じたこと、どの程度まで両立支援体制の構築を目指しているか、事例が生じたときに両立支援にうまく取り組むことができた理由は何か、両立支援に必要な取り組みは何か、それがどうしてできているのか、両立支援体制が整っていないくても両立支援がうまく行っている理由は何か、両立支援体制を構築した流れを時系列でどのようなになっているか、最初に何をおこなったか、両立支援に取り組むモチベーションは何か、既存のチェックリスト（既存の成果物を参考に）をもとに、このチェックリストがより多く埋めるためにはどのような活動をするか、うまくいった当事者、医療機関、勤務先の要因
4. マニュアル、 事例集に関す るヒアリング	社会保険労務士や人事労務担当者（キャリアコンサルタント）に対してマニュアル、事例集を使用した印象について意見を収集する。また、これまでの先行研究で開発されたツールについて不足している点を確認する。

別添資料 1 就業規則の具体的な内容

- 会社は、従業員が反復継続して治療が必要な病気等の理由により所定勤務時間労働することが困難な場合、会社を設置された相談窓口を通じ、会社との話し合いを経て、従業員の勤務時間を減らすことができるものとする
- (治療と仕事の両立支援) 会社は、がん、脳卒中、心疾患、糖尿病、肝炎などの反復・継続して治療が必要となる傷病を負った従業員が、安心して労働を継続できるよう下記の制度を導入する
- 会社は、反復及び継続して治療が必要となる傷病に罹患し、その障害や傷病に応じた治療のための配慮を目的として、年次有給休暇を付与する日を基準日として年 5 日の傷病病気休暇を与える。対象となる傷病及び病気は次の各号のとおりとする。①がん②脳卒中③心疾患④糖尿病⑤肝炎 傷病病気休暇は無給とする。請求しようとする者は、会社が指定した様式により一週間前までに、所属長に届け出なければならない 会社は、傷病病気休暇を取得したことにより不利益な取扱いをしてはならない
- 労働者が、がん、脳卒中、心疾患、糖尿病、肝炎など継続して治療が必要な傷病を負った際に、医師の診断書等を提出の上、労働者本人の申し出により、当該医師が必要と認める期間において、通院または入院に必要な休暇を与える
- 1 がん等の反復・継続して治療が必要となる傷病を抱える従業員（雇用保険被保険者に限る）に対して、事務所はその障害や傷病に応じて治療に必要な次の配慮を行う 2 事務所は、従業員が治療や業務の状況を相談できるよう両立支援コーディネーターを配置する ③事務所は、従業員からの申し出により、両立支援コーディネーターと協議の上、当該従業員のテレワークを認めることとする (1)テレワークは、会社が貸与したパソコンを用いて業務を行うものとする (2)テレワークは、所定労働時間内に限るものとする (3)テレワーク中は、事務所と電話やチャット等で連絡が取りあえる状態であることとする
- 試し出勤とは、継続的な治療が必要な人が、復職当初における勤務形態であり、所定勤務時間または日数を一定期間減じながら勤務に慣れていくことを目的とする。本人より希望があり、かつ事務所が必要と認めた場合に行う。2 試し出勤の勤務時間及び日数については本人、医師と相談しながら個別にプログラムを組むものとする 3 試し出勤時の給与は原則として通常支給している基本給より時間単価を算出し、これを出勤時間に乗じた金額を支給する。基本給以外の諸手当は全額支給する。4 試し出勤は 3 ヶ月までとし、期間が満了しても出勤の 80%を見ない場合、原則として試し出勤期間満了をもって退職とする
- がん、脳卒中、心疾患、糖尿病、肝炎などの反復・継続して治療が必要となる傷病となり、通勤時の混雑を避けるよう医師等の指導を受けた旨の申し出があった場合、原則として 1 時間の勤務時間短縮または 1 時間以内の時差出勤を命じることがある 2 勤務時間の短縮等により、就労しなかった期間または時間は無給となる 3 会社は社員に対して休職事由を証明できる書類（医師の診断書等）の提出を命じることができる。また、会社が指定する医師の診断書の提出を命じることがある。この場合、社員は正当な理由なくこれを拒むことはできない 4 前項の書類で、有効期限の定めのあるものについては、有効期限満了の都度、改めてこれを提出しなければならない。5 前項までの医師の診断書に関する費用に関しては、原則として社員本人が負担する。ただし、

会社が指定する医師の診断書の提出を命じた場合の費用については、会社が負担する

- 細則が意見書のひな型を含めて作成されている
- 会社は、がん等反復・継続して治療が必要となる傷病により休職を命ずる場合、休職期間は次のとおりとする。ただし、勤続 10 年以上の管理職に関しては会社の裁量により下記の休職期間を延長することがある
- 前項の従業員が復職の意向を申し出た場合、会社は速やかに職場復帰支援プランを作成し、復職後の支援等の業務を行う。職場復帰支援プランの作成にあたっては、会社が本人と話し合い、医師の意見および受入先部署の管理者の意見も踏まえることとする。職場復帰支援プランには、試し出勤制度を含めることがある。詳細は、「試し出勤規定」により別に定める。
- がん、脳卒中、糖尿病など傷病を負った労働者に対して会社が必要と認めた期間（1 カ月以上）を試し出勤期間とする 2 該当期間は会社と労働者が協議の上、業務内容、勤務時間を考慮した勤務条件にするものとし、賃金は従前の業務から変更後の業務内容を考慮し従業員と会社が同意の上定めるものとする 3 勤務終了の 2 週間前に会社と従業員で面談を行い、従来の勤務条件への復帰の可否、期間の延長と内容の変更を相談するものとする
- 本人から反復・継続して治療が必要となる疾病（がん、脳卒中、心疾患、糖尿病、肝炎、その他難病等）の治療と仕事の両立支援の申し出があり、医師からの在宅勤務での就労が可能と認められた者
- 従業員は、がん、脳卒中、心疾患、糖尿病、肝炎等の反復、継続して治療が必要となる傷病を負った時は、会社に診断書等を提出するとともに治療のスケジュール等を報告する。会社は、その従業員の治療と仕事の両立の支援に資するために必要に応じて次の就業上の措置を講じます。(1)当該従業員を対象者として労使協定を締結し、年次有給休暇の時間単位での付与をできるものとします。ただし、年間 5 日分を限度とします。(2)就業時間の短縮 ただし、短縮された部分は無給とします
- 従業員は、がん、脳卒中、心疾患、糖尿病、肝炎等の反復、継続して治療が必要となる傷病を負った時に病院に通うために時差出勤制度を利用できる。その場合は、「時差出勤申請書」を提出し、申出ることにより、就業規則に定める始業及び終業の時刻について、1 時間の範囲内で、始業及び終業の時刻を繰り上げ又は繰り下げる措置を受けることができる
- 在宅勤務の対象者は、ガン等の反復・継続して治療が必要となる傷病を抱える 40 歳以上の従業員または、育児介護・・・
- （短時間勤務制度）私的な負傷又は疾病のため、反復・継続して治療が必要となった従業員は、両立支援コーディネーターと相談の上、上司に申し出ることにより、就業規則第 20 条の所定労働時間について、以下のように変更することができる。ただし、各人の都合により始業、終業時刻を繰り上げ、繰り下げることができる。通常の所定労働時間を午前 10 時から午後 5 時までの 6 時間とする。2 申出をしようとする者は、1 回につき、1 カ月以上 1 年以内の期間について・・・4 本制度の適用を受ける間の給与については別途定める給与規定に基づく労務提供のなかった時間分に相当する額を控除した基本給と諸手当の全額を支給する 5 短縮した時間に対応する賞与は支給しない

- 療養中、療養後にあり、反復・継続して治療と行う必要がある傷病や障害を負った職員の申し出により下記の時間において短時間勤務適用する場合がある。1回の申し出につき、短時間勤務は6カ月までとする。4 短時間勤務をしようとする職員は短時間勤務に際し主治医からの症状、治療の状況、就業継続可否に関する意見、就業上必要な配慮等の助言等の資料を事務所へ提出を行う。事務所は資料に基づき対象職員、所長及び両立支援コーディネーターを交えた面談のうえ短時間勤務適用の可否を判断する。
6. 短時間勤務中に体調の変化、治療状況の変化等があった場合は随時所長及び両立支援コーディネーターへ報告を行うものとする
- 治療と仕事の両立支援規定の作成 就労支援担当の設置
 - 短時間制社員制度
 - 時差出勤制度の対象者は、全従業員を対象とし、ガン等の反復・継続して治療が必要となる傷病を抱える従業員についても対象となる
 - 治療と就労の両立支援に関する労働協約
 - 法人は、がん、脳卒中、心疾患、糖尿病、肝炎などの反復・継続して治療を行う必要がある傷病を負った社員の治療と仕事の両立を支援するため、社員の申し出により、下記制度による勤務を選択することができる①時差出勤制度②短時間勤務制度③試し出勤制度
 - 病気の療養・通院を要する従業員は、申し出により、第11条の所定労働時間について、必要に応じて短縮することができる。その際の具体的な所定労働時間、始業・終業時刻は個別に決定するものとする
 - （治療と仕事の両立支援制度）会社は、治療と仕事の両立を支援する制度として短時間勤務制度を設ける。2. 本条に定める短時間勤務制度は、自己の傷病のため反復・継続して治療を行う必要がある従業員であって、雇用保険の一般被保険者になっている者に適用する。3. 制度の利用を希望する場合は、主治医の意見書を添えて総務部に申し出ることとする 4. 主治医の意見書に関する費用が発生する場合は、会社がその全額を負担する 5. 短時間勤務の利用期間、短縮する勤務時間、短縮後の始業・終業時刻等については、両立支援コーディネーターを活用し両立支援プランを策定し決定する
 - がん、脳卒中、心疾患、糖尿病、肝炎などの反復・継続して治療が必要となる傷病を負った社員は、会社に申し出ることにより、会社と申出者との協議により、勤務時間及び休憩時間並びに始業と就業の時刻を変更することができる 前項の短時間勤務制度の適用を受けた社員は、別途定める賃金規定に基づく労務提供のなかった時間分に相当する額を控除した基本給と諸手当の全額を支給する。また、賞与については、その算定対象期間に本制度の適用を受ける期間がある場合においては、短縮した時間に対応する賞与は支給しない
 - 労働者が私的な負傷又は疾病（がん、脳卒中、心疾患、糖尿病）のため療養する必要があるその勤務しないことがやむを得ないと認められる場合、本人からの申し出があった場合は病気休暇（無給）を1日与える。
 - 難治性疾患に罹患した従業員の短時間勤務
 - 会社は、治療と仕事の支援制度として短時間勤務制度を設ける。但し、入社3年以上かつ満60歳以上の従業員を対象とする

- 在宅勤務規定に「本人から反復・継続して治療が必要となる疾病（がん、脳卒中、心疾患、糖尿病、肝炎、その他難病等）の治療と仕事の両立支援の申出があり、医師からの在宅勤務での就労が可能と認められた者」との記載有
- 「がん等罹患社員就労支援規程」の作成 就労支援担当はキャリアコンサルタント
- 傷病（がん、脳卒中、心疾患、糖尿病、肝炎等）を負った従業員が反復・継続する治療が必要となった場合、本人からの傷病休暇、病気休暇取得の請求により、業務より優先した休暇を与えるものとする 傷病休暇、病気休暇の期間については無給とする
- 本制度は、持病や傷病などにより定期的または反復的に治療のための通院を必要とする従業員に対し、通院と就業の両立を推進するためのものである。
- 治療と仕事の両立支援に関する規程 両立支援コーディネーターは当該従業員の回復を第一に考え、予め当該従業員と協議の上、定めた確認方法、頻度で当該従業員の体調、治療の経過、見通しなど両立支援に必要な情報を確認するものとする
- フレックスタイム制度の対象者に「医師より定期的または反復的な通院が必要と証明された者」が追記された
- 労働者が私的な負傷又は疾病のため療養する必要がある、その勤務をしないことがやむを得ないと認められる場合に、病気休暇を3ヵ月与える
- 治療と就労の両立支援に関する規程（ひな型に準じたもの）を別途定めている
- 前条（年次有給休暇）で付与された年次有給休暇のうち2年の時効により消滅する有給急があった場合、時効に関わらず無期限で傷病休暇として保有することができる。ただし、上限は60日とし、利用できるのは、がん、脳卒中、心疾患、糖尿病、肝炎などの反復・継続して治療が必要となる傷病に限るものとする 3 会社は傷病の程度、治療の計画など、両立支援コーディネーターを通じて従業員に、診断書等必要な書類を求めることがある。この場合、従業員は会社の求めに応じて書類を提出しなければならない。 4 傷病休暇については、通常の賃金を支払う
- 第28条の定めにより付与された年次有給休暇のうち、付与後2年間を経過し時効により消滅する当該休暇について、40日を累計限度日数として積み立てすることができる。積み立て年次有給休暇の使用対象者は、次の各号のいずれかに該当する者とする。1 週間以上にわたる本人の疾病
- 労働者が私的な負傷又は疾病のため継続的に通院し療養する必要がある、その勤務しないことがやむを得ないと認められる場合に、病気休暇を10日与える
- がん、脳卒中、心疾患、糖尿病、肝炎等の病状が発覚した場合は会社が認める範囲で、1年6ヵ月の間傷病休暇を与えるものとする。傷病休暇については無給とする 前項の理由で休暇をしていた者が、復帰する場合は会社が認める範囲で、週1~6勤務の範囲内で、短時間勤務、隔日出勤、隔週出勤ができるようにする。 前各号の職員に対しては会社並びに会社に置いた両立支援コーディネーターが綿密に話をし、各従業員の安定を図るようにするものとする
- 治療と就労の両立支援に関する規程（ひな型に準じたもの）を別途定めている
- 会社は、医師の診断書に基づき、傷病または病気のための療養を要する者について、傷病休暇または病気休暇を与える。ただし、この休暇については無給とする
- 本制度を適用できる期間は、原則として1年間とする。但し、医師が引き続き治療が必要と認める場合には、期間を延長できることとし、又、当該期間が終了した後再度

治療が必要となった場合は、改めて適用の申請を行うことができる。但し最初の適用開始から通算5年間を限度とする

- がん、脳卒中、心疾患、糖尿病、肝炎などの反復・継続して治療が必要となる傷病を負った従業員は、時間単位で年次有給休暇を取得できるものとする
- 治療と就労の両立支援に関する規程（ひな型に準じたもの）を別途定めている
- 雛形通り（反復・継続して治療を行なう必要がある傷病を負った労働者が療養する必要がある、その勤務しないことがやむを得ないと認められる場合に、病気休暇を5日与える。前項の休暇においては無給とする）治療と就労の両立支援に関する規程（ひな型に準じたもの）を別途定めている
- 短時間勤務制度を利用する職員は、申し出ることにより所定労働時間を1日4～6時間の範囲で定めることができる。ただし、週の所定労働時間は20時間以上とする。
- （傷病休暇・病気休暇制度）会社は、医師の診断書に基づき、傷病または病気のための療養を要する者について、傷病休暇または病気休暇を与える。ただし、この休暇については無給とする
- 【がん等による短時間勤務】がん、脳卒中、心疾患、糖尿病、肝炎などの反復・継続して治療が必要となる傷病を負った全従業員は、申し出ることにより、所定労働時間を短縮しながら勤務できる。
- 雛形通り（10日間、無給）
- 時差出勤は、前条に定める始業・終業時刻を最大2時間の範囲で繰り上げ・繰り下げることができ、30分単位で指定できる
- 反復・継続して治療を行う必要がある傷病を負った従業員に対して、傷病休暇を与える。傷病休暇を取得した場合、賃金は支給しない
- がん等の反復・継続して治療が必要な職員が所定の手続きにより請求した場合は、取得単位1日として、1年間に10日間を限度とする傷病休暇を取得することができる。傷病休暇が3日以上に及ぶときは、医師の診断書を院長に届け出なければならない
- 障害や疾病により継続して3ヵ月以上の期間休職していた社員で、主治医および会社が復職可能と考えられる程度に回復した者は、職場復帰前に、休職直前に所属していた部署などに一定期間継続して試験的に出勤することができる。ただし、当該部署に発症の要因（例：職務の質や量、上司や同僚との人間関係など）がある場合または当該部署での試し出勤実施が困難な場合は、試し出勤先を変更することがある。試し出勤の実施期間は原則として1ヵ月とする。なお、実施状況及び当該社員の意向を踏まえ、その実施機関が適当と判断される場合には、実施期間を短縮または延長することができるものとする。試し出勤における実施内容については、会社が本人と話し合いを行い、産業医の意見および受入先部署の管理者の意見も踏まえて決定する。なお、試し出勤実施中の賃金の取扱いについては個別に通知する。試し出勤実施後、社員は試し出勤に関する自己評価を行い、試し出勤自己評価表結果報告書を会社に提出しなければならない。会社はその報告書および主治医の意見を踏まえ、復職の判断を行い、その結果を本人に通知するものとする
- 独自？の治療休暇規程、両立支援コーディネーターの配置
- 産業カウンセラー、キャリアコンサルタント保有者が両立支援コーディネーターを取得予定

- 雛形通り（短時間勤務の利用時間、短縮する勤務時間、短縮後の始業・終業時刻等については、両立支援コーディネーターを活用し両立支援プランを策定し決定する）
- 失効する年次有給休暇のうち、私病により反復・継続して治療が必要な場合には、上限を 30 日として積み立てることができる
- 5 疾患に(6)その他難病等で法人がみとめたもの、と記載されている
- 独自の治療と仕事の両立支援規程（会社は、労働者が業務によって疾病を増悪させることなく治療と職業生活の両立を図ることができるための取組を行う。本取組は労働者の健康確保という意義と共に、継続的な人材の確保、労働者の安心感やモチベーションの向上による人材の定着・生産性の向上、健康経営の実現、多様な人材の活用による組織や事業の活性化、組織としての社会的責任の実現、労働者のワーク・ライフ・バランスの実現という意義も持つ。）

がん薬物療法専門医を対象としたがん患者の治療と仕事の両立支援に関する意識と医療提供体制の現状に関する調査

研究分担者 佐々木治一郎 北里大学医学部臨床腫瘍学・教授

研究代表者 江口 尚 産業医科大学産業生態科学研究所産業精神保健学研究室・教授

研究要旨 主治医の両立支援に対する意識や両立支援への関与の変化を評価することを目的に、がん薬物療法専門医を対象に調査を行った。聴取項目は、「主治医としての患者の就業に関する意識について」「所属している医療機関の体制について」「患者の勤務先との患者の就労に関する連携について」とした。146 名から回答を得た。10 年前の同様の調査と比較して、主治医としての患者の就業に関する意識についての項目で、「そうだ」「まあそうだ」と回答した割合が増加しており、この 10 年間でがん薬物療法専門医の患者の就労への関心が大きく改善していると考えられた。本研究結果は、医療機関側の主治医の患者の就労への評価を検討したものであり、事業場において治療と仕事の両立を支援するための配慮とその決定プロセスを構築する上で貴重な情報を提供するものと考えられた。

A. 研究目的

がんは、日本人の 2 人に 1 人が生涯のうちに罹る病気であるが、治療技術の進歩により、5 年相対生存率は 6 割を超えるようになり、がんは不治の病ではなく、長く付き合う病気という捉え方に変化してきている。新たにがんと診断される患者の 3 割が就労世代で、仕事をもちながらがんで通院している者は 30 万人を超えている。しかし、治療と仕事の両立に悩む労働者も少なくなく、がん罹患後に約 3 割が退職し、約 7 割が治療と仕事の両立が困難だという認識をもっている。

このような背景に対応し、がんなどの疾患を抱える労働者がその能力に応じて働き続けられる環境の整備を目的として、2016 年に「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」が公表された。このガイドラインは、事業場が、がん、脳卒中、心疾患、糖尿病、肝炎などの疾患を抱える労働者に対して、適切な就業上の措置や治療に対する配慮を行い、治療と仕事ができるようにするため、留意すべき環境整備や治療と仕事の両立支援の進め方を示している。また、2018 年度診療報酬改定において、がん患者の治療と仕事の両立に関する診療報酬が新設された。さらに、2020 年度

からは、対象疾患が広がり、「がん」のほかに、脳卒中、肝疾患、指定難病等が追加された。

治療と仕事の両立支援について、職場での対応は個々の労働者の状況に応じて進めるため、職場での支援の方法やかかりつけ医療機関等との連携に悩む企業担当者は少なくない。特に医療機関との連携については、意見書の作成において主治医の果たす役割が大きく、主治医の患者の治療と仕事の両立への関心の度合いに左右される。そのため、2010 年から 2011 年にかけて、日本臨床腫瘍学会が認定するがん薬物療法専門医に対して両立支援への関心の程度、両立支援の経験を定量的に把握するための調査が実施された (Wada, Japanese Journal of Clinical Oncology, 2012)。その調査から約 10 年が経過し、治療と仕事の両立支援に対しての社会的な環境も大きく変化したため、本研究は、日本臨床腫瘍学会の協力の下に、現在における主治医の両立支援に対する意識や両立支援への関与の変化を評価することを目的に実施するものである。

がん患者が治療と仕事の両立をするためには、主治医から勤務先への質の高い診療情報の提供が重要です。がん患者の両立支援に関心が高まり始めた 2010 年から 2011

年にかけて、がん薬物療法専門医に対して、両立支援への関心の程度、両立支援の経験を定量的に把握するための調査が実施された。その後、両立支援に対する社会的な関心の高まりから、主治医の患者の両立支援への意識は変化したと考えられる。そこで、主治医の両立支援に対する意識や両立支援への関与の変化を評価することを目的に、本調査を企画した。

B. 研究方法

本研究はがん薬物療法専門医を対象とし、がん薬物療法専門医の治療と仕事の両立支援への関心の程度を明らかにすることを目的とした前向き観察研究であった。

本研究では、日本臨床腫瘍学会が認定するがん薬物療法専門医(1,452名)を対象とし、募集は当該専門医が参加するメーリングリストを通じて行った。

本研究計画書に添付する調査票をオンラインで回答できるようにWEB調査票を構築し、URLを取得した。

がん薬物療法専門医が加入するメーリングリストを通じて、URLを記載したメールを配信し、回答期間は1月13日から1月29日とした。2週間経過したところで、再度、リマインドのメールを配信し、未回答者に対しての参加を依頼した。

統計手法は、各調査項目についての記述統計を算出した。

調査項目は、「主治医としての患者の就業に関する意識について」「所属している医療機関(複数ある場合には最も勤務日の多い医療機関)の体制について」「患者の勤務先との患者の就労に関する連携について」および回答者の属性について収集した(図1)。

(倫理面への配慮)

本研究については、本学の倫理委員会で承認済みである(R2-035)(2020年10月7日)。

C. 研究結果

146名から回答を得た(回答率10.0%)。

(1) 主治医としての患者の就業に関する意識について

「そうだ」「まあそうだ」と回答した割合が50%以下の項目は、「休職した患者の復職

のタイミングを検討する際に、新型コロナウイルス感染症の流行状況を考慮する」「外来で患者の仕事の相談にのる時間はない」「患者の仕事についてアドバイスをすることは難しい」であった。

(2) 所属している医療機関の体制について

「使用している問診票には、患者の職業を問う欄がある」という質問に「ある」と回答した割合は58.9%であった。「そうだ」「まあそうだ」を合わせた割合が50%以下の項目は、「外来は、平日夕方や週末など患者やその家族が仕事を休まなくても受診できるような体制がある」(14.4%)、「就業に関して、患者の依頼や必要性に応じて看護師が患者に対して個別に対応する体制がある」(40.7%)であった。

(3) 患者の勤務先との患者の就労に関する連携について

「患者の勤務先の産業医とやり取りをしたことがある」は47.9%、「療養・就労両立支援支援指導料を使ったことがある」は20.5%、厚生労働省から出されている治療と仕事の両立支援ガイドラインを知っている」は43.2%であった。

「そうだ」「まあそうだ」と回答した割合が50%以下だった項目は、「患者が勤務先に提出する主治医意見書の作成は難しい」(36.3%)、「患者の勤務先に診療情報を滞京する時に提供した情報が悪用されないか不安を感じる」(44.5%)であった。

(4) 属性について

男性が82.2%であった。医師としての経験年数は20-29年が42.5%、10-19年が32.9%、30-39年が21.2%であった。99.3%は病院勤務であった。勤務先の医療機関の設置分類は、都道府県がん診療連携拠点病院が46.6%、地域がん診療連携拠点病院が37.0%であった。主に専門としている科は内科が81.5%、外科が7.5%であった。日本医師会認定産業医資格をもつ者は11.6%、持たない者のうち取得予定のある者は7.8%であった。

D. 考察

10 年前に調査を行った Wada et al との比較では、主治医としての患者の就業に関する意識についての項目で、「そうだ」「まあそうだ」と回答した割合が増加しており、この 10 年間でがん薬物療法専門医の患者の就労への関心が大きく改善していると考えられた。

抗がん剤や放射線治療のスケジュールを決める際に患者の仕事の予定や内容に配慮するようにしている割合も大きく改善していた。主治医が、単に患者の仕事に関心を持つだけではなく、主治医の治療の意思決定にも影響していると考えられた。

10 年前の調査では、看護師の関りを期待する者は 28.8%であったが、今回の調査では 79.5%と大きく増加していた。主治医の患者の職業への関心の高まりに加え、がん看護専門看護師やがん治療関連の認定看護師制度の充実が影響していることが考えられた。

2016 年に「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」が公表され、2018 年度からは診療報酬が改正され療養・就労両立支援指導料が設けられた。現状では、ガイドラインの認知度は 43.2%と認知度を改善できる余地があり、さらなる啓発が必要となると考えられた。療養・就労両立支援指導料については、算定したことがある者は 20.5%であり、この割合を高める上で障害となっている要因を検討する必要がある。主治医意見書の作成については 100%「そうだ」「まあそうだ」と回答していることから、障害となっている要因としては、医療機関側の啓発不足があるかもしれない。

E. 結論

主治医の両立支援に対する意識や両立支援への関与の変化を評価することを目的に、がん薬物療法専門医を対象に調査を企画し 146 名から回答を得た。10 年前の同様の調査と比較して、主治医としての患者の就業に関する意識についての項目で、「そうだ」「まあそうだ」と回答した割合が増加しており、この 10 年間でがん薬物療法専門医の患者の就労への関心が大きく改善していると考えられた。本研究結果は、医療機関側の主治医の患者の就労への評価を検討したも

のであり、事業場において治療と仕事の両立を支援するための配慮とその決定プロセスを構築する上で貴重な情報を提供するものと考えられた。

F. 健康危険情報

該当せず。

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

該当せず。

I. 文献

1) Koji Wada, Mayumi Ohtsu, Yoshiharu Aizawa, Hiroshi Tanaka, Nobumi Tagaya, Miyako Takahashi, Awareness and Behavior of Oncologists and Support Measures in Medical Institutions Related to Ongoing Employment of Cancer Patients in Japan, Japanese Journal of Clinical Oncology, Volume 42, Issue 4, April 2012, Pages 295–301, <https://doi.org/10.1093/jjco/hyr202>

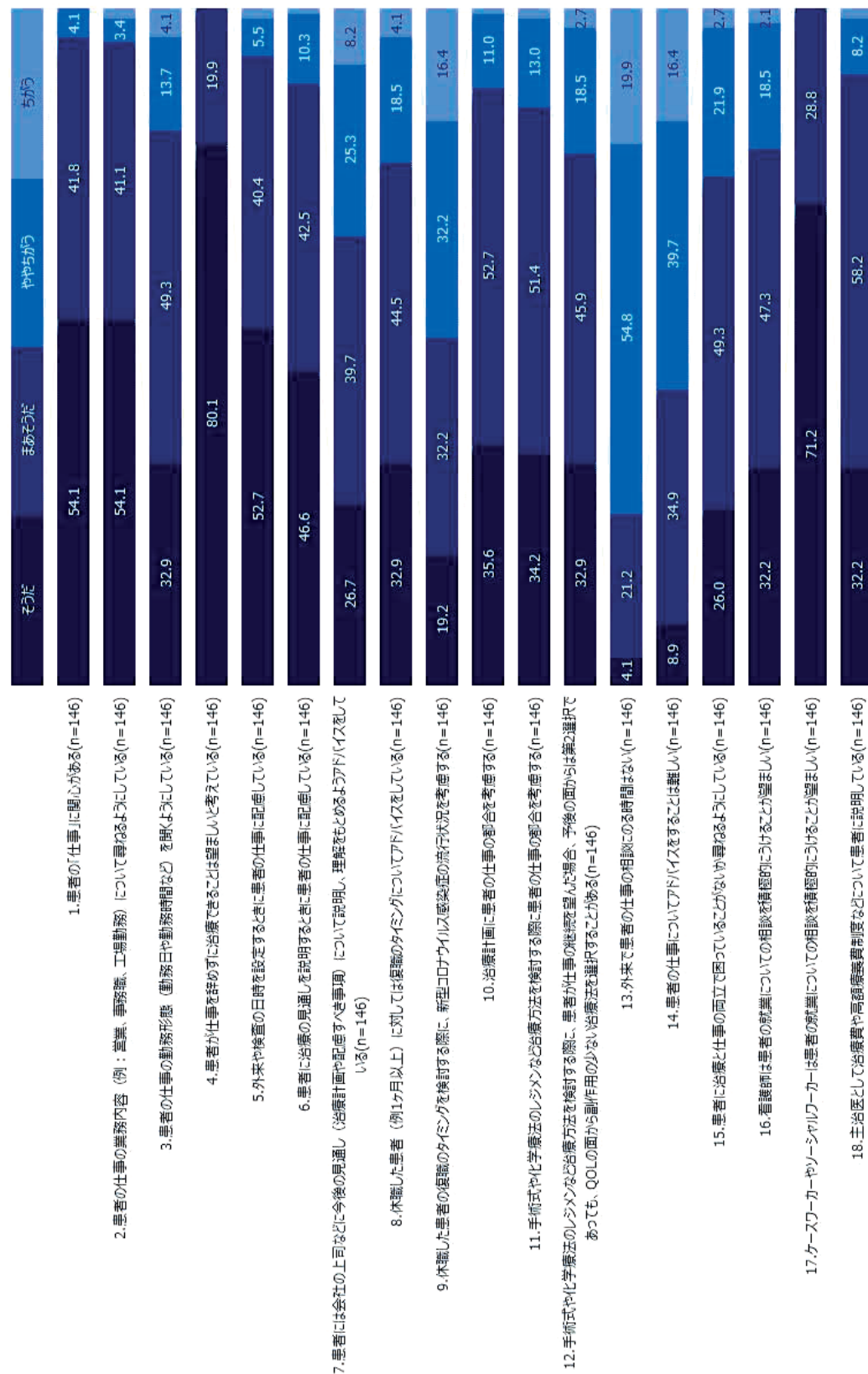


図 1 主治医としての患者の就業に関する意識について

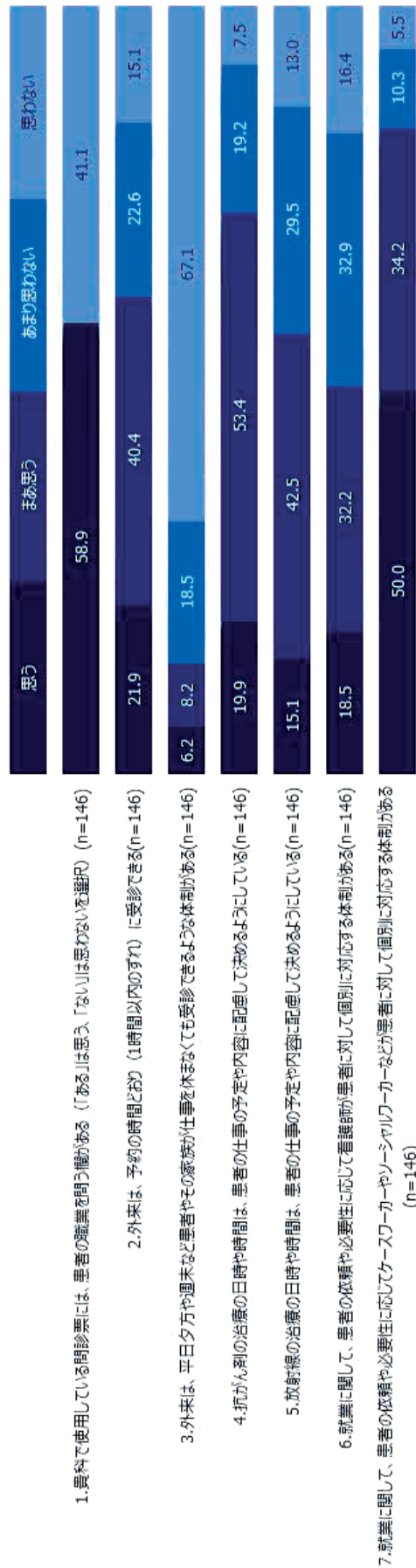


図 2 所属している医療機関（複数ある場合には最も勤務日の多い医療機関）の体制について

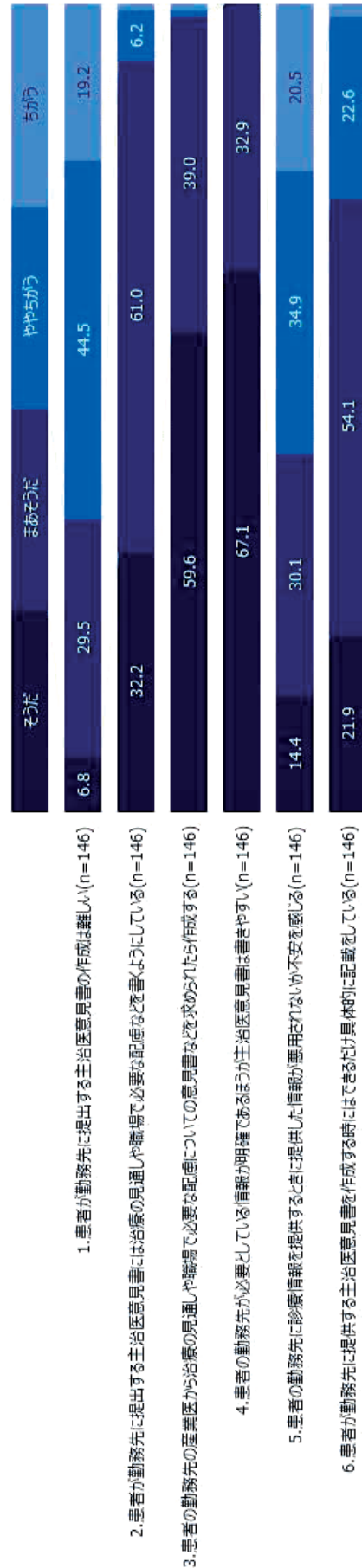
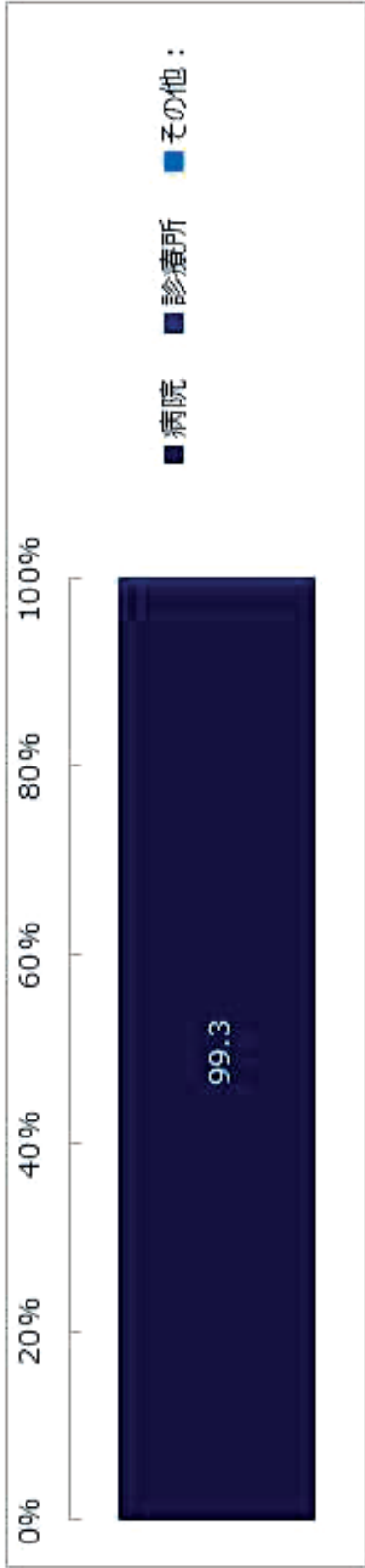
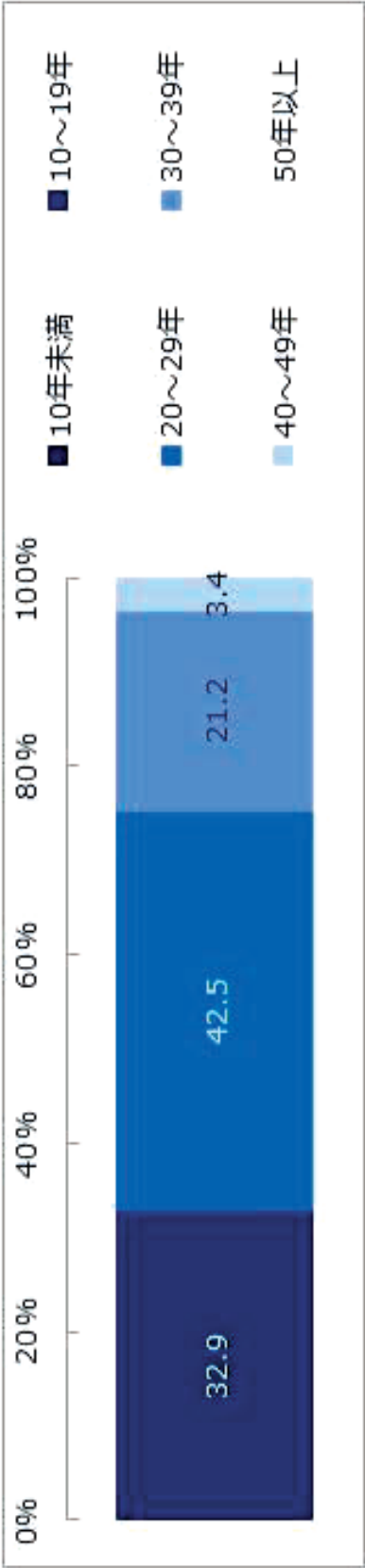
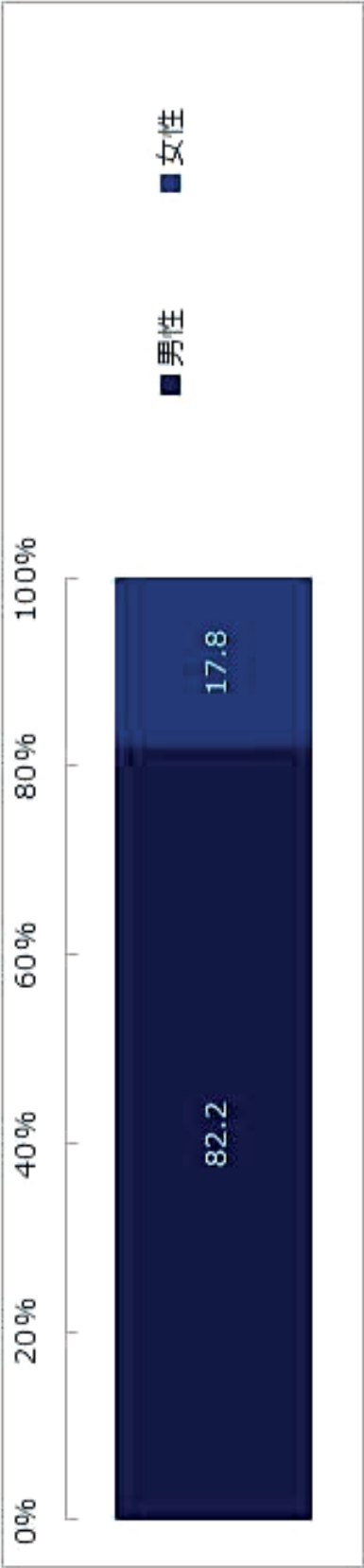
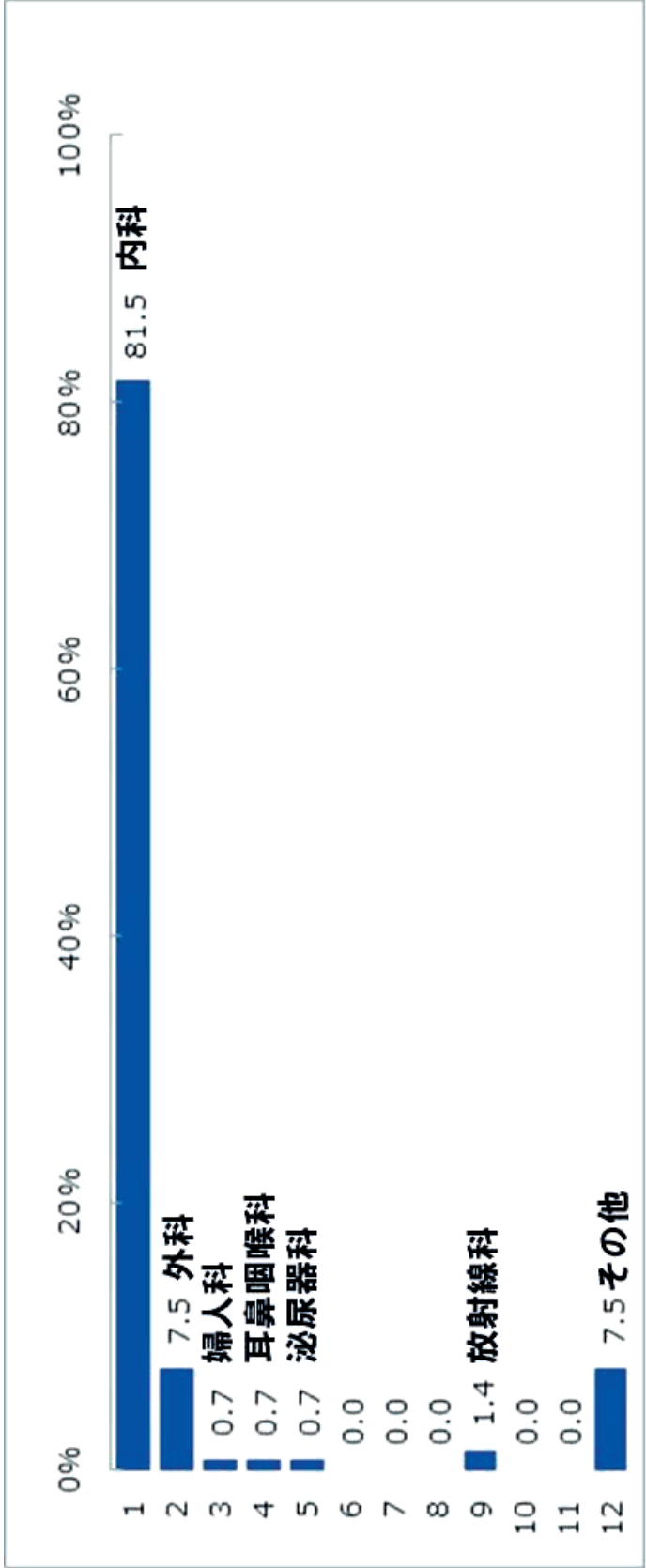
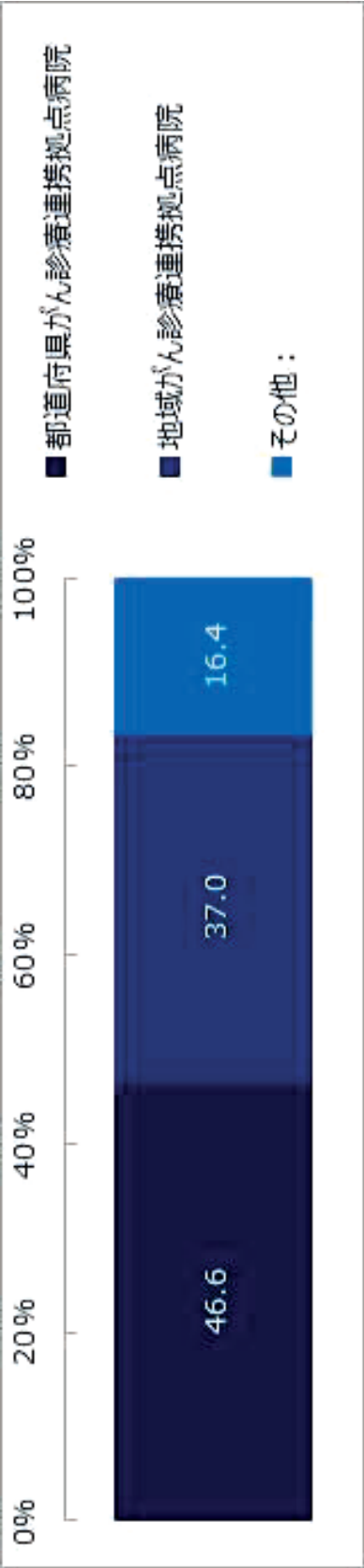
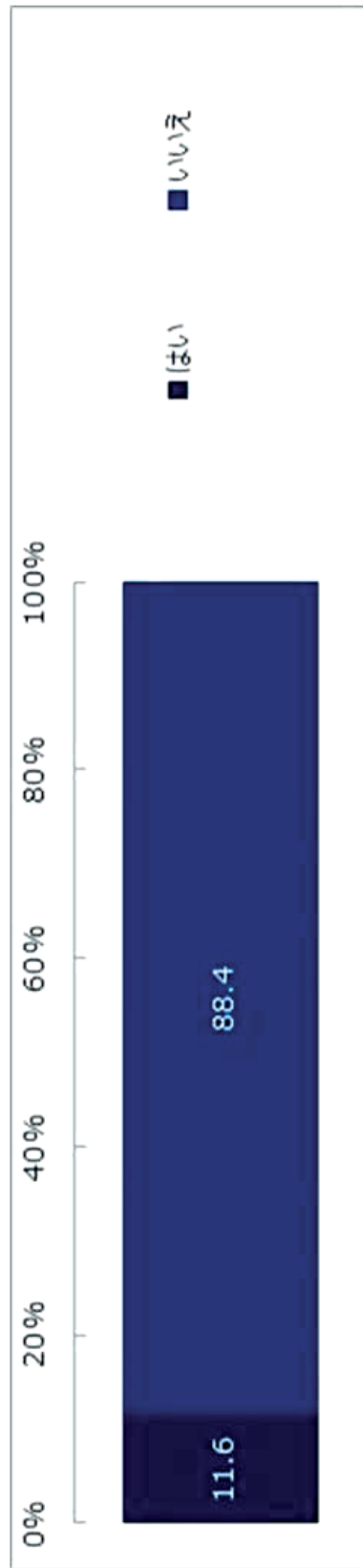


図 3 患者の勤務先との患者の就労に関する連携について





日本医師会認定産業医等の産業医資格をお持ちですか。



日本医師会認定産業医等の産業医資格をお持ちではない方にお伺いします ⇒今後の取得予定について教えてください。

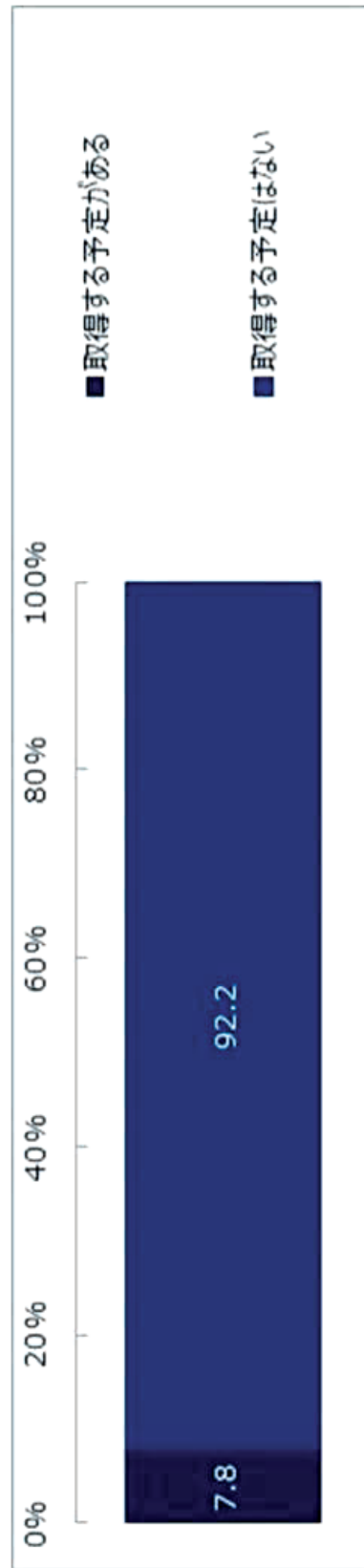


図 4 属性について

令和2年11月吉日

がん薬物療法専門医・指導医各位

配信用のメールに掲載
する文章です。

江口尚(産業医大・産業精神保健学・教授)
佐々木治一郎(北里大・医・臨床腫瘍学・教授)

がん薬物療法専門医を対象としたがん患者の治療と仕事の
両立支援に関する意識と医療提供体制の現状に関する調査

拝啓

時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

がんの治療は日進月歩で、治療成績の向上によりかつての「がん＝死」というイメージから「慢性疾患」として取り扱われるようになりました。手術や化学療法の導入で短期間の入院がありますが、治療の場は入院から外来中心になっており、多くのがん患者さんはがん治療を続けながら仕事を続けることができるようになっています。

がん患者さんが治療と仕事の両立をするためには、主治医から勤務先への質の高い診療情報の提供が重要です。がん患者さんの治療と仕事の両立支援（以下、両立支援）に関心が高まり始めた2010年から2011年にかけて、がん薬物療法専門医に対して、両立支援への関心の程度、両立支援の経験を定量的に把握するための調査が実施されました^{※1}。その後、両立支援に対する社会的な関心の高まりから、主治医の患者さんの両立支援への意識は変化したと考えられます。そこで、主治医の両立支援に対する意識や両立支援への関与の変化を評価することを目的に、本調査を企画しました。

※1 <https://academic.oup.com/jjco/article/42/4/295/786570>

本調査の結果については2021年2月に開催予定の第18回日本臨床腫瘍学会学術集会での発表を予定しており、より多くのがん患者さんが就労を継続できるようにするうえでも貴重な情報になると考えております。

本メールは、日本臨床腫瘍学会のご協力のもと、日本臨床腫瘍学会がん薬物療法専門医、指導医の先生に送らせていただいています。**本調査の回答所要時間は10分程度です。**ご回答いただきましたデータは、産業医科大学産業生態科学研究所産業精神保健学研究室にて厳重に管理いたします。**〇月〇日（〇曜日）まで**に回答をお願い申し上げます。

本研究への参加は全くの自由意思で決定し、調査への参加の拒否をしても不利益を被ることはありません。また、調査の途中で参加を中止する場合も、不利益を被ることは一切ありません。調査が行われた後においても同意を取り消すことができます。調査開始または終了後に同意を取り消した場合、データが統計解析前であれば、データの削除を行います。また、同意を取り消すことにより不利益は生じません。研究への参加に同意されなかった場合または途中で参加を取りやめた場合であっても、希望があれば研究結果をご報告いたします。

なお、本調査は、産業医科大学倫理委員会の承認を得て、厚生労働省労災疾

病臨床研究「事業場において治療と仕事の両立を支援するための配慮とその決定プロセスに関する研究（200201-01）」の一環として実施しております。

ご参加をいただきますよう、よろしくお願い申し上げます。

敬具

アンケート調査に関する問い合わせ先

〒807-8555 産業医科大学産業生態科学研究所産業精神保健学研究室 江口尚

T E L : 093-691-7475 F A X : 093-692-5419 E-mail: eguchi@med.uoeh-u.ac.jp

※本研究は、江口尚（産業医科大学産業生態科学研究所産業精神保健学研究室）を研究代表者とする本学と北里大学との2施設共同研究です（事務局は研究代表者を兼ねます）。

本調査への参加に同意頂ける場合は、以下の□にチェックしてください。

- ☐ 本研究への参加に同意します
- ☐ 本研究への参加に同意しません

I. 主治医としての患者の就業に関する意識について

本調査票で想定する「患者」とは、がんと診断されて、比較的就業を継続できる病状の患者とします。

		そう だ	まあ そう だ	やや ちが う	ちが う
1.	患者の「仕事」に関心がある	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄
2.	患者の仕事の業務内容（例：営業、事務職、工場勤務）について尋ねるようにしている	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄
3.	患者の仕事の勤務形態（勤務日や勤務時間など）を聞くようにしている	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄
4.	患者が仕事を辞めずに治療できることは望ましいと考えている	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄
5.	外来や検査の日時を設定するときに患者の仕事に配慮している	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄
6.	患者に治療の見通しを説明するときに患者の仕事に配慮している	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄
7.	患者には会社の上司などに今後の見通し（治療計画や配慮すべき事項）について説明し、理解をもとめるようアドバイスをしている	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄
8.	休職した患者（例 1 ヶ月以上）に対しては復職のタイミングについてアドバイスをしている	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄
9.	休職した患者の復職のタイミングを検討する際に、新型コロナウイルス感染症の流行状況を考慮する	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄
10.	治療計画に患者の仕事の都合を考慮する	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄
11.	手術式や化学療法のレジメンなど治療方法を検討する際に患者の仕事の都合を考慮する	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄
12.	手術式や化学療法のレジメンなど治療方法を検討する際に、患者が仕事の継続を望んだ場合、予後の面からは第 2 選択であっても、QOL の面から副作用の少ない治療法を選択することがある	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄
13.	外来で患者の仕事の相談にのる時間はない	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄
14.	患者の仕事についてアドバイスをすることは難しい	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄
15.	患者に治療と仕事の両立で困っていることがないか尋ねるようにしている	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄
16.	看護師は患者の就業についての相談を積極的にうけることが望ましい	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄
17.	ケースワーカーやソーシャルワーカーは患者の就業についての相談を積極的にうけることが望ましい	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄
18.	主治医として治療費や高額療養費制度などについて患者に説明している	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄

Ⅱ. 所属している医療機関（複数ある場合には最も勤務日の多い医療機関）の体制について

		思う	まあ思う	あまり 思わない	思わない
1.	貴科で使用している問診票には、患者の職業を問う欄がある（「ある」は思う、「ない」は思わないを選択）	☐ ₁			☐ ₄
2.	外来は、予約の時間どおり（1時間以内のずれ）に受診できる	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄
3.	外来は、平日夕方や週末など患者やその家族が仕事を休まなくても受診できるような体制がある	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄
4.	<u>抗がん剤</u> の治療の日時や時間は、患者の仕事の予定や内容に配慮して決めるようにしている	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄
5.	<u>放射線</u> の治療の日時や時間は、患者の仕事の予定や内容に配慮して決めるようにしている	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄
6.	就業に関して、患者の依頼や必要性に応じて看護師が患者に対して個別に対応する体制がある	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄
7.	就業に関して、患者の依頼や必要性に応じてケースワーカーやソーシャルワーカーなどが患者に対して個別に対応する体制がある	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄

Ⅲ. 患者の勤務先との患者の就労に関する連携について

		はい	いいえ		
1.	患者の勤務先の産業医とやりとりをしたことがある	☐ ₁	☐ ₂		
2.	療養・就労両立支援指導料を使ったことがある	☐ ₁	☐ ₂		
3.	厚生労働省から出されている治療と仕事の両立支援ガイドラインを知っている	☐ ₁	☐ ₂		
		そうだ	まあそう だ	ややちが う	ちがう
4.	患者が勤務先に提出する主治医意見書の作成は難しい	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄
5.	患者が勤務先に提出する主治医意見書には治療の見通しや職場で必要な配慮などを書くようにしている	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄
6.	患者の勤務先の産業医から治療の見通しや職場で必要な配慮についての意見書などを求められたら作成する	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄
7.	患者の勤務先が必要としている情報が明確であるほうが主治医意見書は書きやすい	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄
8.	患者の勤務先に診療情報を提供するときに提供した情報が悪用されないか不安を感じる	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄
9.	患者が勤務先に提供する主治医意見書を作成する時にはできるだけ具体的に記載をしている	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄

Ⅳ. 自由記入

1) 勤務先からどのような情報提供が得られれば、勤務先に対しての診療情報提供書（主治医意見書、診断書）が書きやすくなると思いますか。具体的に記述ください。

2) 両立支援に関して困難だった経験やうまくいった経験をお持ちであれば、具体的に記述ください。

V. 最後に、先生ご自身についてお伺い致します

1. 日本臨床腫瘍学会がん薬物療法専門医・指導医登録番号をお答え下さい。
(二重回答防止のためです)

2. 性別をお答え下さい。

☐₁ 男性

☐₂ 女性

3. 医師として何年目ですか。

☐₁ 10 年未満

☐₂ 10～19 年

☐₃ 20～29 年

☐₄ 30～39 年

☐₅ 40～49 年

☐₆ 50 年以上

4. 主に勤務している医療機関の種類をお答えください。

(複数の場合は勤務日の多い医療機関)

☐₁ 病院

☐₂ 診療所

☐₃ その他 ()

4-a. 主に勤務している医療機関の設置分類をお答えください。

☐ 都道府県がん診療連携拠点病院 ☐ 地域がん診療連携拠点病院

☐ その他 ()

5. 主に専門としている科（最も時間を費やしている診療科）を
1 つ選んでください。

☐₁ 内科

☐₂ 外科

☐₃ 婦人科

☐₄ 耳鼻咽喉科

☐₅ 泌尿器科

☐₆ 整形外科

☐₇ 皮膚科

☐₈ 脳神経外科

☐₉ 放射線科

☐₁₀ 眼科

☐₁₁ 小児科

☐₁₂ その他 ()

6. がん薬物療法専門医の認定を受けた年月を教えてください。

年 月

7. 日本医師会認定産業医等の産業医資格をお持ちですか？

☐ はい

☐ いいえ (→☐取得する予定がある☐取得する予定はな

い)

ご参加どうもありがとうございました。
結果についての報告書をご希望の際には
eguchi@med.uoeh-u.ac.jp
までメールをいただけますと幸いです。

労災疾病臨床研究事業費補助金
事業場において治療と仕事の両立を支援するための配慮とその決定プロセスに関する研究
(200201-01)
令和2年度分担研究報告書

産業保健総合支援センターにおける治療と就労の両立支援の取組み

研究分担者 渡辺 哲 神奈川産業保健総合支援センター・所長

研究要旨

神奈川産業保健総合支援センターでは、平成28年10月より治療と職業生活の両立支援をセンターの事業として始めた。神奈川県下の4大学病院と連携する神奈川モデルを確立し、その運用を進めるとともに、当センターで作成した両立支援カードを各機関に配布し、両立支援窓口の拡充とともに、地域との連携による事業も開始した。両立支援モデルの拡充を図るため、がん診療連携拠点病院と協定を結び、相談窓口を開設し、必要に応じ社労士を派遣する個別調整支援を始めた。現在28の病院と協定を締結している。また、神奈川県が始めたかながわ治療と仕事の両立支援推進企業選定に協力している。

A. 研究目的

近年は「少子高齢化に伴う生産年齢人口の減少」「治療や育児や介護と仕事の両立など、働く人のニーズや価値観の多様化」などの状況に直面している。

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

がんを例にとっても32.5万人が仕事をもちながら通院している。しかし、患者の約30%は病気を理由として退職に追い込まれている。病気と就労の両立支援を進めることは、労働者や事業主にとって重要課題であると共に、国の働き方改革やがん対策基本計画を推進する上でも効果のある対策が望まれる。そこで本研究では、病気の治療を受けながら働く人の支援（治療と仕事の両立支援）について、産業保健総合支援センターの立場から、望ましい支援のあり方を検討することを目的とする。

B. 研究方法

当センターは、独立行政法人労働者健康安全機構に所属し、その方針で重点目標として治療と仕事の両立支援事業があげられる。1. 当センターの両立支援事業として ① 産業保健関係者に対する専門的研修、事業

場向け啓発セミナー、②事業場への個別訪問支援、③労働者と事業場の個別調整支援、④労働者・事業場からの相談対応があげられる。これらの4つの事業を進めるとともに以下の取り組みを行った。

1. 両立支援活動の普及、拡大のため神奈川県内4大学病院（北里大学、東海大学、横浜市立大学及び聖マリアンナ医科大学）と連携した「神奈川モデル」を構築し、ワンストップで支援を繋ぐサービスを進めた（図1）。
2. 治療と仕事の両立支援の普及啓発のためリーフレット作成を行った。また、以前より作成し活用している両立支援カードを、種々の団体に配布した。
3. 両立支援を実際の医療機関で広めるため、神奈川県癌診療連携拠点病院との関係を図るため、随時相談窓口の設置と社会保険労務士の随時派遣による相談体制確立のための協定を締結した。
4. 神奈川県との関係事業として、かながわ治療と仕事の両立支援推進企業の認定を行った。

C. 研究結果

1. 神奈川両立支援モデル(4大学との連携)の結果

①産業保健総合支援センター（センター）での相談件数は、2018 年度 40 件、2019 年度 57 件、2020 年度 74 件と増加した。2020 年度は、センター以外に労災病院での出張相談窓口では 50 件、4 大学での相談件数は 59 件だった。労災病院、大学病院での相談者の属性は、大部分が患者本人であったが、センターでは労務管理者 37%、患者 34%、事業主 16%だった。センターと出張相談窓口（労災病院以外のがん診療連携拠点病院）での相談は、40 歳代が 21%、50 歳代が 19%、60 歳代が 14%であった。相談内容に関しては、利用可能な支援制度に関するものが最も多く（21.7%）、ついで復職に関するもの（職場復帰プランを含む、14.4%）、治療中の働き方（両立支援を含む、13.9%）と続いた。2020 年度の相談にかかる疾病の内訳は、がんが 80%と最も多く、次いで難病の 8%であった（図 2）。

2. 個別訪問支援

センターで今年度の行った個別訪問支援は 30 件あった。その内訳は、事業場内規定等の整備、両立支援に係る情報提供、両立支援の進め方等が多かった。両立支援促進員が直接事業場を訪問し、支援を行う個別調整支援は、今年度はセンターでは 2 件であった。一例は女性乳がん患者で、治療のため休職していたが、主治医から復職可の診断書をもらったため、復職に関する支援であった。もう一例は、男性の心筋梗塞の患者で、やはり休職後の復職に関する支援であった。

3. 両立支援カードの配布

センターでは、治療と仕事の両立支援事業を開始当初から、両立支援カードを作成し、個人や各位種団体に配布し、広報活動に務めてきた。今年度は 1500 枚配布した。配布先は図 3. の通りである。

4. 両立支援随時相談窓口開設状況

主にがん患者の両立支援をサポートする目的で、がん診療連携拠点病院を中心に協定を締結し、相談窓口を設置した。さらに、必要に応じて社会保険労務士を随時派遣する体制を整えてきた。現在 28 の病院との締結が終了した（図 4）。

5. 神奈川県との連携

当センターと神奈川県が連携し、両立支援を推進する企業を神奈川治療と仕事の両

立推進企業として認定する制度を確立した。認定基準を整えたい事業主に対し、要請があれば当センターが無料でサポートするものである。この精度はまだできたばかりであるので、今後この認定制度を活用し、両立支援に対する関心が高まることを期待している。

D. 考察

近年の「少子高齢化に伴う生産年齢人口の減少」「治療や育児や介護と仕事の両立など、働く人のニーズの多様化」などの状況に直面している。一方では、長時間労働やストレスなどメンタルヘルス不調を訴える労働者が増えている。こうした中、政府は投資やイノベーションによる生産性向上とともに、就業機会の拡大や意欲・能力を存分に発揮できる環境を作るため、働き方改革を進めている。その一つとして治療と仕事の両立支援があげられている。

厚生労働省は、平成 28 年 2 月に治療と仕事の両立支援のためのガイドラインを作成し、その意義や具体的な取り組み方を示し、がん、肝疾患、脳卒中に関する留意事項を公表している。神奈川産業保健総合支援センターは、このガイドラインに基づき、両立支援事業を行ってきた。こうした取り組みの中で、当センターの認知度が事業主や産業保健スタッフの間ではまだ低いことから、センターの広報と両立支援事業の啓発を兼ね、両立支援ポスターとカードを作成し、いろいろな機会に配布してきた。

がん診療連携拠点病院との連携を図るモデルとして、神奈川県下の 4 大学病院との関係を始めた（神奈川両立支援モデル）。この連携を通して当センターに相談のあった事例が少しずつ増えてきた。さらにこの 4 大学モデルを参考に、連携する病院を増やす努力をしてきた。初めはいくつかの病院との個別の連携を図ってきたが、その後神奈川県と協議し、がん診療連携拠点病院に、当方から社労士を両立支援促進員として派遣する方試みを始めた。従来神奈川県は、がん診療連携拠点病院に定期的に社労士を派遣していたが、今回社労士を当センターの両立支援促進員として当センターから随時派遣する事となった。この流れとして、県下のがん診療連携拠点病院と社労士派遣

の協定を結ぶこととなった。現在 28 の病院と協定を結んでいる。このような取組を通して、当センターの認知度を上げるとともに、両立支援の啓発に繋がるものと期待している。

なし

F. 知的財産権の出願・登録状況

なし

E. 研究発表

神奈川両立支援モデル

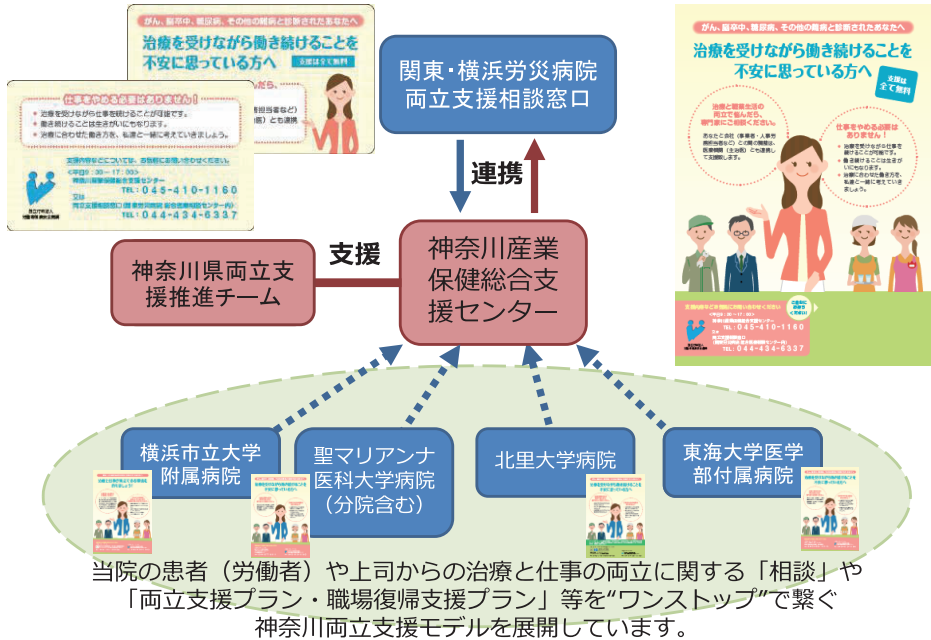


図 1. .かながわ両立支援モデル

個別訪問支援内容 (計 30)

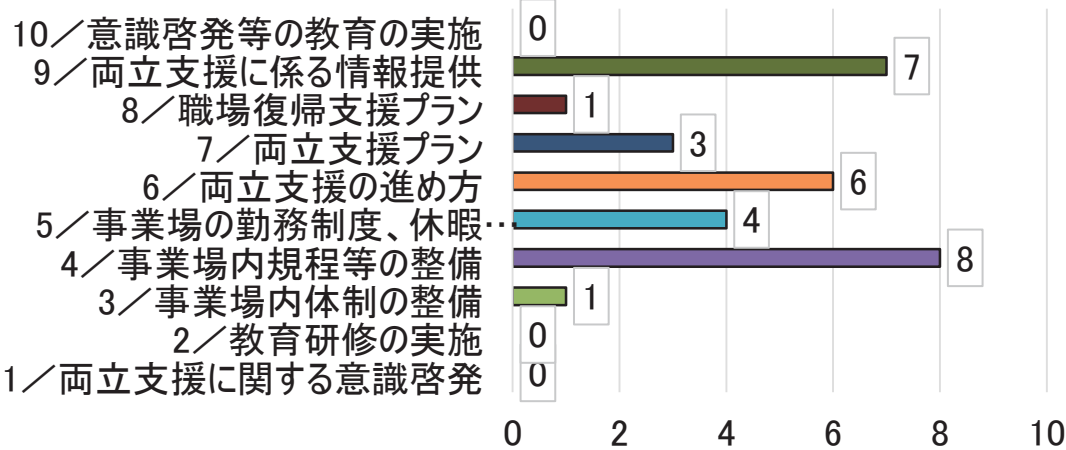


図 2. 2020 年度個別訪問支援（複数集計）

～2018年度	16,850
2019年度	16,200
2020年度	1,500
計	34,550



医療機関等	医療機関（県内のがん診療連携拠点・指定病院、神奈川リハビリテーション病院、相模原市病院協会の 20 病院、宮川病院） 医師会（神奈川県・郡市区） 病院協会（神奈川県・横浜市・川崎市） 横浜市薬剤師協会会員調剤薬局
患者・労働者支援機関	かながわ難病相談・支援センター、横浜しごと支援センター
行政機関	神奈川労働局健康課・各監督署、横浜市全区（18 区）福祉保健センター、相模原市地域医療課、小田原市保健センター
労働衛生・産業保健機関	神奈川労務安全衛生協会、協会けんぽ神奈川、神奈川県予防医学協会、神奈川県労働衛生福祉協会、神奈川県結核予防会、全日本労働福祉協会、労働衛生協会、神奈川県厚生農業協同組合連合会
商工関係団体	商工会議所（横浜・川崎・藤沢・茅ヶ崎・鎌倉・平塚・相模原・横須賀・三浦・大和・秦野・海老名・厚木・小田原箱根） 横浜企業経営支援財団、一般社団法人中原工場協会、川崎市産業振興財団、相模原市産業振興財団、神奈川県社会保険労務士会

図 3 両立支援カード配布状況

医療機関名	アプローチ(要請)経過			
一般財団法人 神奈川県警友会 けいゆう病院	2020/3/27	窓口開設・依頼		
横浜市民病院	2020/4/7	窓口開設・依頼	2020/10/1	窓口開設・協定 1
神奈川県立がんセンター	2020/3/23	窓口開設・依頼	2020/4/1	窓口開設・協定 1
独立行政法人国立病院機構 横浜医療センター				
横浜市立みなと赤十字病院	2020/7/20	窓口開設・依頼	2020/9/1	窓口開設・協定 1
公立大学法人 横浜市立大学附属市民総合医療センター	2020/12/9	窓口開設・依頼	2021/3/1	窓口開設・協定 1
恩賜財団 済生会 横浜市南部病院	2020/4/6	窓口開設・依頼	2020/5/15	窓口開設・協定 1
公立大学法人 横浜市立大学附属病院	2019/5/21	窓口開設・協定		1
国家公務員共済組合連合会 横浜南共済病院	2020/9/9	窓口開設・協定		1
(社福)恩賜財団 済生会 横浜市東部病院	2019/6/12	カード・リフ/窓口開設	2019/10/17	窓口開設・協定 1
(独)労働者健康福祉機構 横浜労災病院	2018/4/1	窓口開設・協定		1
昭和大学 藤が丘病院	2020/6/2	窓口開設・依頼	2020/7/1	窓口開設・協定 1
昭和大学 横浜市北部病院	2020/3/31	窓口開設・依頼	2020/5/12	窓口開設・協定 1
川崎市立川崎病院	2020/6/9	窓口開設・依頼	2021/1/13	窓口開設・協定 1
川崎市立井田病院	2020/7/16	窓口開設・依頼	2020/8/1	窓口開設・協定 1
(独)労働者健康安全機構 関東労災病院	2017/8/1	窓口開設・協定		1
学校法人 聖マリアンナ医科大学 聖マリアンナ医科大学病院	2019/6/30	窓口開設・協定		1
医療法人社団 三成会 新百合ヶ丘総合病院	2020/6/11	窓口開設・依頼	2020/11/1 2	窓口開設・協定 1
国家公務員共済組合連合会 横須賀共済病院	2020/8/12	窓口開設・依頼	2020/12/1	窓口開設・協定 1
(医)沖縄徳洲会 湘南鎌倉総合病院	2020/4/6	窓口開設・依頼	2020/4/9	窓口開設・協定 1
藤沢市民病院	2020/6/25	窓口開設・依頼	2021/1/1	窓口開設・協定 1
茅ヶ崎市立病院	2020/12/2 8	窓口開設・協定		1
平塚市民病院	2020/3/30	窓口開設・依頼	2020/5/20	窓口開設・協定 1
国家公務員共済組合連合会 平塚共済病院	2020/7/13	窓口開設・依頼	2020/10/1	窓口開設・協定 1
東海大学医学部付属病院	2020/7/16	窓口開設・依頼	2020/8/7	窓口開設・協定 1
小田原市立病院	2020/6/25	窓口開設・依頼	2020/7/13	窓口開設・協定 1
神奈川県厚生農業協同組合連合会 相模原協同病院	2020/3/25	窓口開設・依頼	2020/4/30	窓口開設・協定 1
学校法人 北里研究所 北里大学病院	2020/8/19	窓口開設・依頼	2020/12/1	窓口開設・協定 1
独立行政法人 国立病院機構 相模原病院	2020/12/1 1	窓口開設・依頼		
東名厚木病院	2020/3/12	窓口開設・依頼	2020/4/1	窓口開設・協定 1
大和市立病院	2020/4/15	窓口開設・依頼	2020/8/31	窓口開設・協定 1
(社福)神奈川県総合リハビリテーション事業団 神奈川リハビリテーション病院	2020/3/18 2020/8/28	窓口開設・依頼	2020/10/23	窓口開設・協定 1

図 4.両立支援・随時相談窓口設置状況

合計 29

中小企業における治療と仕事の両立支援を促進し得る要因に関する研究

研究協力者 山内 貴史（東京慈恵会医科大学 環境保健医学講座 講師）
研究分担者 須賀 万智（東京慈恵会医科大学 環境保健医学講座 教授）

【研究要旨】

【目的】「治療と仕事の両立支援」に関する先行研究では、従業員数 300 人未満の中小企業では両立支援の認知度が低く、労働者が病気の治療のため通常勤務が難しいと職場に支援を申し出ることによりメリットよりもデメリットを強く感じていることが報告されている。本研究では、職場の協働的風土ならびに労働者の被援助に対する態度に着目し、中小企業の労働者において、両立支援の申出意図を促進し得る要因を検討した。

【方法】わが国の業種・従業員規模別の就業人口割合の縮図となるようサンプリングされた、中小企業勤務の 20 歳～64 歳の正社員で、病気による 1 ヶ月以上の病気欠勤、病気休職、時短勤務などの就業制限を受けたことがない労働者モニター 3,286 人を対象としてインターネット調査を実施した。職場の協働的風土および被援助に対する肯定的態度の測定尺度とともに、産業保健スタッフの有無、経営トップの健康関連指針の有無、勤務先の経営状況、柔軟な勤務・休暇制度、相談窓口の有無、職場外での相談相手の有無ならびに基本属性を尋ねた。さらには、治療と仕事の両立支援のリーフレットを提示し概要を把握させたうえで、回答者本人ががんや脳卒中などに罹患し、主治医からこれまで通りの勤務は難しいと指摘された場面を想定させ、このような状況下での両立支援の申出意図を尋ねた。協働的風土および被援助に対する態度を主たる説明変数、両立支援の申出意図を目的変数とした多重ロジスティック回帰分析を実施した。

【結果】両立支援についてのリーフレット提示後には、研究参加者の約 75%が両立支援について積極的に申し出る意図を報告した一方で、申出に積極的でない者も約 25%見られた。協働的風土が最も低いグループと比較して、協働的風土が最も高いグループでは有意に多くの者が両立支援の申出意図を報告した（オッズ比：1.5、95%信頼区間：1.1～1.9）。同様に、被援助への肯定的態度が最も低いグループと比較して、肯定的態度が最も高いグループでは有意に多くの者が両立支援の申出意図を報告した（オッズ比：1.4、95%信頼区間：1.1～1.7）。経営状況、柔軟な勤務・休暇制度の有無、相談窓口の有無、および職場外での相談相手の有無も両立支援の申出意図と有意な関連が認められた（オッズ比：1.3～2.0）。従業員規模による層別分析の結果、従業員数 50 人未満の層では被援助への肯定的態度と両立支援の申出意図との関連は有意でなく、協働的風土の強さのみが両立支援の申出意図と有意に関連していた。

【結論】中小企業においても、両立支援の認知度を向上させることで労働者の支援の申出意図を高める可能性が示唆された。その一方で、産業保健スタッフや柔軟な勤務・休暇制度の有無などの要因とは独立して、協働的風土や被援助に対する肯定的態度は両立支援の申出意図と有意に関連していた。両立支援について認知してもなお支援の申出に消極的な労働者に対しては、集団分析や職場環境改善プログラムによる職場風土の改善、および社内研修における好事例の情報提供による被援助への肯定的態度の強化などによって両立支援の申出を促進し得る可能性が示唆された。

A. 研究目的

厚生労働省によると、わが国において働
きながらがんの治療を受けている労働者は

32 万人に上るとともに、病気を抱える労働
者の 9 割以上は就労継続を希望している。
このような背景から、厚生労働省は治療を

要する労働者の就労継続を支援するための指針「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」の策定をはじめとした体制整備を進めてきた。

著者らは両立支援に関する一連の研究において¹⁻³⁾、労働者からの申出に端を発するにもかかわらず労働者における両立支援の概念・制度の認知度が低く、また事業場においても就業制限を要する労働者が利用できる多様な勤務・休暇制度の整備が遅れていることを明らかにした。とりわけ、大企業と比較して、従業員数 300 人未満の中小企業、特に産業医や衛生管理者の選任義務がない 50 人未満の企業では両立支援の認知度が低いとともに、就業配慮に関する相談窓口の設置などの体制整備が進んでいなかった。さらには、労働者が治療のため通常勤務が難しいと職場に支援を申出ることに対して、中小企業の労働者はメリットよりもデメリットを強く感じていた。これらの結果は、(1) 両立支援の申出のハードルは中小企業の労働者の方がより高いこと、(2) 中小企業の中でも従業員数 50 人未満の企業と 50 人以上 300 人未満の企業とでは両立支援の申出の実態や促進・阻害要因が異なることを示唆する。

支援の申出やすさに関しては、上記のような勤務・休暇制度や窓口の整備とともに、「職場風土」(本稿では、「職場内で潜在的に共有されている社会的態度、行動規範、価値観、慣行、雰囲気など」と定義する)が関連し得ることを示唆する研究結果が報告されている。著者らの研究において¹⁻³⁾、職場での両立支援の申出はメリットよりもデメリットになることの方が多いと回答した労働者は、その理由として職場風土に関する事柄を多く報告していた。また、自分が病気になってこれまで通り働けなくなった場合に、職場の上司・同僚が「お互い様だからフォローしたい」と考えないだろうと回答した者は中小企業勤務者で有意に多かった。これらの結果は、中小企業の労働者において、制度の有無などとともに、職場風土が両立支援の申出の意思決定に強く影響する可能性を示唆するものと考えられる。

また、両立支援は労働者の側からの援助希求行動を端緒とする。援助希求行動に関する研究では、援助希求行動の決定因のひ

とつとして、行動主体が持つ被援助(すなわち、他者からの援助を受けること)に対する態度があることが指摘されている^{4,5)}。よって、両立支援の申出においては、風土を含めた職場環境要因のみならず、個人内要因としての態度も重要であると考えられる。しかしながら、両立支援に関する国内外の先行研究において、制度整備の遅れや産業保健スタッフの不在が多い中小企業の労働者を対象として、職場風土や被援助に対する態度と両立支援の申出との関連を検討した研究は報告されていない。

以上を踏まえ、本研究では職場風土ならびに労働者の被援助に対する態度に着目し、中小企業の労働者において、治療のため通常勤務が難しいことの申出意図(以下、「両立支援の申出意図」)を促進し得る要因を検討することを目的とした。中小企業の労働者の両立支援の申出を促進し得る(または申出を妨げたり、躊躇わせる)要因を明らかにすることで普及・啓発活動や事業場内での既存の制度・体制や産業保健活動でより注力すべきポイントが明確になるなど、わが国の労働者全体における両立支援の普及・浸透に大きく寄与するものと考えられる。

B. 研究方法

調査対象

2020 年 10 月下旬～11 月上旬に、(株)クロス・マーケティング社が保有するアンケートパネル(アクティブパネル数 219 万人)を用いたウェブ調査を実施した。あらかじめ登録された属性情報に基づいて無作為抽出された企業モニターパネルに対し、メールにて研究参加を依頼した。参加依頼は、標本が平成 28 年経済センサスにおけるわが国の業種・従業者規模別の従業員数構成割合に比例する構成と一致するよう実施した。最終的な研究参加者における業種別の構成割合、ならびに経済センサスにおける割合との比較を表 1 に示した。

参加希望者は事前スクリーニング画面にて研究趣旨の説明と参加への同意を行った後、対象条件の適合・不適合の判別項目に回答した。判別項目として、年齢、職業、業種、勤務先事業場の従業員数を尋ねるとともに、がんや脳卒中などの病気により通常通り勤務できなくなった経験(1 ヶ月以

上の病気欠勤、病気休職、時短勤務などの就業制限)の有無を回答させた。適合者は、(1) 20～64 歳、(2) 正社員、(3) 日本標準産業分類に基づく勤務先の業種(大分類)が「農業・林業・漁業」「鉱業・採石業・砂利採取業」「公務」「分類不能」以外、(4) 勤務先の従業員数が 300 人未満、(5) 病気による就業制限を受けた経験なし、の全てを満たす者とした。不適合者は事前スクリーニングのみで調査終了となり、適合者のみがウェブ本調査へと進行した。研究参加者にはパネルの規約に基づき、調査会社から金銭や商品などに交換できるポイントが付与された。最終的な調査回答者 3,286 人の回答結果は調査会社内で匿名化・非識別加工され、電子データとして提供された。

調査項目

両立支援と関連する職場風土については、田村らによる「協働的風土の認知尺度」の項目文を一部改変して用いた⁴⁾。「協働的風土の認知尺度」は回答者が自身の勤め先についてどの程度協働的であると認知しているかを測定するものである。1 因子 9 項目から構成され、尺度の信頼性・妥当性が確認されている。「仕事のことで困っている従業員がいれば、多くの同僚が応援する雰囲気がある」「仕事のことで困っている従業員が自分の悩みを率直に話せる雰囲気がある」「趣味や遊びの面での仲間意識はあるが、仕事について真剣に議論することはあまりない(逆転項目)」といった項目について、「よくあてはまる：5」から「全く当てはまらない：1」の 5 件法で回答を求めた。本研究における α 係数が 0.88 であったことから原尺度と同様に 9 項目の総得点(9 点～45 点)を算出し、中央値ならびに四分位数で 4 水準(協働的風土が「最も弱い」「弱い」「強い」「最も強い」)に分類して分析に使用した。

被援助に対する態度については、田村らによる「特性被援助志向性尺度」の下位尺度である「被援助に対する肯定的態度」を測定する 6 項目を一部改変して用いた⁵⁾。この尺度は回答者が普段の業務において困難な状況に直面した際に他者に援助を求めることに対するポジティブな態度の程度を測定するものである。尺度の信頼性(内的整合性、再検査信頼性)および妥当性が確

認されている。「問題解決のために、一緒に対処してくれる人が欲しいと思う方である」

「まわりの人の援助や助言は、問題解決に大いに役立つと考える方である」といった項目について、「よくあてはまる：5」から「全く当てはまらない：1」の 5 件法で回答を求めた。本研究における α 係数が 0.89 であったことから、原尺度と同様に 6 項目の総得点(6 点～30 点)を算出し、中央値ならびに四分位数で 4 水準(被援助への肯定的態度が「最も弱い」「弱い」「強い」「最も強い」)に分類して分析に使用した。

このほか、勤務先事業場の従業員数(「1～9 人」「10～49 人」「50～99 人」「100～299 人」)、産業保健スタッフ(産業医・看護師・保健師・衛生管理者)の有無(「いる」「いない」「わからない」)、経営トップの健康関連指針の有無(「あり」「なし」「わからない」)、勤務先の経営状況(「悪化している」「改善している」「どちらともいえない/わからない」)、柔軟な勤務・休暇制度(半日または時間単位の年次有給休暇、短時間勤務、裁量労働制、フレックスタイム制、および在宅勤務・テレワーク制度について「あり」「なし」「わからない」)、相談窓口の有無(「あり」「なし」「わからない」)、職場外での相談相手の有無(「いる」「全くいない」)、ならびに基本属性としての性別、年齢、配偶関係、世帯所得を尋ねた。勤務先事業場の従業員数については、産業医や衛生管理者の選任義務を考慮し、「50 人未満」「50 人以上 300 人未満」に再分類した。産業保健スタッフについては、免許を要さず、労働基準監督署への届出も不要のため事業場内での周知度が産業医や衛生管理者と比較して低いと考えられる衛生推進者については調査項目に含めなかった。勤務・休暇制度については、例えば裁量労働制が適用されている労働者ではフルタイム勤務であっても通院しやすい可能性などを考慮したこと、また、著者らの先行研究との整合や比較を念頭に置いたことを理由に、一部両立支援のためのガイドラインとは異なる項目を参加者に提示した。世帯所得は中央値ならびに四分位数で 4 水準に分類した。

両立支援の申出意図については、まずウェブ画面上にて治療と仕事の両立支援のリーフレットを提示し(附録 1)、以下の教示文を付して回答者に概要を把握させた。

『下の図は「治療と仕事の両立支援」制度を紹介したリーフレットです。リーフレットの中段の流れ図にあるとおり、両立支援は、労働者本人が「通常どおり勤務することが難しい」ことを勤務先に申し出ることからスタートします。制度の概要を把握できましたら、「次へ」ボタンをクリックし、この先の質問にお答えください。』

なお、制度の概要をきちんと研究参加者に把握してもらうため、先の質問に進むまでに一定の所要時間を設定した。

そのうえで、以下の教示文を提示して、回答者本人ががんや脳卒中などに罹患し、主治医からこれまで通りの勤務は難しいと指摘された場面を想定させた。

『あなた自身ががんや脳卒中などの病気になったと仮定します。主治医から「少なくとも半年は治療を続ける必要があり、治療期間中はこれまでと同じように働くことは難しいだろう」と言われたとします。』

研究参加者は、このような状況において、病気の治療のため通常どおり勤務することが難しいことを勤務先に申し出る意図について、「きっと申し出ない」「たぶん申し出ない」「たぶん申し出る」「きっと申し出る」「どちらともいえない」の5件法で回答した。

統計解析

協働的風土および被援助への肯定的態度を含めた各要因と両立支援の申出意図との関連について検討するため、 χ^2 検定を実施した。産業保健スタッフの有無など他の要因の影響を調整したうえでの協働的風土および被援助への肯定的態度と両立支援の申出意図との関連を明らかにするため、両立支援の申出意図を目的変数とした多重ロジスティック回帰分析を実施した。両立支援の申出意図については、選択肢「たぶん申し出る」「きっと申し出る」を「積極的に申し出る」に、「きっと申し出ない」「たぶん申し出ない」「どちらともいえない」を「積極的に申し出ない」に再分類したうえで、2項ロジスティック回帰分析を行った。なお、多項ロジスティック回帰分析も合わせて実施した結果、2項ロジスティック回帰分析の結果と本質的な差異が認められなかった。これを踏まえ、本研究では解釈の容易さならびに両立支援の申出を促進し得る

要因の探索という本研究の目的を考慮のうえ、目的変数を「積極的に申し出る」「積極的に申し出ない」の2値とする2項ロジスティック回帰分析の結果を示すこととした。なお、産業医や衛生管理者の選任義務の有無などにより、従業員数50人未満の事業場と50人以上300人未満の事業場とでは両立支援の申出の促進・阻害要因が異なることが考えられることから、従業員規模で層別化してのロジスティック回帰分析も併せて実施した。

統計解析にはSPSS version 25 (IBM, Chicago, IL, USA) を用いた。有意水準は5%に設定した。

(倫理面での配慮)

本研究は東京慈恵会医科大学倫理委員会の承認を受けて実施された(32-273(10355))。

C. 研究結果

分析対象者3,286人(女性950人、男性2,336人、平均年齢47.8歳(標準偏差9.0))における各調査項目の基本集計を表2に示した。全体の74.3%(2,443人/3,286人)の者が勤務先に両立支援を「積極的に申し出る」に該当した。産業保健スタッフがいると回答したのは研究参加者全体の27.9%、経営トップによる健康関連の指針があると回答したのは18.8%であった。新型コロナウイルスの感染拡大の影響からか、50.5%の者が勤務先の経営状況が悪化していると回答していた。少なくとも1つの柔軟な勤務・休暇制度が社内にあると回答した者は69.8%であったのに対し、相談窓口があると回答したのは全体の11.6%にとどまった。

協働的風土と他の職場内要因との関連を表3に示した。勤務先事業場の従業員数を除いた、産業保健スタッフの有無、経営トップによる健康関連の指針、経営状況、柔軟な勤務・休暇制度の有無および相談窓口の有無のいずれも、協働的風土と有意な関連が確認された一方で、連関係数は最大でも0.26と中程度以下の関連にとどまった。

両立支援の申出意図を目的変数とした多重ロジスティック回帰分析の結果を表4に示した。Hosmer-Lemeshowの χ^2 適合性検定の結果は $P=0.27$ と有意でなく、回帰モデル

に問題はないと判断した。協働的風土（オッズ比：1.4、95%信頼区間：1.1-1.9）ならびに被援助への肯定的態度（オッズ比：1.4、95%信頼区間：1.1-1.7）のいずれも、最も弱い群と比較して、最も強い群では両立支援を「積極的に申し出る」が有意に多かった。経営状況、柔軟な勤務・休暇制度の有無、相談窓口の有無、および職場外での相談相手の有無も両立支援の申出意図と有意な関連が認められた（オッズ比：1.3～2.0）。

なお、「積極的には申し出ない」者にその理由を複数回答可で尋ねたところ、「職場に居づらくなる（45.2%）」が最も多く、以下、「上司や同僚に迷惑を掛ける（39.8%）」「給料が下がる（29.6%）」「病気であることを周囲に知られてしまう（27.8%）」「人間関係がギクシャクする（22.2%）」「辞職に追い込まれる（17.6%）」の順であった。

事業場の従業員数による層別解析を行った結果、従業員数 50 人未満の層では、協働的風土が最も弱い群と比較して、最も強い群では両立支援を「積極的に申し出る」が有意に多かった（オッズ比：1.5、95%信頼区間：1.1-2.2）。しかしながら、トレンド検定も含め、被援助への肯定的態度については両立支援の申出意図と有意な関連は認められなかった。これに対し、従業員数が 50 人以上 300 人未満の層では、協働的風土が最も弱い群と最も強い群で両立支援の申出意図に有意な相違は認められなかった。ただし、トレンド検定を行った結果、協働的風土が「最も弱い」から「最も強い」へと水準が上がるにしたがって両立支援を「積極的に申し出る」が有意に多くなる傾向が認められた（ $P=0.03$ ）。また、被援助への肯定的態度が最も弱い群と比較して、最も強い群では両立支援を「積極的に申し出る」が有意に多かった（オッズ比：1.5、95%信頼区間：1.1-2.2）。

D. 考察

本研究では職場の協働的風土ならびに被援助に対する態度に着目し、中小企業の労働者における治療と仕事の両立支援の申出意図を促進し得る要因について分析した。両立支援についてのリーフレット（付録 1）を提示され、概要を認知してもなお申出に積極的でない者も全体の 25%ほど見られ

たものの、約 75%の者は両立支援について積極的に申し出ると回答した。また、多変量解析の結果、産業保健スタッフや柔軟な勤務・休暇制度の有無などの要因とは独立して、協働的風土や被援助への肯定的態度が強い場合に両立支援の積極的の申出意図が強いという関連が確認された。ただし、従業員数 50 人未満の層では被援助への肯定的態度と両立支援の申出意図との関連は有意でなく、協働的風土の強さのみが両立支援の申出意図と有意に関連していた。

両立支援について認知させた後にその申出意図を尋ねたところ、研究参加者の約 75%は両立支援を積極的に申し出る意図を報告した。著者らの既報において¹⁻³⁾、従業員数 300 人未満の企業の労働者では両立支援の申出が「自分にとってデメリットになることの方が多い」との回答が多く、「自分にとってメリットになることの方が多い」と回答した者の 3 倍前後に上っていた。その一方で、従業員数 1,000 人以上の企業の労働者では、両立支援の申出が「デメリットになることの方が多い」「メリットになることの方が多い」と回答した者の割合がほぼ等しくなっていた。雇用形態、職種、相談窓口の有無などを調整した多変量解析においても、従業員数 300 人未満の企業の労働者ほど両立支援の申出が「デメリットになることの方が多い」と考える者が有意に多かった。これらの点を考慮すると、本研究に参加した中小企業の労働者の約 75%が両立支援を積極的に申し出る意図を報告したのは、調査のフローにおいて両立支援のリーフレットで概要を把握させたうえで申出意図を尋ねたことに拠る部分が大きいと推察される。もっとも、両立支援への関心やニーズが高い者が本研究に積極的に参加したことによる選択バイアスの影響などを考慮する必要がある、両立支援の認知度を向上させることが労働者の申出意図を高めるかについては今後の検討が必要である。

研究参加者の約 25%は両立支援についてのリーフレット提示後であっても両立支援を「積極的には申し出ない」と回答した。中小企業の労働者が両立支援について認知してもなお支援の申出に消極的である背景には相談窓口や産業保健スタッフの不在などの要因が考えられるが、本研究で着目した職場の協働的風土や労働者の被援助への

態度も考慮すべきである。表3において、協働的風土と他の職場内要因との関連はいずれも統計的有意ではあるものの中程度以下の関連にとどまっていたことから、休暇・勤務制度や相談窓口の有無といった要素とは独立した構成概念としての協働的風土に着目する意義は大きいと言える。治療で通常勤務が難しい状況になっても居づらくなならない、迷惑ではなくお互い様と言い合えるような職場風土であると労働者本人に認知されていないことが、両立支援の申出をためらわせる一要因となっている可能性が考えられる。逆に、困難な状況にある同僚を支援しようという風土、悩みを安心して相談でき適切な助言や配慮を受けられるような協働的風土を醸成することで、支援の申出の閾値を下げ得る可能性が考えられる。本研究の結果は、両立支援の制度について認知してもなお支援の申出に積極的でない労働者に対しては、例えば集団分析や職場環境改善プログラムによる協働的風土の改善によって両立支援の申出を促進し得る可能性があることを示唆するものと考えられる。また、協働的風土は両立支援の実施と連動して形成・強化されることが指摘されており⁶⁾、社員の安心感や就労意欲の高まりによる職場活性化と相まって、両立支援に関連する労使合意の進展にも寄与し得る可能性も考えられる。

本研究には産業医選任義務のない常時50人未満の労働者を使用する事業場の労働者も含まれていることから、産業保健スタッフがいないと回答したのは全体の3割程度であった。その一方で、最も報告の多かった半日単位の年次有給休暇制度を含め、柔軟な働き方を可能にする勤務・休暇制度があると回答した者は全体の約7割に上った。多重ロジスティック回帰分析の結果からも、経営状況の改善、柔軟な勤務・休暇制度、および相談窓口ありと報告した者は、そうでない者よりも積極的な両立支援の申出意図が認められた。著者らの既報においても指摘してきた通り¹⁻³⁾、就業配慮に関する相談体制の整備や、就業制限を要する労働者が利用できる多様な勤務制度の整備は、両立支援の申出をしやすい職場風土の醸成と併行して両立支援の促進・浸透のために引き続きその整備を進めていく必要がある。本研究の対象とした中小企業においては、

地域産業保健センターなどの事業場外資源の活用も検討すべきであろう。

職場の協働的風土や相談窓口などの職場環境要因とともに、労働者各々が有する被援助への態度も両立支援の申出意図と有意な関連が認められた。被援助への肯定的態度については、測定に用いた調査項目の内容からも、一緒に対処してくれる人がいたことによって問題を解決できたり、周囲の援助や助言を求めたことが問題解決に有益であったという経験の有無が各人の態度形成に影響すると推察される。社内研修などにおける両立支援の好事例の情報提供などによって、支援の申出という援助希求行動が当該労働者の勤務・日常生活状況の改善につながり得ることを啓発することで、被援助への肯定的態度の強化を経て結果的に両立支援の申出を促進できる可能性が考えられる。

事業場の従業員数で層別化して多重ロジスティック回帰分析を行った結果、従業員数50人未満の層では被援助への肯定的態度と両立支援の申出意図との関連は有意でなく、協働的風土のみが両立支援の申出意図と有意に関連していた。この結果は、従業員数50人以上300人未満の事業場に勤務する労働者と比較して、従業員数50人未満の事業場に勤務する者においては両立支援の申出をするにあたって職場の協働的風土が相対的により重要な決定因となり得ることを示唆するものである。物的・人的資源上の制約が大きい一方で、経営者と労働者の距離が近く家族的な雰囲気のコミュニケーションがしやすい⁶⁾とされる中小企業の中でも、従業員数50人未満の事業場はそのような傾向が一段と強いと考えられる。従業員規模がより小さいがゆえに職場全体の見通しがよく、その結果として協働的風土が従業員各自の意思決定におけるより重要な要因となりやすいことが推察される。

著者らが知る限り、本稿は中小企業の労働者において治療のため通常勤務が難しいことの申出意図を促進し得る要因として、職場環境要因（協働的風土）と個人内要因（被援助への肯定的態度）を併せて検討した初めての報告である。多重ロジスティック回帰モデルの適合性に問題はなく、両立支援の申出意図を説明し得る複数の要因が適切にモデルに投入されていることを示唆

する。また、研究参加者の業種・従業員規模別の構成割合はわが国の中小企業全体のそれと概ね一致していた。

その一方で、本研究の限界点としてまず挙げられるべき点として、本研究は調査会社が保有するモニターパネルを用いたウェブ調査であるため、選択バイアスによりわが国の中小企業勤務の労働者母集団からの代表性が担保されていない可能性は否定できない。第二に、本研究は横断研究であり、協働的風土や被援助への態度が両立支援の申出意図を説明し得るという因果関係について厳密には確証できない。第三に、両立支援の申出意図については、場面想定法を用いて調査時点での意図を尋ねたものであり、実際に回答者本人が同様の状況に遭遇した際の行動については評価できない。第四として、本研究では対象を正社員に限定したため、派遣社員など他の雇用形態の労働者全般に本研究の結果を一般化することは困難である。最後に、本研究では職場風土としての協働的風土を測定する質問項目を用いたが、両立支援の申出意図に関連する職場風土には経営層や管理監督者のリーダーシップのあり方や企業全体としての価値観、多様性への寛大さといった様々な要素が多面的に存在していると推察される。今後は、職場風土をより多面的に評価可能なツールを開発・使用しつつ、同一事業場内の複数の部署を対象とした調査により職場風土と両立支援の申出意図との関連を分析していくことが望まれる。

E. 結論

本研究では、中小企業においても、両立支援の認知度を向上させることで労働者の支援の申出意図を高める可能性が示唆された。その一方で、産業保健スタッフや柔軟な勤務・休暇制度の有無などの要因とは独立して、協働的風土や被援助に対する肯定的態度は両立支援の申出意図と有意に関連していた。両立支援について認知してもなお支援の申出に消極的な労働者に対しては、協働的風土の集団分析や職場環境改善プログラムによる職場風土の改善、および社内研修における両立支援の成功事例の情報提供などによる被援助への肯定的態度の強化などによって両立支援の申出を促進できる可能性が示唆された。

引用文献

- 1) 須賀万智, 山内貴史, 和田耕治, 柳澤裕之. 治療と仕事の両立支援の現状と課題 労働者と経営者に対するアンケート調査. 産業衛生学雑誌 2019;61:59-68.
- 2) 須賀万智, 山内貴史, 柳澤裕之. 治療と仕事の両立支援に関する全国労働者調査: 支援制度の認知と利用申出の意識. 産業衛生学雑誌 2020;62:261-270.
- 3) 須賀万智, 山内貴史, 柳澤裕之, 石川智久, 丸毛啓史. 「治療と職業生活の両立支援」制度を運用していくうえで取り組むべき課題 臨床医と企業への聞き取り調査から. 日本医師会雑誌 2018;147:781-786.
- 4) 田村修一, 水野治久, 石隈利紀. 教職志望者の被援助志向性を規定する要因—教育実習場面に焦点をあてて—. カウンセリング研究 2012;45:29-39.
- 5) 田村修一, 石隈利紀. 中学校教師の被援助志向性に関する研究—状態・特性被援助志向性尺度の作成および信頼性と妥当性の検討. 教育心理学研究 2006;54:75-89.
- 6) 安部仁美, 錦戸典子, 吉川悦子 ほか. 良好事例からみた中小企業におけるがん治療と就労の両立支援の内容と関連する職場風土. 健康開発 2020;25:58-68.

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

表 1. 経済センサスにおける中小企業勤務者ならびに本研究に参加
した中小企業勤務者の業種別構成割合 (%)

	本研究	経済センサス (2016 年)
建設業	7.1%	6.6%
製造業	17.2%	16.1%
運輸・郵便業	6.1%	5.7%
卸・小売業	22.5%	21.1%
宿泊・飲食サービス業	6.4%	9.7%
医療・福祉	12.4%	12.6%
その他	28.3%	28.1%

表 2. 両立支援の申出意図別の基本集計

	申出ない/ どちらとも いえない (n=843)		申出る (n=2, 443)		総数 (n=3, 286)		χ^2 検定
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
協働的風土							$p < .001$
最も弱い	283	(33.6)	620	(25.4)	903	(27.5)	
弱い	311	(36.9)	752	(30.8)	1,063	(32.3)	
強い	128	(15.2)	514	(21.0)	642	(19.5)	
最も強い	121	(14.4)	557	(22.8)	678	(20.6)	
被援助への肯定的態度							$p < .001$
最も弱い	249	(29.5)	647	(26.5)	896	(27.3)	
弱い	275	(32.6)	599	(24.5)	874	(26.6)	
強い	160	(19.0)	541	(22.1)	701	(21.3)	
最も強い	159	(18.9)	656	(26.9)	815	(24.8)	
事業場の従業員数							$p = .83$
50 人未満	444	(52.7)	1,276	(52.2)	1,720	(52.3)	
50～299 人	399	(47.3)	1,167	(47.8)	1,566	(47.7)	
業種							$p < .05$
建設業	62	(7.4)	171	(7.0)	233	(7.1)	
製造業	149	(17.7)	415	(17.0)	564	(17.2)	
運輸・郵便業	40	(4.7)	160	(6.5)	200	(6.1)	
卸・小売業	186	(22.1)	553	(22.6)	739	(22.5)	
宿泊・飲食サービス業	75	(8.9)	135	(5.5)	210	(6.4)	
医療・福祉	104	(12.3)	302	(12.4)	406	(12.4)	
その他	227	(26.9)	707	(28.9)	934	(28.4)	
産業保健スタッフの有無							$p < .05$
いる	208	(24.7)	710	(29.1)	918	(27.9)	
いない/分からない	635	(75.3)	1,733	(70.9)	2,368	(72.1)	
健康関連の社内指針							$p < .001$
あり	116	(13.8)	501	(20.5)	617	(18.8)	
なし/分からない	727	(86.2)	1,942	(79.5)	2,669	(81.2)	
経営状況							$p < .001$
悪化している	391	(46.4)	1,268	(51.9)	1,659	(50.5)	
改善している	84	(10.0)	328	(13.4)	412	(12.5)	
どちらともいえない/分からない	368	(43.7)	847	(34.7)	1,215	(37.0)	
柔軟な勤務・休暇制度							$p < .001$
あり	507	(60.1)	1,786	(73.1)	2,293	(69.8)	
なし/分からない	336	(39.9)	657	(26.9)	993	(30.2)	
相談窓口							$p < .001$
あり	52	(6.2)	328	(13.4)	380	(11.6)	
なし/分からない	791	(93.8)	2,115	(86.6)	2,906	(88.4)	
年齢							$p < .001$
20-34 歳	88	(10.4)	218	(8.9)	306	(9.3)	

35-49 歳	419	(49.7)	1,057	(43.3)	1,476	(44.9)	
50-64 歳	336	(39.9)	1,168	(47.8)	1,504	(45.8)	
性別							$p=.44$
男	608	(72.1)	1,728	(70.7)	2,336	(71.1)	
女	235	(27.9)	715	(29.3)	950	(28.9)	
配偶関係							$p=.19$
未婚	321	(38.1)	846	(34.6)	1,167	(35.5)	
既婚	450	(53.4)	1,368	(56.0)	1,818	(55.3)	
離別・死別	72	(8.5)	229	(9.4)	301	(9.2)	
世帯所得							$p<.001$
最も低い	305	(36.2)	740	(30.3)	1,045	(31.8)	
低い	176	(20.9)	491	(20.1)	667	(20.3)	
高い	193	(22.9)	560	(22.9)	753	(22.9)	
最も高い	169	(20.0)	652	(26.7)	821	(25.0)	
職場外での相談相手							$p<.001$
全くいない	334	(39.6)	528	(21.6)	862	(26.2)	
いる	509	(60.4)	1,915	(78.4)	2,424	(73.8)	

注 1) 表中のパーセンテージは各列の総数に対する割合である。

表3. 協働的風土と他の職場内関連要因とのクロス集計

	協働的風土 最も弱い		協働的風土 弱い		協働的風土 強い		協働的風土 最も強い		χ^2 検定	連関係数 (Cramer のV係数)
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)		
事業場の従業員数									$p=.28$	0.03
50人未満	463	(26.9)	545	(31.7)	335	(19.5)	377	(21.9)		
50～299人	440	(28.1)	518	(33.1)	307	(19.6)	301	(19.2)		
産業保健スタッフの有無									$p<.001$	0.08
いる	215	(23.4)	293	(31.9)	181	(19.7)	229	(24.9)		
いない/分からない	688	(29.1)	770	(32.5)	461	(19.5)	449	(19.0)		
健康関連の社内指針									$p<.001$	0.26
あり	80	(13.0)	146	(23.7)	140	(22.7)	251	(40.7)		
なし/分からない	823	(30.8)	917	(34.4)	502	(18.8)	427	(16.0)		
経営状況									$p<.001$	0.12
悪化している	549	(33.1)	487	(29.4)	296	(17.8)	327	(19.7)		
改善している	71	(17.2)	113	(27.4)	94	(22.8)	134	(32.5)		
どちらともいえない/分からない	283	(23.3)	463	(38.1)	252	(20.7)	217	(17.9)		
柔軟な勤務・休暇制度									$p<.001$	0.15
あり	560	(24.4)	706	(30.8)	485	(21.2)	542	(23.6)		
なし/分からない	343	(34.5)	357	(36.0)	157	(15.8)	136	(13.7)		
相談窓口									$p<.001$	0.22
あり	47	(12.4)	87	(22.9)	80	(21.1)	166	(43.7)		
なし/分からない	856	(29.5)	976	(33.6)	562	(19.3)	512	(17.6)		

注1) 表中のパーセンテージは各行の総数に対する割合である。

表 4. 両立支援の申出意図を目的変数とした多重ロジスティック回帰分析

	総数				事業場の従業員数による層別分析			
					50 人未満 (n=1, 720)		50～299 人 (n=1, 566)	
	単変量		多変量		多変量		多変量	
	オッズ 比	(95%信頼区間)	オッズ 比	(95%信頼区間)	オッズ 比	(95%信頼区間)	オッズ 比	(95%信頼区 間)
協働的風土								
最も弱い	1. 0	(Reference)	1. 0	(Reference)	1. 0	(Reference)	1. 0	(Reference)
弱い	1. 1	(0. 9-1. 3)	1. 1	(0. 9-1. 4)	1. 2	(0. 9-1. 6)	1. 1	(0. 8-1. 5)
強い	1. 8*	(1. 4-2. 3)	1. 6*	(1. 2-2. 0)	1. 5*	(1. 1-2. 2)	1. 6*	(1. 1-2. 3)
最も強い	2. 1*	(1. 7-2. 7)	1. 4*	(1. 1-1. 9)	1. 5*	(1. 1-2. 2)	1. 4	(0. 9-2. 0)
被援助への肯定的態度								
最も弱い	1. 0	(Reference)	1. 0	(Reference)	1. 0	(Reference)	1. 0	(Reference)
弱い	0. 8	(0. 7-1. 03)	1. 0	(0. 8-1. 2)	0. 8	(0. 6-1. 1)	1. 2	(0. 9-1. 6)
強い	1. 3*	(1. 04-1. 6)	1. 2	(0. 9-1. 5)	0. 9	(0. 7-1. 3)	1. 4*	(1. 02-2. 0)
最も強い	1. 6*	(1. 3-2. 0)	1. 4*	(1. 1-1. 7)	1. 2	(0. 9-1. 7)	1. 5*	(1. 1-2. 2)
事業場の従業員数								
50 人未満	1. 0	(0. 8-1. 1)	1. 1	(0. 9-1. 3)	—		—	
50～299 人	1. 0	(Reference)	1. 0	(Reference)	—		—	
業種								
建設業	0. 9	(0. 6-1. 2)	1. 0	(0. 7-1. 4)	1. 1	(0. 7-1. 7)	0. 9	(0. 5-1. 7)
製造業	0. 9	(0. 7-1. 1)	0. 9	(0. 7-1. 2)	0. 9	(0. 6-1. 3)	0. 9	(0. 6-1. 3)
運輸・郵便業	1. 3	(0. 9-1. 9)	1. 5	(1. 0-2. 2)	2. 1*	(1. 1-3. 9)	1. 2	(0. 7-2. 0)
卸・小売業	1. 0	(0. 8-1. 2)	1. 0	(0. 8-1. 2)	1. 2	(0. 9-1. 6)	0. 7	(0. 5-1. 0)
宿泊・飲食サービス業	0. 6*	(0. 4-0. 8)	0. 6*	(0. 5-0. 9)	0. 5*	(0. 3-0. 8)	0. 8	(0. 5-1. 4)
医療・福祉	0. 9	(0. 7-1. 2)	0. 9	(0. 7-1. 2)	0. 9	(0. 6-1. 4)	0. 9	(0. 6-1. 3)
その他	1. 0	(Reference)	1. 0	(Reference)	1. 0	(Reference)	1. 0	(Reference)
産業保健スタッフの有無								
いる	1. 3*	(1. 05-1. 5)	1. 0	(0. 8-1. 2)	1. 2	(0. 8-1. 8)	0. 9	(0. 7-1. 2)
いない/分からない	1. 0	(Reference)	1. 0	(Reference)	1. 0	(Reference)	1. 0	(Reference)
健康関連の社内指針								
あり	1. 6*	(1. 3-2. 0)	1. 0	(0. 8-1. 3)	1. 5	(1. 0-2. 3)	0. 8	(0. 6-1. 1)
なし/分からない	1. 0	(Reference)	1. 0	(Reference)	1. 0	(Reference)	1. 0	(Reference)
経営状況								
悪化している	1. 4*	(1. 2-1. 7)	1. 3*	(1. 1-1. 6)	1. 5*	(1. 2-1. 9)	1. 2	(0. 9-1. 5)
改善している	1. 7*	(1. 3-2. 2)	1. 4*	(1. 02-1. 8)	1. 3	(0. 9-2. 0)	1. 3	(0. 9-2. 0)
どちらともいえない/分からない	1. 0	(Reference)	1. 0	(Reference)	1. 0	(Reference)	1. 0	(Reference)
柔軟な勤務・休暇制度								
あり	1. 8*	(1. 5-2. 1)	1. 4*	(1. 2-1. 7)	1. 5*	(1. 2-1. 9)	1. 3	(1. 0-1. 8)
なし/分からない	1. 0	(Reference)	1. 0	(Reference)	1. 0	(Reference)	1. 0	(Reference)
相談窓口								
あり	2. 4*	(1. 7-3. 2)	1. 6*	(1. 2-2. 3)	1. 4	(0. 8-2. 5)	1. 8*	(1. 2-2. 7)
なし/分からない	1. 0	(Reference)	1. 0	(Reference)	1. 0	(Reference)	1. 0	(Reference)
年齢								
20-34 歳	1. 0	(Reference)	1. 0	(Reference)	1. 0	(Reference)	1. 0	(Reference)

35-49 歳	1.0	(0.8-1.3)	1.1	(0.9-1.5)	1.2	(0.8-1.8)	1.2	(0.8-1.9)
50-64 歳	1.4*	(1.1-1.8)	1.5*	(1.1-2.1)	1.5	(1.0-2.4)	1.6*	(1.03-2.5)
性別								
男	1.0	(Reference)	1.0	(Reference)	1.0	(Reference)	1.0	(Reference)
女	1.1	(0.9-1.3)	1.0	(0.8-1.2)	1.0	(0.8-1.3)	1.0	(0.7-1.4)
配偶関係								
未婚	1.0	(Reference)	1.0	(Reference)	1.0	(Reference)	1.0	(Reference)
既婚	1.2	(0.98-1.4)	0.8	(0.7-1.0)	0.9	(0.7-1.1)	0.8	(0.6-1.0)
離別・死別	1.2	(0.9-1.6)	1.0	(0.7-1.4)	1.1	(0.7-1.7)	0.9	(0.6-1.5)
世帯所得								
最も低い	1.0	(Reference)	1.0	(Reference)	1.0	(Reference)	1.0	(Reference)
低い	1.2	(0.9-1.4)	1.1	(0.9-1.4)	1.1	(0.8-1.5)	1.1	(0.8-1.5)
高い	1.2	(0.97-1.5)	1.0	(0.8-1.3)	0.9	(0.7-1.3)	1.2	(0.8-1.7)
最も高い	1.6*	(1.2-2.0)	1.3	(1.0-1.6)	1.2	(0.8-1.6)	1.5*	(1.03-2.1)
職場外での相談相手								
全くいない	1.0	(Reference)	1.0	(Reference)	1.0	(Reference)	1.0	(Reference)
いる	2.4*	(2.0-2.8)	2.0*	(1.7-2.4)	2.0*	(1.6-2.6)	2.1*	(1.6-2.7)

* $p < .05$.

働きながら受けられる治療方法って
ないのかな……

仕事は続けたいけれど、会社に
どう切り出せばいいのだろう……

病気のことを会社に知らせる
のもためらいが……

どうしよう？ 仕事…

市弘義憲史／講談社



ご存じですか？ 治療と仕事の両立支援

「治療と仕事の両立支援」とは、治療を続けながら、仕事を続けることです。主治医から両立可能の意見を得られ、あなたの気持ちが固まったら会社に相談してください。両立支援は、**あなたが会社へ申し出ること**からはじまります。

働き続けたいあなたを、医療機関と医療ソーシャルワーカーがサポート。

診断を受けた後の人生にも輝きを。あなただけの治療計画、私たちが一緒に考えます。



詳しくは
「**治療と仕事の両立支援ポータルサイト**」まで。
「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」をご活用ください。



附録 1. 両立支援の概要説明に用いた資料（出典：厚生労働省）

労災疾病臨床研究事業費補助金
事業場において治療と仕事の両立を支援するための配慮とその決定プロセスに関する研究
(200201-01)
令和 2 年度分担研究報告書

**聖マリアンナ医科大学病院における両立支援の新たな取組みによる
好事例の創出**

研究分担者 山野嘉久 聖マリアンナ医科大学脳神経内科/難病治療研究センター 教授
研究協力者 高田礼子 聖マリアンナ医科大学予防医学 教授
研究協力者 長谷川大輔 聖マリアンナ医科大学難病治療研究センター 非常勤講師
研究協力者 山徳雅人 聖マリアンナ医科大学脳神経内科 講師
研究協力者 萩原悠太 聖マリアンナ医科大学脳神経内科 講師
研究協力者 桑島則夫 聖マリアンナ医科大学病院 メディカルサポートセンター MSW

研究要旨：

日本の労働人口の約 3 人に 1 人が何らかの疾病を抱えながら就労しており、治療と仕事の両立支援の充実は喫緊の課題である。聖マリアンナ医科大学病院では、従来からメディカルソーシャルワーカー（MSW）や看護師を中心に、メディカルサポートセンターやがん相談支援センター窓口で就労に関する個別相談を受けていたが、2017 年度より神奈川県の高立支援促進に向けた神奈川モデル事業に参加し、2016 年 2 月に公表された厚生労働省ガイドラインに則した両立支援相談事業を展開してきた。具体的には、院内での両立支援に関するポスターの掲示、両立支援カードの外来での配布、入院患者への両立支援チラシの配布、MSW や医師によるセミナーや講演会を行い、両立支援促進に対して患者相談事業に継続的に取り組んでいる。また、2018 年度より両立支援が医学教育モデル・コア・カリキュラムに組み込まれたため、医学部生に対して「治療と職業生活の両立支援」の講義を実施し、教育活動も継続的に行っている。このような環境整備により、医療スタッフや患者における両立支援の普及は少しずつ拡大していたが、いまだ十分とはいえない状況であった。そこで我々は、両立支援を医療システムの中に実装することが重要と考え、2020 年度から「両立支援外来」を新設し、担当医師 3 名・MSW・看護師から成る両立支援外来チームを発足させた。また新たに 3 名の両立支援コーディネーター認定者を養成し、計 5 名の体制を構築した。その結果、当院における両立支援に関する医療相談件数のみならず、両立支援制度活用事例が著名に増加し、好事例を創出することが出来るようになった。以上より、両立支援を真に医療に根付かせるためには「両立支援外来の設置」が必須であり、設置した医療機関へのインセンティブを設けることが、両立支援の普及に重要であることを提言したい。今後は、患者・家族・医療従事者のみならず、事業者に対して継続的に広報周知をすすめて連携体制を構築し、両立支援推進の環境整備を推進していきたい。

A. 本取組の背景・目的

治療と仕事の両立支援とは、病気を抱えながらも、働く意欲・能力のある労働者が、仕事を理由として治療機会を逃すことなく、また、治療の必要性を理由として仕事の継続を妨げられることなく、適切な治療を受けながら生き生きと働き続けられる社会を目指す取り組みである。本邦においては、治療と仕事の両立支援は働き方改革の一貫

として、2016 年 2 月に厚生労働省が示した「事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン」を基に、各医療機関において本格的に着手された。このガイドラインでは、がん・脳卒中・心疾患・糖尿病・肝炎・難病など、反復・継続して治療が必要となる疾病を対象に、労働者が治療を続けながら働くことができる職場環境づくりを支援（無料）することを目指し

ている。特に就労「がん」患者に対しては、働き方をサポートするため第7次医療計画において、「仕事と治療の両立支援や就職支援、がん経験の就労継続支援の取組をがん患者に提供できるように周知すること」とされ、2018年度からはがん疾患を対象に療養・就労両立支援指導料として新規に保険適応・算定されるようになり、社会実装された。さらに2020年度からは、算定対象が拡大し新たに脳卒中、肝疾患、指定難病も算定可能となり、対象が拡大した。

このような背景を踏まえ、聖マリアンナ医科大学病院（以下、当院と略す）においても両立支援に関する様々な取り組みを行ってきた。しかしながらその普及には想定以上に時間がかかり、実際に活用される事例が少ないのが現状であった。そこで本研究では、両立支援活用の好事例を創出するために必要な要因を検討するために、これまでの活動をまとめ、また2020年度から「両立支援外来」を立ち上げ、その効果についても検討することとした。

B. 当院における両立支援開始の経緯

当院では、従来からメディカルサポートセンターという部署で、計13名のソーシャルワーカー（MSW）が就労に関する相談に対応する体制となっていた。

2016年4月、厚生労働省から治療と職業生活に関する医療機関向けのガイドラインが公表され、医療機能評価として医療機関における職員の両立支援が評価項目になり、患者向けにも例示された。

さらに2018年4月1日に適用された病院機能評価項目においても、患者中心の医療の推進として、患者・家族からのさまざまな相談に対応する窓口の設置、案内・周知、担当する職員の配置や人事労務管理としての職員の就労支援に向けた取り組みが病院機能評価の要素になった。

これらの背景を踏まえ、当院においても「治療と職業生活の両立支援」をオールマリアンナ（分院を含む）で病院全体としてトップダウン型で両立支援に取り組む方針となった。

C. 当院の両立支援のこれまでの現状

2017年度（平成29年度）、両立支援コーディネーター研修を受けた認定者2名（がん担当1名、非がん担当1名）を養成した。さらに、2020年度からは新たに3名の認定者を加え、計5名の両立支援コーディネーター認定者を養成し活動している（2021年1月末時点）。

2018年1月からは、神奈川産業保健総合支援センターを中心とした当院を含む神奈川県内4か所の医系大学病院（北里大学病院、聖マリアンナ医科大学病院、東海大学医学部付属病院、横浜市立大学附属病院）や労災系病院（関東労災病院、横浜労災病院）の各医療機関における患者（労働者）や上司からの「相談」、「個別訪問支援」及び「個別調整支援」の具体的な事例や各医療機関での両立支援促進方法等を情報共有する「神奈川両立支援モデル」と称した両立支援活動に参加した。本モデル活動では、年1-2回の両立支援担当者会議に出席し、積極的に事例紹介・現状や課題を共有し、神奈川県全体の両立支援促進に努めている。2021年3月（予定）の担当者会議では、神奈川産業保健総合支援センターで当院からの好事例（図7・図8）を他大学病院や労災病院に紹介し、神奈川県全体に情報共有する。

さらに2018年度、本モデル事業の一環として、医療機関オリジナルの「両立支援カード」「両立支援ポスター・ボード」（図1）を作成し、院内広報周知活動を実施した。当院では、両立支援に関するポスターの院内掲示のみならず、教育棟（医学部学生向け）や医学部棟（職員向け）にもポスター・ボードを設置し、若手医師や医学生を対象とした広報周知活動を行い、広報周知活動に努めている。

また、外来患者や家族を対象に、当院メディカルサポートセンター窓口、がん相談支援センターがんサロン内、両立支援担当医師の外来診察室、当院入院受付に、両立支援カードラックを設置し、当院の相談窓口と神奈川産業保健総合支援センターの相談窓口の電話番号を記載した「両立支援カード」を無料で配布し、これまで100枚以上のカードを配布している。

2018年11月5日には、両立支援を患者に効果的に周知するため、「治療と仕事の両

立支援チラシ（図2）」を入院時の案内冊子に入れるようにし、入院患者全員への周知を試みた。その結果、当院における就労に関する相談件数は軽度増加し、特に、がん以外の疾病別の内訳では難病で明らかに増加したことから、両立支援チラシの挿入効果はあったと考えられた。この結果をうけ、当院では両立支援案内のチラシ（白黒複写）を入院患者全てに継続的に配布している。

さらに、両立支援の啓蒙活動として、2018年度から、当院両立支援コーディネーターが成人がん患者・家族を対象とした院内勉強会や、両立支援専門家を招いて職員向けの院内勉強会を開催し、患者家族のみならず、院内職員に対する啓蒙活動を積極的に行った。また、2019年度は神奈川県産業保健総合支援センター主催の神奈川県の中小企業の事業主・担当者向けの両立支援セミナーで最新のがん治療について講演協力し、両立支援活動を活性化させた。しかしながら、2020年度は新型コロナウイルス感染症の影響で、講演会活動は実施できていない現状がある。

両立支援の発展には、医学部学生への教育も重要である。大学と病院の機能を併せ持つ大学病院の特色として期待される医学教育においては、2018年度に改訂された医学教育モデル・コア・カリキュラムにおいて、両立支援が「23 A-3-1) 全人的実践的能力」に、「患者の苦痛や不安感を配慮しながら、就学・就労、育児・介護等との両立支援を含め患者と家族に対して誠実で適切な支援を行える。」と記載された。

当学は、2018年度から医学部3年生を対象として「治療と職業生活の両立支援」の内容で医学生講義を開始し、コロナ渦である2020年度もWebclassを介したオンライン講義を継続した。

以上の取組から、当院においては両立支援に関する臨床・研究・教育活動を医療・教育機関として系統的に行い両立支援促進活動を継続的にを行っている。

D. 当院のこれまでの取り組みの課題

このように当院では2018年1月から、①両立支援ポスター・ボードの掲示

②両立支援カードの配布

③患者・職員・事業主向け勉強会の実施

④両立支援チラシの配布

等を行い、当院における両立支援（就労）に関する相談件数は、2018年度51件（月4.3件）から2019年度57件（月4.8件）と軽度の増加傾向を認めたが、療養・就労両立支援指導料算定件数は、2018年度2件（算定割合3.9%）、2019年度1件（算定割合1.7%）（計3件）と、算定に至る症例数が非常に少ないのが課題であった（図3）（図4）。

E. 当院の両立支援への新たな展開

このような結果を踏まえ、両立支援ニーズのある患者が適切な両立支援につながるためには、「両立支援を医療システムの中に実装することが必要」と考え、2020年8月より「両立支援外来」を新設した（図5）。

具体的には、両立支援外来を毎週水曜日（午後2時から）に開設し、当院通院中の両立支援を希望する就労患者（主に脳卒中・神経難病の患者）を対象に、さまざまな専門性（リハビリテーション専門医、神経内科専門医、脳卒中専門医、産業医、社会医学系専門医、在宅医）を持つ両立支援担当医師3名、両立支援コーディネーター認定者5名を含むMSWや両立支援に関心の高い看護師で構成された両立支援外来チームを発足させ活動を開始した（図5）。

まずは療養・就労両立支援指導料算定可能な脳卒中と指定難病患者を対象に、患者本人に勤務情報提供書の作成を依頼し、各専門や特色を活かした両立支援担当医師が作成した主治医意見書を外来で患者本人にお渡しする、「院内両立支援フロー」をMSWと連携して作成し、運用を開始した（図6）。

興味深いことに、両立支援専門外来開設後、当院における2020年度の両立支援（就労）に関する相談件数は2020年4月～2021年12月末までではあるが、すでに**65件（月7.1件ペース）**（図3）と、昨年度と比較して月あたりの両立支援相談件数は著明に増加し、当院における2020年度の療養・就労両立支援指導料算定件数も、2021年1月末時点ですでに**4件（算定割合6.2%）**と顕著な増加を認めた（図4）。算定対象の内訳は、①若年性パーキンソン病（40代男性）、②悪性リンパ腫（40代男性）、③脳卒中・被殻出血（50代女性）、④脳卒中（60代男

性)であり、がん・難病・脳卒中と幅広い疾患領域で認められた(図5)。

F. 両立支援外来症例の個別事例

当院で2020年8月に開設した両立支援外来では、2021年1月の時点で、計7例の患者が活用した。それら患者の、初診時年齢・性別・疾患名・職業に関するリストを示す(表1)。両立支援外来受診患者7例の内4例で療養・就労両立支援指導料を算定している。今後は症例を蓄積した上で、どのような患者が両立支援につながるか等について明らかにしていきたい。

最後に、両立支援外来における好事例として、①パーキンソン病(図7)と②脳卒中(被殻出血)(図8)の例について報告する。

一例目は、パーキンソン病の患者である(図7)。この患者は40歳代の男性で職業はバスの運転手であった。当院における両立支援経過は、2020年6月に最初に患者本人がバス会社の上司と一緒に当院外来に来院(初回来院日)。その際に予め想定した院内両立支援外来フロー(図6)の案内などを担当MSWが行い、勤務情報提供書を本人と上司に渡し、初回両立支援外来(2020年8月)の予定を立てた。同年8月両立支援初診時に奥様と一緒に本人が来院し、勤務情報提供書を持参し復職を希望、同日に配置換えの条件付きで復職可能と判定した主治医意見書を外来で両立支援担当医師が作成し、本人に渡した。その後、速やかに上司に受理され、事業所内で事務系の部署に配置転換され、同年12月に復職した。さらに、同月に両立支援外来再診にて復職後の状態を確認、報告書記載時点(2021年1月末)では、両立支援プランの見直しはなく、治療と仕事を上手く両立できている状況である。本症例では、まずMSW側において、患者本人の生活・就労背景事実について①外来通院・服薬に関する費用負担が必要であるため、医療の自己負担の長期化による経済的な不安(特に薬の自己負担金)があること(Problem #1)②運転したいが安全に運転できるのか、他にどんな仕事に就かされるのかなどの不安があること(Problem #2)③奥様(就労あり)・長女(来春に社会人)次女(高1)と4人暮らしであるが、

年金や福利厚生、社会保障制度などの把握に不安があること(Problem #3)、などの問題点(P1-3)を速やかに把握した。

その後、P1に対しては、社会保障調整制度として既に特定医療費(指定難病)受給者証取得できていること、また、その他の社会保障制度〔医療費:①高額療養費制度②限度額適用認定証③付加給付④傷病手当金⑤障害年金⑥精神障害者保健福祉手帳等〕(※別に会社独自の休業手当制度あり)について患者と個別調整した上で、本人がこれらの制度を活用しやすい環境を支援し、医療費負担額の見通しをたてた。

P2とP3に対しては、両立支援外来チームを介して、①運転業務はパーキンソン病による運動症状の出現の可能性があるため、部署変更の必要性が生じる可能性があることについて、事前に医師を含めた医療者側と本人が情報を共有した。②本人自身で職場と相談をするために、両立支援外来初診時に提出した勤務情報提供書に基づき、主治医意見書を早急に記載し、本人に渡した。③その後、医師意見書に基づいた配置転換による復職実施状況、復職後の就労継続判断、④抗パーキンソン病薬投薬調整を、両立支援外来再診にて実施した。さらに、P3に対する補足サポートとして、主に担当MSWを介して家族サポート環境調整を行い、事業者から提出を求められた必要な診断書などの書類作成について、担当MSWから家庭の経済的な管理をしている奥さんに個別に電話等での連絡対応を継続的に行った。これらの担当MSWの地道な両立支援活動が、結果として事業者との関係性についての就労状況の把握(当初から病気については患者本人から上司に直接伝えられていたということを聴取できていた)につながり、実際に2020年6月に事業者側の担当者(上司)との直接の来院相談となったものと推測された。さらに重要なことに、来院と同時に勤務情報提供書の雛形を直接MSWより説明し渡せていた事前準備が、両立支援外来受診の初回成功につながったと考えられた。

初回の両立支援外来では、月1回の脳神経内科外来で主に投薬(抗パーキンソン病薬)の調整目的に医療(外来通院)を継続する必要があること、歩行や運動障害(左

足のひきずり）はあるが投薬調整すれば就労は可能であること、バスの運転手に復職するのは難しい（配置換え等による復職は可能）こと等を、医学的に総合的に判断（診断）した旨を両立支援外来担当医師から本人・ご家族に説明したところ、病状の速やかな理解に結びついた。さらに復職後の再診外来においては、投薬中の体力はバスを運転していた時と比較して同等レベルであることなどを聴取でき、患者の気力や体力が明らかに回復していることが確認できた。

本事例では、治療面では外来通院と投薬にて就労継続可能な状況になり、本人のみの通院による月1回の外来通院の状況まで回復した。また、仕事面では、主治医意見書記載から4か月間の休職を要したが、事業所内での配置転換から復職を開始し、その後は同じ部署での通常業務を行うことが継続できるようになり、両立支援の好事例と考えられる。

二例目は、脳卒中（左被殻出血後）の患者である。この症例は50歳代の女性で、職業は学校法人の図書館司書である。2020年12月に本人のみで当院メディカルサポートセンター窓口を訪れ（初回来院日）、担当MSWから勤務情報提供書の説明を行い、両立支援を希望したため、後日自宅に勤務情報提供書を郵送、2021年1月に両立支援外来予定となった。2021年1月の両立支援外来初診時、本人のみで来院し、利用可能な様々な社内制度があることが記載された勤務情報提供書を持参した。同日両立支援外来主治医（リハビリテーション専門医）が、通勤は家族が車で送迎すること、勤務は業務を1日3時間に短縮すること（時短勤務制度を利用）、通常業務に必要な書類作成は在宅にてリモートで行うこと（在宅勤務制度を利用）などの条件付きで復職可と判定し、主治医意見書を外来終了後に渡した。その後、速やかに事業所で主治医意見書が受理され、同年同月（意見書作成日から13日後）に早期復職予定となり、同年2月に復職後の治療と仕事の状況を確認するため、両立支援外来受診予定となった。

本症例では、まず当院MSW側において本人の社会的事実関係の把握を行い、生活・就労背景事実について、①本人の現職は図書館司書（脳出血後遺症がある中で、これ

まで通り働けるのか？）（P1）②本人の個別事情として、雇用形態は非常勤（パート）であり、健康保険は夫の扶養であったため、公的な医療制度や会社福利厚生制度などの社会保障制度把握への対応は不要であったが、早期復職への強い焦りがある（自分はいつから働けるようになるのか？）（P2）と、2点の問題点を確認した。また、事業者との関係性について、①実際に勤務情報提供書のひな型を郵送した際に健康保険は夫の扶養となっていたことを本人と共有できた。②病気については、目立った運動障害や麻痺はなく、失語症状に対する外来通院（投薬）やリハビリの介入で早期退院・復職支援が可能であることを急性期入院加療中から早急に両立支援担当医師から情報共有できていたため、入院早期に患者に案内できていた。さらに、当院における両立支援外来チームを介して、P1に対しては脳出血後遺症による目立った運動障害はないものの、失語症状があるため、復職には時短勤務制度や在宅勤務制度があることを医師を含めた医療者側と本人が事前に共有した。また、本人自身が職場と相談をするために、勤務情報提供書に基づき、主治医意見書を早急に記載し、本人に渡した。その後、医師意見書に基づいた時短勤務制度・在宅勤務制度を利用した復職実施が意見書作成から2週間以内に実施され、意見書作成から1ヶ月程度で復職状況を確認できる予定となった。また、P2に対する補足サポートとして、主に担当MSWが書類作成などの環境調整を行い、患者本人に勤務情報提供書を入院中に案内し、事業者にいち早く就労（復職）に必要な情報（主治医診断書など）を会社に提出する等両立支援に対して促進的な環境調整を行った。最終的に、初回両立支援外来では、両立支援担当医師が、月1回の脳神経内科外来通院サイクルで検査・投薬・リハビリ目的で医療を継続する必要があることや、後遺症として失語症状はあるが投薬（内服）・リハビリを継続し、会社の時短勤務制度や在宅勤務制度を利用すれば配置換えなく、就労（復職）は可能であると医学的に総合的に判断（診断）した旨を本人・ご家族に説明し、病状の速やかな理解が得られた。

本事例では、治療面では、外来通院と投

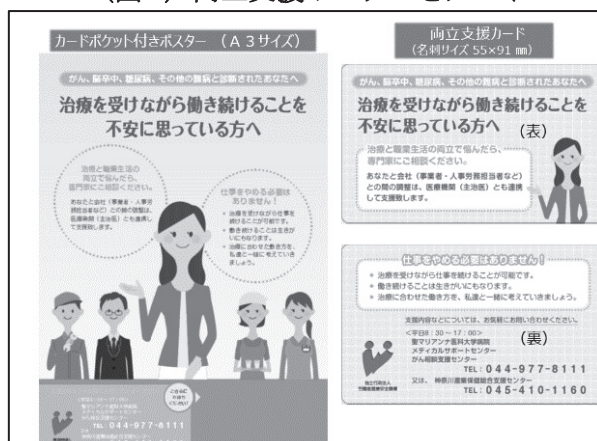
薬にて就労継続可能な状況になり、現在、本人のみの通院による月 1 回の外来通院の状況まで回復してきている。また、仕事面では、時短勤務制度や在宅勤務制度を利用することにはなったが、主治医意見書記載から 2 週間以内で復職可能となった。両立支援による就労相談から早期職場復帰がかなった好事例と考えられる。

G. まとめ

治療と就労の両立支援に対する当院の新たな展開である「両立支援外来」の設置とその効果、ならびに最近の両立支援好事例について報告した。両立支援外来の設置により、相談件数のみならず両立支援の実現に至った患者数が飛躍的に増えたことから、

両立支援を真に医療に普及していくためには、両立支援外来の設置を推進していくような制度設計が重要であると考えられた。今後、両立支援外来での症例をさらに蓄積していくため、治療と職業生活の両立支援事業の認識を拡げていけるように院内関係者への普及啓発活動をすすめていくと共に、事業者との協力体制の構築にも挑戦し、好事例を増やしていけるように努めたい。

(図1) 両立支援ポスターとカード



(図2) 両立支援チラシ



(図3) 両立支援に関する医療相談件数

当院における両立支援に関する医療相談件数

※4月～12月末

● 相談全件数

	4月～3月 (件)	月あたり (件)
2020年度※	65	7.1
2019年度	57	4.8
2018年度	51	4.3

昨年度と比較して月あたりの両立支援相談件数は著明に増加している。

① 担当窓口別内訳 (件数)

	メディカルサポート センター (MSC)	がん相談支援 センター	計 (件)
2020年度※	33	32	65
2019年度	24	33	57
2018年度	27	24	51

がん以外の担当窓口別で増加している。

② 疾病別内訳 (がん・がん以外)

	がん	がん以外	計 (件)	がん以外の割合 (%)
2020年度※	37	28	65	43.1%
2019年度	37	20	57	35.1%
2018年度	28	23	51	45.1%

昨年度と比較してがん以外の相談件数割合が増加している。

③ 疾病別内訳 (算定対象・それ以外)

	がん	脳病	脳卒中	慢性肝疾患	それ以外	計
2020年度※	37	7	5	0	16	65
2019年度	37	9	0	0	11	57
2018年度	28	9	5	0	9	51

昨年度と比較して算定対象疾患以外での相談件数が増加している傾向がある。

(図4) 療養・就労両立支援指導料算定件数と内訳

当院における療養・就労両立支援指導料算定について

療養・就労両立支援指導料算定件数：計 7 件

	該当件数 (件)	算定割合 (%)
2020年度※	4	6.2
2019年度	1	1.7
2018年度	2	3.9

※4月～2021年1月末まで

(2018年度～2020年度1月末まで)

(内訳：)

○メディカルサポートセンター 4件 (脳神経内科・血液内科) …男性3例 女性1例

- ① 40代 若年性パーキンソン病 ② 40代 悪性リンパ腫 ③ 50代 脳卒中 (被殻出血)
④ 60代 脳卒中 (脳出血)

○がん相談支援センター 3件 (腫瘍内科) …男性3例

- ① 50代 大腸がん ② 40代 胃がん ③ 30代 胃がん

2020年度は胃がん以外では指定難病であるパーキンソン病と脳卒中で算定があった。

(図5) 当院両立支援外来の新設

当院における治療と仕事の両立支援外来受診患者リスト

初診時年齢	性別	疾患名	職業
43	男性	パーキンソン病 (難病)	バス運転手
53	男性	キャッスルマン病 (難病)	建築現場監督
60	男性	脳出血後遺症 (脳卒中)	デスクワーク
49	男性	重症筋無力症 (難病)	デスクワーク
57	男性	脳梗塞(フレンベルグ症候群)後遺症 (脳卒中)	企業管理職
59	女性	左被殻出血後遺症 (脳卒中)	図書館司書
61	男性	脳出血後遺症 (脳卒中)	フォークリフト運転手

(2020年8月～2021年1月末まで)

下線：算定案件

(図7) 両立支援個別事例(①難病)

【事例】40歳代 男性 若年性パーキンソン病(指定難病)										
性別	疾患名	職業	就労支援案内日 (初回来院日) (勤務情報提供 書提供)	両立支援初診日	主治医意見書 作成日 (※14日以内に 作成)	主治医意見書の 会社への提出 日	就労開始・ 復職日	両立支援再診日 (2回目)	両立支 援プラン 変更の有無	両立支援再診日 (3回目) (予定)
男性	パーキンソン病 (発症2018/02)	バス の運 転手	2020/06 (上司と一緒に 来院)	2020/08 (ご家族・奥さ んと一緒に来 院)	2020/08 (ご家族・奥 さんと一緒に 来院) 配置換えの条 件付きで復職 可能と判定	2020/09 事業所で受理	2020/12 バス会社の 給油誘導係 への配置転 換あり	2020/12 (本人一人で来 院) (奥さん仕事の ため) (本来の体力と 比較して抗パー キンソン病薬投 薬中は100%同 レベル、オフの 時間は50%の状 態になる。)	無 (投薬 調整の み)	2021/01

(図8) 両立支援個別事例(②脳卒中)

【事例】 50歳代 女性 左被殻出血後遺症（脳卒中）								
性別	疾患名	職業	就労支援案内日 （初回来院日）	両立支援初診日	主治医意見書作 成日 （※14日以内に 作成）	主治医意見書の会 社への提出日	就労開始・ 復職日	両立支援再診 日 （2回目） （予定）
女性	左被殻出血後遺 症（発症 2020/12）	学校法人の 図書館司書	2020/12	2021/01 （本人のみ来院）	2021/01 通勤は家族に車 で送ってもらい、 本の貸し出し・ 整理の業務を3 時間行うこと。 （時短勤務） 書類作成は在宅 でリモートでも 行う（在宅勤 務）などの条件 付きで復職可と 判定した。	2021/01 意見書作成日翌日 事業所で受理	2021/01 意見書作成日 から13日後に 復職予定と なった。	2021/02 外来予定

労災疾病臨床研究事業費補助金
事業場において治療と仕事の両立を支援するための配慮とその決定プロセスに
関する研究（200201-01）
分担研究報告書

横浜市立大学附属病院での取り組み
（消化器疾患での両立支援（難病を含む））

研究分担者：斉藤 聡 横浜市立大学附属病院・肝胆膵消化器病学

研究要旨：疾病の治療と就労を両立させるために、事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドラインが策定され（厚生労働省 2016）、毎年内容が改訂されてきた（厚生労働省 2019）。本研究では両立支援を行う際に、疾患横断的に個々の症状をベースに労使間で合意形成がなされるプロセスについて事例収集し、収集した事例から、指標となる標準的な合意形成のプロセスとその評価指標、マニュアル、事例集の提案を目的とする。横浜市立大学附属病院では特に消化器疾患における医療機関での両立支援の取り組みに関する現状を評価し、これからの課題を解決することを目標とした。今年度は好事例や、両立支援に繋がらなかった例などを抽出しその問題点を明らかにし、患者が両立支援のシステムにより参加しやすい方法を模索することとした。

A. 研究目的

疾病の治療と就労を両立させるために、事業場における治療と仕事の両立支援（以下、両立支援）のためのガイドラインが策定され、疾患を抱えた患者が治療を受けながら仕事が継続できるようなシステムの確立が勧められている。その意義としては労働者にとっては「疾病にかかったとしても、本人が希望すれば疾病を増悪させることがないよう、適切な治療を受けながら、仕事を続けることが可能となる」。医療者にとっては「仕事を理由とする治療の中断や、仕事の過度な負荷による疾病の増悪を防ぐことで、疾病の治療を効果的に進めることが可能となる」。2018年4月の診療報酬改定では、がん患者の治療と仕事の両立支援の関する診療報酬が新設され、7月の「雇用対策法」の改正により両立支援に関する事項が追加された。さらに2020年度からは対象疾患が、がんのみならず脳血管疾患、肝疾患、指定難病にまで広げられた。

本研究では、横浜市立大学附属病院における両立支援の状況を収集し、その問題点を解析する。また消化器疾患患者の好事例からどのような問題点があるかを解析し今後の改善点を明らかにすること

が目的である。

B. 研究方法

2020年4月から2021年1月15日の間、横浜市立大学附属病院で「両立支援」としてソーシャルワーカーが介入した患者53例について下記を解析した。

①性別、②疾患、③就労状況、④雇用形態、⑤産業医の有無、⑥両立支援の相談の紹介元、⑦2020年11月11日に行った医療者向け「両立支援を考える会 in Yokohama」前後の相談数の変化。

また消化器疾患における両立支援の相談を受けた事例の詳細を解析した。

C. 研究結果

1）横浜市立大学では2018年12月より厚生労働省作成の「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」を参考に独自の書類を作成した。またこの時の両立支援に関する診療報酬の新設はがんに対してのみであったが、患者自身の希望があればその他の疾患でも有料で書類作成が可能として支援を開始した。その後はがん、脳血管疾患、肝疾患、指定難病を中心に両立支援希望者に書類の作成を行っている。下記は当院における両立支援の流れ

である (Fig. 1)。

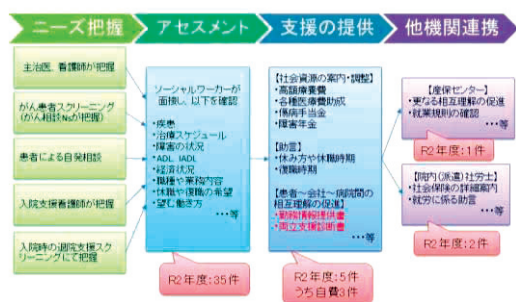


Fig. 1 : 当院における両立支援の流れ

2) ソーシャルワーカーが介入した症例の状況について行った解析結果を示す (Fig. 2)。

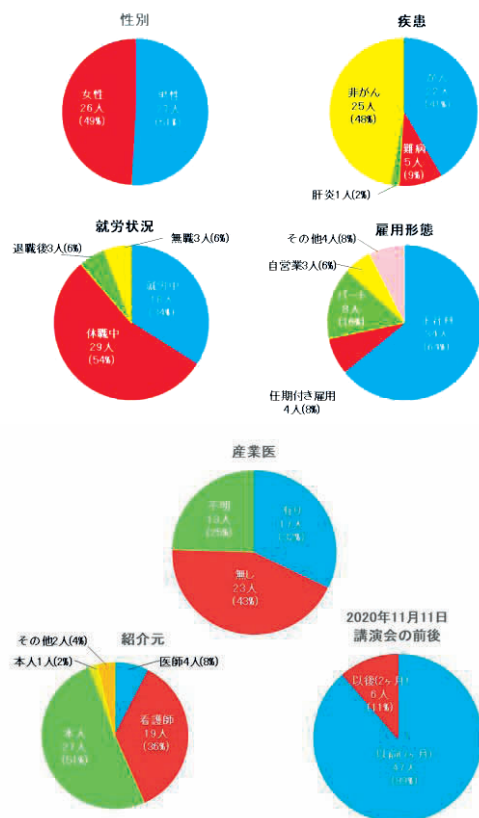


Fig. 2 : ソーシャルワーカーが介入した症例

本解析から、疾患はがんのみならず非がん患者が半数以上相談に訪れていることがわかる。労働状況では相談に訪れている段階で休職しているケースが半数以上あった。雇用形態では正社員が半数以上であるが、パートなどでも相談に訪れている。産業医の有無では明らかに産業医がいるケ

ースは32%程度にとどまっていた。ケースワーカーのもとを訪れた方は、自主的に患者本人が訪れたケースが半数であったが、紹介された場合は看護師からが36%で医師からは10%にも満たなかった。2020年11月11日に大学内で行った医療者向け「両立支援を考える会in Yokohama」の講演前後で比較した場合、残念ながら相談数が増加する結果にはつなげていなかった。

3) 消化器疾患の患者における両立支援の事例を示す。

ケース 1 :

①肝障害で退院時に診断書を希望される。診断名と入院期間、在宅療養を必要とする期間を記載した診断書を作成。

②先方の産業医より発症から初診まで、治療経過、就業上の配慮に関する意見、時間外勤務や復職予定日などの問い合わせの書類あり。

③最終的には両立支援の書式は使用できず。就労・両立支援の指導までは至らず。→反省点: 最初の書類の依頼時に両立支援についての説明をすべきであった。

ケース 2 :

①がん治療後、脂肪肝による肝障害を発症。産業医からは休業を指示される。

②仕儀と復帰の希望もありご本人より勤務情報提供書に労働状況などを記載していただく。

③職場復帰可能であること、残業などについて記載した主治医意見書を作成。

→両立支援としての形態は成立したが、最終的に産業医からは、その後のプランなどについては報告なし。

D. 考察

患者が仕事と治療の両立支援を目的にケースワーカーに相談に来た場合、その多くは退職、または休職をしてきている。その理由としては、①会社に迷惑をかけたくない、②先が見えずに治療の副作用が心配である、③通院の時間が気になる、などが挙げられる。仕事を辞めてきてしまっは、仕事と治療の両立につなげるのは難しく、まずは患者が仕事を辞めない意思決定をすることが最も必要であると考え。これ

は疾患の告知をする医師が最初の段階で仕事と治療の両立が可能であることについて触れる必要があると思われる。

なし

今回行った、今年度の両立支援の相談は自主的にソーシャルワーカーを訪れたケースが多いことが分かったが、紹介されて訪れたケースは医師からの紹介が少なく、診療し患者に接している医師へのさらなる啓発が必要であることが判る。

また両立支援の必要な情報の提供のやり取りは企業では産業医が中心となることが予測されるが、産業医がいることが明らかでないケースが半数以上であった。この場合の企業側の窓口の明確化は重要である。また診療医から療養・就労両立支援の意見書を提出しても、産業医からその後のプランが返ってくることはまだ少ない。この点から産業医への治療と仕事の両立支援のシステムについての啓発がさらに必要であると思われる。

E. 結論

今回の結果から仕事と治療の両立支援を希望されるケースはがん患者のみならず、非がん疾患の患者でも多く認められた。患者と接する医療者はがんの告知の時だけでなく、非がんの疾患であったとしても、治療しながら就労を継続することが予測される場合は、早い時期より仕事と治療の両立支援についての情報を伝え、患者が仕事を辞める前に両立支援のシステムにつなげる必要がある。現状は患者のみならず、治療を行う医療者や企業側の窓口となる産業医にもこのシステムが認知されているかは疑問である。さらなる啓発活動が必要である。

F. 研究発表(本研究に関わるもの)

- (1) がん就労の両立支援を考える会 in
Yokohama 2020年11月11日、横浜

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他

労災疾病臨床研究事業費補助金
事業場において治療と仕事の両立を支援するための配慮とその決定プロセスに関する研究
(200201-01)
分担研究報告書

肝疾患に関する専門的助言と大学病院との連携 ―肝疾患コーディネーターに おける両立支援の取り組みと大学病院における取組―

研究分担者 古屋 博行 東海大学医学部基盤診療学系 衛生学公衆衛生学・准教授

研究要旨

肝炎医療コーディネーターの養成に関する通知（平成 29 年）以降、神奈川県でも地域、職域における医療関係職を対象にコーディネーター研修が実施され、その中で肝炎を中心に治療と仕事の両立支援への取組も進めて来た。調剤薬局薬剤師は、肝炎の他、がん、糖尿病に患者からの相談も受けており、薬剤師から両立支援窓口にどのようにつなげるかが課題と考えられた。欧米においてアドヒアランス向上のための薬剤師介入プログラムの有効性が示されており、HCV 経口治療薬に特化したプログラムもある。アドヒアランス向上のための両立支援を考える際に参考になると考えられた。

A. 研究目的

肝疾患コーディネーターは身近な地域や職域、あるいは病院等に配置され、それぞれが所属する領域に応じて必要とされる肝炎に関する基礎的な知識や情報を提供し、肝炎への理解の浸透、相談に対する助言や相談窓口の案内、受検や受診の勧奨、制度の説明などを行う。肝炎の「予防」、「受検」、「受診」、「受療」と「フォローアップ」が促進されることが期待される。神奈川県でも平成 30 年から養成され、コーディネーター所属機関が県のホームページで公開されており、調剤薬局薬剤師が多く登録されている。肝疾患コーディネーターにも治療と仕事の両立支援に結びつく役割が期待されており、これまでの相談状況について調査した。海外において C 型慢性肝炎の進展、C 型慢性肝炎に対する経口治療薬について患者の労働生産性に関するアウトカム指標を含む報告が多い。また、C 型肝炎ウイルスに対する経口治療薬のアドヒアランス向上のために薬剤師による介入プログラムも認められることから文献調査により明らかにする。

B. 研究方法

(1) 東海大学医学部附属病院肝疾患医療主催で肝疾患コーディネーター研修会（神奈川県認定）が Web セミナー形式で実

施された（図 1）。研修会参加者に対して両立支援に関する相談状況について調査した。



図 1. 肝疾患コーディネーター研修会

(2) C 型肝炎患者の治療前後の労働生産性に関する文献と薬剤師による支援に関する文献による調査を行った。

(3) 東海大学医学部附属病院における治療と仕事、就労に関する相談状況に関する聞き取り調査

(倫理面への配慮)

当院での臨床研究審査は取得済み（東海大学 20R296）（2021 年 1 月 13 日）で両立支援、就労支援に関する相談件数に関して

調査中、その結果を受けて令和 3 年度聞き取り調査の計画を予定。

C. 研究結果

(1) 肝疾患コーディネーター研修会（神奈川県認定）での両立支援に関するアンケート調査

今回の肝炎医療コーディネーター研修会参加者 151 名の勤務先は、薬局が 87 人（57.6%）、病院が 57 人（37.7%）で、その他、製薬企業が 1 名であった。これまでウイルス性肝炎患者さんからの相談受付があったと答えた人は、49 人（32.5%）であった。これら 49 人について、相談に役立った知識として、複数回答で①病気についての知識が 40 人（81.6%）、②公費助成に関する知識が 30 人（61.2%）、③治療機関に関する知識が 7 人（14.3%）であった。具体的に相談を受けた場面として、複数回答可で、①薬剤指導時あるいは検査時が 24 人（49%）、②患者等から直接相談を受けた時 27 人（55.1%）、③患者・市民向けのセミナー等の時が 3 人と、患者等から直接相談を受ける機会が多いことがわかった。

相談内容としては、①治療内容・方法が 37 人（75.5%）と最も多く、次いで②経済的問題が 26 人（53.1%）、③治療機関に関するものが 10 人（20.4%）、④就労問題が 6 人（12.2%）であった。肝炎に限らず「仕事と治療の両立」について相談の有無は、実際に相談受付のあった人が 29 人（19.2%）であった。相談のあった 29 人について、複数回答でどのような疾患があったか聞いたところ、①がんが 17 人（58.6%）、②糖尿病が 8 人（27.6%）、③肝炎が 8 人（27.6%）と同数で、④難病が 4 人（13.8%）であった。今回は肝炎医療コーディネーターが対象であり、肝炎患者からの相談を受けやすいことで高い割合であったと考えられる。「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドラインマニュアル」（厚労省 HP）で、肝炎患者さんへの治療と仕事と両立支援に役立つ事例があることについて知っている人が 21 人（13.9%）であり、厚生労働省による両立支援の取り組みについて医療関係職への周

知が十分でない可能性が示唆された。今後、肝疾患を含む患者さんへ治療と仕事の両立支援を行うために必要な知識、課題については、「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドラインマニュアル」（厚労省 HP）で、肝炎患者さんへの治療と仕事と両立支援に役立つ事例があることについて知っていると回答した中の 13 人からの意見では、主治医との連携、労働者への配慮方法を課題と考える人が多かった（資料 1 参照）。一方、治療と仕事の両立支援のためのガイドラインマニュアルや肝炎患者さんへの治療と仕事と両立支援に役立つ事例を知らなかった人の中の 75 人からの意見では、上記に加えて、ガイドラインマニュアルにも記載されている患者労働者が利用できる制度の他、職場や事業者側の疾患に関する理解を求める意見が目立っていた（資料 1 参照）。

(2) C 型肝炎患者の治療前後の労働生産性と薬剤師による支援に関する文献調査

① C 型肝炎患者の病状に伴う労働生産性の変化

C 型肝炎治療の経口薬は、「ソバルディ」は新薬として保険適用が承認された当初は一錠約 6 万千円と高額であり、費用対効果については高い関心があった。そのためアウトカムの中に労働生産性が含まれている。承認前の臨床試験や製販後調査において労働生産性指標 WPAI、HCV に特化した WPAI:HCV が使用され報告されている。

Work Productivity and Activity Impairment (WPAI:HCV)

5) During the past seven days, how much did hepatitis C affect your productivity while you were working?

Think about days you were limited in the amount or kind of work you could do, days you accomplished less than you would like, or days you could not do your work as carefully as usual. If hepatitis C affected your work only a little, choose a low number. Choose a high number if hepatitis C affected your work a great deal.

Consider only how much hepatitis C affected productivity while you were working.

Hepatitis C had no effect on work	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Hepatitis C completely prevented me from working
-----------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--

CIRCLE A NUMBER

6) During the past seven days, how much did hepatitis C affect your ability to do your regular daily activities, other than work at a job?

C型肝炎患者の病態と労働生産性に関する文献調査

Table 3 Mean hours worked, hours missed from work, and effect of HCV on productivity and ability to perform daily activities in the past 7 days.

Disease status	Hours worked	Hours missed from work due to HCV	Hours missed from work for other reasons	HCV effect on productivity while working (0-10) ^a	HCV effect on ability to do daily activities (0-10) ^a
Chronic, asymptomatic	25.34 (n=82)	2.65 (n=81)	1.79 (n=72)	1.79 (n=85)	2.75 (n=169)
Chronic, symptomatic	24.00 (n=18)	7.24 (n=17)	4.38 (n=16)	4.17 (n=18)	4.49 (n=47)
Compensated cirrhosis	21.67 (n=3)	8.33 (n=3)	0.00 (n=3)	5.33 (n=3)	4.56 (n=18)
Decompensated cirrhosis	20.00 (n=1)	20.00 (n=1)	15.00 (n=1)	10.00 (n=1)	6.90 (n=10)
P value	0.8812	0.0494	0.0600	0.0026	<0.0001

^a Among employed and unemployed patients.

Samp J.C. et al. Patient health utility, work productivity, and lifestyle impairment in chronic hepatitis C patients in France. 2015

HCV 慢性肝炎、肝硬変により労働時間の有意な減少、と労働生産性の有意な低下を認めている。また、治療前後での変化については、Younossi ら (2019) による最近の研究でも、HBV 治療前後では WPAI による労働生産性の改善を認め、HCV 治療前後では absenteeism に改善を認めたと報告している。Younossi ら (2018) は、初回プラセボ投与群に対して HCV 治療後に absenteeism 以外で有意な改善認めたと報告している。

② HCV 治療における薬剤師によるアドヒアランス向上支援に関する文献調査 一般的に薬剤師の介入によるアドヒアランス向上の研究については、Wilczynski et. al.による Cochrane Library のレビュー (2014)、Kini V. and Ho M.P. によるレビュー (2018) で報告されている。HCV に特化した薬剤師による介入するタイミングをプログラムも提案されている。Naidjate S.S.らは、薬剤師が 5-10 回服薬状況を面接するクリニックと、薬剤師による初回の服薬指導のみ一回の場合について、SVR12 や服薬完遂のアウトカムに有意差を認めなかったと報告している。一方、HCV 治療を完遂するための薬剤師による具体的な介入プログラムも提案されている。



(3) 東海大学医学部附属病院における治療と仕事、就労に関する相談状況に関する

聞き取り調査

当院総合相談室における 2020 年度 1 月末までのべ相談回数 (同一患者さんの複数回相談も別としてカウント) は、社会復帰支援に関する相談が 457 件、その中では相談支援センターにおける就労相談は 77 件で、コロナ禍でも 2019 年度と同程度の件数が認められた。特に、就労に関して神奈川県及び神奈川産業保健総合支援センターから派遣された社会保険労務士による相談は 6 件と 2019 年度と同程度であった。また、ハローワーク平塚から派遣された職員による相談件数は、新型コロナのため相談を中止したため、12 件にとどまり前年度より少なかった。その中には患者さんではなく MSW がハローワーク職員と相談しつつ支援した事例もあり、今後インタビューにより詳細について調査を予定している。

D. 考察

慢性疾患治療中の患者さんには薬剤師が長く関わるが多いため、治療と仕事の両立支援のきっかけに遭遇する機会が 今回の薬剤師を対象とした肝疾患コーディネーター研修会でも 29 人 (19.2%) に患者さんから治療と仕事の両立に関連する相談を受けていたことから、各相談について医療機関の相談支援センターにいかにつなげるかが重要と考えられる。海外における HCV 治療完遂のための薬剤師による支援プログラムや学際的な取り組みは、両立支援の参考になるモデルの一つと考えられた。

E. 結論

肝疾患コーディネーター研修会参加者への調査から、薬剤師は肝炎の他、がん、糖尿病患者から両立支援に関連した相談を受けていた。一方、「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドラインマニュアル」(厚労省 HP)で、肝炎患者さんへの治療と仕事と両立支援に役立つ事例があることについて知っている人は 13.9%にとどまっていた。慢性疾患の治療において、薬剤師が継続的に関われることから両立支援のきっかけを把握出来る可能性があるものの、両立支援の相談窓口にどのようにつなげるかに課題があった。

病院において、両立支援に携わる職種として社会保険労務士、ハローワーク職員が派遣され、単に相談窓口を病院に開設するだけでなく、病院の MSW と協調して問題解決に繋がった事例も見られた。今後、多職種によるチームワークが期待される。

F. 健康危険情報

該当せず。

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

該当せず。

I. 文献

1) Samp JC, Perry R, Piercy J, Wood R, Baran RW. Patient health utility, work productivity, and lifestyle impairment in chronic hepatitis C patients in France. Clin Res Hepatol Gastroenterol. 2015 Jun;39(3):307-14.

2) Younossi ZM, Stepanova M, Younossi I, Papatheodoridis G, Janssen HLA, Agarwal K, Nguyen MH, Gane E, Tsai N, Nader F. Patient-reported outcomes in patients chronic viral hepatitis without cirrhosis: The impact of hepatitis B and C viral replication. Liver Int. 2019 Oct;39(10):1837-1844. doi:

3) Younossi ZM, Stepanova M, Reddy R, Manns MP, Bourliere M, Gordon SC, Schiff E, Tran T, Younossi I, Racila A. Viral eradication is required for sustained improvement of patient-reported outcomes in patients

with hepatitis C. Liver Int. 2019 Jan;39(1):54-59.

4) Sivaramalingam B, Iserman E, Mustafa RA, Jedraszewski D, Cotoi C, Haynes RB. Interventions for enhancing medication adherence. Cochrane Database Syst Rev. 2014 Nov 20;2014(11):CD000011.

5) Kini V, Ho PM. Interventions to Improve Medication Adherence: A Review. JAMA. 2018 Dec 18;320(23):2461-2473.

6) Naidjate SS, Zullo AR, Dapaah-Afriyie R, Hersey ML, Marshall BDL, Winkler RM, Berard-Collins C. Comparative effectiveness of pharmacist care delivery models for hepatitis C clinics. Am J Health Syst Pharm. 2019 May 2;76(10):646-653.

7) Zuckerman A, Carver A, Chastain CA. Building a Hepatitis C Clinical Program: Strategies to Optimize Outcomes. Curr Treat Options Infect Dis. 2018;10(4):431-446.

労災疾病臨床研究事業費補助金
事業場において治療と仕事の両立を支援するための配慮とその決定プロセスに関する研究
(200201-01)
令和 2 年度分担研究報告書

労働者個々の症状をベースにした両立支援に関する労使間の合意形成に関する標準的なプロセスの検討と運用ツールの開発

研究分担者 梶木繁之
株式会社産業保健コンサルティングアルク 代表取締役
センクス産業医事務所 パートナー医師
広島大学医学部公衆衛生学 客員准教授
産業医科大学産業生態科学研究所産業保健経営学 非常勤講師

研究要旨

本研究は、中小零細企業でも利用可能な治療と仕事の両立支援のための運用ツール（ウェブシステム）の開発を目的としている。今年度は、別のジャンルで先行して利用されている類似ツールについて情報収集を行い、ウェブシステムの完成形を検討しつつ、このシステムに必要な基礎情報（入力情報）と出力情報との関連を患者本人（労働者）の「自覚症状」と「職場の業務特性」から「就業上の配慮事項」につなぐアルゴリズムとして整理した。

また両立支援のプロセスの途中で行き交う情報の流れと関与する登場人物（労働者：患者本人、上司、人事担当者、主治医）との関係を理解するため、5つの疾病に基づくシナリオを作成し、両立支援に関与している様々な職種（主治医、産業医、両立支援促進員、ソーシャルワーカー、社会保険労務士、両立支援コーディネーター）から意見を集め、ウェブシステムの構築に応用した。その後、インターネット上で利用することを想定した入出力画面の一部を作成した。次年度は、本人の「自覚症状」と「職場の業務特性」の数を増やし、それとともに必要となる「就業上の配慮事項」の種類も増やした上でアルゴリズムを再整備する。また、現時点ではがん患者のみとしている対象疾患を、その他難病や肝臓疾患等にも広げて検討していく予定である。さらに、上記の結果に対して広く専門家に意見を徴収し、アルゴリズムの妥当性の検証とウェブシステムの改良を行う。

研究協力者

平岡 晃 コマツ 健康増進センタ 副所長
加来佐和子 国立がん研究センター中央病院 放射線診断科医員・地域医療連携部

援ツールを検討することを目的とした。

なお、簡易な両立支援のための運用ツール（以下 ウェブシステム）のコンセプトは、主任研究者及び研究協力者からなる研究班メンバーでの事前検討によって以下のように設定した。

A. 研究目的

本研究では、がんなどの疾病を持つ労働者が病気及び加療（通院・自宅療養など）による症状を保有しながらも休職から職場に復帰する際、事業者（主に人事労務担当者と復職先の上司）との間で「治療と仕事の両立」に必要な話し合いが行われ、それぞれが納得の上で、主治医に対し両立支援（就労継続）に必要な項目を選択してもらう（主治医が就労継続に必要な配慮事項を提示すること）を可能にするウェブ上の簡易な支

1) ウェブ（インターネット）上で入力できる

2) 労働者本人の就労意欲を前提に、上司や人事の担当者の合意を得るプロセスを含む

3) 産業医が不在もしくは関与が少ない中小零細企業での利用も想定する

4) 過去（既存）の研究成果を活用し、不足する部分を補う仕組みとする

5) 両立支援に必要な項目の選択（主治医

による意見の提案)を容易にする仕組みとする

6) ウェブシステムを利用する前に、企業担当者などが特別な学習を必要としない(システム内の説明文書に従い作業することで最終的なアウトプットが作成できる)

7) 本人の自覚症状と復職後に就労する予定の職場及び業務の特徴から、会社が配慮すべき事項を提示し、その中で両立支援に特に必要と主治医が判断する項目を選択する仕組みとする

8) 臨床業務が多忙な主治医の状況を鑑み、主治医が回答する文面での事務作業をなるべく少なくする

B. 研究方法

主任研究者およびがん患者の両立支援に関与したことがある医師2名(研究協力者)の協力のもと、上記の目的とコンセプトに沿ったウェブシステムを構築するため、以下の取り組みを行った。なお取り組みに際しては定期的な話し合いや打ち合わせを、2020年5月以降、およそ1ヵ月に2回程度の頻度で実施した。各回の打ち合わせや作業は、1時間から2時間の間で行った。

今年度は主にがん患者の両立支援のための合意プロセスとウェブシステムの概要を検討することとし、ツールの構想案を最初に分担研究者が作成の上、研究班のメンバーの意見を加えて修正を行った。

① ウェブシステムのコンセプトに沿った過去の先行事例について情報収集を行う

がん患者の両立支援をサポートする既存の成果物の1つとして、「がん制度ドック」が挙げられた。そこで、当該サービスの開発者である特定非営利活動法人がんと暮らしを考える会事務局の賢見卓也氏に、遠隔によるインタビューを行い、ウェブ上で労働者が利用可能な簡易なシステムを作成する際の開発の経緯や作業プロセスや留意点、課題などについてヒアリングを行った。また、我々の研究班が想定しているウェブ上のコンテンツツール(案)を紹介し、協力の可能性がある制作会社の紹介を依頼した。

② 具体的な両立支援の事例を用いて、会社

内(人事や上司)と本人及び主治医とのやりとりの見える化を行う

分担研究者および研究協力者が実際に経験した事例をもとに、「本人からの申し出を企業の担当者が受け、社内の人事部門と本人の上司との話し合いを行った上、企業内で具体的に実施が可能な就業配慮の内容を検討する」ための流れを文書化した。

さらに「検討した結果を人事部門の担当者が印刷して、本人へ渡しそれを社員本人から主治医に渡して主治医の視点から見た両立支援に必要な事項を選択できるようにする」ことを行った。

主治医へ提出する書面には、「企業と主治医との連携がスムーズになるような対象者の病名・病状・症状、治療に関する情報、社員自身が勤務を希望する職務の特徴、業務遂行に必要な力量など」も記載することとした。

ウェブシステムを開発するため、研究班のメンバーが経験した5つの事例をもとに、労働者本人及び会社側の人間(上司と人事担当者)と主治医とのやりとりを想定するためのシナリオを作成した。

これらの取り組みを分担研究者がオブザーバーを務める京都府医師会産業保健委員会において紹介した。当委員会では、2019年度から20年度にかけて、「がんを抱える労働者の両立支援に対する現状やその課題について、両立支援に関わる様々な職種からヒアリングを行い整理する取り組み」が進められていた。2020年10月の委員会で、「中小企業における両立支援の取り組み：企業から主治医へ提供する診療情報提供依頼書ウェブ(仮)：両立支援ツールの開発」と題した講演を分担研究者が行い、その後参加メンバー(主治医、産業医、両立支援促進員、ソーシャルワーカー、社会保険労務士、両立支援コーディネーター)から、本人・上司・人事担当者・主治医との間でどのようなやりとりを行うと、中小企業においても治療と仕事の両立が可能となるか意見交換を行い、シナリオを修正した。

③ 両立支援ツール(ウェブシステム)の入力情報から出力情報までのアルゴリズムを検討する

今年度はまず、職場復帰を希望する労働者

をがん患者と仮定し、病気や治療の影響を受け発生する「自覚症状」と労働者が復帰を希望する職場の「業務の特徴」を加えて、職場での「就業上の配慮」が必要と思われる項目を列挙した。

想定される「業務の特徴(業務特性)」と、「労働者本人が自覚している症状」を本人との面談を通じて上司や人事担当者が入力すると、自動的に有効な「就業上の配慮」が提示される仕組み(業務プロセスの可視化)とした。

④ ウェブ上での入力と出力イメージを作成する(出力イメージの試作版を作成する)

上記の取り組みによって明らかとなった、結果を、ウェブ上で入力及び出力できる書式・様式を検討し、それぞれのサンプル(見本)を作成した。

C. 研究結果

① ウェブシステムのコンセプトに沿った過去の先行事例についての情報収集

がん制度ドックの開発者である賢見卓也氏に行ったヒアリング結果は以下の通りである。これによりウェブシステムを作成する際の留意点が整理された。

Q1) がん制度ドックを作成される際、どのような作業プロセスで業務を進められたのか? どのようなメンバーで行ったのか、アルゴリズムの作成や選択項目の列挙する際の留意点などお伺いしたい。

A1-1) 開発・作成の経緯

- ・がん患者の困りごとと、もしもの備えにギャップあり、そこをどう埋めるかと考えた際にこのようなツールがあると良いと思ったのがきっかけ。

- ・これまでの経験上、関連する情報を提供しても使いこなせる患者は少ないと感じていた。

- ・患者自身が利用できる制度がわからないと言った声もあり、ツールの開発に踏み切った。

- ・いろんな本はあるが、書かれている内容が自分には使えないと言って諦める患者もいる(徒労に終わる)ことから取り組みを始めた。

A1-2) 作成時の留意点

- ・がん患者さんのステージごとに使える制度を整理した。

- ・自身が入っている健康保険がわかっても制度をしっかりと利用できるわけではないことを意識しておく。

- ・サービス全体の流れや個々の情報との関連図を作る。

- ・ツールを利用する患者が自分の条件に合ったものだけが表示されるようにする。(該当するもののみを見せる)

- ・遺族年金などは大事だが、治療を開始したばかりの人には見せない。(不要な情報は見せない)

- ・ツールでは質問と回答の形式としたが、質問の設定の仕方が難しい。社労士さんと一緒にやったが、最低導き出せる条件を選定することが大事である。

- ・使えるかもしれない制度(可能性)を紹介するウェブサイトであり、必ず使える制度を示すものではないことを注記している。

- ・条件付け(条件の入力)と結果がすぐにわかるようにした。

- ・個別具体的な情報を、「抽象化」という作業が大事であった。

- ・がんの制度について「キーワード」を知っていれば自分で調べられる人たちを想定した。(利用する際、一定の習熟は必要)

- ・重要なサービスであっても忌み嫌う人がサービス提供者にもいる。サービスとしての制度は認識しているが、普及する際にキーワードが悪いと言われたことを意識した。

- ・こういったサービスが欲しい、という人向けの制度にした(例:主治医から余命の話ができたときに本人から選べるようにした)

- ・ウェブサイトを作るにあたり、社労士 3 名、フィナンシャルプランナー 3 名、生命保険担当者 1 名、弁護士 1 名、看護師 1 名で、朝から夕方まで 2 日くらい拘束して行った。

- ・ツールのたたき台を一人が作成した。

- ・利用できる制度をまずは列挙し、定型の項目に記事を作ってもらい(専門家に協力を依頼)、その原稿を全員で読み合わせをして修正した(2 日間ほど)。

- ・その項目を患者に見せることを想定し、

記事を出すための条件を組んだ。

・質問項目を作り、横軸に全ての質問を並べ、該当した場合に出す、という形にした。現在、質問項目は22項目。疾患名など選択肢が15-20項目などある。

・不動産検索サイトを参考に、条件を入れてピックアップする仕組みとした。

・掲載する記事は専門家に依頼し、条件付けやエンドユーザーへの見せ方を一人が担当した。

・いろんな人が使うので、がん患者ではない人が選択しても良いようにした。

・がんと診断されていない場合のクレーム対応も想定して準備した。選択肢がないという声には配慮した。

・奥さんがご主人のがんについて調査することなども想定した。まずは何がなか、最初に入力するようにした。

・診断されない限り制度は使えないことを表記した。

Q2) ネット上で利用できるがん制度ドックですが、このような形式にされた理由は？

・広く、いつでも、どのタイミングでも、利用できる、をモットーにしている。

・費用に関してあまり関係ないと思われる、生活保護の方は対象から外した。

・利用者には、医療従事者（ソーシャルワーカー、がん対策支援センター）も想定した。

・患者さんに情報を届ける際に、必ず通るのが「病院」のソーシャルワーカーも公的な制度には詳しいものの、民間の制度には縁遠くなる人が多い。住宅ローン、生命保険などには詳しくない方もいる。リビングニーズ特約を使った方がいいは、ソーシャルワーカーからは言いだしにくい。そのため、彼らも免責としてシステムが提案した情報（しずらい質問）をカバーできると良いと考えた。

・ソーシャルワーカーががん患者さんに聞きづらい質問をこの制度を使ったことで聞き出し、患者に提案できるようにした。

・病院で保険の話は倫理的にも言い出しにくい背景があることを意識した。

・患者、家族、医療従事者が使えるウェブサイトにした。

・税金の控除などは病院では提案しない（初期）。傷病手当金、法的な制度を使い切れて

ないことが当初はあったため、少しずつ修正し、取りこぼしのないようにしている。

・5年前は利用できる制度があっても使っていない人（患者）がいた。

Q3) がん制度ドックの利用者の声などを仕組みの改訂にどのように反映しているか？

・1年半くらいはβ（ベータ版）として運用し、改訂したのち正式版としてリリースした（2014年の冬）。その後は、掲載されている記事や金額を修正している。

・2015年に「考え方」をコラムで表示した。

・利用者に実際にインタビューしその内容を改定の際に利用した。

・コメントとして、「全部知っていた。役にたたない」「使っているものが全部出てきた、確認に利用できた」などのコメントも得られた。

・作成当初はあまりアクセスがなかったので、利用者への個別インタビューが情報源であった。

Q4) システム構築の際に業者との間で特に気をつけた点は？

・構想として出来上がったものを出すのではなく、参考になるサイトやイメージを提示した。（占いのサイトなどの提示をしてイメージを共有した）

・業者のイメージがしやすい状況を作った。

・ブレインストーミングに業者さんにも参加してもらった。

・ワードプレースを利用した。

Q5) 一番大変だったことは？

・最初の2日間で、まだ見たことのないものを専門家（一緒に作業に関わってくれたメンバー）に説明することが大変だった。

・当初は完成系のイメージが湧かない方が多かった。仕組みが出来上がってやっとわかった人が多かった。

・作業に関わってもらった方々の時間確保が大変だった。

当研究チームが作成するウェブシステムへの応用のアイデア

・自覚症状を言語化する。

・利用者が必要な時期に必要なアクションで欲しい情報が得られるように工夫する。

- ・関連図のような全体像を作成する。
- ・作成後に社会状況が変わったら、定期的な頻度で書き直すことを前提とする。
- ・入力したデータは、情報の id を入力することで、過去に入力したデータに簡単にアクセスでき、改訂が簡単に行えるようにする。(前回のデータを利用できるようにする)
- ・一方で、個人情報外部データセンターに保存されることの違和感があるとの意見もあり情報管理については、継続して検討する。外部のサーバーに暗号化されたデータを保管する方法も検討する。
- ・主治医向けの様式は PDF など出力できるものとする。
- ・情報セキュリティについても確認の上適切な対応をする。
- ・URL を開けると「作成した資料」が開けるようにできないか検討する。
- ・個人名、会社名などの個人プロフィールは「手書き」としてもらうことを考慮する。(個人情報保護の視点から)
- ・ストレスチェック のシステム(集団分析の結果を分析できるパッケージのようなもの)に類似したものを作れば良いのではないか。
- ・社内のパソコンにダウンロードして使うようなイメージも考慮する。

② 病気による休業中の労働者が復職を申請した場面を起点とし、本人および人事部門と上司との話し合いのプロセスで合意を得るシナリオ(主治医の返答場面を含む)

がん患者を中心に、5つの事例について本人の申し出から主治医による配慮事項の選択までのシナリオを作成した。

- 1) 大腸がんの事例(資料1)
- 2) クモ膜下出血の事例(資料2)
- 3) 1型糖尿病の事例(資料3)
- 4) 乳がんの事例(資料4)
- 5) 肺がんの事例(資料5)

いずれの事例も、本人の強い復職の意志と職場側の受け入れる意志が明確にあることを前提とした。

また、京都府医師会産業保健委員会でもシナリオに沿ったやりとりや開発中のウェブシステムは、嘱託産業医に負担をかけず両立支援を可能にする良い取り組みであるとの意見が多数であった。当該委員会では、

両立支援に関する課題と対策について「答申書」を作成した。(別添資料1)

③ 病気・治療による症状と復帰を希望する職場の特徴(配慮が必要な業務特性等)を考慮した両立支援を進めるための配慮項目の検討(配慮項目一覧表の作成)

ウェブシステムのコンセプトに則り、がん患者の復職場面を想定して、本人の自覚症状と職場の特徴(配慮が必要な業務特性:例 重量物取扱作業、長時間の立位作業など)の組み合わせから、治療と仕事の両立に寄与する社内での配慮事項(就業上の配慮)のリストを下記の例をもとに作成した。なお、配慮事項は安全配慮に関連する事項と合理的配慮に関連する事項に分けて整理した。詳細は、配慮項目一覧表(資料6)を参照のこと。

自覚症状(例)

- だるさ・疲れやすさ
- 記憶力の低下や集中力の低下
- 吐き気・嘔吐

配慮が必要な業務特性(例)

- 重量物取扱い(作業)
- 長時間の立位(作業)
- 暑熱箇所での(作業)

④ 上記のプロセスで整理した両立支援に必要な情報の入出力のウェブ画面の作成

がん制度ドックの情報を参考に、ウェブシステムのトップページのデザインを作成した。(資料7)さらに、がん患者を想定して入力した情報を参考に、ウェブシステムの入出力のデザインを作成した(資料8)。いずれも上記①～③で入手および作成した資料をもとにした。

D. 考察

ウェブ上で利用する類似の先行事例

がん患者の治療と仕事の両立支援に関連する、インターネット(ウェブ)上で利用可能なツールの先行事例として、がん制度ドックがあげられた。こちらはがん患者が利用可能な社会資源を自身の状況を入力することで知ることができる簡易なインターネット上のウェブツールとなっており、本人や会社の状況を患者や家族などの関係者が入力することで、現時点で利用可能な社

会保障制度が提示されるようになっている。

がん患者等を対象にした治療と仕事の両立支援については、「会社側が患者本人を支援するための支援制度の充実」や「産業医の関与により、本人の病状や業務に影響する症状などを詳細にヒアリングした上で、主治医の意見を求める」という形式が一般的であった。

中小零細企業の課題とそれに対応する工夫
しかし中小零細企業においては、社内でそのような両立支援の制度を充実させることは人的にも難しく、また対象となる疾病の事例に遭遇する機会が少ないことも想定される。さらに当該事業場の産業医の関与が十分に得られない可能性も推測された。

そのため今回検討したウェブシステムは、本人の職場復帰の意志をもとに、職場の上司や人事部門の担当者と本人が話し合っ「治療と仕事を両立する」ためのプロセスを経ることを特徴としている。本人の希望と会社の都合を考慮し、その上で「会社側が実施可能な両立支援のための社内制度や職場での配慮」を列举することとした。

また主治医には、本人、上司及び人事部門の３者の合意が得られた上での配慮事項が提示されることで、安心して主治医の視点から会社側に対する配慮事項を提示できる（必要な配慮を選択できる）という利点も考えられる。

本人、上司、人事担当者が想定しない配慮事項への対処

一方、労働者本人が自覚していない症状や、職場の上司、人事部門が想定していない両立支援の阻害要因については、会社側から主治医に提示される選択項目の中には反映されない恐れがある。そのため、主治医からの返書の様式には、主治医が本人の状況や会社側の状況を把握した上でさらに追加が必要と思われる配慮事項を「自由記載」で記入できるようにすることが重要と思われる。主治医からの自由記載欄を設けることで、会社側や本人の希望のみならず、主治医の視点から必要と思われる配慮事項（両立支援に有効と思われる取り組み）を過不足なく企業側にフィードバックすることも可能になると考えられる。

両立支援に必要な「就業上の配慮事項」を導き出す工夫

今回検討しているウェブ上のツールは、がん患者の「自覚症状」と「業務特性」から必要な「就業上の配慮事項」について、自動的に選択するように設計している。両立支援に不慣れな企業の人事担当者や上司が、患者（社員）からの復職を要請された際に利用できるよう設計しており、さまざまな利用方法があると考えられる。

本ウェブシステムの可能性

中小零細企業においても、がん患者などの就労の両立支援を行うための社内制度の充実は必要ではあると思われるが、経済資本の脆弱さや対応にあたる担当者の人数の不足などにより、必ずしも社内制度を整える事は容易ではない。そのような際に、本人からの申請をもとに、インターネット上でこのウェブシステムが利用可能になると、労働者と上司及び、人事担当者が同じ席について話し合いをしながら職場で対応が可能な配慮事項を決定し、その内容を主治医に提出するための様式を整えることが可能になる。このウェブシステムは、産業医の関与を必ずしも必要としないという点において、これまでの両立支援の方法論とは異なる新しい発想となっている。

現時点では、本人の自覚症状や希望する職場での業務上の特徴をもとに、人事並びに職場の上司が配慮可能な対応事項を列举し、それらを主治医の立場から必要性の重みに合わせて選択するという形式としているが、職場の状況が詳細にわからない主治医にとって、すでに企業内で３者の合意が得られた上で対応が可能な配慮事項が列举され、それらを選択するというプロセス主治医の負担を減らしつつ、両立支援に主治医の意見を反映させる一つの新たな方法と思われる。

本ウェブシステムの課題

課題としてこのウェブシステムは、「労働者本人と受け入れる職場の上司並びに人事部門の合意の上で対応可能な配慮事項を主治医が選択する」という形式をとっているが、状況によっては「会社側が提示できる

就業上の配慮がなく、復職ができない」といった事態も想定される。その場合、労働者本人と人事部門の担当者さらには異なる職場の上司による再度の話し合いやすり合わせが必要になる。

また現在の状況では復職が困難な状況の中で、主治医から「より両立が可能となる支援（職場での配慮）」の例が提示された場合に、会社側で真摯にその提案を受け取り、可能な範囲で社内での対応ができないか検討することが求められる。

主治医からの返書が届いた後の流れ

主治医から両立を支援する返書が会社に戻された場合、その後「治療と仕事の両立を支援するためのプラン」が作成され、社内で開催されることになる。本ウェブシステムでは、社内での両立支援のためのプラン作成までは検討していない。そのため、先行研究で開発された参考資料などの活用が期待される。

シナリオが保有する4つの特徴

ウェブシステムの検討のために作成した5つの事例では、がん患者からの職場復帰への申し出をもとに「事前の主治医とのやりとり」、「受け入れ（予定）先の職場の上司とのやりとり」、「人事担当者とのやりとり」、「その後の主治医への情報提供書の雛形の作成と主治医からの返書の受け入れ」までを1連の流れとして示した。

ウェブシステムの利用過程で期待される学習効果

今回は本人の職場復帰への強い意志に加え、「会社側が本人の職場復帰を積極的に支援する姿勢がある」ことを前提としているが、必ずしもそのような両立支援に積極的な会社ばかりではないとも考えられる。そのような企業においても、このウェブシステムを活用することで、社内の人事担当者や上司が、「職場で必要となる就業上の配慮」に気付いたり、「両立支援に寄与する社内制度」を具体的に整備するきっかけにつながることが期待される。今回のツールを本人との面談を行いながら、人事担当者が上司と一緒に入力する過程では、両立支援に必要な「社内人材」の育成にもつなげたいと

考えている。そのためにも、ウェブシステムのコンセプトに示した様々な条件を今後でもクリアする必要がある。

主治医が記載する様式（返書）の改訂

現時点では、労働者本人と直属の上司並びに人事部門の担当者と話し合って主治医に宛てた診療情報提供書の雛形（主治医からの返書を含む）は未完成の状況である。今後は入力した結果をもとに職場で必要となる配慮項目を主治医が選んだ上、さらに不足する配慮事項を自由記載できる様式をする予定である。

今後の予定

次年度は、本人の「自覚症状」と「職場の業務特性」の数を増やし、それとともに必要となる「就業上の配慮事項」の種類も増やして、アルゴリズムを整備する。また、現時点ではがん患者のみとしている対象疾患を、その他難病や肝臓疾患等にも広げて検討していく予定である。さらに、上記の結果に対して広く専門家に意見を徴収し、アルゴリズムの改定とウェブシステムの改良を行う。

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Nagata T, Fujino Y, Ohtani M, Fujimoto K, Nagata M, Kajiki S, Okawara M, Mori K. Work functioning impairment in the course of pharmacotherapy treatment for depression. Sci Rep. 2020; 10: 15712.
- 2) Kajiki S, Mori K, Kobayashi Y, Hiraoka K, Fukai N, Uehara M, Adi NP, Nakanishi S. Developing a global occupational health and safety management system model for Japanese companies. J Occup Health. 2020 Jan;62(1):e12081.
- 3) Ito N, Hiraoka K, Kajiki S, Kobayashi Y, Uehara M, Nakanishi S, Mori K. Systems and actual practices of occupational safety and health risk management in the People's Republic of China. Sangyo Eiseigaku Zasshi. 2020 Mar 25;62(2):72-82.
- 4) Kimura K, Nagata T, Ohtani M, Nagata M, Kajiki S, Fujino Y, Mori K.

Cardiovascular and cerebrovascular diseases risk associated with the incidence of presenteeism and the costs of presenteeism. J Occup Health. 2020 Jan;62(1):e12167.

- 5) 神田橋 宏治, 石澤 哲郎, 梶木 繁之, 武藤 剛, 守田 祐作, 大神 明. 遠隔機器を用いた労働者の健康管理: 産業保健領域における遠隔機器を用いた健康管理のシステムティックレビューと遠隔産業医面接に関する法制度の現状 産業医学レビュー33 巻 (2020-2021) 1 号
- 6) 永田 智久, 梶木 繁之, 森 貴大, 永田 昌子, 森 晃爾. 糖尿病を有する労働者への対応と支援: 産業保健スタッフに求め

られる役割. 日本職業・災害医学会会誌 68(5), 255-261, 2020-09.

2. 学会発表
なし

G. 知的財産権の出願・登録の状況

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

H. 引用文献リスト

なし

「大腸ガンで入院加療後、自宅にて療養していた社員の両立支援プロセス：例」

社員数：45名、配管工事施工会社

事例：59歳男性、現場主任、大腸ガン（直腸癌）で人工肛門を設置、術後5か月（退院後3か月）が経過した。

No	発言者	発話	解説（備考）	入力番号
1	社員（Aさん）	病状が安定してきたので、そろそろ仕事に戻りたいのだけど・・・	本人の復職意思の表明	
2	人事担当者	Aさん、もう体調は回復されたんですね。		
3		職場への復帰については社長にも報告します。		
4		復帰の希望は承知しました。	会社の合意あり	
5		まずは主治医の先生が復帰を止めてないか確認してください。	主治医意見の確認依頼	
6	社員	前回の診察の際に相談したら、復帰はいいんじゃないと言っていた。		
7	人事担当者	わかりました。では「仕事と治療の両立支援」の考えに基づき復職の面談（本人と人事・上司）を設定します。	会社の両立支援の仕組みの起動	
8		その前に、主治医から以下の情報を入手しておいてください。	予備情報の入手の依頼	
9		2 病名、3 今後の見通し、4 通院頻度、5 想定される症状（今後、半年程度の間）	人事からの事前情報収集依頼	2,3,4,5
10	社員	わかった。主治医に連絡して情報を収集しておく。		
11 社員と人事担当者との面談（人事担当者が入力画面を見ながら作業することを想定している）				
12	社員	主治医から先日言われた情報を入手してきた。自分は元の職場での、a)工事監督やb)事務作業の手伝い、はできている。ただ、c)現場作業となるとちょっと自信がない。	本人と人事担当者との面談	
13	人事担当者	Aさんのこれまでの業務経験を考えると、a)工事監督をお願いしたいと思っている。b)の事務作業の手伝いはほとんどやったことがないし、c)現場作業は体力的にもしんどいと思う。	会社の理解状況と複数の提案プラン	7
14		なのでa)工事監督をメインとした業務で復帰を考慮することでどうだろうか。	会社からの提案	7
15	社員	了解した。ありがとう。	コンセンサス取得	
16	人事担当者	こちらでお願いしたい仕事は、a)工事監督だが、現時点で気になる症状や復職にあたって会社側が留意することはあるか。	会社からの懸念事項の確認	6
17		また、現時点で仕事をする上で気になっている症状などがあるか。	会社からの症状の確認	6
18	社員	手術の後は今のところ順調に経過している。今、抗がん剤の治療中であるが、数週間（およそ3週間）に1回、注射を病院で行っている。	本人の治療状況	5
19		注射の後2～3日の間、吐き気や体のだるさ、手先が痺れることがある。しかし時間と共にほとんど改善する。	本人の自覚症状	6
20		たまに体がしんどい時があるのが気になる。現場監督では工事中にはなかなか休めないのが心配である。	本人の心配事	6
21		後は屋外での業務なので、体力がもつか心配している。熱中症にも気をつけないといけない。また、右足がむくんで腫れていて、少し長い距離を歩くとしんどい。	本人の心配事と症状	6
22	人事担当者	工事監督は、屋外で比較的時間の業務となる。あまり移動しないように配慮はできると思う。	会社が提示する実施可能な配慮	7,8
23		移動は車だが運転は可能か？		
24	社員	運転できなくはないが、できれば避けたい。	本人の要望	7
25	人事担当者	では、同僚の車など他のメンバーの車で原則、移動することで対応したい。	会社の配慮	8
26		そのほか、事務所で事務業務もいざとなったら準備することも考える。	会社の代替案（配慮）	8
27		ただ人員のことを考えると、できるだけ現場作業の指示（工事監督）業務をお願いしたい。	会社側の要望	7
28		なお、会社で利用できる制度はこちらの通りである。	社内制度の提示	8
29		会社が配慮できる事項（詳細は別添資料を参照）	社内制度の提示	8
30		そのほか、確認したいことはあるか。		
31	社員	いや、特にない。		
32	人事担当者	では、こちらの書類を持って主治医を受診し、意見（両立支援に関する主治医の意見書：意見書）をもらってきてください。		
33 社員と主治医とのやりとり（本人と会社からの情報をもとに意見書を作成する）				
34	社員（患者）	会社に復帰の希望を伝えたところ、「仕事と治療の両立支援」に基づく書類を提出してもらいました。 記載内容の作成時には、私の意見も聞いてもらってます。 先生の意見をこちらの書類に追記いただけますか。		

35	主治医	わかりました。会社はAさんの復帰を前向きに支援してくれてますね。		
36		私から意見を加筆するにあたり、何か気がかりなことはありませんか。また、要望があればお聞かせください。		
37	社員	通院のため、定期的に会社を休む必要があるのと、足のむくみがあって歩きにくく長く歩くと足が痛くなること、疲れた時に休憩できるようにお願いしたいです。後は先生にお任せします。		
38	主治医	わかりました。		
39		会社はa)工事監督を行って欲しいんですね。大丈夫ですか。		
40	社員	元々、現場作業をしていたので仕事の勝手はわかっているつもりです。ただ、体力が持つかどうかは少し自信がないですが・・・		
41	主治医	わかりました。では主治医の立場で、両立がうまくいくような意見を提案しましょう。いただいた書類に追記しますね。		
42	①	a) 工事監督の業務の実施は差し支えない。（会社からの提示内容）	就業配慮への返答	7
43		「提示業務に問題あり □、提示業務で問題なし ■」	就業配慮への返答	7
44	②-1	推奨される配慮（避けたほうが良い取り組み）：以下は例示	配慮事項への返答	8
45		「就業時間制限 □、残業時間制限 ■、休日出勤制限 ■・・・」	配慮事項への返答	8
46		「車両運転業務制限 ■、重量物取り扱い作業制限 ■・・・」	配慮事項への返答	8
47		「立ち作業制限 ■、・・・」	配慮事項への返答	8
48	②-2	推奨される配慮（実施が支援される取り組み）：以下は例示	配慮事項への返答	8
49		「自由記述：通院時に休暇が必要となるため、配慮ください、など」	配慮事項への返答	8
50	③	推奨される社内制度：以下は例示	社内制度への返答	5
51		「時間単位の年次有給休暇制度 □、疾病・病気休暇制度 ■・・・」	社内制度への返答	5
52		「フレックス勤務制度 ■、時間短縮勤務制度 ■・・・」	社内制度への返答	5
53		症状が変化したり、仕事が辛くなったら早めに連絡ください。		
54		ではこちらを会社に提出ください。		

「くも膜下出血後記憶障害、業務内容調整で治療と仕事の両立を目指す事例」

社員数：50名、電子部品メーカー 子会社

事例：50歳男性 資材管理部門 事務職

No	発言者	発話	解説（備考）	入力番号
1	社員（Cさん）	お世話になります。入院中にご迷惑をおかけしました。主治医の先生からは職場復帰は調整すれば大丈夫とされています。		
2	人事担当者	Cさん、退院後体調はいかがですか。		
3	社員	検査でわかったのですが、軽い記憶障害があるようです。今までの仕事は大丈夫ですが、新しいことを覚えるのがダメみたいです。いや参りました。後遺症もなく退院できたと思っていたらこんなことになるなんて……。ただ仕事は責任もありますし、続けたいです。		
4		復帰の希望は承知しました。	会社の合意あり	
5		主治医の先生は復帰は大丈夫ということですね。	主治医意見の確認	
8		調整の具体的な内容が知りたいので、主治医から以下の情報を入手しておいてください。	情報の入手の依頼	
9		2 病名、3 今後の見通し、4 通院頻度、5 想定される症状（今後、半年程度の間）	人事からの事前情報収集依頼	2,3,4,5
6	社員	わかりました。先生に聞いてみます。		
11	社員と人事担当者との面談（人事担当者が入力画面を見ながら作業することを想定している）			
12	社員	主治医から先日言われた情報をもらいました。自分は今の仕事内容は続けたいと思っています。ただ、言われた物覚えが悪くなるというのが引っかかっていて……。仕事を続けられるのか正直不安です。	本人と人事担当者との面談	
7	人事担当者	わかりました。では「仕事と治療の両立支援」の考えに基づき復職の面談（本人と人事・上司）を設定します。どうしたらいいか相談できればと思います。	会社の両立支援の仕組みの起動	
13	人事担当者	通院は、なるほど、3か月に一度の通院で様子を見ていくということですね。人事としてはCさんにはa)今の管理業務を続ける、もしくはb)事務から始めて徐々に仕事の負荷を上げていくといった形で考えていました。ですがこの内容によると全く新しい仕事内容というのはCさんにとって負担になるみたいですね。	会社の理解状況と複数の提案プラン	7
14		ですので、今の業務を一人でやるのではなくチーム制にして複数の人の目が入る方がいいかもしれませんね。	会社からの提案	7
15	社員	ありがとうございます。私もそう思います。	コンセンサス取得	
16	人事担当者	現時点で復職にあたってこちらが気を付けることはありますか。	会社からの懸念事項の確認	6
17		また、仕事をする上で身体の面で特に気になっていることはありますか。	会社からの症状の確認	6
18	社員	3か月に一度の通院の際は有休を頂くことになると思います。	本人の治療状況	5
19		物忘れ以外は大丈夫です。血圧が上がらないようには気を付けています。	本人の自覚症状	6
20		なるべくメモとかで忘れないように対応しますが、残業とかが続いた頭で記憶が飛ぶのをカバーできるかわからないです。	本人の心配事	6
22	人事担当者	今は疲れにくい状況をできるだけ避けたいということですね。半日勤務や在宅も試してみますか？	会社が提示する実施可能な配慮	7,8
24	社員	半日にする必要を今のところ感じないです。本当に新しいことへの物覚えだけなので……。	本人の要望	7
25	人事担当者	わかりました、一応そういうこともできるということを書いておきますね。	会社の配慮	8
27		チーム制でできるだけ配慮したいと思いますが、ご自身でも仕事内容をメモや録音などで記録に残すのと、大事なことは必ず共有してください	会社側の要望	7
28		なお、会社で利用できる制度はこちらの通りです。	社内制度の提示	8
29		会社が配慮できる事項（詳細は別添資料を参照）	社内制度の提示	8
30		その他、確認したいことはありますか。		
31	社員	特に大丈夫です。		
32	人事担当者	では、こちらの書類を持って主治医を受診し、意見（両立支援に関する主治医の意見書：意見書）をもらってきてください。		
33	社員と主治医とのやりとり（本人と会社からの情報をもとに意見書を作成する）			
34	社員（患者）	会社に復帰の希望を伝えたところ、「仕事と治療の両立支援」に基づく書類を提出してもらいました。 <u>記載内容の作成時には、私の意見も聞いてもらっています</u> 。先生の意見をこちらの書類に追記いただけますか。		
35	主治医	会社はAさんの復帰について真剣に考えてくれているんですね。いい職場ですね。		

36		私から意見を加筆するにあたり、何か気がかりなことはありませんか。また、要望があればお聞かせください。		
37	社員	こういう場合どのくらい休むべきなのかわかりません。時短勤務や在宅も提案されましたが、正直自分一人で自宅で仕事して抜けがあるのが心配です。		
38	主治医	わかりました。Cさんとしてはなるべく他の人の目があつたほうがよいということですね。		
39		お仕事は残業の具合はいかがですか。		
40	社員	前は40時間は普通にしましたし、休日出勤もしていました。でもこういう状況では疲れをためないということが大事なのかなと思っています。		
41	主治医	わかりました。では主治医の立場で、両立がうまくいくような意見を提案しましょう。いただいた書類に追記しますね。		
42	①	現在の仕事（資材管理）の業務の実施は差し支えない。（会社からの提示内容）	就業配慮への返答	7
43		「提示業務に問題あり □、提示業務で問題なし ■」	就業配慮への返答	7
44	②-1	推奨される配慮（避けたほうが良い取り組み）：以下は例示	配慮事項への返答	8
45		「就業時間制限 □、残業時間制限 ■、休日出勤制限 ■・・・」	配慮事項への返答	8
46		「車両運転業務制限 ■、重量物取り扱い作業制限 □・・・・・・」	配慮事項への返答	8
47		「立ち作業制限 □、・・・・・・」	配慮事項への返答	8
48	②-2	推奨される配慮（実施が支援される取り組み）：以下は例示	配慮事項への返答	8
49		「自由記述：通院時に休暇が必要となるため、配慮ください、など」	配慮事項への返答	8
50	③	推奨される社内制度：以下は例示	社内制度への返答	5
51		「時間単位の年次有給休暇制度 □、疾病・病気休暇制度 ■・・・」	社内制度への返答	5
52		「フレックス勤務制度 ■、時間短縮勤務制度 ■・・・・・・」	社内制度への返答	5
53		症状が変化したり、仕事が辛くなったら早めに連絡ください。		
54		ではこちらを会社に提出ください。		

「1型糖尿病で入院加療後、自宅にて療養していた社員の両立支援プロセス：例」

社員数：48名、電子部品製造会社

事例：30歳代女性、一般事務、1型糖尿病で緊急入院（2週間）し加療（インスリン導入）の後、退院後2週間が経過した。

No	発言者	発話	解説（備考）	入力番号
1	社員（Bさん）	病状が安定してきたので、そろそろ仕事に戻りたいのですが・・・	本人の復職意思の表明	
2	人事担当者	Bさん、もう体調は回復されたんですね。		
3		職場への復帰については社長にも報告します。		
4		復帰の希望は承知しました。	会社の合意あり	
5		まずは主治医の先生が復帰への意見、確認してください。	主治医意見の確認依頼	
6	社員	前回の診察の際に相談したら、復帰は問題ないと言われました。		
7	人事担当者	わかりました。では「仕事と治療の両立支援」の考えに基づき復職の面談（本人と人事・上司）を設定しましょう。	会社の両立支援の仕組みの起動	
8		その前に、主治医から以下の情報を入手しておいてください。	予備情報の入手の依頼	
9		2 病名、3 今後の見通し、4 通院頻度、5 想定される症状（今後、半年程度の間）	人事からの事前情報収集依頼	2,3,4,5
10	社員	わかりました。主治医に連絡して情報を収集してきます。		
11	社員と上司、人事担当者との面談（人事担当者が入力画面を見ながら作業することを想定している）			
12	社員	急にお休みをいただいてしまってすみませんでした。体調は安定しています。 主治医の先生には、先日言われた情報を入手してきました。休職前、私は経理と総務を担当していました。復職についての大きな心配事はないのですが、体調がすぐれずたまに具合が悪くなることがあるかもしれません。	本人と上司、人事担当者との面談	
13	上司・人事	具体的にはどんな時に、どんな風に具合が悪くなることがあるですか。	体調不良の様子確認	
14	社員	食事の前後、2時間程の間に冷や汗が出たり、気分が悪くなることがたまにあります。おそらくインスリンを注射しているからだと思うのですが・・・今は週に1～2回の頻度ですが、少しずつ頻度は減ってきてます。	本人からの病状の説明	
15	上司・人事	Bさんの具合が悪い時、私たちはどうしたらいいでしょうか。何か主治医からは言われていますか。	体調の確認	
16	社員	低血糖発作と言われるもののようです。血糖値が下がることによって起こるので、もし皆さんにお願いできるのであれば、私の机の上に砂糖袋を置いておくのでそちらを渡していただけると助かります。自分でもなんとかできることも多いんで、あまり皆さんにはご迷惑かけないようにしたいと思います。	本人からの対処法の説明	
17	上司・人事	わかりました。	職場の了承	
18	上司・人事	ところで、Bさんのこれまでの業務経験を考えると、経理と総務の事務作業をこれまで同様お願いしようと思うのですが、何か不安なことがありますか。	会社の理解状況と提案プラン	
19	社員	いえ、特にありません。		
20	上司・人事	ではこれまで同様、経理と総務の業務を担当いただくということでよいですね。	会社からの提案の確認	7
21	社員	はい、ありがとうございます。	コンセンサス取得	
22	上司・人事	また、現時点で仕事をする上で気になっていることや症状、会社に配慮して欲しいことはありますか。	会社からの配慮事項の確認	6
23	社員	今のところ経過は順調です。1ヶ月に1回程度、病院を受診する必要がある、その際、有給休暇を取らせていただければと思っています。	本人の治療状況と懸念事項	5,6
24	人事担当者	わかりました。現時点で会社で利用できる制度（半日休暇制度、など）はこちらの通りです。また、また会社の方で配慮する事項（本人が体調が悪そうなときは、休養室で休ませると共に、血糖値をあげる支援を行います、など）はこのようになります。	社内制度の提示と社内での配慮事項の確認	8
25	社員	ありがとうございます。		
26	人事担当者	では、こちらの書類を持って主治医を受診し、意見（両立支援に関する主治医の意見書：意見書）をもらってきてください。		
27	社員と主治医とのやりとり（本人と会社からの情報をもとに意見書を作成する）			
28	社員（患者）	会社に復帰の希望を伝えたところ、「仕事と治療の両立支援」に基づく書類を提出してもらいました。 <u>記載内容の作成時には、私の意見も概ね聞いてもらってます。</u> 先生の意見をこちらの書類に追記いただけますか。		

29	主治医	わかりました。会社はBさんの復帰を前向きに支援してくれていますね。		
30		私から意見を加筆するにあたり、何か気がかりなことはありませんか。また、要望があればお聞かせください。		
31	社員	通院のため、定期的に会社を休む必要があるのと、時々調子が悪くなるのでその際に、休ませてもらえれば大丈夫です。後は先生にお任せします。		
32	主治医	わかりました。		
33		会社は今までと同様、事務業務（経理と総務）をやって欲しいんですね。大丈夫ですか。		
34	社員	元々やっていた業務なので、問題ありません。大丈夫です。		
35	主治医	わかりました。では主治医の立場で、両立がうまくいくような意見を提案しましょう。いただいた書類に追記しますね。		
36	①	a) 工事監督の業務の実施は差し支えない。（会社からの提示内容）	就業配慮への返答	7
37		「提示業務に問題あり □、提示業務で問題なし ■」	就業配慮への返答	7
38	②-1	推奨される配慮（避けたほうが良い取り組み）：以下は例示	配慮事項への返答	8
39		「就業時間制限 □、残業時間制限 □、休日出勤制限 □・・・」	配慮事項への返答	8
40		「車両運転業務制限 □、重量物取り扱い作業制限 □・・・・・・」	配慮事項への返答	8
41		「立ち作業制限 □、・・・・・・」	配慮事項への返答	8
42	②-2	推奨される配慮（実施が支援される取り組み）：以下は例示	配慮事項への返答	8
43		「自由記述：通院時に休暇が必要となるため、配慮ください、など」	配慮事項への返答	8
44	③	推奨される社内制度：以下は例示	社内制度への返答	5
45		「時間単位の年次有給休暇制度 □、疾病・病気休暇制度 ■・・・」	社内制度への返答	5
46		「フレックス勤務制度 ■、時間短縮勤務制度 ■・・・・・・」	社内制度への返答	5
47		症状が変化したり、仕事が辛くなったら早めに連絡ください。		
48		ではこちらを会社に提出ください。		

「乳がん診断後通院治療と仕事の両立を目指す」、疲労感が強い治療と仕事の両立支援プロセ

社員数：100名、百貨店グループ会社

事例：46歳女性、百貨店で店頭販売員（パートタイマー）として勤務

No	発言者	発話	解説（備考）	入力番号
1	社員（Aさん）	この度はご迷惑をおかけしました。現状のご報告と今後の相談に参りました。	本人の復職意思の表明	
2	人事担当者	Aさん、お疲れ様です。体調はいかがですか。		
3	社員	手術の傷はなんとか落ち着いています。ただ、今後手のむくみが出てくるかもしれないといわれました。あと、手術の後放射線治療を受けることになって、毎日通院が必要と言われています。治療自体は1時間程度で終わるようなので、仕事に行ってる患者さんもあるみたいです。私もパートですし、このままだったら休むのも厳しいので放射線を受けながら勤務ができれば一番いいんですけど。		
4	人事担当者	復帰の希望は承知しました。	会社の合意あり	
5	人事担当者	まずは主治医の先生に復帰の可否を確認してください。	主治医意見の確認依頼	
6	社員	わかりました。先生に聞いてみます。		
11 社員と人事担当者との面談（人事担当者が入力画面を見ながら作業することを想定している）				
12	社員	主治医の先生に復職の前に詳しい仕事の内容とか会社で調整できることを聞いてきてと言われました。病院のワーカーさんに言われて、先生が意見書を書く際に参考にする用紙を埋めてきました。制度はわからなかったので、時差出勤しか丸を付けていません。	本人と人事担当者との面談	
7	人事担当者	わかりました。では「仕事と治療の両立支援」の考えに基づき復職の面談（本人と人事・上司）を設定します。	会社の両立支援の仕組みの起動	
13	人事担当者	なるほど、うちはグループ会社ですから接客が基本になるのでa)店頭販売をいかに続けるかになると思います。b) 事務作業をやっていただくことも可能ですが、かなり限られた仕事になると思います。	会社の理解状況と複数の提案プラン	7
14		ただ、Aさんは勤続も長くて新人さんの指導もよくやってくれるのでa)店頭販売をできるだけ続けていただきたいと思います。	会社からの提案	7
15	社員	はい、私もそう思っています。ただ、体力的にどうなるかが心配で・・・	コンセンサス取得	
16	人事担当者	現時点で気になる症状や復職にあたって会社側が気を付けることはありますか。	会社からの懸念事項の確認	6
17		また、現時点で仕事をする上で気になっている症状などがありますか。	会社からの症状の確認	6
18	社員	放射線治療は1か月ほど、平日1時間程度受けに行きます。できるだけ早い時間にして、10時には間に合いたいと思っています。	本人の治療状況	5
19		手術後は特に問題ありません。左胸が引きつれる感じがするので、それは注意しています。	本人の自覚症状	6
20		放射線自体で痛いとかはないみたいですが、皮膚がはれたり、重だるかったりはあるみたいです。個人差があるみたいです。	本人の心配事	6
22	人事担当者	バックヤードは適宜使用して頂いて構いません。半日勤務等も考慮できますよ。	会社が提示する実施可能な配慮	7,8
23		通勤は大丈夫ですか？		
24	社員	受けてみないとなんとも・・・。8時台の電車は辛いと思います。体調不良時のラッシュが心配です。	本人の要望	7
25	人事担当者	では、基本遅番出勤にして、時短勤務もできるよう組んでいきましょう。	会社の配慮	8
27	人事担当者	7月のバーゲンの時期はある程度がんばってもらわないといけなかもしれません。人員配置があるので、難しそうな場合は早めに教えてください。	会社側の要望	7
28	人事担当者	なお、会社で利用できる制度はこちらの通りです。	社内制度の提示	8
29	人事担当者	会社が配慮できる事項（詳細は別添資料を参照）	社内制度の提示	8
8	人事担当者	嘱託の産業医の先生にも見てもらうので、主治医から以下の情報を入手しておいてください。	情報の入手の依頼	
9	人事担当者	2 病名、3 今後の見通し、4 通院頻度、5 想定される症状（今後、半年程度の間）	人事からの事前情報収集依頼	2,3,4,5
30		その他、確認したいことはありますか。		
31	社員	特に大丈夫です。		

32	人事担当者	では、こちらの書類を持って主治医を受診し、意見（両立支援に関する主治医の意見書：意見書）をもらってきてください。		
33	社員と主治医とのやりとり（本人と会社からの情報をもとに意見書を作成する）			
34	社員（患者）	会社に復帰の希望を伝えたところ、「仕事と治療の両立支援」に基づく書類を提出してもらいました。 記載内容の作成時には、私の意見も聞いてもらって ます。 先生の意見をこちらの書類に追記いただけますか。		
35	主治医	会社はAさんの復帰を前向きに支援してくれていますね。		
36		私から意見を加筆するにあたり、何か気がかりなことはありませんか。また、要望があればお聞かせください。		
37	社員	だるさがどのくらい出るのかと、ホルモン療法は体験記を見ても皆さんしんどかったとおっしゃるので心配です。		
38	主治医	わかりました。こちらは本当に個人差が大きいのでむずかしいですが、無理は禁物ですよ		
39		お仕事は立ち仕事の基本ですね。休む場所がありますか。残業等は大丈夫ですか。		
40	社員	最悪バックヤードで休んでもよいとわれています。体力が持つかどうかは少し自信がないですが・・・でも家計のために働かなきゃいけませんし、できるだけ仕事は続けたいです。		
41	主治医	わかりました。では主治医の立場で、両立がうまくいくような意見を提案しましょう。いただいた書類に追記しますね。		
42	①	現在の仕事（デパートの販売）の業務の実施は差し支えない。（会社からの提示内容）	就業配慮への返答	7
43		「提示業務に問題あり □、提示業務で問題なし ■」	就業配慮への返答	7
44	②-1	推奨される配慮（避けたほうが良い取り組み）：以下は例示	配慮事項への返答	8
45		「就業時間制限 ■、残業時間制限 ■、休日出勤制限 ■・・・」	配慮事項への返答	8
46		「車両運転業務制限 ■、重量物取り扱い作業制限 ■・・・」	配慮事項への返答	8
47		「立ち作業制限 ■、・・・」	配慮事項への返答	8
48	②-2	推奨される配慮（実施が支援される取り組み）：以下は例示	配慮事項への返答	8
49		「自由記述：通院時に休暇が必要となるため、配慮ください、など」	配慮事項への返答	8
50	③	推奨される社内制度：以下は例示	社内制度への返答	5
51		「時間単位の年次有給休暇制度 □、疾病・病気休暇制度 ■・・・」	社内制度への返答	5
52		「フレックス勤務制度 ■、時間短縮勤務制度 ■・・・」	社内制度への返答	5
53		症状が変化したり、仕事が辛くなったら早めに連絡ください。		
54		ではこちらを会社に提出ください。		

「肺がんと診断後、通院による治療と仕事の両立支援プロセス：例」

社員数：45名、工務店勤務

事例：45歳男性、建設の事業計画・施工管理のとりまとめを行う部署。

No	発言者	発話	解説（備考）	入力番号
1	社員（Aさん）	放射線を当てて痛みも落ち着きました。復帰のことでご相談したいと思ってまいりました。	本人の復職意思の表明	
2	人事担当者	Aさん、もう体調は回復されたんですね。		
3		職場への復帰については社長にも報告します。		
4		復帰の希望は承知しました。	会社の合意あり	
5		まずは主治医の先生に復帰の可否を確認してください。	主治医意見の確認依頼	
6	社員	今後は抗がん剤を3週間に一度打ちながらになります。前回の診察の際に相談したら、先生は復帰は大丈夫ですよと仰っていました。		
7	人事担当者	わかりました。では「仕事と治療の両立支援」の考えに基づき復職の面談（本人と人事・上司）を設定します。	会社の両立支援の仕組みの起動	
8		その前に、主治医から以下の情報を入手しておいてください。	予備情報の入手の依頼	
9		2 病名、3 今後の見通し、4 通院頻度、5 想定される症状（今後、半年程度の間）	人事からの事前情報収集依頼	2,3,4,5
10	社員	わかりました。先生に聞いてみます。		
11	社員と人事担当者との面談（人事担当者が入力画面を見ながら作業することを想定している）			
12	社員	主治医の先生から先日言われた情報をもらってきました。自分は今の仕事内容、a)事業計画を立てることやb)事務作業の手伝い、はできると思います。ただ、c)現場対応となるとちょっと自信がないですね。	本人と人事担当者との面談	
13	人事担当者	Aさんのこれまでの業務経験を考えると、a)事業計画の作成はそのまま続けていただいよと思いますb)事務作業は殆ど経験がないですし、c)現場対応は体力的にも難しいのではと思います。	会社の理解状況と複数の提案プラン	7
14		ですからa)事業計画の作成や見直しをメインとした業務で復帰を考慮することでどうでしょうか。	会社からの提案	7
15	社員	わかりました。ご配慮頂きありがとうございます。	コンセンサス取得	
16	人事担当者	現時点で気になる症状や復職にあたって会社側が気を付けることはありますか。	会社からの懸念事項の確認	6
17		また、仕事を続けるうえで身体で気になることがありますか。	会社からの症状の確認	6
18	社員	肋骨の転移は放射線治療と痛み止めをだいでぶ落ち着いています。今後は3週間に一度抗癌剤の点滴を続けていきます。	本人の治療状況	5
19		痛み止めの副作用で眠くなること、便秘、吐き気があるといわれました。抗癌剤は打って2、3日はちょっとだるい感じが続きますが、他は特に気になりません。	本人の自覚症状	6
20		痛み止めの副作用の眠気と、抗癌剤を打った後のしんどさがどのくらい気になります。デスクワークは問題ないと思いますが、途中休み休みになるかもしれません。	本人の心配事	6
22	人事担当者	デスクワークは大丈夫とのことですね、休憩室は適宜使用して頂いて構いません、また、体調が思わしくない場合は時間単位の年休で早退して頂いても大丈夫です。	会社が提示する実施可能な配慮	7,8
23		今通勤はどうしてましたっけ？		
24	社員	車の運転を極力控えるよう言われたので電車通勤にしています。体調不良時のラッシュが心配です。	本人の要望	7
25	人事担当者	では、抗がん剤を打った後2日くらいはフレックスとか在宅勤務も考えてみては。	会社の配慮	8
27		ただ繁忙期には少し残業が増えるなどある程度がんばってもらわないといけないかもしれません。	会社側の要望	7
28		なお、会社で利用できる制度はこちらの通りです。	社内制度の提示	8
29		会社が配慮できる事項（詳細は別添資料を参照）	社内制度の提示	8
30		その他、確認したいことはありますか。		
31	社員	特に大丈夫です。		
32	人事担当者	では、こちらの書類を持って主治医を受診し、意見（両立支援に関する主治医の意見書：意見書）をもらってきてください。		
33	社員と主治医とのやりとり（本人と会社からの情報をもとに意見書を作成する）			

34	社員（患者）	会社に復帰の希望を伝えたところ、「仕事と治療の両立支援」に基づく書類を提出してもらいました。 記載内容の作成時には、私の意見も聞いてもらっています。 先生の意見をこちらの書類に追記いただけますか。		
35	主治医	会社はAさんの復帰を前向きに支援してくれてますね。		
36		私から意見を加筆するにあたり、何か気がかりなことはありませんか。また、要望があればお聞かせください。		
37	社員	通院のため、定期的に会社を休む必要があるのと、麻薬の副作用で眠くなるのが気になっています。抗がん剤を打った後2~3日はだるさが続くのと、疲れた時に休憩できるようにお願いしたいです。後は先生にお任せします。		
38	主治医	わかりました。		
39		お仕事はデスクワークが基本ですね。残業等は大丈夫ですか。		
40	社員	デスクワークなので大丈夫と思っています。ただ、前みたいに残業50時間は難しいのと、体力が持つかどうかは少し自信がないですが・・・		
41	主治医	わかりました。では主治医の立場で、両立がうまくいくような意見を提案しましょう。いただいた書類に追記しますね。		
42	①	現在の仕事（建設事業計画）の業務の実施は差し支えない。（会社からの提示内容）	就業配慮への返答	7
43		「提示業務に問題あり □、提示業務で問題なし ■」	就業配慮への返答	7
44	②-1	推奨される配慮（避けたほうが良い取り組み）：以下は例示	配慮事項への返答	8
45		「就業時間制限 □、残業時間制限 ■、休日出勤制限 ■・・・」	配慮事項への返答	8
46		「車両運転業務制限 ■、重量物取り扱い作業制限 ■・・・」	配慮事項への返答	8
47		「立ち作業制限 ■、・・・」	配慮事項への返答	8
48	②-2	推奨される配慮（実施が支援される取り組み）：以下は例示	配慮事項への返答	8
49		「自由記述：通院時に休暇が必要となるため、配慮ください、など」	配慮事項への返答	8
50	③	推奨される社内制度：以下は例示	社内制度への返答	5
51		「時間単位の年次有給休暇制度 □、疾病・病気休暇制度 ■・・・」	社内制度への返答	5
52		「フレックス勤務制度 ■、時間短縮勤務制度 ■・・・」	社内制度への返答	5
53		症状が変化したり、仕事が辛くなったら早めに連絡ください。		
54		ではこちらを会社に提出ください。		

	重量物取り扱い	長時間立位	暑熱作業
だるさ・疲れやすさ	安全配慮 ・原則禁止する。(1) ・労働基準法の上限を超えた重量物を取り扱わない。(2)	・原則禁止する。(1)	・（症状が増幅されるのであれば）原則禁止する。(23) ・特定業務に該当する作業への従事は控える。(16) ・熱中症リスクのある職場は禁止する。(17)
	合理的配慮 ・小休止や休憩を自分のペースで取れる職場に配置する。(3)。 ・ハンドクレーン・バランサーなどの治具を導入する。(4)。 ・週半ばでの計画休暇の取得を可能にする。(5) ・複数名での業務とする。(9) ・こまめに休憩時間を確保する。(6) ・横になって休める休憩所を設置する。(7)	・小休止や休憩を自分のペースで取れる職場にする。(8) ・休憩できる場所を近くに設置する。(11) ・疲れたときには座れるように近くに椅子を準備する。(13) ・横になって休める休憩所を設置する。(7) ・可能な限り座位での作業に変更する。(12)	・休憩場所を確保する。(24) ・連続作業時間を一定時間以内に制限する。(18) ・クールスーツ、クールベストなど暑熱を和らげるツールを利用する。(20) ・疲れたときに休憩室を休めるように配慮する。(19) ・こまめな休憩時間を確保する。(6) ・水分が摂取しやすい環境を整える。(21) ・横になって休める休憩所を設置する。(7) ・交代制にする。(8) ・複数名での業務とする。(9)
記憶力低下や集中力の低	安全配慮 ・原則禁止する。(1) ・複数名での業務とする。(9)	・原則禁止する。(1) ・小休止や休憩を自分のペースで取れる職場にする。(6) ・複数名での業務とする。(9)	・（症状が増幅されるのであれば）原則禁止する。(23) ・特定業務に該当する作業への従事は控える。(16) ・熱中症のリスクの高い作業は控える。(17)
	合理的配慮 ・小休止や休憩を自分のペースで取れる職場に配置する。(3) ・こまめな休憩時間を確保する。(6) ・横になって休める休憩所を設置する。(7)	・小休止や休憩を自分のペースで取れる職場にする。(8) ・疲れたときには座れるように近くに椅子を準備する。(13) ・可能な限り座位での作業に変更する。(12) ・こまめな休憩時間を確保する。(6) ・横になって休める休憩所を設置する。(7)	・こまめな休憩時間を確保する。(6) ・水分摂取がしやすい環境を整える。(21) ・横になって休める休憩所を設置する。(7) ・クールスーツ、クールベストなど暑熱を和らげる。(20) ・横になって休める休憩所を設置する。(7) ・こまめな水分摂取を促す。(22)
吐き気・嘔吐	安全配慮 ・原則禁止する。(1)	・原則禁止する。(1)	・原則禁止する。(1) ・熱中症リスクのある職場は禁止する。(17) ・（症状が増幅されるのであれば）原則禁止する。(23)
	合理的配慮 ・小休止や休憩を自分のペースで取れる職場に配置する。(8) ・休憩室やトイレに近い場所に設置する。(10) ・複数名での業務とする。(9) ・こまめな休憩時間を確保する。(6) ・横になって休める休憩所を設置する。(7) ・交代制、複数名の業務とすることで連続作業時間を制限する。(8)	・症状があるときには小休止や休憩を自分のペースで取れる職場に配置する。(8) ・休憩できる場所を近くに設置する。(11) ・（症状がある時には）座れるように近くに椅子を準備する。(14) ・（症状がある時には）休憩ができる、中断できるようにする。(15) ・可能な限り座位での作業に変更する。(12) ・こまめに休憩時間を確保する。(6) ・横になって休める休憩所を設置する。(7) ・交代制、複数名の業務とすることで連続作業時間を制限する。(8) ・横になれる休憩場所を確保する。(7)	・症状があるときには小休止や休憩を自分のペースで取れる職場に配置する。(25) ・こまめな休憩時間を確保する。(6) ・水分摂取がしやすい環境を整える。(21) ・横になって休める休憩所を設置する。(7) ・クールスーツ、クールベストなど暑熱を和らげる。(20) ・交代制、複数名の業務とすることで連続作業時間を制限する。(8) ・横になれる休憩場所を確保する。(7) ・こまめな水分摂取を促す。(22)



職場で配慮したほうがいいこと

職場で配慮すべき事項の代表的なものです。



重作業



長時間立位



車の運転



通勤



重作業



長時間立位



車の運転



通勤

配慮事項の一覧

両立支援の事例

※写真 or ロゴ

「従業員が治療と仕事をスムーズに行うためのやりとりがスムーズになりました。」

企業名をいれる企業名をいれる企業名をいれる企業名をいれる企業名をいれる

※写真 or ロゴ

「従業員が治療と仕事をスムーズに行うためのやりとりがスムーズになりました。」

企業名をいれる企業名をいれる企業名をいれる企業名をいれる企業名をいれる

※写真 or ロゴ

「従業員が治療と仕事をスムーズに行うためのやりとりがスムーズになりました。」

企業名をいれる企業名をいれる企業名をいれる企業名をいれる企業名をいれる

導入事例一覧 >

よくあるご質問

利用するにあたって費用は発生しますか？



利用するにあたって費用は発生しますか？



利用するにあたって費用は発生しますか？



※数が多ければFAQページを別途設ける

お知らせ

2021年4月1日 ○○○○○○○○○○○○○○○を更新しました。

2021年4月1日 ○○○○○○○○○○○○○○○を更新しました。

2021年4月1日 ○○○○○○○○○○○○○○○を更新しました。

2021年4月1日 ○○○○○○○○○○○○○○○を更新しました。

2021年4月1日 ○○○○○○○○○○○○○○○を更新しました。

お知らせ一覧 >

[利用規約](#) [個人情報保護方針](#) [お問い合わせ](#)



© xxxxtool. All Rights Reserved.

利用する

[お問い合わせ](#)

[利用規約](#)

[個人情報保護方針](#)

© xxxxtool. All Rights Reserved.

あなたの情報を入力してください

質問1 あなたの情報を選んでください（複数選択可）

☒ だるさ・疲れやすさ	☐ 記憶力低下や集中力の低下
☒ 吐き気・嘔吐	

質問2 あなたの仕事の特徴を選んでください（複数選択可）

☐ 重量物取り扱い	☒ 長時間立位
☐ 暑熱作業	

検 索

[お問い合わせ](#)

[利用規約](#)

[個人情報保護方針](#)

© xxxxtool. All Rights Reserved.

配慮すべき事項の検索結果

安全配慮

[重量物の取扱いはできるだけ避け必要最小限にする](#)

この配慮事項をコピーする

合理的配慮

[小休止や休憩を自分のペースで取れる職場に配置する。](#)

この配慮事項をコピーする

[横になって休める休憩所を設置する。](#)

この配慮事項をコピーする

[交代制、複数名の業務とすることで連続作業時間を制限する。](#)

この配慮事項をコピーする

[お問い合わせ](#)

[利用規約](#)

[個人情報保護方針](#)

© xxxxtool. All Rights Reserved.

産業保健委員会答申

令和3年2月

京都府医師会産業保健委員会

令和3年2月3日

一般社団法人 京都府医師会
会長 松 井 道 宣 様

京都府医師会産業保健委員会
委員長 古 木 勝 也

産 業 保 健 委 員 会 答 申

令和元年10月2日に開催した第1回委員会において、貴職より「がんを抱える就業者の両立支援を産業医の立場から推進するための方策」について諮問を受けました。

これを受けて本委員会では、令和元年度、2年度の2年にわたり、諮問事項について検討を重ね、以下のとおりまとめましたので答申いたします。

産 業 保 健 委 員 会 委 員

委 員 長	古 木	勝 也	(福 知 山)
副 委 員 長	矢 間	博 善	(右 京)
委 員	阪 上	順 一	(福 知 山)
	古 海	勝 彦	(任天堂株式会社 産業医)
	松 田	雅 子	(京都産業保健総合支援センター)
	出 雲 路	祥 子	(京都大学医学部附属病院 がん相談支援センター)
	前 田	留 里	(京都ワーキング・サバイバー)
	弓 削	晴 美	(弓削晴美社会保険労務士事務所)
オフ`サ`ーハ`ー	梶 木	繁 之	(産業保健コンサルティングアルク)
担 副 会 担 理 副 理 副 理	当 長 当 事 当 事 当 事	北 川 靖 森 口 次 郎 三 木 秀 樹 西 村 幸 秀	

〔 諮 問 事 項 お よ び 趣 旨 〕

「がんを抱える就業者の両立支援を

産業医の立場から推進するための方策について」

年間約 85 万人が新たにがんと診断され、生涯を通じて約 2 人に 1 人ががんに罹患すると推計されている。近年のがん医療の技術の進歩により、生存率が飛躍的に伸長し、がんを抱えながら仕事を続けている就業者も少なくなく、がん罹患した 3 人に 1 人が働く世代となっている。一方、がん罹患した就業者の 75% は就業継続を希望しているにもかかわらず、21～35% が退職に至っているとされている。がんなどの比較的長期の治療が必要な疾患と就労の両立を可能にする環境整備が大きな課題となり、厚生労働省もこうした両立支援の事業を平成 25 年より開始しているところである。

事業場が安全配慮義務を果たすため、さらには平成 28 年の障害者雇用促進法改正により、すべての事業場に課せられる合理的配慮の提供義務にも応じるため、就業者のことを医学的な立場からも理解できる産業医の果たす役割は大きいと思われる。

そこでがんを抱える就業者の両立支援に対する府下の産業医活動の現状を把握し、その状況を改善するための方策についての提言をお願いしたい。

[答 申]

1. はじめに

年間約 85 万人が新たにがんと診断され、生涯を通じて約 2 人に 1 人ががんに罹患すると推計されている。近年のがん医療の技術の進歩により、生存率が飛躍的に伸長し、がんを抱えながら仕事を続けている就業者も少なくなく、がんに罹患した 3 人に 1 人が働く世代となっている。一方、がんに罹患した就業者の 75% は就業継続を希望しているにもかかわらず、21～35% が退職に至っているとされている。がんなどの比較的長期の治療が必要な疾患と就労の両立を可能にする環境整備が大きな課題となり、厚生労働省もこうした両立支援の事業を平成 25 年より開始し、「働き方改革実行計画」¹⁾の重要課題のひとつに挙げられるとともに、厚生労働省の「事業場における治療と仕事の両立支援ガイドライン」²⁾の公表、第 13 次労働災害防止計画³⁾、第 3 期がん対策推進基本計画、2019 年及び 2020 年の診療報酬改訂を受けて、各関係機関で体制整備が進められているところである。

事業者が安全配慮義務を果たすため、また平成 28 年の障害者雇用促進法改正により、すべての事業者に課せられる合理的配慮の提供義務にも応じるため、労働者のことを医学的な立場からも理解できる産業医の果たす役割は大きいと思われる。

今回がんを抱える労働者の両立支援に対する現状やその課題について両立支援に関わる様々な職種（治療を行う主治医、産業医、治療と職業生活の両立支援対策の普及促進のための個別訪問支援・個別調整支援・教育及び事例収集を実施する両立支援促進員〔保健師〕、病院と職場の橋渡しをするソーシャルワーカー、両立が出来るように社内制度や法的な面を含めた相談支援をする社会保険労務士、労働者〔患者〕・主治医・事業者・産業医のコミュニケーションのサポートを行う両立支援コーディネーター）の視点から整理し、その状況を改善するための方策について検討した。

2. 関係機関の立場より現状と考察

（ア）両立支援促進員の立場より

産業保健総合支援センター（以下、センター）の事業として行う治療と仕事の両立支援は、2016 年 2 月に厚生労働省が公表した「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」²⁾に沿って実施している。

両立支援はまず、本人が両立支援の希望を事業場へ申出ることから始まる。そして、本人と事業者が同意して作成した勤務情報提供書を主治医へ提出する。その情報をもとに、主治医が就業継続（または復職）の可否、就業上に必要な配慮などの意見書を事業場向けに作成する。それを受けて、事業者が産業医、本人の意見を聴きながら両立支援プランを立てる、という流れである。

センターでは今年の 4 月から 11 月までの 8 か月の間に、労働者、事業場から 29

件の両立支援の初回相談を受けた（労働者 18 件、事業場 11 件）。そのうち、13 件は労働者数が 50 人以上の事業場であった（労働者 8 件、事業場 5 件）。この 13 件中、7 件は「産業医はいるが機能していない。」という状況であった（労働者 4 件、事業場 3 件）。

ある相談事例では、抗がん剤治療継続中につき就業上の配慮（昼休憩の確保、突然の体調不良に対応できる人員配置）の検討について産業医の意見を求めることを労働者から事業者へ希望したが、事業者から「勘弁してほしい。」と断られた。

そのため、この事例では労働者自身で勤務情報提供書を作成し、主治医に意見を求めたところ、主治医より「就業上の配慮については記載できない。」と断られた。

治療のための休職から上手く復職した事例では、裁量権のある人事労務担当者が労働者とこまめに面談を行い、必要時は主治医に説明を聞きに行って両立支援プランを作成した。産業医には、休職者の現状の説明をし、「このプランで健康な状態を安定継続的に保っていただけるかどうか？健康を損ねる恐れがあるか？」について意見を聞くことを繰り返した。

こうした事例を通して、産業医の機能をいかに引き出せるかということがポイントとなるが、産業医をうまく活用できないのには下記のいくつかの原因が考えられる。

① 産業医個人に依る課題（時間的な課題、技術的な課題、認識の課題）

月に 1 回の訪問、限られた時間の中で職場巡視、衛生委員会等への参加が入れば、両立支援まで含めた活動は困難である。事業場によっては、両立支援におけるリーダー的役割まで産業医に任せようとすることがある（要するに丸投げ）。しかし、通常、月 1 回の関わりしかない嘱託産業医にとって、すべての役割を果たすのは困難と思われる。

② 事業場の環境整備の課題

i> 大企業の縦割り

- ・安全に関わる部署と衛生に関わる部署が異なっており、産業医が参加する安全衛生委員会の話題が安全中心となっていた事例。
- ・本社、各地の工場でそれぞれに産業医と契約しており。復職支援プログラムが統一されていなかった事例。

ii> 中小企業において産業医との連絡がとれていない。

- ・両立支援は診断の報告を受けた時点で産業医を交えて取り組むことが望ましいが、休職期間満了間際に本人又は事業場からセンターへ相談してくる事例がある。

③ 両立支援の位置づけ

- ・長時間労働者、高ストレス者の面接指導は産業医の職務として明記されてい

る（安衛則第 14 条第 1 項）が、両立支援についてのガイドラインはあるものの、明確な規定はされていない。そのため、労働者が両立支援を申出しても、産業医面談まで到達できないことがある。

こうした課題を鑑み、産業医の立場から、人事部が主体となって両立支援のための環境整備を行うように提案するのは可能ではないだろうか。事業者による方針の表明、相談窓口の設定、関係者の役割手順、社内制度の整備などの環境整備ができれば、両立支援に取り組むことが可能になる⁴⁾。労働者ががんと診断されたときに、「人事部から産業医面談に繋げる」という仕組みづくりへの働きかけが必要であると考ええる。

なお、改正労働安全衛生法第 101 条（法令の周知）においては、産業医を選任した事業者は、その事業場における産業医等の業務の具体的な内容、産業医に対する健康相談の申し出の方法及び産業医による労働者の心身の状態に関する情報の取扱いの方法を労働者に周知しなければならないこととなっている。産業医の業務の具体的な内容の中に、両立支援を盛り込み、労働者に周知することも必要であると考ええる。

（イ） 両立支援コーディネーターの立場より

両立支援は他職種が関わる大きな特徴といえ、それぞれの立場を理解し、調整し支える人材が必要であり、両立支援コーディネーターがその役割を担う事を期待されている。

両立支援コーディネーターは、治療と仕事のどちらの状況も理解し、両立に必要な知識を学んだ者で、病院内で仕事の相談を受ける者と職場内で治療の相談を受ける者のどちらかである事が多い。

大企業では産業保健スタッフが両立支援コーディネーターの場合も多く、産業医や他のスタッフとも衛生委員会等などで一同に顔を合わせ、顔の見える関係が作りやすいと言える。しかし、（独）労働政策研究・研究機構（2019）の両立支援に関する実態調査⁵⁾によれば、「産業保健スタッフはいない」と答えた事業場は 67.5%となっており、その規模が小さいほど両立支援の難しさや課題が指摘されている。

中小企業こそ医療知識のない事業者あるいは担当者が対応することになり、両立支援コーディネーター研修の受講が推奨される。しかし両立支援コーディネーター研修もまた周知が行き届いていないと考えられるため、行政等からこれまで以上の受講の促しなど積極的な情報提供・提案が必要である。

（ウ） 病診連携室・社会福祉士（ソーシャルワーカー）の立場より

がん診療連携拠点病院等に設置されているがん相談支援センターでは、診断時から治療中、終末期とあらゆる時期のがん患者やその家族から多くの相談が寄せられる。少し前までは、がん患者の多くは自身の就労の問題について、治療している医療機関

の医師やスタッフに相談することを躊躇していた。しかし、がん治療と就労の両立支援が社会的にも大きな課題となり、産業保健委員である社会福祉士が所属する病院でも 2014 年よりハローワークの長期療養者就職支援事業の一環としてハローワーク就職支援ナビゲーターによる出張相談が始まり、また 2017 年からは産業保健総合支援センターの両立支援促進員による出張相談が開始された。さらに 2018 年には厚生労働省から「事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン」²⁾が公表された。

がん相談支援センターで受ける就労に関する相談内容は「仕事復帰はしたいが、治療の影響で今までの働き方は難しい」「業務内容としては可能だが通勤時間の負担が大きい」「現在の体調に合った仕事を新たに探したい」など、治療の状況、職種や職場環境などによって様々である。治療のことを職場にどのように伝えたらいいのか悩み、会社や同僚に迷惑をかけているという負い目を感じている人も少なくない。中には治療のことを職場に伝えていないという人もいる。また、職場復帰や就労継続するにあたり配慮をお願いするのは会社や同僚にわがままに映らないかと心配し、そのようなことをお願いすることで逆に退職に追い込まれるのではないかという不安を抱えているケースも見受けられる。

このように治療後や治療しながら職場復帰や就労継続を模索するがん患者の相談を受け、がん相談支援センターではがん患者の治療状況や体調と業務内容、職場環境、本人の意欲などをアセスメントし、必要な情報提供を行い関係機関と連携するなど就労支援を行っている。診断後すぐに退職をしないように声掛けを行い、患者自身でできることとして、勤務先の就業規則などの確認や自身の病状や治療スケジュールの確認をしてもらうなどの助言も行う。社会福祉士（ソーシャルワーカー）はがん患者と職場の橋渡しをする役割を担っていると言える。

一方、職場において労働者の置かれている状況を踏まえて必要な配慮を行うための支援者であり調整役となり得るのが産業医であると考ええる。産業医は職場の状況を理解する医療者として適切な配慮を実現するための支援ができる立場と言える。実際に就労支援を受けたがん患者からは「産業医は独立して事業者に意見を述べられる存在であってほしい」「産業医は健康経営について事業者へ教育できる存在であってほしい」「患者の思いや不安を受容してほしい」「両立支援プランにも積極的にアドバイスして実りあるものにしてほしい」という声があり、そうした患者の産業医に対する期待は大きい。

実際のところ、医療機関としてはまだまだ医師の両立支援に対する認識不足という面は否めない。外来診察の短い時間では治療の方針や症状の対応などを話し合うのが精一杯で、患者の仕事の内容や勤務形態などについてまで話題にする余裕がないというのも事実である。事業場の処遇に関するコメントをするのは医療者の業務を超えると考える者も少なくなく、また主治医の意見を書面で残すことで、事業者に配慮を強

制してしまうのではないかと記載を躊躇する医師もいる。また、会社や産業医側としても負担が大きくなることは避けられないため、医療者と同様に書面に残すことに抵抗を感じているケースも少なくないように思われる。しかし主治医と事業場が連携することで、事業場と患者である労働者の双方が納得した形で就労継続することが可能になる。そしてその事業場において産業医は、患者である労働者の自己保健義務と事業者の安全配慮義務がそれぞれ適切に実行されるための支援者であり、両者をつなぐ大切な役目を担っている。

治療をしながら仕事を両立することを支援する意義は大きい。患者である労働者は治療を受けながら生きがいをもって仕事を続けられ、事業場にとっては労働者の意欲を向上させ、労働生産性の維持向上につながる。医療機関にとっても患者が精神的にも経済的にも追い込まれることなく、前向きに治療を受けてもらうことができる。そのためにも、医療者にも事業者や産業医にも情報を共有し連携することの重要性を認識してもらい、結果として事業場にも患者にもメリットがあるものと理解し積極的に関わってもらうよう促していくことが今後の課題でもある。

(エ) 社会保険労務士の立場より

がんに罹患した際、従業員にとって勤務を続けることがいいのか、退職するほうがいいのか判断を迫られる場合もある。しかし医学の発達に伴い、「がん=死」ではなくなっている現状で、その後の人生のことも考えていかないといけない。新しい職場に行くよりは出来れば元の職場に戻るほうが精神的にも物理的にも負担が少ないと思われる。

治療と仕事が両立できるように、社内制度や法的な面を含めた相談支援を行い、また労働問題化してしまっている場合には、①公的制度を利用する際の支援を行い、経済的な問題解決に寄与する、②現状の体調や今後の見通しを確認し、退職するとなったらそれにまつわる手続きを整理する、③短時間の治療が定期的に繰り返される場合等に対応できる休暇・勤務制度を検討・導入するといった点を中心に可能な手段を検討し解決を試みるといった就労問題を一緒に解決していく支援者が社会保険労務士（社労士）である。

病気休暇制度がある企業割合は 22.4%（平成 25 年）という報告⁶⁾がある。また、時間単位の年次有給休暇がある企業の割合は 16.2%（平成 27 年）という報告⁷⁾がある。勤務制度において短時間勤務制度を導入している企業割合：14.8%（平成 26 年）という報告⁸⁾や在宅勤務（テレワーク）を導入している企業割合：11.5%（平成 26 年）という報告⁸⁾があるが、いずれも決して多くの企業が導入はしていない現状がある。

以下に規程されると良いと思われるものを挙げておく。

① 治療のための休職制度

事業場が休職期間として規定している期間とは別に、罹患した従業員が使える休暇制度を設けておく。事業場のデメリットとしてはその対象者が社会保険加入者の場合、休職の間も保険料負担が続くため小規模事業場では難しい場合もある。

② 失効年次有給休暇付与制度

年次有給休暇の内、期限内に取り切れず消滅してしまった有給休暇を病休のために使うという制度を設けておく。また、積立期間の上限など詳細を決めておくことも必要である。

③ 再雇用制度

休職期間満了した後も休職事由が消滅しない場合は一般的には普通退職となるが、がん治療のための休職期間満了の場合、退職後何年以内と定め再雇用制度を設けることにより、事業場側も良い人材を確保できることになる。

④ 復帰後の時短勤務等

一日の勤務時間を短くすることや週の勤務日数を減らすなど、復帰者の無理のない勤務体系への変更があれば仕事と治療の両立もしやすくなると思われる。

⑤ 有給休暇の半日・時間単位付与

有給休暇取得の際、半日ずつ、若しくは時間ごとに使える制度を設ければ、通院など治療中の従業員も安心して休むことが出来ると考えられる。

⑥ 時差出勤制度、フレックスタイム制度

人によっては治療の副作用等で手の痺れなどにより電車等のつり革を持たないという場合もある。体力が消耗し完璧に身体が戻っていない場合は混雑する出勤退勤時間をずらすことで、幾分か負担が和らげられると思われる。

⑦ テレワーク制度

事務作業等、自宅で出来る仕事がある場合、通勤での身体の負担を軽減するために在宅勤務を勧めることも支援としては有効だと思われる。

⑧ がん罹患従業員用就業規則

がん治療の労働者が就業規則により透明化することで就労に対する不安や悩みを少しでも軽減できるのではないと思われる。また、がんに罹患したことを事業場に報告しない労働者もいるので、その規程を利用するかどうかは本人の申出によることにすればより配慮されたものとなると思われる。

3. 臨床医の立場からの現状と考察

(ア) 背景

がん患者が治療に臨む場合は、身体的な悩みのみならず一人では解決困難な多くの問題に直面する。特にがんを抱える就業者では、身体・精神的にこれまで通りの就業ができなくなるのではないかと、あるいは就業自体が不可能になるのではないかと、と不

安になるのは必然である。がんを抱える就業者は、どうしたらいいかわからないため仕事をあきらめるケースが多く、正社員の 20.7%、非正社員の 39.0%が退職しているといわれる⁹⁾。しかし、がんの罹患に伴う離職は、結果的には同僚や事業場に負担を強いる結果になる。一方で、治療のための休職を経て、通院治療をしながら就業復帰したがん患者は正社員の 60.1%、非正社員の 43.2%に上っており⁹⁾、適切な治療と仕事の両立ができれば退職にいたらない可能性が高い。わが国の高齢労働者割合の増加により、がんを抱える就業者数が無視しえない状況となり、がんを抱える就業者の治療と仕事の両立支援は、事業者の経営・労務管理上の重要課題となってきた。がん診療連携拠点病院におけるがん患者の相談内容では、「働くこと」に関する相談が 34.6%に上っており、そのうち「仕事と治療の両立の仕方」の相談が 39%と数多く寄せられており¹⁰⁾、がん患者の就労意思は決して低くはない状況にある。

(イ) 現状 ～臨床医の立場から～

2018 年度の診療報酬改定にて、がん患者を対象疾患とした治療と仕事の両立支援に関する診療報酬が新設された。名称は、療養・就労両立支援指導料といい、保険点数は 1,000 点に設定された（相談支援体制が整備されている保険医療機関の場合、500 点が上乗せできる相談体制充実加算も新設された）。2018 年度の療養・就労両立支援指導料では、(1)主治医が患者自身、および患者の勤務先の産業医から勤務状況に関する情報を取得すること、(2)その情報を踏まえて治療計画を見直すこと、(3)そのうえで患者に療養指導を行うこと、といった厳しい算定要件があった。そのため、規模 50 人未満で産業医選任義務のない事業場のがん患者では、仮に指導を行った場合でも保険点数を算定できなかった。事業場の規模によって、治療と仕事を両立できるような取組をしている割合が大きく異なり、事業場規模が 1,000 人以上であれば 87.5%であるが、10～29 人であれば 51.7%といわれている¹¹⁾。50 人以上の事業場は産業医の選任義務を課せられるが、産業医のいる事業場での労働者は全体の約 4 割にすぎない¹¹⁾。先述の厳しい算定要件も加わって、全国で両立支援指導料の算定ができた症例数は 2018 年で年間 40 例程度と報告されている¹²⁾。

2020 年度診療報酬改定でも療養・就労両立支援指導料が継続されたが、保険点数は初回 800 点、2 回目以降 400 点に改定された（相談体制充実加算が廃止され、相談支援加算 50 点の新設された）。

2020 年度診療報酬改定では、対象疾患ががん（悪性新生物）以外にも脳梗塞、脳出血、くも膜下出血その他の急性発症した脳血管疾患、肝疾患（経過が慢性なものに限る）、指定難病その他これに準ずる疾患、にも拡大された。2018 年度療養・就労両立支援指導料の対象者は、産業医が選任されている事業場の労働者のみであったが、2020 年度療養・就労両立支援指導料の対象者は、産業医のみならず総括安全衛生管理者・衛生管理者・安全衛生推進者・保健師が専任されている事業場の就労者に拡大された。

算定回数も6カ月に1回のみであったものが、2020年度療養・就労両立支援指導料では、初回算定した日の属する月又はその翌月から起算して3ヶ月を限度として月1回に限り算定できることとなった。なお初回算定の日属する月に2回目以降を算定しなかった場合に限り、その翌月から起算することができることと追加通知が行われた（2020年6月9日通知）ため、2回目算定が初回算定の翌月なら、初回通知から4カ月目の算定も可能となっている。このように2020年度療養・就労両立支援指導料は大幅に算定要件が緩和されている。

2018年度療養・就労両立支援指導料では、主治医意見書を産業医に提出、返書確認で算定していたが、2020年度療養・就労両立支援指導料では、勤務情報提供書（患者と事業場が作成）を踏まえた情報提供（主治医意見書）で初回算定できることとなった。勤務状況提供書、主治医意見書（治療状況・就業可否、復職可否）、両立支援プランの様式例はPDF版あるいはWORD版で提供されている（図1～4）¹³⁾。

先述の相談支援加算50点を取得するには、「十分な体制」が算定要件とされている。「十分な体制」とは(a)専任の看護師または社会福祉士（ソーシャルワーカー）が配置されていること。(b)上記(a)の者が、療養上の指導に同席し、相談支援を行った場合に算定可能とされる。しかし、(a)の看護師や社会福祉士は厚生労働省の定める両立支援コーディネーター養成のための研修カリキュラムに即した研修を修了している必要がある。この研修とは、現状では、「独立行政法人労働者健康安全機構の実施する両立支援コーディネーター研修及び応用研修」のみが該当する。

（ウ） 考察 ～臨床医の立場から～

がん患者の療養・就労両立支援指導料の存在を知っているがん治療を専門とする臨床医は少ない。がん治療に携わる臨床医にとっては、熟知しておかなければならないがんの疫学・がん検診、病理学、画像診断学、外科治療学、化学療法、分子標的療法、免疫療法、放射線療法、緩和医療、精神腫瘍学、がん救急、倫理学、等の移り変わりが非常に早く、その学習と実践に多大な労力を割いている。このように臨床医は、がん治療やがん患者の身体精神状況は分かるが、がん患者の職務内容や事業場の状況は分かりにくい。臨床医はがん患者の情報を事業者に正確に伝えたと患者の不利益になるのではないかと、個人情報の漏洩にならないかと、などと懸念する場合も多い。このため、臨床医に、がん患者の治療と仕事の両立支援を主導させることは現実的ではない。先述のごとく、2018年度から全国で両立支援指導料の算定ができた症例数は非常に少なく¹²⁾、2020年度から算定要件が大幅に緩和されているものの、算定数が伸びているとは言いがたい。がん診療連携拠点病院においても産業医科大学病院の両立支援科や全国労災病院の両立支援センターのような両立支援の専門窓口が設置されているわけではない。しかし、がん診療連携拠点病院には両立支援コーディネーターが在籍しており、両立支援チーム等と称して活動している場合がある。がん患者の両立支援

の始まりは、がん患者の就業意思の確認である。この確認作業ががん患者の療養・就労両立支援指導料のケース・ファインディングとなる。ケース・ファインダーとしての職責を臨床医などの治療スタッフに求めることが両立支援の初期介入の妨げになっている可能性がある。加えて、事業者と臨床医などの治療スタッフとの連携は困難であることが多いと報告されている¹⁴⁾。労働者健康安全機構の両立支援コーディネーターマニュアルによると両立支援コーディネーターがケース・ファインダーとなるように記載されている¹⁵⁾。しかし、2020 年度に療養・就労両立支援指導料の算定要件が大幅に緩和されたにもかかわらず、算定数は伸び悩んでいることから、実際的にはがん診療に携わる医療者すべてがケース・ファインダーとなり、がん患者の就労意思を確認する慣習をつけることが重要と思われる。ケース・ファインディングを行った医療者は速やかに該当患者情報を院内の担当部署（地域医療連携室、患者支援センター、両立支援チームなど）に伝達する。臨床医から事業者やその産業医とのコミュニケーションがとりにくいといわれており¹⁶⁾、両立支援コーディネーターの役割を果たす担当職員が臨床医と事業場のキーパーソンをつなぐことが肝要と思われる。がん種、ステージ、治療内容、年齢、性別によっても復職率が大きく異なることが知られており¹⁷⁾、両立支援コーディネーターのみで画一的な復職支援を行うことはできない。必ず事業場のキーパーソンの意見と臨床医の意見とを取り入れた支援を行う。この際の勤務状況提供書と主治医意見書の作成にあたっては該当患者と協同して作成することが望ましい。

4. 産業医の立場からの現状と考察

（ア）嘱託産業医の現状

少子化による労働人口の減少に対して、高年齢労働者の雇用促進への環境整備が進められる中、医療技術の進歩によって生存率が向上し、かつては不治の病とされた疾病を抱えながら働く労働者の増加とともに、治療と仕事の両立支援へのニーズが高まっている。

専属産業医の選任義務を有する労働者数 1,000 人以上の事業場では、産業医、人事・労務、所属(上司)が連携した病気を抱える社員の就労支援体制が整備されている所も多く、厚生労働省の「両立支援ナビ」にも好事例が紹介されている¹⁸⁾が、労働者数 50 人以上 1,000 人未満の事業場や 50 人未満の産業医選任義務の無い事業場では、産業保健活動が十分に行えていない所も多く、治療と仕事の両立支援に関する認知や連携は十分には進んでおらず、両立支援を進めるための事業場の環境整備が不十分¹⁹⁾と考えられている。

産業医の実動数については、平成 28 年の日本医師会産業保健委員会答申からの推

計 3 万人が引用されているが、平成 22 年の労働安全衛生基本調査と平成 26 年の経済センサスによれば、労働者が 50 人～999 人の事業場数は 162,401 事業場であり、産業医選任率から算定される選任産業医数は 140,894 人となる。未だに「実働 3 万人」だとすれば、産業医 1 人当たり平均 4.7 事業場を担当していることになる（表 1、表 2）が、調査から 10 年近く経過した現在においては、産業医の実働数は認定産業医数の増加とともに増えていると考えられることから、現在の実働数はさらに多いと考えられる。産業医活動の現状把握は、治療と仕事の両立支援だけでなく、嘱託産業医の抱える様々な課題に対応するためにも必須である。

平成 20 年に京都産業保健総合支援センターが行った調査研究²⁰⁾によれば、産業医の実働率は 57%とされている（表 3）。これは、日本医師会が平成 27 年に行ったアンケート調査²¹⁾の実働率(約 62%)よりも低い、すでに調査から 10 年以上が経過しており、京都府においても産業医活動の実態把握が必要である。

産業医活動における課題は、「業務量の増加」「専門的な知識の増加」「他部門との連携の増加」「専門スタッフの不足」が上位を占めている（表 4）²¹⁾。

一方、産業医資格を有しながら産業医活動を行っていない理由は、「本業が多忙で時間・余裕がないため(60%)」「産業医として働く事業場がないため(35%)」「経験がなくやり方が分からないため(20%)」となっている²¹⁾。産業医の実働数を増やし産業医活動を活性化するには、これらの課題を速やかに解決する必要があると思われるが、全国医師会産業医部会連絡協議会の発足や、日医産業保健委員会が産業医の支援等にも言及しており、今後期待したいところである。

（イ）専属産業医の場合

嘱託産業医に比べ、専属産業医を専任する事業場では、治療と仕事の両立支援において充実した支援が提供できる環境にあると考えられるが、復職・就業支援体制や就業規則が両立支援に制約を及ぼす可能性があることに留意しておく必要がある。がん患者(労働者)の両立支援に必要な取り組みとして「短時間勤務の活用」と「1 時間単位の休暇や長期の休暇が取れるなど柔軟な休暇制度」がある²²⁾。これらの制度は、両立支援の対象となる労働者(患者)が問題なく職務に復帰できる場合には有効に働くが、療養していた自宅等と一定の規制を有する職場の環境の違い等から、急な「変化」を来すことがある。「昨日までは調子よく働いていたのに」「午前中は調子がよかったのに」と、主治医や産業医、労働者(患者)本人にも予測できない体調の変化を認めることがある。このような変化が複数回続くと、周囲も支援に不安を感じ、労働者(患者)

自身も周囲への遠慮や気遣いから就業に対する意欲を失ってしまう。専属産業医を専任する規模の事業場であっても旧来の就業規則ではこのような事案に柔軟に対応できず、結果として労働者(患者)への両立支援の継続が難しくなることがあるため、産業医は予測される労働者(患者)の体調の変化に就業規則や復職支援体制が対応可能かどうかを評価し、必要に応じて見直しを提案し、より良い両立支援の提供について事業者や担当者とともに考えることが必要である。産業医が両立支援に単独で対応することは難しく、事業者および関係者の理解と協力が不可欠であることを忘れてはならない。

(ウ) 嘱託産業医の場合

① 業務全体における両立支援の位置づけ

独立行政法人労働政策研究・研修機構が行った「病気の治療と仕事の両立に関する実態調査（企業調査）」によれば、過去３年間の両立支援の対象となる疾患で休職した労働者は、「１～２人の割合がもっとも高い」と報告している（表５）²⁴⁾。

みずほ情報総研レポートでも、事業者の約７割、人事労務担当者の約４割が「これまでに治療を必要とする従業員はいなかった（または退職した）」と回答している（図５）²⁵⁾。

治療と仕事の両立支援を必要とする労働者は、疾病による休務者の復職支援の一部であることから、産業医が両立支援を必要とする事例を経験する確率は他の業務ほど多くはないと考えられる。このような稀な業務について時間を費やすことは、多忙な嘱託産業医にとって優先順位が低いと受け取られる可能性も存在する。

② 技術的な課題：嘱託産業医の支援体制の整備

嘱託産業医(臨床医や開業医)にとって、産業医の職務に対する苦手意識は根強く、嘱託産業医活動の弊害になっていると考えられる²¹⁾。産業医の職務は、職場巡視や衛生委員会への参加などのルーチンワーク以外に、長時間勤務者やストレスチェックにおける高ストレス者への面接指導など、労働者を取り巻く環境の変化とともにその範囲が広がってきた。治療と仕事の両立支援において、事業場や労働者を熟知した産業医は両立支援コーディネーターの働きに大きく影響を及ぼす存在であるが、嘱託産業医が自らの業務を効率的・効果的に実践するために

は、それぞれの業務に対する従来の教科書的な研修だけではなく、彼らが直面する多様な事例に的確に対処するためには産業医のスキルアップが不可欠であると考える。またそのためには産業保健総合支援センターを中心とした産業医の支援体制を整備することが必要である。現在の労働安全衛生分野の専門相談員だけでなく、労働法や労使調停などの法律専門家等も加えて相談範囲を拡充し嘱託産業医のニーズに総合的に対応できる体制づくりや実地研修の強化も急務であると考える。

③ 時間的な課題：社会的ネットワーク、クリニックの存在で解決

嘱託産業医のほとんどは開業医であり、本業以外に校医や園医業務、医師会業務や介護関係業務などを抱えていることが多く、事業場の産業医活動に関わる時間はひと月当たり「2～5 時間未満」が最多であり、より多くの時間を割くことが難しい状況にある²¹⁾。限られた時間の中で職場巡視と安全衛生委員会出席、定期健康診断や深夜業従事者健康診断および特殊健康診断など各種健診の事後措置、また長時間勤務者や高ストレス者、メンタル不全からの復職者との面談指導等の業務を行わなければならない。

また、中小企業においては職種が少なく、なかなかオーダーメイドの就業措置をしていくことは難しいことであるが、本人の気持ちと意欲を最大限に汲み取って、業務内容や作業環境、時短勤務など本人と事業者と産業医とで十分に相談してマッチングしていくべきである。このような作業はとても通常の出務時間では捌ききれないと思われるので、別に時間を取って出向くか、それが無理ならば関係諸氏に自院に出向いて頂き、十分に話し合いたいものである。また、産業保健総合支援センターや両立支援コーディネーター、がん診療連携拠点病院等のソーシャルワーカーなどの社外資源を最大限に利用できるよう産業医は整理しておくことが求められる。

一方、産業医の選任義務がない 50 人未満の事業場においてはそういった両立支援の対応も事業者が対応しないといけなくなり、より負担が大きいと言えるし、大きな今後の課題と言える。

5. 学術的な整理

(ア) 日本におけるがん就労者の両立支援に関する研究

日本における「がんを抱える就労者の仕事と治療の両立」に関する研究は、平成 22 年頃から継続的に行われている。

高橋らは^{26),27)}、「働くがん患者と家族に向けた包括的就業支援システムの構築に関

する研究：患者/家族・人事労務担当者・産業保健担当者の 3 者の視点を生かした支援リソースの開発、評価、普及啓発法の検討」の中で、がん患者の就労の種々の関係者を対象とした実態調査と、その知見に基づいた支援リソースを開発している。

さまざまな関係者を対象とした実態調査および関連論考として、がん患者と家族を対象とした意識調査や、職場関係者および産業保健スタッフ対象の支援実態および意識調査、医療者対象の支援実態および意識調査、一般市民対象の「がんイメージ」調査などを実施している。さらに、医療従事者が行う働く世代のがん患者の治療と仕事の効率的な両立支援に関する分析、生活機能の観点からみた、がんの就労問題の構造の分析、がんの就労支援における労働分野との連携の局面とその課題に関する文献調査も行っている。それらの結果をもとに、多様な関係者に向けた支援リソースの開発を行っており、患者・家族向けとして「がんと仕事の Q & A」、職場関係者向けとして「企業向け“がん就労者”支援マニュアル」、治療スタッフ向けとして「がん治療を行う臨床医向け“事例に学ぶ：5 つのポイント”」、産業保健スタッフ向けとして「産業看護職向けガイドブック」、「嘱託産業医向けガイドブック」、相談員向けとして「医療ソーシャルワーカー向け事例集」などが公表されている²⁸⁾。

また高橋らは、「働くがん患者の職場復帰支援に関する研究一病院における離職予防プログラム開発評価と企業文化づくりの両面から」の中で、過去に開発した各種教材を充実させるとともに、「医療機関で実施する離職予防プログラムの開発」や「企業におけるがん就労者支援の体制整備に向けた研修プログラムの開発とそれらに資する各種調査」を実施している。開発された様々な資料類は公開されており、ヒント集 β 版は 9 割以上の対象から「就労場面での対応に役立つ」「がん患者のニーズに合致している」などと評価されている。また企業向けガイドラインの周知研修の教材としても採用されており、中小企業向け支援ツール（支援度判定レーダーチャートと各項目の重要性の解説）なども公開されている²⁹⁾。

若尾らは³⁰⁾「医療機関におけるがん患者就労支援の包括的な仕組みの構築」に向け、就労支援の共通基盤となるべき基本的要素を検討するとともに、働くがん患者が治療の時間軸の中で、「いつ離職を考慮しているのか」を明らかにし、それぞれの時期における有用な支援を解明している。探索因子分析では多職種アプローチにより「患者の職場での心身のセルフケア能力を高める」、「治療と仕事を両立できるよう患者の職場環境の支援獲得能力を高める」の 2 因子 26 項目を抽出している。また、治療時期により変化する支援ニーズとして、「診断初期の患者は利用可能な支援制度の情報ニーズや、治療に要する時間等の標準的ながん治療の情報に対するニーズ」が高く、「診断から時間がたつごとに制度や医学的情報では解決困難な他の患者の工夫を知る場を求めている」ことを明らかにしている。さらに「仕事と治療の両立お役立ちノート draft 版」（平成 30 年度作成）も発行している³¹⁾。

遠藤らは³²⁾、がん患者のがん種別の復職率、退職率、がん罹患前後の検診結果等を

分析し、疾病により業務に影響が生じたと回答があった事例を検証し、「車輛運転の困難さ」が最多であることや業務遂行に影響した体調の変化で、「体力低下、痛み、動作への影響、思考力の低下、メンタルヘルス不調」などが上位であることを報告している。その他、退職・転職のリスクファクターとして、「ステージⅡ,Ⅲ,Ⅳ」「正社員でない」「職場の人にがんであることを伝えていない」「立ち作業がベースの職場環境」「管理職でない」に有意な結果が認められたと報告している。がん種によって年齢構成や雇用形態、治療内容に違いがあり、それらが就労継続の可否に影響を及ぼしていることや、事業場の規模と就労形態が離職に影響を与えていること、両立に関する相談相手は、「上司、主治医、院内相談室」の順であり、「産業医の役割」に関する周知が課題であることなども報告している。また「がん就労のエビデンスブック」「がん患者就労支援ガイドンス」「就労意見書作成支援ソフト（がん共通版）」といった研究成果（ツール集）をホームページ上に公表している³³⁾。また、「がん患者の就労実態に関するエビデンス（循環器疾患と比べ、がんでは禁煙率が低い傾向にあること、いずれの疾患による病休後も禁煙率は6割を超えていたこと）」を明らかにしている。

（イ） 国や行政による「治療と職業生活の両立支援」の推進と産業医への期待

がん就労者の両立支援に関する研究は様々な研究者により行われている。これらの研究成果を参考に厚生労働省からは、がん就労者を含む「仕事と治療の両立」に活用できる事業場向けのガイドライン（事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン）や、企業と医療機関が連携するためのマニュアル（企業・医療機関マニュアル）などが公表され、職域における両立支援を後押ししている¹³⁾。また労働者健康安全機構からは、「中小企業事業者の為に産業医ができること」といったパンフレットも公表されている⁴⁾。事業者と意見を交わしながら前述のツール類やガイドラインなどを活用し、「治療と仕事の両立支援」に積極的に関わることが産業医には求められている。

6. 提言として

（ア） 周知と顔の見える関係づくり

須賀ら（2019）は、全国の一般企業の労働者 2,000 名と経営者 1,000 名を対象としたアンケート調査で、厚生労働省の両立支援の取り組みを知っている者は、労働者調査で 6 %、経営者調査で 15%にとどまったと報告している³⁴⁾。

また須賀ら(2020)は全国労働者 12,000 名にアンケート調査を行い、支援制度の認知は前回の調査から 1 年半を経ても 7%と違いが見られなかったと報告している³⁵⁾。未だ両立支援についての認知は広まっているとはいえず、支援制度の認知の低さは本制度の普及を阻む極めて大きな問題であると考えられる。今後も更なる産業医への周知、産業医から企業への情報提供ができるような様々な場面で働きかけをしていくべき

と考える。

さらに須賀ら(2020)は利用申出の意識の低さについても指摘しており³⁵⁾、前述の通り医療者すべてがケース・ファインダーになっていく必要があるのと同時に利用申出していく労働者（患者）に対しても産業医並びにすべての医療者から積極的に周知・教育を重ねていくことも重要であると考ええる。

こうした周知、教育をしていく場を作っていくことと同時に、両立支援に関わる多職種、つまり産業医、主治医、両立支援コーディネーター、社会福祉士（ソーシャルワーカー）等の交流の場や医師会、がん拠点病院、産業保健総合支援センター、行政、社会保険労務士会なども含めた顔の見える関係を構築していく場を地道に作っていくことは最も重要なことであると考ええる。

（イ） 成功事例（研修等で紹介・活用）や活用すべきものの整理

両立支援の取り組みは歴史が浅く、個別性が高いことがゆえに過去の事例が当てはまらないことも少なくない。しかし困難なことや心配なことについては共通する部分も多くあるため経験者の声や事例集などは積極的に活用していくべきであると考ええる。

前述の通り、厚生労働省の「両立支援ナビ」にも好事例を紹介しているが¹⁸⁾、サッポロビール株式会社のように、がん治療と仕事の両立に向けた支援やがんを経験した社員が安心して働ける環境整備を目的とした社内コミュニティを立ち上げるなど積極的に活動する会社もある³⁶⁾。また、がんと就労問題に取り組む民間プロジェクト「がんアライ部」では、企業からの取り組み事例集を公開し表彰している³⁷⁾。

前述した様々な国内研究の成果物、例えば「就労意見書作成支援ソフト」（がん共通版）といったツールなどは産業保健スタッフと事業場および主治医の負担を軽減することが期待される。

（ウ） 社会資源の整理（産業医から企業への提言も必要）

両立支援は、前述にもあるように多職種が様々な関与をしていくことが必要かつ重要で、産業保健、臨床医学の範囲にとどまるものではない。その主体はあくまで事業場であり、また産業医自身がすべての配慮をしていくことは非常に難しいことである。両立支援に対する様々な機能や必要性について産業医は情報や知識を整理しておき、機会があるごとに事業場に提案していくことが重要である。病気の治療と仕事の両立に関する実態調査でも配慮事項としてあげている³⁸⁾「通院のための休暇」、「仕事内容の変更」、「労働時間の短縮」など、職場制度も労働者である患者にとっては重要なこととなる。こうした情報や知識は社会保険労務士が欠かせないが、両立支援コーディネーターとの協働や産業保健総合支援センターの助言など、外部資源も活用し社内制度の見直しを推進していくよう進言することも産業医の重要な一つの手段となる。

しかし留意すべきは、安全配慮と人材活用の線引きは対話を通じて行うものであり、社内制度を型どおりに使用することで継続が難しくなる状況や、産業医からの一方的な指示はなるべく避けるべきである。患者である労働者や現場が納得のいく働き方、休み方ができるよう、関係者が話し合える場を確保していくことも配慮をする上で忘れてはいけない大切なことであると考える。

また一方、がん患者は周囲への遠慮や自己肯定感の低下から落ち込みを経験する場合も少なくなく、メンタル面へのサポートも重要であるが、事業場内でのフォローが難しい場合には、外部の EAP など活用し、個別相談等のサポートをアウトソーシングすることもひとつの手段であり、こうした提案も産業医から事業場に出来るようにしておくことが重要である。

(エ) インフラツール等の活用

Medical care station(以下、MCS)は全国の医療介護の現場で利用されている地域包括ケア・多職種連携のための非公開型医療介護連携コミュニケーションツールで、パソコン・タブレット・スマートフォンなどで簡単に操作することが出来、現在 120,000 人のユーザーがいる。また MCS は厚生労働省の「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に基づき利用されている。京都府医師会では 2016 年 8 月より、医療・介護情報共有・連携に活用できるよう MCS を「京あんしんネット」として採用し、医師をはじめ多職種へのサービスを提供してきた。こうしたツールを両立支援に携わる多職種連携に応用して使えば現在、問題となっている情報の共有に関する時間的な課題や空間的な課題についてはかなりの部分が解消できる可能性があると思われる。

そのほか、2020 年のコロナ禍では衛生委員会等や医師面接にオンラインを導入した企業も増えたと考えられ^{39),40)}、嘱託産業医にとっては安全衛生委員会への出席や様々な面談や相談業務が遠隔でも行えるようになったことも時間的な課題を解決する一つの手段となる可能性は高い。一方、導入費用の問題や電子機器に不得意な産業医も少なくないことについては何らかの支援が必要となると思われる。今まで面談時間の確保が難しかった忙しい労働者や産業医にとっても時間を有効に使えるメリットも多く、今後の広がり期待したい。

7. 今後の課題

今回、コロナ禍においてリモートを活用することも含めて産業保健委員会を何とか開催し、議論を進めてきた。当初、府下の産業医の両立支援に対する現状についてのアンケートを各研修会において実施する予定であったが、2020 年のコロナ禍の状況下での実施は困難であった。今後、産業医の両立支援に対する認知などの状況の変化についてはモニタリ

ングをしていく必要があると思われる。

一方、産業医も幅広いがん治療の現状について最低限知っておくべきであるという指摘も少なくない。さらに、産業医も医療者も記録を残す、書面に残すということへの抵抗感が存在することも指摘をされている。こうした課題を解決していくためにもより深くかつより具体的な学習の機会を設けていくことは重要なことであると思われる。また、2020年の診療報酬改定でも対象疾患が拡大されたように両立支援を考えていくのはがんだけではなく、様々な疾患・障害に対して医療者、事業者配慮や工夫、そして連携していくことが求められる。すでに産業医講習会においても2020年よりロービジョン（視覚障害）における両立支援についても周知・学習する機会を設けてきているが、今後こうした疾患・障害の両立支援についてもひとつひとつ学習する機会が得られるようにしていくべきと考える。

両立支援をしていく側は労働者である患者が職場復帰をひとつのゴールと捉えがちだが、本人にとってはあくまでも職場復帰は再スタートであり、仕事に戻ってからも様々な困難に直面することが考えられる。復職後の5年勤務継続率は50%超という報告がある³³⁾。復職後5年間の再休業率は38.8%であり、再病休の発生が多いのは復職後2年間で、その内訳は復職日から1年後までに再病休全体の57.2%、2年後までに再病休全体の76.3%が集中しているという結果もある³³⁾。

こうした職場復職後も患者である労働者の治療の状況や体調変化、職場の状況によって就労形態を変えていく必要もあり、継続して支援が必要となる。本人のメリットだけでなく事業場へのメリットを考慮し、より長期的な視点より、本人と医療者・産業医、事業者が共に考えていき、より満足のいく形での職場復帰、就労継続の実現を目指せるようにすべきである。

8. おわりに

患者である労働者のために両立支援をしていく上で一番大切なのは日頃からのコミュニケーションだと考える。制度の根幹には事業者の合理的配慮があり、これは安全配慮義務、健康配慮義務とも異なる事業者の社会的責任の範囲のことである。権利ばかりを主張し、仕事への熱意が感じられない労働者の場合だと、事業者はもちろん他の職場の人たちも理解を示すことが困難になるかもしれない。

健康であったとしても病気になったとしても、コミュニケーションは働く上で、また生きていく上で一番重要なものであり必要なものである。そのコミュニケーションを円滑に進めるためには、産業医は重要なポジションにいることも忘れてはならない。働きながら治療することが当たり前になるような世の中になることを願ってやまない。

参考文献

- 1) 首相官邸 働き方改革の実現
- 2) 厚生労働省. 事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン 2020 年 3 月改訂
- 3) 厚生労働省 第 13 次労働災害防止計画について 2018 年 3 月 19 日公示
- 4) 中小企業事業者のために産業医ができること- 目指せ健康経営-
<https://www.johas.go.jp/Portals/0/data0/sanpo/material/download/sangyouikatuyouseminer.pdf>
- 5) 独立行政法人労働政策研究・研修機構 第 103 回労働政策フォーラム「病気の治療と仕事の両立に関する実態調査」調査結果の概要（2019 年 6 月 28 日）
https://www.jil.go.jp/event/ro_forum/20190628/resume/02-kenkyu-okuda.pdf
- 6) 厚生労働省. 平成 25 年就労条件総合調査結果の概要
- 7) 厚生労働省. 平成 27 年就労条件総合調査結果の概要
- 8) 厚生労働省. 平成 26 年就労条件総合調査結果の概要
- 9) 独立行政法人労働政策研究・研修機構. メンタルヘルス, 私傷病などの治療と職業生活の両立支援に関する調査. (2013)
<https://www.jil.go.jp/institute/research/2013/112.html>
- 10) 厚生労働省. 治療と職業生活の両立等の支援の現状について.
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000023wrx-att/2r98520000023wzb.pdf>
- 11) 厚生労働省. 平成 30 年 労働安全衛生調査（実態調査） 結果の概況.
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/h30-46-50b.html>
- 12) 立石清一郎. 産業医科大学病院での治療と仕事の両立支援の実践. 肺癌 60(3): 215, 2020
- 13) 厚生労働省. 治療と仕事の両立について
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000115267.html>
- 14) Nishikido N. Sense of difficulty in providing support for balancing cancer: Treatment and work among occupational health nurses. Jpn J Health & Human Ecology 86(2): 65-75, 2020
- 15) 独立行政法人労働者健康安全機構. 両立支援コーディネーターマニュアル.
https://www.johas.go.jp/Portals/0/data0/kinrou/ryouritu/ryouritumanyuaru_2020_4.pdf
- 16) 石崎雅浩. がん患者における両立支援の現状と今後. 日本職業・災害医学会会誌. 67(4):284-288, 2019
- 17) 加藤宏一. 治療就労両立支援モデル事業報告 がん分野. 日本職業・災害医学会会誌 67(4): 289-293, 2019
- 18) 厚生労働省. 両立支援ナビ 両立支援の取組み事例
<https://chiryoutoshigoto.mhlw.go.jp/case/index.html>
- 19) 堤明純. 治療と就労の両立支援のための事業場内外の産業保健スタッフと医療機関の連携モデルとその活動評価指標の開発に関する研究 産業医学ジャーナル Vol.42 No.4 2019 5-9

- 20) 森洋一. 現在の産業医制度に対する産業医の意識に係る調査研究 京都産業保健総合支援センター
- 21) 日本医師会. 産業医活動に対するアンケート調査の結果について 平成 27 年 9 月 25 日
- 22) 内閣府平成 28 年度 がん対策に関する世論調査
- 23) 高橋都. 働くがん患者と家族に向けた包括的就業支援システムの構築に関する研究：患者/家族・人事労務担当者・産業保健担当者の 3 者の視点を生かした支援リソースの開発、評価、普及啓発法の検討（H22-がん臨床-一般-008）
<https://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.do?resrchNum=201221007B>
- 24) 独立行政法人 労働政策研究・研修機構. 病気の治療と仕事の両立に関する実態調査（企業調査）JILIP 調査シリーズ No.181 2017
- 25) 志岐直美. 治療と仕事の両立支援のさらなる普及に向けた課題と提言～中小企業にけるガイドラインの認知度調査の結果から～みずほ情報総研レポート vol.17 2019
- 26) 高橋都. 働くがん患者と家族に向けた包括的就業支援システムの構築に関する研究：患者/家族・人事労務担当者・産業保健担当者の 3 者の視点を生かした支援リソースの開発、評価、普及啓発法の検討（H22-がん臨床-一般-008）
<https://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.do?resrchNum=201221007B>
- 27) 高橋都. 働くがん患者の職場復帰支援に関する研究－病院における離職予防プログラム開発評価と企業文化づくりの両面から（H26-がん政策-一般-018）
<https://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.do?resrchNum=201607017B>
- 28) がん患者の就労支援等に関する研究（各種支援ツール）
https://www.ncc.go.jp/jp/cis/divisions/05survivor/05survivor_01.html
- 29) がん治療と就労の両立支援度チェックと改善ヒント
<https://www.ncc.go.jp/jp/cis/divisions/05survivor/check/index.html>
- 30) 若尾文彦. がん患者の就労継続及び職場復帰に資する研究（H29-がん対策-一般-011）
<https://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.do?resrchNum=201808011A>
- 31) 働く世代のあなたに 仕事とがん治療の両立お役立ちノート Draft Ver.4
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000204876.pdf>
- 32) 遠藤源樹. がん患者の就労継続及び職場復帰に資する研究（H29-がん対策-一般-012）
<https://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.do?resrchNum=201908012B>
- 33) 順天堂発・がん治療と就労の両立支援ガイド - Cancer and Work -
<https://www.juntendo-caw.com/index.php>
- 34) 須賀万智. 「治療と仕事の両立支援の現状と課題 ～労働者と経営者に対するアンケート調査」 産業衛生学雑誌（2019）
https://www.jstage.jst.go.jp/article/sangyoeisei/61/2/61_2018-032-B/_pdf/-char/ja
- 35) 須賀万智. 「治療と仕事の両立支援に関する全国労働者調査～支援制度の認知と利用申出の意識」 産業衛生学雑誌 2020;62(6):261-270（2020）

- 36) サッポロビール株式会社ホームページ
https://www.sapporobeer.jp/news_release/0000009277/
- 37) がんアライ部ホームページ
<https://www.gan-ally-bu.com/>
- 38) 独立行政法人労働政策研究・研修機構. 第 103 回労働政策フォーラム「病気の治療と仕事の両立に関する実態調査」調査結果の概要（2019）」
https://www.jil.go.jp/event/ro_forum/20190628/resume/02-kenkyu-okuda.pdf
- 39) 厚生労働省. 情報通信機器を用いた医師による面接指導の実施について ～令和2年11月19日付通達～
<https://www.mhlw.go.jp/hourei/doc/tsuchi/T201124K0010.pdf>
- 40) 厚生労働省. 情報通信機器を用いた安全委員会等の開催について ～令和2年8月27日付通達～
<https://www.mhlw.go.jp/hourei/doc/tsuchi/T200901K0020.pdf>

図1 職場復帰の可否等について主治医の意見を求める際の様式例¹³⁾

(主治医所属・氏名) 先生

今後の就業継続の可否、業務の内容について職場で配慮したほうがよいことなどについて、先生にご意見をいただくための従業員の勤務に関する情報です。

どうぞよろしくお願い申し上げます。

従業員氏名		生年月日	年	月	日
住所					

職 種	※事務職、自動車の運転手、建設作業員など
職務内容	(作業場所・作業内容) ☐ 体を使う作業（重作業） ☐ 暑熱場所での作業 ☐ 車の運転 ☐ 遠隔地出張（国内） ☐ 体を使う作業（軽作業） ☐ 寒冷場所での作業 ☐ 機械の運転・操作 ☐ 海外出張 ☐ 長時間立位 ☐ 高所作業 ☐ 対人業務 ☐ 単身赴任
勤務形態	☐ 常昼勤務 ☐ 二交替勤務 ☐ 三交替勤務 ☐ その他（ ）
勤務時間	時 分 ～ 時 分（休憩 時間。週 日間。） （時間外・休日労働の状況： ） （国内・海外出張の状況： ）
通勤方法 通勤時間	☐ 徒歩 ☐ 公共交通機関（着座可能） ☐ 公共交通機関（着座不可能） ☐ 自動車 ☐ その他（ ） 通勤時間：（ ）分
休業可能期間	年 月 日まで（ 日間） （給与支給 ☐ 有り ☐ 無し 傷病手当金 ●% ）
有給休暇日数	残 日間
その他 特記事項	
利用可能な 制度	☐ 時間単位の年次有給休暇 ☐ 傷病休暇・病気休暇 ☐ 時差出勤制度 ☐ 短時間勤務制度 ☐ 在宅勤務（テレワーク） ☐ 試し出勤制度 ☐ その他（ ）

上記内容を確認しました。

令和 年 月 日 (本人署名) _____

令和 年 月 日 (会社名)

図2 治療の状況や就業継続の可否等について主治医の意見を求める際の様式例¹³⁾
(診断書と兼用)

患者氏名		生年月日	年	月	日
住所					

病名					
現在の症状	(通勤や業務遂行に影響を及ぼし得る症状や薬の副作用等)				
治療の予定	(入院治療・通院治療の必要性、今後のスケジュール(半年間、月1回の通院が必要、等))				
退院後／治療中の就業継続の可否	☐ 可 (職務の健康への悪影響は見込まれない) ☐ 条件付きで可(就業上の措置があれば可能) ☐ 現時点で不可(療養の継続が望ましい)				
業務の内容について職場で配慮したほうがよいこと(望ましい就業上の措置)	例：重いものを持たない、暑い場所での作業は避ける、車の運転は不可、残業を避ける、長期の出張や海外出張は避ける など 注) 提供された勤務情報を踏まえて、医学的見地から必要と考えられる配慮等の記載をお願いします。				
その他配慮事項	例：通院時間を確保する、休憩場所を確保する など 注) 治療のために必要と考えられる配慮等の記載をお願いします。				
上記の措置期間	年	月	日	～	年 月 日

上記内容を確認しました。 令和 年 月 日 (本人署名) _____

上記のとおり、診断し、就業継続の可否等に関する意見を提出します。

令和 年 月 日 (主治医署名) _____

(注)この様式は、患者が病状を悪化させることなく治療と就労を両立できるよう、職場での対応を検討するために使用するものです。この書類は、患者本人から会社に提供され、プライバシーに十分配慮して管理されます。

図3 職場復帰の可否等について主治医の意見を求める際の様式例¹³⁾

患者氏名		生年月日	年	月	日
住所					

復職に関する 意見	☐ 復職可 ☐ 条件付き可 ☐ 現時点で不可（休業：～ 年 月 日）
	意見
業務の内容について職場で配慮 したほうがよい こと （望ましい就業 上の措置）	例：重いものを持たない、暑い場所での作業は避ける、車の運転は不可、残業を避ける、長期の出張や 海外出張は避ける など 注）提供された勤務情報を踏まえて、医学的見地から必要と考えられる配慮等の記載をお願いします。
その他配慮事項	例：通院時間を確保する、休憩場所を確保する など 注）治療のために必要と考えられる配慮等の記載をお願いします。
上記の措置期間	年 月 日 ～ 年 月 日

上記内容を確認しました。 令和 年 月 日 （本人署名） _____

上記のとおり、職場復帰の可否等に関する意見を提出します。

令和 年 月 日 （主治医署名） _____

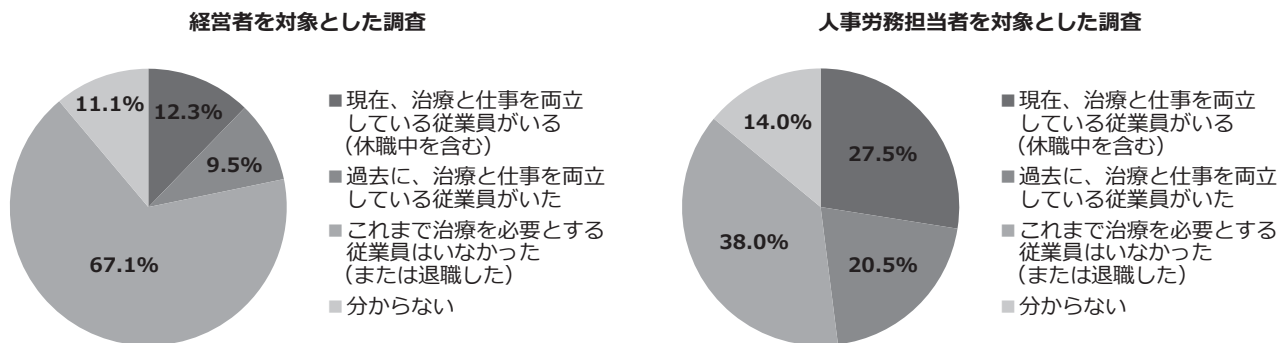
(注)この様式は、患者が病状を悪化させることなく治療と就労を両立できるよう、職場での対応を検討するために使用するものです。この書類は、患者本人から会社に提供され、プライバシーに十分配慮して管理されます。

図4 両立支援プラン／職場復帰支援プランの作成例¹³⁾

作成日： 年 月 日

従業員 氏名	生年月日		性別
	年 月 日		男・女
所属	従業員番号		
治療・投薬 等の状況、 今後の予定	・入院による手術済み。 ・今後1か月間、平日5日間の通院治療が必要。 ・その後薬物療法による治療の予定。週1回の通院1か月、その後月1回の通院に移行予定。 ・治療期間を通し副作用として疲れやすさや免疫力の低下等の症状が予想される。 ※職場復帰支援プランの場合は、職場復帰日についても記載		
期間	勤務時間	就業上の措置・治療への配慮等	(参考) 治療等の予定
(記載例) 1か月目	10:00 ～ 15:00 (1時間休憩)	短時間勤務 毎日の通院配慮要 残業・深夜勤務・遠隔地出張禁止 作業転換	平日毎日通院・放射線治療 (症状:疲れやすさ、免疫力の低下等)
2か月目	10:00 ～ 17:00 (1時間休憩)	短時間勤務 通院日の時間単位の休暇取得に配慮 残業・深夜勤務・遠隔地出張禁止 作業転換	週1回通院・薬物療法 (症状:疲れやすさ、免疫力の低下等)
3か月目	9:00 ～ 17:30 (1時間休憩)	通常勤務に復帰 残業1日当たり1時間まで可 深夜勤務・遠隔地出張禁止 作業転換	月1回通院・薬物療法 (症状:疲れやすさ、免疫力の低下等)
業務内容	・治療期間中は負荷軽減のため作業転換を行い、製品の運搬・配達業務から部署内の●●業務に変更する。		
その他 就業上の 配慮事項	・副作用により疲れやすくなることが見込まれるため、体調に応じて、適時休憩を認める。		
その他	・治療開始後は、2週間ごとに産業医・本人・総務担当で面談を行い、必要に応じてプランの見直しを行う。(面談予定日:●月●日●～●時) ・労働者においては、通院・服薬を継続し、自己中断をしないこと。また、体調の変化に留意し、体調不良の訴えは上司に伝達のこと。 ・上司においては、本人からの訴えや労働者の体調等について気になる点があればすみやかに総務担当まで連絡のこと。		

図5 両立支援を必要とする従業員の有無



志岐直美 みずほ情報総研レポート vol.17 2019より

表1 産業医の選任義務がある事業場における産業医の選任状況

事業場規模	事業場数	労働者数	産業医選任率
1000人以上	1,944	3,774,310	99.80%
500～999人	3,973	2,752,037	98.70%
50～499人	158,428	18,154,574	86.50%
合計	164,345	24,680,921	87.00%

平成22年労働安全衛生基本調査。平成26年経済センサス

表2 産業医の養成研修・講習を修了した医師の数（厚生労働省調べ）

	研修 （日本医師会）	研修 （産業医科大学）	産業医科大学卒業生 （産業医科大学）
平成24年度	1,662	901	94
平成25年度	1,687	630	92
平成26年度	1,691	1,017	98
平成27年度	2,401	996	101

表3 京都府における産業医の実働状況²⁰⁾

京都府医師会の認定産業医数（R2.4.1）	1,087人
京都産業保健総合支援センターの登録産業医数	557人
調査票の回収数	175人
「現在、産業医活動をしている」と回答しなかった数	76人

表4 産業医活動を行うに当たっての課題²¹⁾

課題	回答数
業務の量が増えている	282
専門的な知識が必要な業務が増えている	307
事業場内の他部門との連携が必要な業務が増えている	200
事業場内の専門的なスタッフが不足している	201
事業場外の専門家や相談先が不足している	93
必要性が低いと考えられる業務がある	23
衛生委員会が産業保健活動の改善に十分活用されていない	124
産業医活動で訴訟のリスクを感じるが増えている	51
その他	35
回答なし	102

表5 過去3年間の休業者人数²³⁾

	過去3年間の休業者人数						
	0人	1～2人	3～4人	5～9人	10～29人	30人以上	無回答
(a)がん	25.9	62.4	6.5	1.6	0.8	0.1	2.6
(b)脳血管疾患	27.9	60.2	3.6	2.1	0.4	0.0	5.8
(c)心疾患	39.9	48.3	2.8	2.1	0.5	0.1	6.4
(d)肝炎	59.4	31.7	1.4	0.1	0.1	—	7.3
(e)糖尿病	64.4	21.0	3.8	1.3	0.3	0.1	9.0
(f)難病	37.4	53.8	1.9	0.4	0.1	0.0	6.4

過去3年間の休業者人数（SA、単位=%）

仕事と治療の両立支援を促進する組織文化の尺度開発に向けて —一定量の研究のレビュー—

分担研究者 北居 明（甲南大学経営学部・教授）

研究要旨：

本研究の目的は、治療と就労の両立を可能にする組織的条件の一つとして、組織文化に着目し、両立を可能にする組織文化の特徴について明らかにすることにある。本年度の活動として、両立支援組織文化に関する文献をサーベイし、治療と就労の両立支援文化を測定する項目についての示唆を得た。本研究の目的は、治療と就労の両立を可能にする組織的条件の一つとして、組織文化に着目し、両立を可能にする組織文化の特徴について明らかにすることにある。本年度の活動として、両立支援組織文化に関する文献をサーベイし、治療と就労の両立支援文化を測定する項目についての示唆を得た。

A. 研究目的

2019 年に行われた内閣府世論調査では、18 歳以上の 57.4%が、がん治療と仕事の両立が困難と考えている。その理由として、体力的な困難さが 23.5%、代わりに仕事をする人がいない、またはいても頼みにくいと答えた人が 20.9%、職場が休むことを許してくれるかどうかかわからないと答えた人が 19.1%となっている（産経新聞 2019 年 10 月 8 日）。後者二つは、両立の困難さの理由が職場にあることを示唆している。

錦戸(2018)は、中小企業の特徴として、両立支援のガイドラインに対する興味や関心が薄いとしても、なんでも話せる家族的な職場風土が構築されていれば、病気の社員に対してできるだけの配慮を行っている企業も少なくないことを指摘している。さらに錦戸(2018)は、治療と就労の両立支援を進めていく上では、メンタルヘルスの視点が必要であると主張する。なぜなら、がんをはじめとする重い病気の診断を受けたときの精神的動揺、思うように回復しないときの気持ちの落ち込みや焦り、職場に迷惑をかけてしまうことへの肩身の狭さなどから、治療に専念するという大義名分もあり、退職の道を選んでしまう人が少なくない。つまり、制度だけではなく、従業員の不安感を軽減するような関係構築が重要である。また、澤田(2020)による日本企業の

事例研究でも、制度設計と共に組織文化の醸成が重要であると指摘されている。

これらのデータや研究が示唆するのは、治療と就労の両立支援を可能にするためには、もちろん両立支援のための施策が整っていることも重要だが、治療が必要となった従業員が安心して制度を利用でき、支援を受けられるような職場の人間関係や雰囲気重要であるということであろう。すなわち、治療と就労の両立支援を可能にする組織文化の形成が重要であると考えられる。治療と就労の両立支援を促進する組織文化に関する理論的・経験的研究は、今までのところ見当たらない。しかし、家庭と仕事の両立支援については、すでに内外で研究蓄積が見られる。

本論文の目的は、家庭と仕事の両立支援文化に関する既存研究の検討を通じ、治療と就労の両立を支援する組織文化の尺度構成について議論することにある。

B. 研究対象

家庭と仕事の両立を支援する組織文化の先行研究をレビューした。

C. 結果

1. 両立支援文化の理論的視点

両立支援文化の経験的研究については、Kinnunen et al. (2005)によって検討が行わ

れている。彼らによれば、組織文化と両立支援の関係は、次の3つの理論的視点から考えることができるという。一つは、組織的支援の視点である。知覚された組織的サポート理論 (POS) によれば、支援とは、組織が従業員の貢献に価値を置き、彼らの幸福を育む程度に関する従業員の全般的信念と定義される。従業員は、このような信念を組織社会化のプロセスを通じて形成する。すなわち、組織での経験を通じ、組織や上司が、家庭生活に対して支持的あるいは非支持的吗どうかを学習する (Kinnunen et al. 2005)。もし、家庭と仕事の両立を支援するような組織文化の下で社会化されていくのであれば、従業員は家庭生活が仕事の足かせとは考えず、むしろ両立させることが責任であり、自らの幸福につながると知覚するようになると考えられる。

二つ目の視点は、仕事と家庭の境界理論である。Cambell Clark (2000) によれば、仕事と家庭では、目的、受容される行動、タスクの達成、適切なコミュニケーションに違いが存在する。従業員は、「境界越境者 (border-crossers)」であり、仕事と家庭生活の間を継続的、日常的に移行していると見ることができる。この越境が容易であれば、家庭と仕事の両立もより可能になると考えられる。この理論によれば、組織は、例えばフレックスタイム、フレックススペース、早期帰宅制度の導入、あるいは上司や従業員間の関係を支援することで、仕事と家庭のバランスを促進するために、領域や境界を変化させることができる (Kinnunen et al. 2005)。もし、組織が仕事と家庭との境界を柔軟にし、従業員が境界越境を柔軟にできるようにすれば、より両立は容易になるであろう。その意味では、仕事第一で家庭を二義的に置くような組織では、従業員は境界越境をより困難に感じると考えられる。

三つ目の視点は、Edger E. Schein の組織文化論である。Schein (1990; 1999) によれば、組織文化は3つのレベルから構成されている。第一の表層レベルは文物であり、物理的レイアウト、社史やアニュアルレポートのような文書まですべてを含む。第二レベルは、価値観、戦略、イデオロギーであり、しばしば組織内で説明され、公式の

行動や成果目標、「理想的な社員」の性格を形成する。そして最も基本的で深いレベルが、基本的仮定である。これらは当然視され、組織におけるあらゆる知覚、思考プロセス、感情、および行動を規定する。基本的仮定は、当初は価値観として出発するが、徐々に当然視されていき、仮定としての性格を帯びてくるという。

このモデルに従うと、組織が行う様々な両立支援施策は文物レベルに当てはまる。これら施策は、企業が何に価値を置くのかという価値観に裏付けられる。さらに、当然視された仮定は、組織内のディスコースすなわち言葉の使用方法に反映する (Kinnunen et al. 2005)。したがって、もし価値観や仮定が文物である施策を支持しない場合、その施策は従業員にとっては利用しにくいものになると考えられる。

Lewis (2001) は、両立支援の障害となりうる「男性的仕事モデル (the male model of work)」の4つの基本的仮定について述べている。一つ目は、仕事と家庭および分業に関するジェンダー化された仮定 (男は仕事、女は家庭) であり、これが男性労働者あるいは家族に対するコミットが積極的でない労働者に、大きな価値を置く結果をもたらす。二つ目は、フルタイムの仕事を当然とし、パートタイムを周辺的な仕事と見なす過程である。この仮定の下では、家族を優先する人々は、家族へのコミットメントを目立たないようにしている従業員にくらべ、劣った存在として構築される。三つ目は、職場で時間を費やすことを重視する仮定である。この仮定の下では、家族のために時間を作る人物は、そうでない人物に比べてコミットメントが小さく、生産性が小さいと見なされる傾向がある。最後は、組織が提供する両立支援施策に対して従業員がそれを権利と見なすか、あるいは善意とみなすかという仮定は、従業員の権利意識に影響を与える。

Shein の組織文化モデルによれば、両立支援が有効に機能するためには、施策はもちろんのこと、施策と価値観や仮定との適合性が重要となるだろう。特に、Lewis (2001) の言う「男性的仕事モデル」を基本的仮定に持つ組織では、両立支援施策は機能的にはならない危険がある。

以上の理論的視点は、家庭と仕事の両立支援に関わるものだが、治療と就労の両立支援にも応用可能な要素が多いのではないかと考えられる。さらに、治療と就労の両立支援に関しては、病気による従業員の身体的機能や体力の低下、病気への心的不安、治療に要する時間と費用、病院や医師との連携など、家庭と仕事の両立とは異なる問題の発生が予見できる。したがって、家庭と仕事の両立よりもさらに支援的で柔軟な組織文化の構築が必要となるかもしれない。

2. 両立支援文化の経験的研究

2-1. Thompson et al. (1999) の両立支援組織文化の尺度開発

Kinnunen et al. (2005) ではさらに、2005 年までに発表された 8 つの定量的研究についてレビューが行われている。本稿では、それ以降の研究もレビューに含めて検討する。

定量的研究の嚆矢は、Thompson et al. (1999) だろう。彼らは、両立支援的組織文化を「従業員の仕事と家庭の統合を組織が支持し、価値を置く程度に関して、従業員が共有する基本的仮定・信念・価値 (p. 392)」と定義している。彼らは、先行研究の検討から、家庭と仕事の両立を支援する組織文化の構成要素として、次の 3 つをあげている。一つ目は、組織が従業員に仕事を優先させる時間である。長時間労働を要請する組織は、従業員が家族への責任を果たそうとする行動を阻害するだろう。二つ目は、キャリアへの影響である。家族を優先することは、仕事の評価に対してネガティブな影響をもたらすかもしれない。このような考え方の基盤にある文化的仮定は、従業員が職場にいること、あるいはしばしば「face time (直接会う時間)」と呼ばれるものは、彼の仕事に対する貢献やコミットメントの直接の指標だということである。三つめは、従業員の家族に対する責任についての管理職の支援および感受性である。仕事と家庭のバランスをとろうとすることを支援する上司を持つ従業員は、仕事と家庭のコンフリクトをあまり経験しない。すなわち、家族と仕事の両立を支援する組織文化は、長時間労働に価値を置かず、家族を仕事よりも優先することがキャリアに悪

影響を与えず、かつ管理職が家族と仕事のバランスを取ろうとする従業員を支援するという特徴を持っている。もしこのような組織文化でなければ、企業が両立支援のための施策を用意していたとしても、従業員はそれを利用することが自らの評価を下げ、賞賛される働き方と違うことを認識するため、活用が進まないと考えられる。

Thompson et al. (1999) では、アメリカ中西部の 2 つの大学の大学院のビジネスプログラム修了生に対する郵送質問票調査を通じ、21 の組織文化の質問項目から次の 3 因子を抽出している (表 1)。ただし、21 項目のうち一つ (” In this organization, spending long hours on the job is valued more than getting the work done ”) は、第 2 因子と第 3 因子に同等の負荷量を示したので削除されている。

(表 1)

第 1 因子は、「管理職からの支援」すなわち従業員の家族に対する責任に関する経営側の指示と感受性を表している。第 2 因子は、両立支援策を利用することによるキャリアへの悪影響を表しており、「キャリアへの影響」と命名された。第 3 因子は、仕事以外の責任に影響を与えうる仕事時間が求められる程度を表しており、「時間要求」と名付けられた。

さらに、利用可能な両立支援施策について、19 項目 (例、介護・育児休業、フレックスタイム、ワークシェアリングなど) が挙げられ、それぞれ 3 点尺度 (『はい』=3、『わからない』=2、『いいえ』=1) で測定され、その合計点が利用可能な両立支援施策の得点として計算された。また、両立支援施策の利用は、16 項目が挙げられ、それぞれ過去 1 年間に利用経験がある場合は 1、ない場合は 0 で測定された。その合計点が、両立支援施策の利用得点として計算された。

組織への愛着は、情緒的コミットメント (Allen and Mayer 1990) の 4 項目、および離職意図 (Rosin and Korabik 1991) の 3 項目が用いられた。また、ワーク・ファミリーコンフリクトの測定には、Thompson and Blau (1993) のワーク・トゥ・ファミリーコンフリクト尺度の 4 項目が用いられた。

分析の結果、両立支援組織文化と両立支援施策の利用との関係は、人口統計学的変数（子供の数、既婚・未婚、性別）および利用可能な両立支援施策を統制後も有意であり、特に管理職からの支援の効果が有意であった。また、両立支援組織文化は、情緒的コミットメントに対しては正の、離職意図とワーク・ファミリーコンフリクトには負の影響が見られた。特に、情緒的コミットメントには時間要求、離職意図には管理職からの支援とキャリアへの影響、ワーク・ファミリーコンフリクトにはキャリアへの影響と時間要求が影響していた。

2-2. Thompson et al. (1999) の尺度を用いた経験的研究

Thompson et al. (1999) は、両立支援の利用だけでなく、組織に対する態度やワーク・ファミリーコンフリクトに組織文化が影響していることを経験的に示したことで、その後の多くの研究に刺激を与えたと言える。事実、Thompson et al. (1999) の組織文化尺度を用いた研究が、その後多く行われている（表 2）。

（表 2）

Lyness et al. (1999) は、妊娠している労働者を対象に、両立支援文化の影響を研究している。その結果、家族支援施策は、組織コミットメントと関係が見られなかったが、出産休暇後に同様の仕事が保障された女性は、妊娠後期の仕事や出産後の復帰計画を立てていた。また、両立支援文化は、組織コミットメントおよびより早い復帰計画と関係があったが、妊娠休暇のタイミングとは関係がなかった。

Behson (2002) は、Thompson et al. (1999) に後述する FSOP (Allen 2001) を加えた尺度を用い、従業員の態度やコンフリクトとの関係について研究している。その結果、FSOP と両立支援文化は、一般的な従業員の態度（職務満足、情緒的コミットメント）よりも、仕事と家庭に関すること（ワーク・ファミリーとファミリー・ワークコンフリクト）との関連が多かった。前者はむしろ、一般的な組織的文脈（組織的サポートや経営陣への信頼）の方が、説明力が大きかった。

た。

Dijkers et al. (2004) は、オランダ企業を対象に、両立支援文化と従業員のワーク・ライフバランスの関係を研究した。彼らは、Thompson et al. (1999) に加え、後述する Campbell Clark (2001) に基づいた 5 次元 21 項目からなる尺度（組織的支援、上司の支援、同僚の支援、キャリアへの影響、時間要求）を用いている。彼らの分析の結果、両立支援文化は、フレックスタイムの利用および在宅勤務の利用と関連していた。しかし、育児施策や育児休暇の利用者は、他の人々よりも両立支援文化に対し大きな障害を知覚していた（例、ネガティブなキャリアへの影響、高い時間要求）。また、両立支援文化は、ワーク・ライフバランスにより影響を与えていたが、より障害を知覚する従業員のワーク・ライフバランスは崩れる傾向があった。さらに、両立支援文化は組織コミットメントにも影響していた。

Mauno, Kinnunen and Piitulainen (2005) は、フィンランドの公的（市立の社会・健康福祉部門、市立の教育部門）および私的（製紙工場、IT 企業）セクター 4 企業に勤務する従業員を対象に、両立支援文化の効果について研究している。その結果、両立支援文化は、私的セクターよりも公的セクターの方が高く、特に製紙工場で最も低く、市立の教育部門で最も高かった。さらに、両立支援文化は、ワーク・ファミリーバランス、職務満足、仕事に関連した雰囲気と関係していた。

Ahmad and Omar (2010) は、マレーシアの従業員を対象に両立支援文化と従業員の態度の関係を研究している。彼らの分析では、両立支援文化と離職意図の関係は、情緒的コミットメントによって部分媒介されていた。

Takeuchi and Yamazaki (2010) は、わが国における両立支援文化の経験的研究の嚆矢として評価できる。彼女らは、看護師を対象に両立支援文化の効果を分析した。その結果、疲労の蓄積と抑うつに対し、両立支援文化がこれらを低下させる効果が見られた。

Francis (2012) は、オーストラリアの男性エンジニアを対象に、両立支援文化と他の変数との関係を研究した。相関分析の結果、

両立支援文化は、ワーク・ファミリーコンフリクトや離職意図、メンタルヘルスとは負の関係を示し、職務満足、生活への満足、同僚からのサポートなどとは正の関係を示した。

下條・朝倉(2016)は、日本の病院に勤務する看護職を対象に、両立支援文化の効果を研究した。重回帰分析の結果、両立支援文化（組織管理上の両立支援）と職業継続意思の関係は、職務満足に完全媒介され、組織コミットメントには部分媒介されていることが明らかになった。一方、両立支援文化のキャリアへの影響と時間的配慮¹は、職業継続意思との関係が見られなかった。

2-3. その他の尺度を用いた経験的研究

Campbell Clark(2001)は、時間的柔軟性、機能的柔軟性、上司の理解の程度を測定する 13 項目からなる両立支援文化の測定尺度を開発している。この研究によれば、機能的柔軟性は、職務満足と家族機能の増加と関係しており、上司の理解は、市民行動を向上させていた。しかし、時間的柔軟性は、どの変数とも関係なかった。また、被扶養者の数は、支援的な上司と家庭満足度および家族機能との関係を調整していた。すなわち、3 人以上の被扶養者がいると、上司が理解的であるほど家庭満足と機能が低下する。さらに、デュアル・キャリアは、支援的な上司と家族機能の関係を調整していた。上司が支援的であるほど、デュアル・キャリアでない人の家族機能は向上していた。

Allen(2001)は、家族支援的職場環境(Family Supportive Organization Perceptions: FSOP)の程度を測定する 14 項目からなる尺度を開発した(表 3)。

(表 3)

¹ 下條・朝倉(2016)が行った両立支援文化尺度の因子分析では、Thompson et al.(1999)のオリジナルの 3 因子ではなく、経営管理上の支援と、キャリアへの影響と時間的配慮という 2 因子構造という結果になっている。

Allen(2001)によれば、FSOP は、上司の支援、施策の提供と利用、その中でも柔軟な仕事調整施策の提供と利用と関係があった。また、FSOP はワーク・ファミリーコンフリクトおよび離職意図と負の関係があり、職務満足および組織コミットメントと正の関係があった。さらに、FSOP は、独立変数としての施策利用可能性と、従属変数としてのワーク・ファミリーコンフリクト、情緒的コミットメント、および職務満足との関係を完全媒介した。また、上司の支援とワーク・ファミリーコンフリクトの関係を完全媒介したが、職務満足、組織コミットメント、および離職意図に関しては部分媒介だった。

Haas, Al-lard and Hwang(2002)は、企業レベルと職場レベルの組織文化が与える影響を研究している。その結果、スウェーデン男性の育児休暇取得は、企業レベルの組織文化に影響を受けていた。特に、男性性とケアの倫理は、重要な要因であった。さらに、職場レベルでは、長時間文化という職場規範が、育児休暇取得に影響していた。

また、Sahibzada et al.(2005)は、家族のタイプを 4 つに分け、支援制度の利用可能性と職務満足の関係が、組織文化および家族タイプによってどのように異なるのかを研究している。彼らの研究では、家族のタイプは従業員の役割によって、(a)仕事のみ、(b)仕事と老年者のケア、(c)仕事と子供のケア、(d)仕事と老年者と子供のケアの 4 つに分類された。彼らの分析では、両立支援組織文化が職務満足に対して主効果があったことが確認された。さらに、支援的な組織文化の下では、両立支援施策と職務満足の間に関係がなく、支援的ではない組織文化の下で、両立支援施策と職務満足の間に関係が見られた。また、家族タイプとの交互作用については、(b)仕事と老年者のケアと支援制度の利用可能性、組織文化との間に有意な関係が見られた。分析によれば、支援的ではない組織文化の下では、仕事と老年者のケアが必要な労働者の職務満足は、両立支援施策の利用可能性が高まるほど向上していた。また、この家族タイプの職務満足は、支援的な組織文化の下では、両立支援施策の利用可能性が高まるほど高

ずかに低下する傾向が見られた。Sahibzada et al. (2005)は、このような交互作用が見られた理由として、多くの要因が考えられるとしながらも、仕事と老年者ケアを行うことが必要な労働者にとって、両立支援施策は特に重要であり、それは支援的ではない組織文化の下でより顕著になるためではないかと推測している。一方、支援的な組織文化の下では、こうした労働者の組織への期待は高まるが、老年者ケアに必要な施策があまりない場合、施策の利用可能性はかえって満足度を下げるのではないかと推測されている。彼らが用いた組織文化尺度を、表4に掲げる。

(表4)

Dijkers et al. (2005)は、労働—非労働文化(work-nonwork culture)と、家庭と仕事の両立に役立つ諸制度(パート・タイム労働、在宅勤務、テレワーク、柔軟な仕事スケジュール、育児支援制度、育児休暇)の利用ならびに3つの成果指標(仕事と私生活の衝突、疲労、組織コミットメント)の関係を研究した。彼らは、5次元18項目からなる独自の労働—非労働文化尺度を開発している。この尺度は、(1)組織的支援(4項目：例、『この組織では、従業員は仕事よりも、私生活のための十分な時間を持つことが重要だと見なされている』、『この組織では、家族の世話をする責任に対して人々が共感している』など)、(2)上司の支援(3項目：例、『私の上司は、私的な理由で負担の少ない仕事に代わることを望む従業員を支援する』など)、(3)同僚の支援(4項目：例、『私の同僚は、私的な理由で一時的に労働時間を減らしたい従業員を支援する』、『私の同僚は、私が(一時的に)家族の世話に捉われている時、助けてくれる』など)、(4)キャリアへの悪影響(4項目：例、『この組織では、私的な理由で(一時的に)労働時間を減らす従業員は、意欲的ではないと見なされる』、『この組織では、私的な理由で昇進を断ることは、キャリアに傷をつけることになるだろう』など)、(5)時間要求(3項目：『この組織で尊敬されようとするならば、従業員は長時間労働をし、常に働けるようにしておくべきである』など)

から構成されている。主成分分析の結果、組織、上司、同僚の3つの支援次元と、キャリアへの悪影響と時間要求からなる2つの主成分が抽出され、前者(第1主成分)が支援、後者(第2主成分)が障壁と命名された。

研究対象となったのは、オランダの2つの企業(ファイナンスのコンサルタント企業と電機メーカー)である(それぞれn=638、n=269)。重回帰分析の結果、コンサルタント企業では、支援文化と障害文化はいずれも両立支援制度の利用に有意な影響が見られた。男女別の分析では、障害文化を高く知覚している女性労働者は、在宅勤務を利用する傾向があった。

仕事と私生活の衝突を従属変数とした分析では、両方の企業において支援文化と障害文化が有意な影響をもたらしていた。すなわち、支援文化は衝突を軽減する効果があり、障害文化は衝突を悪化させる傾向が見られた。

疲労とコミットメントを従属変数とした分析では、両方の企業において支援文化がコミットメントに対して有意な影響をもたらしていた。しかし、支援文化と疲労の間には関係が見られなかった。また、障害文化と疲労およびコミットメントの間には、有意な関係はなかった。また、コンサルタント企業のサンプルでは、二つの両立支援文化と疲労の関係を、仕事と私生活の衝突が媒介していた。すなわち、支援文化を低く、障害文化を高く知覚する従業員は、仕事と私生活の間に衝突があると認識し、そのことが疲労をもたらすという関係が示唆されたのである。

Thompson and Prottas(2005)は、両立支援施策が人々の態度や幸福感に影響する心的プロセスを研究した。彼らはその中で、非公式の影響因として、上司の支援、同僚の支援、そして両立支援文化を挙げている。彼らによれば、公式・非公式の両立支援が人々のコントロールの知覚(perception of control)に影響し、それを媒介として職務満足や離職意図などの態度に影響するというモデルを仮定し、検証している。コントロールの知覚とは、環境を変えることができる能力に関する個人的な信念と定義される。

彼らは、4項目の両立支援文化尺度（例、『私の職場には、勤務時間内に家族の世話はできないという不文律がある』、『私の職場では、家族のことを仕事より優先する従業員は好ましく見られない』など）を開発し、研究に用いている。

研究対象は、2002年のNational Survey of the Changing Workforceのデータである(n=3504)。重回帰分析の結果、多くの従属変数に対して非公式の影響因が有意な関連を示し、その大きさは公式の影響因よりも大きかった(表5)。また、非公式の影響因と従属変数の間のコントロールの知覚の媒介効果は、ポジティブなスピルオーバー以外の変数で有意であった。

(表5)

D. 考察

1. 両立支援組織文化の特徴

以上、家庭と仕事の両立支援文化に関する先行研究についてレビューを行った。

先行研究の組織文化次元を見ると、Dikkers et al. (2005)の主成分分析の結果が示唆するように、少なくとも職場レベルの組織文化については支援次元と障壁次元があるように思われる。支援次元とは、両立を積極的に助ける組織文化の特徴を表し、障壁次元は、両立を妨げる組織文化の特徴を表す。支援次元の例として、Thompson et al. (1999)の管理職からの支援、Dikkers et al. (2005)の労働—非労働文化における組織的支援、上司からの支援、同僚の支援、Thompson and Prottas(2005)における上司からの支援、同僚の支援などである。一方、障壁次元の例は、Thompson et al. (1999)のキャリアへの影響と時間要求、Allen(2001)のFSOP、Dikkers et al. (2005)のキャリアへの悪影響と時間要求、Thompson and Prottas(2005)の両立支援文化である。これまでの研究を見ると、支援次元は職務満足などに影響が大きく、障壁次元はコンフリクトへの影響が大きいように思われる。

このように、家庭と仕事の両立支援文化に、両立を支援する側面と阻害する側面があることは、治療と就労の両立支援文化を考えるうえでも示唆があるだろう。

2. 課題

ただし、先行研究を見るといくつかの課題もあるように思われる。まず、すべての研究がクロスセクションであり、因果関係の方向性にあいまいな部分が残されている点である。

また、日本の研究を見ると、すべて病院を対象としたものに限定されている。一般企業を対象とした研究が行われるべきであろう。

さらに、治療と就労の両立支援を調査する場合、サンプリングの難しさも課題となろう。両立支援を必要とする人々をどのように抽出するのか、一定数を確保することは容易ではない。あるいは、「もし長期治療が必要な病気になったら…」といった、仮想的な質問を使うことも考えられるが、実態から乖離した結果になる危険もある。こうした調査の困難さをいかに克服するかも、今後の重要な課題である。

E. 結論

以上、家庭と仕事の両立支援文化の研究から、われわれの研究に対する示唆を考えてきた。今後は、治療と就労の両立に独特な要因を探索する。そのために、事例研究やインタビューなど、定性的な調査を中心に行う予定である。

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（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

Ahmad, A. and Z. Omar, 2010 “Perceived Family-Supportive Work Culture,

- Affective Commitment and Turnover Intention of Employees”, *Journal of American Science*, Vol. 6 No. 12 :pp. 839-846.
- Allen, N. J. and J. P. Meyer, 1990 “The Measurement and Antecedents of Affective, Continuance, and Normative Commitment to The Organization”, *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, Vol. 63 :pp. 1-18.
- Allen, T. D., 2001 “Family-Supportive Work Environments: The Role of Organizational Perceptions”, *Journal of Vocational Behavior*, Vol. 58 :pp. 414-435.
- Behson, S. J., 2002 “Which Dominates? The Relative Importance of Work-Family Organizational Support and General Organizational Context on Employee Outcomes”, *Journal of Vocational Behavior*, Vol. 61 :pp. 53-72.
- Campbell Clark, S., 2000 “Work/Family Border Theory: A New Theory of Work/Family Balance”, *Human Relations*, Vol. 53 :pp. 747-762.
- Campbell Clark, S., 2001 “Work Cultures and Work/Family Balance”, *Journal of Vocational Behavior*, Vol. 58 :pp. 348-365.
- Dikkers, J. S. E., L. den Dulk, S. A. E. Geurts and B. Paper, 2004 Work-Life Culture in Two Organizations in The Netherlands, Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Dikkers, J. S. E., L. den Dulk, S. A. E. Geurts and B. Paper, 2005 “Work-Nonwork Culture, Utilization of Work-Nonwork Arrangements, and Employee-Related Outcomes in Two Dutch Organizations”, in S. A. Y. Poelmans (ed.) *Work and Family: An International Research Perspective*, Routledge. :pp. 147-172.
- Francis, V., 2012 “Supportive Organizational Cultures and Their Effect on Male Civil Engineers”, *The Australian Journal of Construction Economics and Building*, Vol. 4 No. 1 :pp. 1-10.
- Haas, L., K. Allard and P. Hwang, 2002 “The Impact of Organizational Culture on Men’s Use of Parental Leave in Sweden”, *Community, Work and Family*, Vol. 5 :pp. 319-341.
- Kinnunen, U., S. Mauno, S. Geurts and J. Dikkers, 2005 “Work-Family Culture in Organizations: Theoretical and Empirical Approaches”, in S. A. Y. Poelmans (ed.) *Work and Family: An International Research Perspective*, Routledge. :pp. 87-120.
- Lewis, S., 2001 “Restructuring Workplace Cultures: The Ultimate Work-Family Challenge?”, *Women in Management Review*, Vol. 16 :pp. 21-29.
- Lyness, K. S., C. A. Thompson, A.-M. Francesco and M. K. Judiesch, 1999 “Work and Pregnancy: Individual and Organizational Factors Influencing Organizational Commitment, Time of Maternity Leave and Return of Work”, *Sex Roles*, Vol. 41 :pp. 485-508.
- Mauno, S., U. Kinnunen and S. Piitulainen, 2005 “Work-Family Culture in Four Organizations in Finland: Examining Antecedents and Outcomes”, *Community, Work and Family*, Vol. 8 :pp. 115-140.
- 錦戸典子 2018 『治療と就労の両立支援の推進に向けた課題とメンタルヘルスの視点—保健師を含めた他職種連携による支援モデルの検討—』 「産業精神保健」第 26 巻 :49-52 頁。
- Rosin, H. M. and K. Kobarik, 1991 “Workplace Variables, Affective Responses, and Intention to Leave among Women Managers”, *Journal of Occupational Psychology*, Vol. 64 :pp. 317-330.
- Sahibzada, K., L. B. Hammer, M. B. Neal and D. C. Kuang, 2005 “The Moderating Effects of Work-Family Role Combinations and Work-Family Organizational Culture on the Relationship Between Family-Friendly Workplace Supports and Job

- Satisfaction”, *Journal of Family Issues*, Vol. 26 No. 6 :pp. 820-839.
- 澤田幹, 2020 『がん罹患者に対する治療と仕事の両立支援：先進企業事例からの示唆』 「金沢大学経済論集」第 40 巻第 2 号 :35-65 頁。
- Schein, E. H., 1990 “Organizational Culture”, *American Psychologist*, Vol. 45 :pp. 109-119.
- Schein, E. H., 1999 *The Corporate Culture Survival Guide -Sense and Non-sense about Culture Change*, San Francisco, Jossey-Bass.
- 下條祐也・朝倉京子 2016 『両立支援的組織文化が職務満足度、組織コミットメント及び職業継続意思に及ぼす影響—妻／母親役割を担う看護職を対象とした分析—』 「日本看護科学会誌」第 36 巻 :51-59 頁。
- Takeuchi, T. and Y. Yamazaki 2010 “Relationship between Work-Family Conflict and A Sense of Coherence among Japanese Registered Nurses” *Japan Journal of Nursing Science* Vol. 7 No. 2 :pp. 158-168.
- Thompson, C. A., L. L. Beauvais and K. S. Lyness 1999 “When Work-Family Benefits Are Not Enough: The Influence of Work-Family Culture on Benefit Utilization, Organizational Attachment, and Work-Family Conflict” *Journal of Vocational Behavior*, Vol. 54 No. 3 :pp. 392-415.
- Thompson, C. A. and D. J. Prottas, 2005 “Relationships among Organizational Family Support, Job Autonomy, Perceived Control, and Employee well-Being”, *Journal of Occupational Health Psychology*, Vol. 10 No. 5 :pp. 100-118.

表1 Thompson et al. (1999)の組織文化因子と質問項目

因子	質問項目
Managerial support (管理職からの支援)	8. In general, managers in this organization are quite accommodating of family-related needs. 5. Higher management in this organization encourages supervisors to be sensitive to employees' family and personal concerns. 16. Middle managers and executives in this organization are sympathetic toward employees' child care responsibilities. 2. In the event of a conflict, managers are understanding when employees have to put their family first. 20. In this organization employees are encouraged to strike a balance between their work and family lives. 18. Middle managers and executives in this organization are sympathetic toward employees' elder care responsibilities. 17. This organization is supportive of employees who want to switch to less demanding jobs for family reasons. 3. In this organization it is generally okay to talk about one's family at work. 1. In this organization employees can easily balance their work and family lives. 15. This organization encourages employees to set limits on where work stops and home life begins. 14. In this organization it is very hard to leave during the workday to take care of personal or family matters. (R)
Career consequences (キャリアへの影響)	13. Many employees are resentful when men in this organization take extended leaves to care for newborn or adopted children. (R) 9. Many employees are resentful when women in this organization take extended leaves to care for newborn or adopted children. (R) 12. In this organization employees who participate in available work-family programs (e.g., job sharing, part-time work) are viewed as less serious about their careers than those who do not participate in these programs. (R) 7. To turn down a promotion or transfer for family-related reasons will seriously hurt one's career progress in this organization. (R) 19. In this organization employees who use flextime are less likely to advance their careers than those who do not use flextime. (R)
Organizational time demand (時間要求)	10. To get ahead at this organization, employees are expected to work more than 50 hours a week, whether at the workplace or at home. (R) 4. Employees are often expected to take work home at night and/or on weekends. (R) 6. Employees are regularly expected to put their job before their families. (R)

	11.To be viewed favorably by top management, employees in this organization must constantly put their jobs ahead of their families or personal lives. (R)
--	---

Thompson et al. (1999 :pp. 400-401) より筆者作成。

表 2 Thompson et al. (1999) の組織文化尺度を用いた研究

研究	尺度	サンプル
Lyness et al. (1999)	Thompson et al. (1999) の尺度から 9 項目	アメリカの仕事を持つ妊婦 (n=86)
Behson(2002)	Allen(2001)の FSOP14 項目と、Thompson et al. (1999) の尺度 20 項目	アメリカの様々な組織や職業に就く個人 (n=147)
Dijkers et al. (2004)	Thompson et al. (1999) と Campbell Clark(2001)の尺度に基づいた 21 項目	オランダの 2 企業（ファインランスのコンサルタント企業と電機メーカー）の従業員 (N=1171)
Mauno, Kinnunen and Piitulainen(2005)	Thompson et al. (1999) の尺度から 14 項目	フィンランドの公的および私的セクター4 企業に勤務する従業員 (n=1114)
Ahmad and Omar (2010)	Thompson et al. (1999) の尺度から 18 項目	マレーシアのサービス企業 20 社に勤務する従業員 (n=693)
Takeuchi and Yamazaki (2010)	Thompson et al. (1999) の尺度を日本語訳したものから 14 項目	東京の 3 病院に勤務する既婚あるいは母親の看護師 (n=138)
Francis(2012)	Thompson et al. (1999) の尺度 20 項目	オーストラリアのある企業に勤務する男性エンジニア (N=91)
下條・朝倉(2016)	Thompson et al. (1999) の尺度を日本語訳したもの (Takeuchi and Yamazaki 2010) をもとに 12 項目	東日本 A 県内の 4 つの総合病院に勤務する、既婚あるいは母親の看護職 (n=335)

表 3 FSOP の質問項目

1. Work should be the primary priority in a person' s life. (R)
2. Long hours inside the office are the way to achieving advancement. (R)
3. It is best keep family matters separate from work. (R)
4. It is considered taboo to talk about life outside of work. (R)
5. Expressing involvement and interest in nonwork matters is viewed as healthy.
6. Employees who are highly committed to their personal lives cannot be highly committed to their work. (R)
7. Attending to personal needs, such as taking time off for sick children is frowned upon.
8. Employees should keep their personal problems at home. (R)
9. The way to advance in this company is to keep nonwork matters out of the workplace. (R)

10. Individuals who take time off to attend to personal matters are not committed to their work. (R)
11. It is assumed that the most productive employees are those who put their work before their family life. (R)
12. Employees are given ample opportunity to perform both their job and their personal responsibilities well.
13. Offering employees flexibility in completing their work is viewed as a strategic way of doing business.
14. The ideal employee is the one who is available 24 hours a day. (R)

Allen(2001 :p. 423) より、筆者作成。

表 4 Sahibzada et al. (2005)の両立支援文化尺度の質問項目

1. At my place of employment, employees who put their family or personal needs ahead of their jobs are not looked on favorably.
2. If you have a problem managing your work and family responsibilities, the attitude at my place of employment is :you made your bed, now lie in it.
3. At my place of employment, employees have to choose between advancing in their jobs or devoting attention to their family or personal lives.
4. My supervisor accommodates me when I have family or personal business to take care of—for example, medical appointments, meeting with child’ s teacher, etc. (R)
5. My supervisor is understanding when I talk about personal or family issues that affect my work (R)
6. I feel comfortable bringing up personal or family issues with my supervisor. (R)
7. My supervisor really cares about the effects that work demands have on my personal and family life (R)
8. At the place where you work, employees who ask for time off for family reasons or try to arrange different schedules or hours to meet their personal or family needs are less likely to get ahead in their job or careers

Sahibzada et al. (2005 :pp. 836-837) より筆者作成。

表 5 非公式の影響因の効果

従属変数	上司の支援	同僚の支援	両立支援文化
ストレスと幸福感	-0.09***	-0.13***	-0.17**
職務満足	0.26***	0.28***	0.15***
家族満足	0.10**	0.07**	0.02
生活満足	0.12***	0.16***	0.03
ポジティブなスピルオーバー	0.13***	0.14***	0.03
離職意図	-0.12***	-0.15***	-0.11***
ファミリー・ワーク・コンフリクト	-0.02	-0.06	-0.07**
ワーク・ファミリー・コンフリクト	-0.09***	-0.12***	-0.09***

数字は基準化回帰係数。 ** p<.01, *** p.<.001。

Thompson and Prottas(2005 :pp. 110～113) より筆者作成。

事業場において治療と仕事の両立を支援するための配慮とその決定プロセスに関する研究
(200201-01)

令和2年度分担研究報告書

経営学（健康経営）の立場から治療と仕事の両立支援に関する研究のレビュー

研究分担者 森永雄太 武蔵大学経済学部・教授

研究要旨 本年度は、「事業場における治療と仕事の両立の支援」に関連する経営学領域の文献研究を行った。まず経営学の中でもヒト資源のマネジメントに関わる人的資源管理論や組織行動論を対象に限定し、健康経営、ダイバーシティ&インクルージョンの領域で治療と仕事の両立と関連する研究のレビューを行った。その結果、特に援助要請とインクルーシブ・リーダーシップを対象としたより集中的な文献研究を行い、知見の整理と今後の課題を明らかにした。

A. はじめに

本報告書では「事業場における治療と仕事の両立の支援」に関連する経営学領域の文献研究の成果を報告する。

B. 研究方法及び結果

まず、健康経営に関する文献研究を行った。その結果、従業員の健康増進は、狭義の安全・衛生施策だけに限らず、関連するワークライフバランス施策の推進など様々な施策を連携することが重要であることが明らかになった。また治療と仕事の両立支援は人事施策の整備の視点と共に、管理者による支援の提供という2つの視点で取り組むことが有効であるという結論に至った。また、組織が仕事と治療の両立を支援するためには「従業員が両立を希望することを会社側に伝える行動」がとられることが重要である。しかし、そのような行動がもたらされる論理やプロセスが十分に明らかになっていないことが分かった。そこで組織行動論における「援助要請 (Help-seeking)」に注目することにした。

次に、ダイバーシティ&インクルージョンの文脈でも治療と仕事を両立する従業員の活用が議論されていることがわかった。例えば、矢島(2016)は、がんの治療と仕事の両立をしている従業員に対するweb調査を通じて風土や管理者行動の重要性を明らかにしている。より具体的には、罹患直後の離職を防ぐ要因としては「WLBに配慮する雰囲気」「病気のことを相談できる雰囲気

気」といった風土の影響が大きいこと、今後の就業継続希望を高める要因としては「業務が偏らない配慮」や「上司とのコミュニケーション」といった管理者行動の影響が大きいことが指摘されている。このように支援の提供を一連のプロセスと捉えようと、プロセスによって重要な要因が異なる可能性が示唆されていた。また後者で指摘された管理者行動の内容から、インクルーシブ・リーダーシップに注目するに至った。

最後に、援助要請及びインクルーシブ・リーダーシップに関する追加レビューを行った。その結果、経営学における援助要請の既存研究は、日常の仕事遂行場面における援助要請を想定しており、治療と仕事の両立のような勤務形態や働き方そのものにまつわる援助要請を想定してきたわけではないことが明らかになった。またインクルーシブ・リーダーシップのレビューの結果、尺度開発を通じて定量的研究が蓄積されつつある一方で、援助要請との研究は行われていないことが明らかになった。

C. 今後の研究の推進方策

本年度は、特にインクルーシブ・リーダーシップと援助要請に注目して文献レビューを行った。2つの概念は近年注目が高まり、知見が蓄積されつつある研究領域ではあるものの、いずれも萌芽的な研究領域である。また、両者の関係性は管見の限り明らかにされていない。今後は両者の関係を説明する理論的背景について、一層の文献レビューを進めるとともに、ヒアリング調

査などを通じて、両者の関連性について探索的な検討を行っていくことが重要であろう。

D. 健康危険情報

該当せず。

E. 研究発表

1. 論文発表

なし。

2. 学会発表

なし。

F. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

該当せず。

G. 文献

なし。

[事業場において治療と仕事の両立を支援するための配慮とその決定プロセスに関する研究]
心血管・がん・難病等の両立支援にむけた職域（中小企業）－地域連携モデル構築と実践

研究分担者 武藤 剛 北里大学医学部衛生学 講師

研究要旨

働き方改革とあいまって労働衛生上の重要な課題となっている治療と仕事の両立支援は、臨床医学の進歩による疾病予後の向上、日本社会の少子高齢化に伴う高年齢就業者の増加と労働力不足、企業の人材活用への取組みの進展、そして英国の Fit Note 制度をはじめとするプライマリケアと産業保健の接近というグローバルな潮流を背景とする。両立支援推進のためには、特に重症化予防（2次予防）と職場復帰支援（3次予防）の観点から、主治医と産業医のより一層の連携・協力が求められるが、主治医による社会的処方という考え方とあわせ、医療機関が、中小企業で働く患者の両立支援にどのように取り組むべきか、その具体的な在り方が議論となっている。

本研究では、中小企業が両立支援に取り組む際に、事業場の環境整備としてどのような仕組みをめざすとよいか、先行研究班で作成したチェックリスト 30 項目について、その現実の達成度や達成に向けた課題の抽出を目的に実施した調査を分析した。育児（や介護）との両立制度が構築されている企業ではチェックリストの達成項目数が有意に多く、育児/介護と仕事の両立と同様のベクトルから治療に関する両立支援の取組みを進めることが、推進力となる可能性が示唆される。また、医療機関側からの両立支援連携の試みとして、心血管（循環器）疾患における両立支援の課題を疾患ごとに整理した。虚血性心疾患・不整脈（デバイス植込み）・心不全といった循環器疾患の大きなカテゴリーごとの特徴に加え、ACHD(成人先天性心疾患)など若年者においても両立支援の考え方を労働者・事業者側双方に普及させる重要性が浮き彫りとなった。さらに、「中小企業または非正規雇用」といった、そもそも病休制度がほぼないに等しい労働者の場合、契約更新条件における必須出勤率が、病休をほぼ全く想定していない条件であることが少なくない現実が散見された。非正規雇用の労働契約更新では、仕事または治療（失職）という 0/1 の考え方が根強く残っている可能性があり、この場合、関係者の意識があろうとも両立支援のスタートラインにすら立つことが不能である。産官学一体となってこの問題に早急に取り組む必要が求められる。

<研究協力者>

早坂由美子
北里大学病院トータルサポートセンター
左右田哲
北里大学病院トータルサポートセンター
大森由紀
北里大学医学部衛生学
江口尚
産業医科大学／北里大学医学部公衆衛生学
横山和仁
国際医療福祉大学大学院
大矢めぐみ
千葉大学大学院医学研究院人工知能医学講座
高橋麻衣
マウントサイナイ医科大学ベスイスラエル病院
片桐諒子
北里大学大学院／NCC
松平浩

東京大学医学部附属病院 22 世紀医療センター
藤井朋子
東京大学医学部附属病院 22 世紀医療センター
川又華代
東京大学医学部附属病院 22 世紀医療センター
石井理奈
北里大学医学部衛生学
白濱龍太郎
北里大学医学部衛生学

A. 研究背景および目的

近年わが国では、疾病治療と職業生活の両立支援の機運がこれまでにない高まりをみせている。この背景として、①治療の進歩による疾病予後の向上、②日本社会の少子高齢化による労働力不足と高年齢就業者の増加、③ワークライフバランスやダイバーシティ、健康経営の概念の普及に呼応した企業の人材活用への取り組み、

④「事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン（平成28年2月、厚生労働省）」公表をはじめとする行政の取り組み、⑤プライマリケアと産業保健の接近／連携に向けたグローバルな潮流¹⁾（英国家庭医（General Practitioner(GP)）でのFit Note(The Statement of Fitness for Work)制度導入²⁾）といった要因があげられる。英国のこの制度は、'Sick Note to Fit Note'という言葉が示すように、それまで患者の仕事に関して「病休診断書」だけ作成していた家庭医が、患者の職業生活を考慮した「復職・両立意見書」を作成するという大きな意識改革も伴っている。このように患者のwell-beingの推進をめざした主治医によるsocial prescribing（社会的処方）が近年、欧州を中心に注目されている³⁾。わが国でも、「ニッポン一億総活躍プラン（平成28年6月閣議決定）」の実現へ向けた大きな具体的な柱である働き方改革の検討課題の一つとして両立支援が提起されており、具体的な方策の提示が喫緊の課題である。

「治療と職業生活の両立」とは、厚生労働省検討会⁴⁾によれば、「病気を抱えながらも働く意欲・能力のある労働者が、仕事を理由として治療機会を逃すことなく、また、治療の必要性を理由として職業生活を妨げられることなく、適切な治療を受けながら生き生きと就労を続けることである」とされる。両立に困難を抱える人は、職場復帰に向けて治療中の正規雇用者推計値として約100万人にのぼるとされる。また労働安全衛生法に基づく定期健康診断結果の有所見率は53.0%(平成25年)と過半数を上回る。このようにがん、糖尿病などの生活習慣病、メンタルヘルス不調をはじめとする疾病を抱えながら働く人が増加する一方で、発症後も就労継続の意向をもつ人は疾病全体では9割以上、がんに限定しても8割以上に及ぶ。これらの有病労働者の両立支援の具体策として、「仕事を理由として治療機会を逃すことなく」に対しては、糖尿病をはじめとする生活習慣病やがんの早期発見・受診勧奨・受診継続支援といった重症化予防（2次予防）が考えられる。また、「治療を理由とした職業生活を妨げられることなく」に対しては、がん・脳卒中・メンタルヘルス不調・難病をはじめとする疾病の職場復帰支援（3次予防）が考えられる。

この重症化予防と職場復帰支援の両者において、「事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン」では、関係者間の連携の重要性が指摘されている。特に「労働者の同意のもとでの産業医、保健師、看護師等の産

業保健スタッフや人事労務担当者と主治医との連携（事業場と医療機関の連携）」の重要性が強調されており、先行研究では、産業医・主治医・事業者といった「関係者個人」向けの3種「連携ガイド」と「主治医向け教育プログラム」が開発されている。連携推進には、事業場レベルでは、産業保健スタッフが連携行動をとりやすい環境整備の重要性が示唆されている⁵⁾。これらの先行研究班の成果を踏まえ、本研究では、種々の開発ツールを実効的に活用し、医療機関・企業間の連携（C2C（Clinic to Company collaboration））をさらに推進するために、各組織がその内部で導入をめざすべき、両立支援体制（システム）の在り方の提示を目指す。本年度は、先行研究班開発ツールの一つである、「中小企業が両立支援に取り組むにあたっての環境整備づくり」を主眼とした、「チェックリスト30⁶⁾」について、同リストを活用した調査によって、全国の中小企業の両立支援環境整備準備状況の分析を進めた。

また医療機関側からの両立支援の職域連携の取組みについて、心血管（循環器）疾患についての疾患群ごとの整理を行うとともに、実践における課題抽出を行った。

B. 研究方法

研究 A：中小企業を主眼とした治療と仕事の両立推進のための事業場内環境整備達成チェックリスト30の妥当性検証

日本国内のインターネットアンケート回答モニターに登録している者のうち、企業経営者・人事総務を担当する者を無作為抽出し、治療と仕事の両立支援の認知度や、チェックリスト30⁷⁾（表1）で示される環境整備項目の現状について、回答を得た（2019年10月調査：東京大学医学部倫理委員会審査承認）。

研究 B：地域医療機関側からみた、職域との連携における課題の抽出

北里大学病院総合診療科・トータルサポートセンター・就労（両立）支援外来における外来受診事例について、そのきっかけや職域との連携構築にむけた事例分析を実施した。特に今年度は、心血管（循環器）疾患・がん・難病を重点疾病と位置づけ、院内ソーシャルワーカー（MSW）、外来／病棟看護職、リハビリ部門、外来／入院担当医との定期ミーティングを実施した。

C. 研究結果

研究A： 2,657社から回答を得た。このうち個人事業主を除いた1,710社を解析対象とした。なお回答者自身の属性は、59%が総務・人事担当者、41%が企業経営者だった。回答企業の特徴を、表2に示す。約半数が社員数30人以下の小規模事業所であり、300人以下の中小規模の事業所は約7割をしめた。社員の男女比について、女性が3－5割をしめる企業が最頻で、回答分析対象全体の43%をしめた。男性社員の非正規割合は、25%以下の企業が最頻で、回答分析対象全体の77%をしめた。育児両立支援制度を有する企業は32%、介護両立支援制度を有する企業は25%であった。

治療と仕事の両立支援の認知度（知っているか）は、有が18%であった。チェックリスト30項目のうち自社で実施がすでにできている項目数について、中央値は9、最頻値は0であった。カテゴリー別の平均達成率は、職場における両立支援への理解：36%、関係者間の連携：27%、休業と職場復帰支援：28%、両立を可能にする柔軟な働き方のしくみ：28%、相談窓口／担当者の設置：19%、社員の健康づくり：30%、個人情報取り扱い：29%、両立支援の実績：25%だった。チェックリストの30項目のうち、15項目以上を実施できている企業（回答分析対象企業全体の36%）とそうでない企業について、実施企業の特徴を多重ロジスティック回帰分析で検討した。図1に結果の一部を示す。社員数が1,000人以上と大規模な企業や、育児両立支援制度が既にある企業は、統計学的に有意に15項目を達成している可能性が示唆された。また、業種別にみると、表3に示すように、製造業・電気ガス熱供給水道業・情報通信業・金融保険業・医療福祉業・サービス業の一部で取り組みが進んでいる可能性が浮き彫りとなった。

チェックリスト30の回答のしやすさについて、回答しやすかったが35%、どちらともいえないが40%、回答しにくかった・とても回答しにくかったが26%だった。自由記載の意見として、「30項目はどれも大切だがほとんどが実際には導入できていない。導入していれば辞めずにすんだ社員がいた可能性がある」「中小企業に対するこのようなチェックリストやガイドブックの周知が望まれる」といったものがあげられた。

表1:チェックリスト項目30⁷⁾

✓ チェックリスト(会社の「治療と仕事の両立支援」チェック30)

A. 職場における両立支援への理解	① 社員の健康が経営者にとっても重要だということを社員に表明している。	☐
	② 病気になっても退職せずに、必要な治療を受けながら働き続けられることを、経営方針等で社員に示している。	☐
	③ 治療と仕事の両立のための制度(福利・厚生制度・休暇・休職制度など)があることを社員に伝えている。	☐
	④ 社員に対し、反復・継続して治療が必要となる疾病 ^{※1} に関する理解を深めるための情報提供(検診 ^{※2} の必要性等を含む)を定期的に行っている。	☐
	⑤ 上司や同僚等、周囲の理解・協力を得るための取組を行っている。	☐
B. 治療と仕事を両立するための柔軟な働き方のしくみ	⑥ 短時間勤務制度や時間外・休日労働の免除制度がある。	☐
	⑦ 特急出勤制度やフレックスタイム制度がある。	☐
	⑧ 在宅勤務制度やサテライト/リモートオフィス勤務制度、テレワーク勤務制度がある。	☐
	⑨ 治療と仕事を両立させるための特別な年次有給休暇制度(半日・時間単位年次有給休暇制度、失効年次有給休暇付与制度)がある。	☐
	⑩ 治療と仕事を両立させるための治療・通院休暇制度(傷病・病気休暇制度、治療休暇制度、短時間休暇制度など)がある。	☐
	⑪ 配置転換などによって業務内容の変更ができる(軽作業への転換、フォロー業務が取りやすい業務への転換、勤務時間の調整可能な業務への転換など)。	☐
	⑫ 病気を抱える社員に対し、就業中の時間の使い方や場所に配慮(休憩室・休養室や保健室の活用、個室トイレ等)している。	☐
	⑬ 治療等で業務に支障が生じた社員が発生した際に、周辺者への業務負担が増加しないよう配慮するしくみがある。	☐
	⑭ 病気で休暇取得中・休職中の社員やその家族のための相談窓口を設置している。	☐
	⑮ 社員に治療と仕事の両立に関する相談窓口があることを周知している。	☐
C. 相談窓口(担当者)の設置	⑯ 担当者は、治療と仕事の両立のための社内外の制度等に関する情報や知識をもとに、社員やその家族からの相談に適切に対応できる。	☐
	⑰ 両立支援コーディネーター・基礎研修等の研修に担当者を参加させたり、関連資料を収集する等によって、反復・継続して治療が必要となる疾病 ^{※1} や両立支援に関する情報収集を日頃から積極的に行っている。	☐
	⑱ 外部の両立支援に関する相談窓口(治療就労両立支援センターや産業保健総合支援センター、がん・難病相談・支援センターなど)へ容易にアクセスできる。	☐
	⑲ 休業を認め、復職までの間、社員として身分を保障する制度(休職制度)がある。	☐
D. 休業と職場復帰支援	⑳ 休職期間中の所得補償制度(傷病手当金以外の「上乗せ」補償や社会保険料の補助など)がある。	☐
	㉑ 休業を経て復職する社員の職場復帰に関する支援のプラン(職場復帰支援プラン)を作成している。	☐
	㉒ (一定期間の)試し出勤制度・リハビリ出勤制度等がある。	☐
E. 社員の健康づくり	㉓ 法定の健康診断を定期的を実施している。	☐
	㉔ 業務時間内でがん等の検診 ^{※2} を受けられる(有給扱いにしている)。	☐
	㉕ 検診 ^{※2} 等の費用の補助を考慮するなど保険者との連携をしている。	☐
	㉖ 事業所内(屋内)の全面禁煙や空間分煙(喫煙専用室の設置等)などの受動喫煙対策を実施している。	☐
F. 連携	㉗ 社員が体操や運動に参加できる時間(始業前や午後の休憩時間等)を設けている。	☐
G. 連携	㉘ 反復・継続して治療が必要となる疾病 ^{※1} を抱える社員本人と、主治医、産業医や産業看護職(保健師等)、人事担当、上司等との間の連携を図っている。	☐
G. 個人情報取り扱い	㉙ 健康情報を含む個人情報の取り扱いについてルールがある。	☐
H. 両立支援の実績	㉚ これまでに、反復・継続して治療が必要となる疾病 ^{※1} に罹患しても、治療をしなが仕事をしていることができた社員がいる。または病気の治療後に復職した社員がいる。	☐

※1 反復・継続して治療が必要となる疾病：がん、脳卒中、心疾患、難病、腎臓病、糖尿病など
 ※2 検診：特定の病気や障害を早期に発見し、労働安全衛生法に基づき一時的・特殊の検診とは異なるもの

表2：回答企業の属性 (n=1,710)

	n	%
従業員数		
2～10人	714	(41.8)
11～30人	143	(8.4)
31～100人	204	(11.9)
101～300人	174	(10.2)
301～1000人	171	(10.0)
1001人以上	304	(17.8)
女性割合		
0～約25%	629	(36.8)
約30～50%	742	(43.4)
約55～75%	222	(13.0)
約80～100%	117	(6.8)
男性非正規割合		
0～約25%	1319	(77.1)
約30～50%	222	(13.0)
約55～75%	55	(3.2)
約80～100%	114	(6.7)
育児両立支援あり	550	(32.2)
介護両立支援あり	425	(24.9)

図1：チェック15項目以上実施企業の特徴

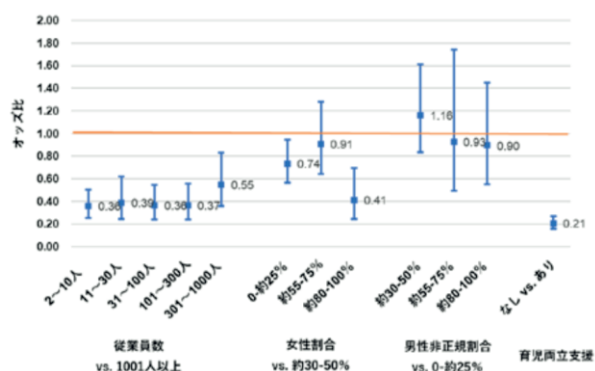


表3:チェック 15 項目以上実施企業の業種比較

業種	n	%	オッズ比 [95% CI]
農業、林業/漁業/鉱業、採石業、砂利採取業	31	1.8	0.27 [0.08, 0.92]
建設業	154	9.0	1.01 [0.64, 1.59]
製造業	248	14.5	2.09 [1.42, 3.06]
電気・ガス・熱供給・水道業	22	1.3	2.53 [1.05, 6.13]
情報通信業	80	4.7	2.66 [1.57, 4.50]
運輸業、郵便業	76	4.4	1.56 [0.91, 2.70]
卸売業、小売業	226	13.2	Reference
金融業、保険業	72	4.2	5.39 [3.04, 9.57]
不動産業、物品賃貸業	103	6.0	1.19 [0.72, 1.98]
学術研究、専門・技術サービス業	45	2.6	0.92 [0.45, 1.89]
宿泊業、飲食サービス業	77	4.5	0.56 [0.29, 1.08]
生活関連サービス業、娯楽業	58	3.4	0.73 [0.37, 1.45]
教育、学習支援業	72	4.2	0.84 [0.46, 1.55]
医療、福祉	98	5.7	1.75 [1.06, 2.87]
複合サービス事業	25	1.5	0.98 [0.39, 2.47]
サービス業(他に分類されないもの)	256	15.0	1.62 [1.11, 2.38]
公務(他に分類されるものを除く)	18	1.1	3.16 [1.20, 8.38]
分類不能の産業	49	2.9	1.47 [0.77, 2.81]

研究 B: 北里大学病院総合診療科トータルサポートセンターに2年前に開設された就労(両立)支援外来では、院内(入院/外来)通院患者が治療と仕事に困難を感じたり職場復帰で不安を抱く場合に、患者本人の状況整理とエンパワメント、職場への伝え方、産業保健スタッフや人事部門への配慮の伝え方といった社会的処方箋(social prescribing)を発行することを目的としている。より具体的には、職域向けの医療機関(主治医)意見書の下書きを本外来で作成し、院内主治医の確認を経て発行する運用である。

今年度は、心血管(循環器)疾患を重点領域として、当院の循環器内科・心臓血管外科入院患者に、苦痛疼痛スクリーニングシートとして、「仕事で困っていることがあるか」のニーズ調査を試験的に実施した(2019-20年)。1055名の回答者(入院患者)のうち、22名(2.1%)があると回答し、「退院後、元の立ち仕事が可能か/いつ復職可能か/体力が戻るのにどれくらい期間を要するか/仕事に戻ってまた再発しないか」「デバイス(CRT-D:両室ペースング機能付き植込み型除細動器(Cardiac Resynchronization Therapy-Defibrillator))

を入れて元の職場で働けるか不安」「経済的な不安が大きく、復職後も利用できる制度を知りたい」といった声があげられた。

心血管(循環器)疾患の両立支援では、内訳としては患者数の頻度に応じて、虚血性心疾患(狭心症・心筋梗塞/ステントカテーテル治療、心臓外科バイパス治療)・不整脈(デバイス植込み)・心不全の大きく3カテゴリーがその対象にあげられた。

虚血性心疾患の場合は、入院中の心臓リハビリテーションのセッション等で、すでに就労(復職)の問題がスクリーニングされることが多く、そこから就労支援・職域への連携(意見書)作成へ繋げるパスウェイが指摘された。

不整脈デバイス植込みについては、その後の予期せぬ失神(心停止)に対する不安や、デバイスと機械/運転作業の制限に関する事項が課題として挙げられた。特に改正道路交通法では、運転免許停止になりうる疾患として、再発性の失神があげられており、その具体的状態として、不整脈を原因とする失神(植込み型除細動器の植込み患者、ペースメーカー植込み患者等)があげられている。ペースメーカー植込み後に失神がない場合は原則許可とされることが多いようだが、ペースメーカー植込み後に失神がある場合や、ICD(植込み型除細動器)植込みの患者は原則運転禁止となることが多い。これらの詳細は、循環器診療主治医の見解が基本となるが、特に運転業務(公共交通・タクシー・トラック運送)を主体とする患者の場合、配置転換や就業継続困難を余儀なくされることが予想され、とりわけ本人の意思と主治医指示が相反する場合に職場調整をどのように行っていくかの必要性が高いと考えられる。なお、近年、電気自動車が少しずつ普及をみせている。運転業務が主体ではなくとも、営業の外回りなどで自動車運転が業務の一部に含まれている場合、「植込みペースメーカー患者は、電気自動車の急速充電器に近づかない」という注意(日本不整脈心電学会)や、アーク溶接・スポット溶接・TIG溶接・誘導溶解炉・高周波ウェルダといった強力な磁力線発生装置などの変動磁界の影響に注意を要する点は、両立支援を担当する医療スタッフや産業保健スタッフが認識しておくべき事項となるであろう。

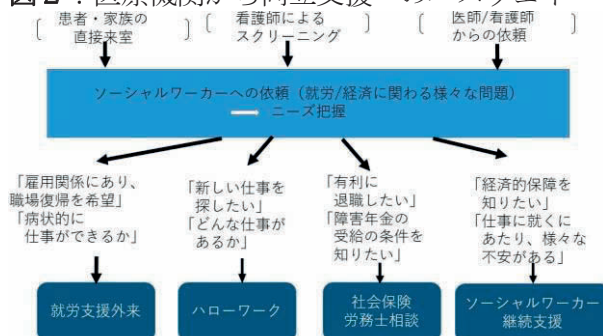
(慢性)心不全に対しては、その原因疾患によって、治療戦略も、両立支援にあたってのスタンスも異なるが、心肺運動負荷試験(CPX: cardiopulmonary exercise testing)によって評価される運動耐容能を、業務作業における身

体負担に翻訳していくことが重要となる。これらの翻訳にあたってのガイダンスを今後検討していくことが求められる。

心血管（循環器）治療チームからの両立支援に関するヒアリングにより、上記のように成人患者のニーズが、患者個々人の就労に対するスタンスによって様々に異なる（図2）ことに加え、小児期の治療から成人期に移行する ACHD（adult congenital heart disease：成人先天性心疾患）の疾患群では、これから就労を初めて経験する世代にもニーズが高い可能性が示唆された。自身の治療歴や、現在の心疾患の程度から望まれる身体作業負担の程度について、どの程度まで事業者側に伝えてよいか／伝えるべきかについての知見はまだ手探りの状態であり、雇入れ健診の在り方とあわせて議論の余地が大きい。

両立支援を医療機関側からのアプローチで実施する場合、患者が属する企業組織の事業者の考え方や患者自身の職位（雇用属性）に加えて、どれだけの期間の休職身分保障があるか、復職後の柔軟な勤務体系が利用可能かに依存する現実と直面することが少なくない。大企業や正規雇用社員に対するそれらはある程度充実してきている一方、中小零細企業や非正規雇用の社員に対してはそれが一向に進んでいない可能性が浮き彫りとなってきている。非正規雇用の社員の場合、3/6/12 か月更新として、その契約期間の9割以上の出勤といった契約更新最低条件が内規で定まっていることが少なくなく、患者が両立の継続を希望しても、1 か月以上の治療休職が自動的に契約打ち切りを意味する現実が数多く残っていることは看過できない。これらの非正規雇用社員の両立支援の在り方は、契約更新の考え方の根本から、大いに議論の余地が残る。

図2：医療機関から両立支援へのパスウェイ



D. 考察

本年度の研究Aから、先行研究班の成果としてのチェックリスト 30 を用いて中小企業の事

業者・人事担当者が両立支援へむけた環境整備に取り組もうとする際のハードルや課題が浮き彫りとなった。育児（や介護）との両立制度が構築されている企業ではチェックリストの達成項目数が有意に多いことを踏まえると、育児や介護と仕事の両立と同様のベクトル・観点から治療に関する両立支援の取り組みを進めることが、一つの大きな推進力となる可能性が示唆される。

研究Bからは、心血管（循環器）疾患における両立支援の医療機関側からの職域連携の課題が疾患ごとに整理された。また、「中小企業または非正規雇用」といった、そもそも病休制度がほばないに等しい労働者の場合は、両立支援の前に契約解除（労働契約継続打ち切り）となる仕組みになっていることが否めず、特にこのような非正規労働者の契約更新における出勤率条件については、何らかのレスキュー制度を早急に検討する必要性が示唆された。

F. 健康危険情報

非正規雇用労働者において、契約更新条件における必須出勤率が、病休をほぼ全く想定していない条件であることが少なくない現実があり、そのような場合には、両立支援のスタートラインにたつことすら不可能である。仕事または治療（失職）という0/1の考え方にたっていると、両立支援は、関係者の意識があろうとも全く推進できない。

G. 研究発表・学会発表

雑誌総説

1. 武藤剛. 患者の治療と仕事の両立支援（総論：前編）－仕事を考慮した治療選択の提示で、働く患者への社会的処方を一. 日本医事新報：5019(7). 2020
2. 武藤剛. 患者の治療と仕事の両立支援（総論：後編）－医療用語を仕事の作業の言葉に翻訳した主治医意見書がカギー. 日本医事新報. 5020(7). 2020.

書籍

1. 武藤剛. 治療と仕事の両立支援－労働者本人を中心とした事業場と医療機関の連携推進をめざして. 産業医ガイド第3版（分担執筆）日本医事新報社. 588-599, 2020.

学会発表

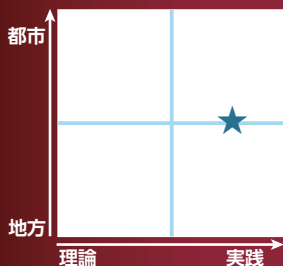
1. 藤井朋子、岡敬之、武藤剛、森口次郎、小山喜子、松平浩. 企業における治療と仕事の両立

- 支援の現状に関する検討. 第79回日本公衆衛生学会総会. 京都 (オンライン). 2020年10月
2. 川又華代、藤井朋子、武藤剛、高山博光、松葉斉、岡敬之、松平. チェックリスト30を用いた中小企業での治療と仕事の両立支援インターネット調査. 第93回日本産業衛生学会. 旭川 (オンライン). 2020年6月
3. 遠藤源樹、武藤剛、齋藤光江、泉博之. 治療と就労の両立支援のIoT/AIシステムの開発. 第93回日本産業衛生学会. 旭川 (オンライン) 2020年6月
4. 武藤剛、片桐諒子、遠藤源樹、福田洋、横山和仁、北村文彦、大矢めぐみ、石井理奈、大森由紀、堀口兵剛. AIを用いた職域50万人データ/メタボハイリスク者の健診後受診行動予測モデルの開発. 第93回日本産業衛生学会. 旭川 (オンライン) 2020年6月
5. 上地香杜、小嶋雅代、安岡実佳子、武藤剛、飯塚玄明、齋藤民、渡邊美貴、鈴木貞夫、竹内研時、若井建志、尾島俊之、近藤克則. フレイル状態にある関節リウマチ患者と地域在住高齢者の比較検討. 第79回日本公衆衛生学会. 京都 (オンライン). 2020年10月.

H. 知的財産権の出願・登録 特に記載すべきものなし

I. 参考文献

1. Buijs P, Gunnyeon B, van Weel C: Primary health care: what role for occupational health? Br J Gen Pract, 62 (605):623-24, 2012
2. Department for Work and Pensions : Statement of fitness for work. Guide to the new 'fit note' . Department for Work and Pensions. London, 2010
3. Loftus AM, McCauley F, McCarron MO. Impact of social prescribing on general practice workload and polypharmacy. Public Health 2017; 148: 96-101.
4. 治療と職業生活の両立等の支援に関する検討会報告書 (平成 24 年 8 月)
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002ecf1.html>
5. Muto G, Nakamura RI, Yokoyama K et al. Information exchange using a prescribed form and involvement of occupational health nurses promotes occupational physicians to collaborate with attending physicians for supporting workers with illness in Japan. Industrial Health. 57(1):10-21, 2019.
6. 藤井朋子、遠藤源樹、武藤剛、松平浩ら. 中小企業における治療と仕事の両立支援の現状と、両立支援活動評価指標案の作成. 産業医学ジャーナル 42(4), 2019.
7. 治療と仕事を両立させるための対策を考える両立支援チェックサイト. 2020
<https://ryoritsu-check.work/>



今週のテーマ

SUMMARY

両立支援は、働く患者に対する社会的処方として、国際的にもプライマリ・ケアの現場で広まりつつある。患者の仕事情報は、診断に至る過程に加え、治療方針の選択でも重要な意味をもつ。主治医の一言によって、疾病は治癒できても患者の人生(仕事)は犠牲になることがあることを日常臨床で日々意識したい。

KEYWORD

治療と仕事の両立支援

働く意欲と能力のある患者が、仕事を理由に治療機会を逃すことなく、また、治療を理由に仕事を妨げられることが少なくなるよう、医療機関・社会(職場)の両者が連携しながら支援すること。

患者の治療と仕事の両立支援(総論・前編)

1 治療と仕事の両立支援とは

「両立支援」という言葉に対し、何をイメージするであろうか？ 自分自身であれば、仕事とプライベート(趣味や、パートナーとの関係・結婚・育児・介護、あるいは臨床と研究)の両立を考える方が多いであろう。臨床現場で、目の前の患者に対する両立支援として、いまホットな話題の1つが、「治療と仕事の両立支援」である。

治療と仕事の両立支援とは、「働く意欲と能力のある患者が、仕事を理由に治療機会を逃すことなく、また、治療を理由に仕事を妨げられることが少なくなるよう支援すること」¹⁾²⁾である。具体的には、たとえばがんで外来化学療法を平日午前中に継続受療している患者が、仕事の継続(stay at work)を希望するが困難を抱えている場合や、血糖高値を毎年職場の定期健診で指摘され1, 2回は受療するも、受療時間の確保困難や優先順位の低下などの理由で自己中断することが繰り返されている場合への患者に対する支援のことである。

両立支援は、産業保健領域では以前からメンタルヘルス不調の職場復帰(return to work)を中心に実践されてきていたが、ここ10年ほど、特にがんと診断・告知された患者が、本当は仕事を続けたいのに周囲に迷惑をかけられない等の理由で「ビクビク退職」する事例を少しでも減らすこと等を目的に、その概念がより広範な疾患で認知されてきている。その背景には、治療の進歩による予後改善(仕事と両立できる疾病の増加)・少子高齢化進展による労働力不足(高年齢有病就業者の増加)・企業の人材活用への取り組み(diversity and inclusion)が挙げられる。グローバルにみても、英国でGP (general practitioner, 家庭医)がSick note(病休診断書)のみならずFit note(就労両立意見書)を発行するように³⁾⁴⁾、social prescribing(社会的処方)の観点で

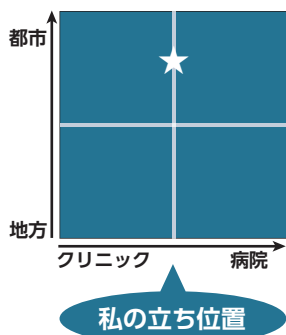
も患者の職業生活を支えることで、治療や健康アウトカム向上をめざす動きがみられる。

2 プライマリ・ケア医に求められるものは

患者の職業歴とは、旧来の医学教育では専ら、問診情報から鑑別・臨床診断に至る過程で活用されてきた情報であろう。両立支援が医学教育モデル・コア・カリキュラム(平成28年度改訂版)「全人的実践的能力」の項で盛り込まれたことは、患者の職業情報を、単に診断に至る情報のみならず、治療とそのアウトカム向上に向けて積極的に活用することが求められる時代になっている、という大きなエポックである。

プライマリ・ケアの現場で、患者の仕事に関する情報をどこから得るだろうか。まず受診時に患者が提示する健康保険証には、所属する健康保険組合名が記載されている。大企業勤務・公務員・業界健保なのかの情報は診察室に患者を呼び入れる前にわかる情報である。国保であれば自営業、協会けんぽであれば中小企業勤務の可能性が高い。この前情報をベースに、勤務形態(正規/非正規雇用・夜勤交替勤務・オフィスや屋外勤務)や作業態様(立位・坐位・重量物運搬・運転機械操作等)といった情報を直接聴取すると効率的である。

これらの仕事情報から特に、有給休暇や病休期間、復職時の方法や復職後の治療との両立しやすさに関する情報を聴取できる。プライマリ・ケアの現場に、「職場のストレス(人間関係や過重労働)で心身に過度の不調をきたしている30代男性」や、「乳がん術後の化学療法中、集中力や記憶力が落ちて(ケモブレイン)仕事が以前のようにこなせず疲れ切っているのに不安で眠れない40代女性」がある日受診することは少なくない。大企業や官庁勤務で病休期間の身分と経済的な補償(健保の傷病手当金制度を含む)が恵まれている場合は、「少し仕事



武藤 剛 [北里大学医学部衛生学講師・千葉大学予防医学センター・新浦安虎の門クリニック (共に非常勤)]

PROFILE

千葉大学医学部卒業後、国立国際医療センターで初期研修・膠原病内科診療に従事(ベスト研修医高久史磨賞受賞)。PMDA専属産業医、日本医師会武見国際フェロー(Harvard公衆衛生大学院)を経て、現職。日本内科学会総合内科専門医・日本産業衛生学会専門医・労働衛生コンサルタント・社会医学系指導医。

POLICY・座右の銘

夢見て行い、考えて折る

▶仕事を考慮した治療選択の提示で、働く患者への社会的処方

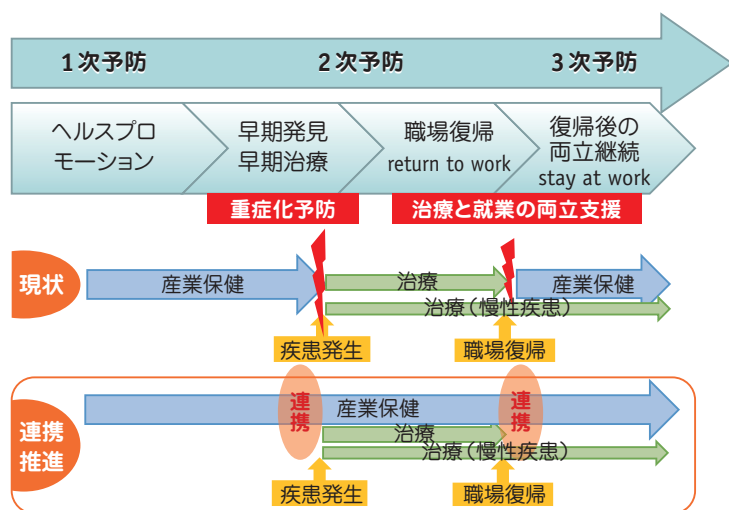


図1 臨床医学と予防医学の協調—ボールの一方的な丸投げから脱却し、キャッチボールによる患者中心のfit for workをめざす

を休んで治療に専念」することがよいかもしれないが、もし従業員10人の中小零細企業勤務や、大企業や官庁でも非正規雇用であると、「少し仕事を休む」期間の身分保障が危うく、それが失職につながることも考えられる。自営業の家族経営では、周囲のサポートの柔軟度が高いかもしれない。治療方針の選択にあたって、「疾病が治癒する可能性は最も高いが仕事は失う(日本では、正規雇用から一度離職すると、同条件で再就職するハードルはとても高い)」方法と、「疾病治癒では最善ではないかもしれないが、仕事は継続できる」治療法のどちらを選ぶか、究極的には患者の人生観、ライフコースの一部としての仕事の位置づけ次第である。医師が考える以上に患者にとって主治医の意見は絶対的であり、あなたが提示した治療法で疾患は治癒できても、患者の人生(仕事)は多大な犠牲を払うことになるかもしれない。プライマリ・ケアの現場でもいまや、医療職に両立支援の知識と実践が求められる時代が到来している。

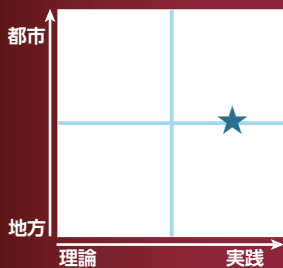
◀文献▶

- 1) 厚生労働省：治療と仕事の両立支援ナビ。
[<https://chiryoutoshigoto.mhlw.go.jp/>]
- 2) 厚生労働省：治療を受けながら安心して働ける職場づくりのために。
[<https://www.mhlw.go.jp/new-info/kobetu/roudou/gyousei/anzen/dl/140328-01.pdf>]
- 3) Buijs P, et al: Br J Gen Pract. 2012;62(605):623-4.
- 4) Department for Work & Pensions, UK 2013: Statement of Fitness for Work.
[<https://www.gov.uk/government/collections/fit-note>]

日本プライマリ・ケア連合学会監修

プライマリ・ケアの
理論と実践

第00回



今週のテーマ

SUMMARY

働く患者に対する社会的処方としての両立支援は、医学教育モデル・コア・カリキュラムへの掲載に加え、平成30年度診療報酬改定で新設された(令和2年度拡充)。患者のエンパワメントをめざし、職場との情報キャッチボールの基本となるのが、両立支援の主治医意見書である。この記載の際は、医学医療用語を翻訳し、働く現場の作業で求められる配慮について時間軸を意識して述べることが望まれる

KEYWORD

療養・就労両立支援指導料

企業から提供された勤務情報に基づき、患者に療養上必要な指導を実施するとともに、企業に対して診療情報を提供した場合について評価。その後の勤務環境の変化を踏まえ、療養上必要な指導を行った場合も評価。対象疾患は、がん・脳卒中・肝疾患・指定難病。初回800点、2回目以降400点、相談支援加算50点。

患者の治療と仕事の両立支援(総論・後編)

1 患者のエンパワメントを目的に、どのように患者の職場を想像して支えるか

両立支援といっても、患者の仕事について主治医は介入できないし、大半は産業医の業務ではないか、という意見があるかもしれない。確かに法令上、50人以上の事業場では産業医が選任されているため、その主張も一理あるが、患者の過半数はそれ以下の規模の職場で働いているのが実態である。

以前は確かに、「職場のことは産業医にお任せ/治療のことは主治医にお任せ」と臨床医と予防医がお互いを立てることで、患者/労働者にとっての利益が最大となる時代があった。しかしお任せも度が過ぎると、丸投げとなる。丸投げの結果、「治療のためには仕事を辞めるしかない(がんのビックリ退職)」「仕事のためには疾病は放置(インスリンを職場で打てない等による糖尿病の重症化)」と患者への不利益が指摘されるようになり、これを是正するのが両立支援の肝である。臨床と予防がお互いをリスペクトしながら、協調することが求められる時代である。

英国のFit noteのように、日本でも臨床医が「就労(復職)に関する主治医意見書」を書く場面は、特にメンタルヘルスの分野では以前からみられてきた。「どのように復帰するか(試し出勤・リハビリ勤務)、復帰後どのように配慮するか(残業や出張の就業規制)」について主治医が意見を述べる場合、その書類の宛先(誰がそれを読むか)によって内容を変える必要があることを銘記したい。主治医から産業医に宛てる意見書であれば(書類授受にあたっての患者同意は前提となる)、医療職間の情報共有ということで、病態や治療の内容を含めた、患者の今後の仕事についての意見がベストである。しかし、主治医意見書の提出先が、産業医というより会社

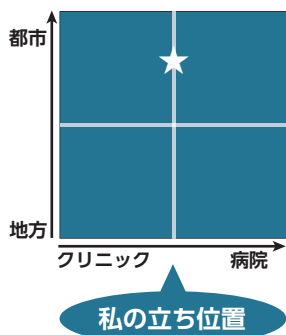
(事業者:具体的には人事総務部)であることは少なくない。産業医選任義務のない小規模零細事業場であれば常にそうなる。その場合、職場が求める情報は、医学的情報(病態や治療の中身)ではなく、「どのような仕事をさせてよいか、職場でどのような配慮をすると治療への影響が少ないか」の視点であることに注意する。特に患者の仕事先で産業医がいるか(いても機能しているか)ははっきりしない場合、その患者に対して産業医に近い役回りをするのは主治医/プライマリ・ケア医となる。「医療用語を職場の言語(仕事に関する情報)に翻訳」したものが主治医意見書の基本となることに留意したい。

2 プライマリ・ケアでの両立支援の実践

CASE: 25歳、東南アジア出身の男性

具体例を1つ挙げる(症例ご提供:高田馬場さくらクリニック院長 富田茂先生)。現在日本語学校に通いながら、夜間休日は飲食店のアルバイトで働く。2カ月前から、両足趾の爪周囲炎を繰り返していて痛くて歩けず来院。両立支援の社会的処方箋として、何が望まれるだろうか?

裸足にサンダルの母国の習慣のまま、裸足で防水シューズを履いての立位仕事の継続は難しいだろう、と2週間の休業(アルバイト禁止による足趾保護と安静)や転職の勧めにより、爪周囲炎の治癒や再発防止は期待できるであろうが、収入減は死活問題かもしれない。仕事を続けたければ産業医に相談しなさい、といっても、おそらくこの患者が働く飲食店に産業医は存在しないか、しても言語の問題も含めてアクセスできるとは思えない。患者がこのアルバイトを続けて治療と両立を望むならば、母国にない習慣である靴下を履いてフットケアを行うこと、継続的に受診できる時間がとれるよう店長や上司と相談することを提案すること等がよりよい両立支援



武藤 剛 [北里大学医学部衛生学講師・千葉大学予防医学センター・新浦安虎の門クリニック (共に非常勤)]

PROFILE

千葉大学医学部卒業後、国立国際医療センターで初期研修・膠原病内科診療に従事(ベスト研修医高久史磨賞受賞)。PMDA専属産業医、日本医師会武見国際フェロー(Harvard公衆衛生大学院)を経て、現職。日本内科学会総合内科専門医・日本産業衛生学会専門医・労働衛生コンサルタント・社会医学系指導医。

POLICY・座右の銘

夢見て行い、考えて折る

▶医療用語を仕事の作業の言葉に翻訳した主治医意見書が鍵

●また、診療情報を提供した後の勤務環境の変化を踏まえ、療養上必要な指導を行った場合についても評価されます

対象疾患 がん、脳卒中、肝疾患、指定難病

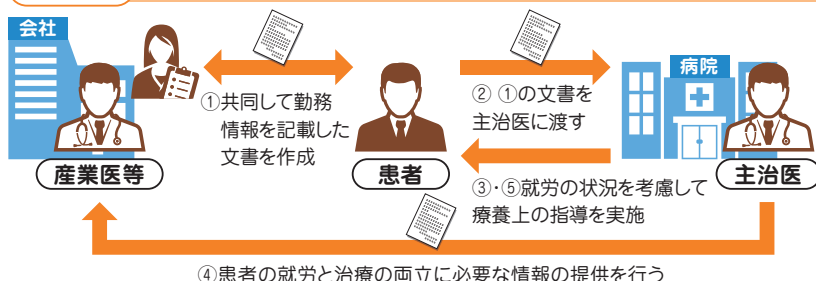


図1 両立支援の鍵となる患者(労働者)本人・医療機関—職場連携(BCC)における情報連携のキャッチボール
(文献3より作成)

としての社会的処方箋ではないだろうか。

③患者と職場に向けた主治医の社会的処方の診療報酬上の評価

主治医/プライマリ・ケア医から職場(産業医や事業者)向けの就労(両立支援)に関する意見書は、医学用語から仕事作業用語への翻訳である、と述べた。BCC(Bridge between Clinic and Company)¹⁾—すなわち診療所と職場の情報連携は、厳密には「診療情報提供ではない」こともその表れである。診療情報提供は、病病連携や病診連携を基本とする(保険医療機関同士)。旧来型の大企業内診療所がある特殊な事例を除けば、多くの主治医から職場(産業医・事業者人事向け問わず)宛の情報書はこの範疇とまらない。よってこれまで医療機関ではこの文書発行は「文書料扱い」となっていたが、平成30年度診療報酬改定で、「療養・就労両立支援指導料」が新設された。これは、がんの両立支援について、主治医と産業医が情報のキャッチボール(双方向)をした際の算定という限定的な枠組みだった。令和2年度改定では、脳卒中・肝疾患・指定難病等への疾患拡大ならびに主治医側からの情報提供だけでも算定可能、と拡大され、相談支

援加算や薬局との連携による外来ケモの連携充実加算が新設された。

両立支援のノウハウは、私自身を振り返っても、内科臨床の後、専属/嘱託産業医ならびに産業保健に関する政策研究経験を経る中で学んできたことである。両立支援の充実には、医療者個人の想い以上に医療機関や職場の環境整備が重要である²⁾。患者(働く人)の全人的支援をめざし、同じ患者を労働者として職域側から支える産業医の立場を一度経験すると、大きく診療時の観点が変わることは間違いない。両立支援マインドとその社会的処方の実践がプライマリ・ケアの現場に少しでも広がることを願ってやまない。

◀文献▶

- 1) がん医療と職場の架け橋。[<https://teambcc.jp/>]
- 2) Muto G, et al: Ind Health. 2019; 57(1): 10-21.
- 3) 厚生労働省: 治療と仕事の両立支援ナビ。
[<https://chiryoutoshigoto.mhlw.go.jp/>]

日本プライマリ・ケア連合学会監修

プライマリ・ケアの
理論と実践

第00回

治療と仕事の両立支援に係る労使間の合意形成プロセスの評価指標の開発： 文献レビューに基づく情報抽出

研究分担者	井上 彰臣	産業医科大学 I R 推進センター・准教授
研究分担者	梶木 繁之	株式会社産業保健コンサルティングアルク・代表取締役
研究分担者	森田 哲也	株式会社リコー人事本部総務統括部・総括産業医
研究分担者	武藤 剛	北里大学医学部・講師
研究協力者	加未佐和子	国立がん研究センター中央病院放射線診断科・医員
研究協力者	平岡 晃	株式会社小松製作所健康増進センタ・産業医
研究代表者	江口 尚	産業医科大学産業生態科学研究所・教授

研究要旨 本研究は、事業場における治療と仕事の両立支援に係る労使間の合意形成プロセスに必要な情報を整理し、その評価指標を開発することを目的とする。3 年計画の 1 年目である今年度は、過去に自身が実施した文献レビューから、評価指標の開発に必要な情報を抽出し、整理することを目的とした。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）において、自身が実施した文献レビューの中から、事業者、人事労務担当者、管理監督者の両立支援の取組内容について記述された箇所を抽出するとともに、必要に応じて「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」を参照し、不足している情報の埋め合わせを行った。その後、抽出した情報を「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」の「5 両立支援の進め方」に記載されている流れに準拠し、① 両立支援を必要とする労働者からの情報提供、② 治療の状況等に関する必要に応じた主治医からの情報収集、③ 就業継続の可否、就業上の措置及び治療に対する配慮に関する産業医等の意見聴取、④ 休業措置、就業上の措置及び治療に対する配慮の検討と実施の 4 段階に分けて整理することとした。尚、④については、入院等による休業を要すると判断した場合、休業に関連する情報が必要となるため、別途、整理することとした。その結果、いずれの段階においても「本人（労働者）から聞き取るべき事項」、「本人に伝えるべき事項」、「主治医に伝えるべき事項」、「主治医に確認すべき事項」など、情報伝達の対象・方向別に整理することができた。今後、他の研究分担者・研究協力者が実施している好事例に関するインタビュー調査等の結果を踏まえて、両立支援に係る労使間の合意形成に必要な情報の更なる充実を図っていく予定である。

A. 研究目的

わが国では、がんや脳卒中などの疾病を抱える労働者に対して事業場が適切な就業上の措置や治療に対する配慮を行い、治療と仕事を両立できるようにするため「事業場における治療と仕事（旧称：職業生活）の両立支援のためのガイドライン」が策定された（平成 28 年 2 月公表、平成 31 年 3 月、令和 2 年 3 月改訂）。これに伴い、「両立支援システム・パス」（森，2017）や「治療と仕事の両立支援 取組事例集」（独立行政法人労働者健康安全機構，2018）などの様々なマニュアルやツールが開発され、両立支援の取組が普及しつつある。

一方で、両立支援の取組みのある事業場のうち、取組に関し困難や課題を感じている事業場の割合は 76.1%であり、「就業制限の必要性や期間の判断」、「復職可否の判断」、「復職後の適正配置の判断」などが、課題や困難を感じる事項であるこ

とが報告されている（厚生労働省，2019）。これらの項目は、労使間の合意形成を必要とするものであり、産業保健スタッフ向けには、そのプロセスに関する標準的な考え方が整理されているが、事業場（事業者、人事労務担当者、管理監督者）向けには十分に整理されていないのが実情である。事業場において、両立支援の取組を更に普及させていくには、事業場向けに両立支援に係る労使間の合意形成のプロセスに必要な情報を整理することが不可欠である。

そこで本研究は、事業場における治療と仕事の両立支援に係る労使間の合意形成プロセスに必要な情報を整理し、その評価指標の開発することを目的とする。3 年計画の 1 年目である今年度は、過去に自身が実施した文献レビュー（井上ら，2018）から、評価指標の開発に必要な情報を抽出し、整理することを目的とした。

B. 研究方法

両立支援に係る労使間の合意形成のプロセスに必要な情報を抽出する際の情報源として、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）において、自身が実施した文献レビュー（井上ら、2018）を活用した。レビューの中から、事業者、人事労務担当者、管理監督者の両立支援の取組内容について記述された箇所を抽出するとともに、必要に応じて「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」を参照し、不足している情報の埋め合わせを行った。その後、抽出した情報を「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」の「5 両立支援の進め方」に記載されている流れに準拠し、① 両立支援を必要とする労働者からの情報提供、② 治療の状況等に関する必要に応じた主治医からの情報収集、③ 就業継続の可否、就業上の措置及び治療に対する配慮に関する産業医等の意見聴取、④ 休業措置、就業上の措置及び治療に対する配慮の検討と実施の4段階に分けて整理することとした。尚、④については、入院等による休業を要すると判断した場合、休業に関連する情報が必要となるため、別途、整理することとした。

（倫理面への配慮）

文献レビューは既に公表されている論文や学会抄録をまとめたものであるため、倫理面への配慮を要しなかった。

C. 研究結果

① 両立支援を必要とする労働者からの情報提供の際に必要な情報は「労働者（以下、本人）から聞き取るべき事項」と「本人に伝えるべき事項」の2つに大別された。前者はさらに「主治医からの情報」と「本人からの情報」に大別された。「主治医からの情報」として抽出されたのは、疾患の特徴と病状、入院や通院治療の必要性とその期間、治療の内容、治療のスケジュール、通勤や業務遂行に影響を及ぼしうる症状の有無とその内容、予想される副作用の有無とその内容、退院後または通院治療中の就業継続の可否に関する意見、望ましい就業上の措置に関する意見、その他、配慮が必要な事項に関する意見であった。「本人からの情報」として抽出されたのは、主治医からの情報には含まれない、本人の個別状況であった。また、「本人に伝えるべき事項」として抽出されたのは、会社を辞めないで欲しいこと／職場復帰する気持ちがある限りサポートすること、必要とされる

仕事の要件、両立支援に関する手続き、様式、健康情報の取り扱いに関するルールであった。

② 治療の状況等に関する必要に応じた主治医からの情報収集の際に必要な情報は「本人に確認しておくべき事項」、「主治医に伝えるべき事項」、「主治医に確認すべき事項」の3つに大別された。「本人に確認しておくべき事項」として抽出されたのは、主治医から情報を得ることに対する同意であった。「主治医に伝えるべき事項」として抽出されたのは、職場で必要とされる業務遂行能力に関する情報、事業場の両立支援体制（休業可能期間、職場復帰の方法、職場復帰後の業務内容の選択肢、産業保健体制など）に関する情報であった。「主治医に確認すべき事項」として抽出されたのは、①の「主治医からの情報」のうち、本人から聞き取れなかった（あるいは、より詳細な情報が必要な）事項、就業による病態の著しい悪化の可能性、病気による業務上の危険性であった。

③ 就業継続の可否、就業上の措置及び治療に対する配慮に関する産業医等の意見聴取の際に必要な情報は「産業医等に伝えるべき事項」として、①～②で本人や主治医から聴取した事項、本人が利用可能な制度が抽出された。

④ 休業措置、就業上の措置及び治療に対する配慮の検討と実施の際に必要な情報は「本人から聞き取るべき事項」、「本人に伝えるべき事項」、「その他、就業上の措置・治療に対する配慮とあわせて把握・検討しておくべき事項」、「就業上の措置を実施している期間に行うべき事項」の4つに大別された。「本人から聞き取るべき事項」として抽出されたのは、本人の就業継続に関する希望の有無、本人の就業上の措置及び治療に対する配慮に関する要望であった。「本人に伝えるべき事項」として抽出されたのは、利用可能な社内制度（在宅勤務、時差出勤、短時間勤務など）、配慮可能な事項（残業禁止、交代勤務や不規則勤務禁止、出張禁止など）であった。「その他、就業上の措置・治療に対する配慮とあわせて把握・検討しておくべき事項」として抽出されたのは、本人の属性や適性、仕事に急に具合が悪くなった時の対応方法、突然仕事を休む可能性を考慮した業務編成（仕事の担当や引き継ぎなど）であった。「就業上の措置を実施している期間に行うべき事項」として抽出されたのは、本人への声かけを通じた、体調や仕事上で困っていること等の確認、本人の体調の変動に合わせた業務調整、（両立支援の対象となっている身体疾患だけでなく）本人のメンタルヘルス面への配慮、本人の病状や治療の状況等に基づく、回復段階に応じた支援方法の定期的な見直しであった。

④において、入院等による休業を要すると判断した場合については、休業開始前、休業期間中、

職場復帰判定時の3つの時点に分けて必要な情報を整理した。休業開始前に必要な情報は「本人に伝えるべき事項」として、休業可能な期間、休業期間中の保障内容、休業期間中の過ごし方、会社への定期報告の方法、職場復帰の準備に関する事項、職場復帰を判断する方法、職場復帰後に利用可能な社内制度（試し勤務、在宅勤務、時差出勤、短時間勤務など）が抽出された。休業期間中に必要な情報は「本人から聞き取るべき事項（定期報告時）」と「本人に伝えるべき事項」の2つに大別された。「本人から聞き取るべき事項（定期報告時）」として抽出されたのは、本人の体調や治療の経過、今後の見込み、本人の不安や悩みであった。「本人に伝えるべき事項」として抽出されたのは、活用可能な支援制度、職場復帰に関連する情報であった。職場復帰判定時に必要な情報は「本人から聞き取るべき・確認しておくべき事項」と「本人以外に意見聴取を行うべき対象」の2つに大別された。「本人から聞き取るべき・確認しておくべき事項」として抽出されたのは、主治医の意見、本人の職場復帰の意向、職場復帰後の社内制度（試行勤務、在宅勤務、短時間勤務など）の利用希望の有無（社内制度がある場合）、主治医から情報を得ることに対する同意であった。「本人以外に意見聴取を行うべき対象」として抽出されたのは、主治医（本人から聞き取った主治医の意見が不十分な場合）、産業医等（主治医の意見を提供したうえで、職場復帰の可否に関する意見を聴取）、復帰予定の部署であった。

上記の情報について表にまとめた。

D. 考察

今年度は、事業場における治療と仕事の両立支援に係る労使間の合意形成プロセスに関する評価指標を開発する事前準備として、過去に自身が実施した文献レビューから、必要な情報を抽出・整理した。

文献レビューの中から抽出された情報は、いずれも労使間で両立支援の合意形成を進めていく上で不可欠なものと考えられるが、不足している部分については「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」を参照することで、より網羅的に必要な情報を抽出・整理することができた。一方で、文献レビューやガイドラインから抽出された情報だけでは、評価指標の開発には不十分である可能性があるため、今後は、実際の現場で行われている工夫点等も含めて、両立支援に係る労使間の合意形成に必要な情報を充実させていく必要がある。

本研究事業では、他の研究分担者・研究協力者によって両立支援の好事例の収集を目的としたインタビュー調査を実施しているため、来年度は、

インタビュー調査等の結果を踏まえて、労使間で両立支援の合意形成を進めていく上で必要となる情報の更なる充実を図っていきたい。

E. 結論

今年度は、事業場における治療と仕事の両立支援に係る労使間の合意形成プロセスに必要な情報を抽出し、時系列および対象別にその情報を整理した。今後、他の研究分担者・研究協力者が実施している好事例に関するインタビュー調査等の結果を踏まえて、両立支援に係る労使間の合意形成に必要な情報の更なる充実を図っていく予定である。

F. 健康危険情報

該当せず。

G. 研究発表

1. 論文発表

Inoue A, Tsutsumi A, Eguchi H, Kachi Y, Shimazu A, Miyaki K, Takahashi M, Kurioka S, Enta K, Kosugi Y, Totsuzaki T, Kawakami N. Workplace social capital and refraining from seeking medical care in Japanese employees: a one-year prospective cohort study. *BMJ Open* 2020; 10(8): e36910.

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

該当せず。

I. 文献

独立行政法人労働者健康安全機構. 治療と仕事の両立支援 取組事例集. 川崎: 独立行政法人労働者健康安全機構, 2018.

井上彰臣, 江口尚, 堤明純. 治療と就労の両立支援の活動評価指標の開発: 先行研究のレビューと面接調査. 主任研究者 堤明純. 厚生労働省労災疾病臨床研究事業費補助金「治療と就労の両立支援のための事業場内外の産業保健スタッフと医療機関の連携モデルとその活動評価指標の開発に関する研究」平成29年度総括・分担研究報告書. 東京: 厚生労働省, 2018: 56-87.

厚生労働省. 平成30年労働安全衛生調査(実態調査) 結果の概況. 東京: 厚生労働省, 2019.

森晃爾. 身体疾患を有する患者の治療と就労の両立を支援するための主治医と事業場(産業医等)の連携方法に関する研究—「両立支援システム・パス」の開発—. 研究代表者 森晃爾. 厚生労働省労災疾病臨床研究事業費補助金

「身体疾患を有する患者の治療と就労の両立を支援するための主治医と事業場（産業医等）の連携方法に関する研究―「両立支援システム・パス」の開発―」平成 26 年～平成 28 年度総合研究報告書．東京：厚生労働省，2017：1-22.

表 治療と仕事の両立支援に係る労使間の合意形成プロセスに必要な情報

(文献レビューおよび「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」より)

① 両立支援を必要とする労働者からの情報提供

【労働者（以下、本人）から聞き取るべき事項】

（１）主治医からの情報

- ・ 疾患の特徴と病状
- ・ 入院や通院治療の必要性和その期間
- ・ 治療の内容
- ・ 治療のスケジュール
- ・ 通勤や業務遂行に影響を及ぼしうる症状の有無とその内容
- ・ 予想される副作用の有無とその内容
- ・ 退院後または通院治療中の就業継続の可否に関する意見
- ・ 望ましい就業上の措置に関する意見
- ・ その他、配慮が必要な事項に関する意見

（２）本人からの情報

- ・ 主治医からの情報には含まれない、本人の個別状況

【本人に伝えるべき事項】

- ・ 会社を辞めないで欲しいこと／職場復帰する気持ちがある限りサポートすること
- ・ 必要とされる仕事の要件
- ・ 両立支援に関する手続き、様式、健康情報の取り扱いに関するルール

② 治療の状況等に関する必要に応じた主治医からの情報収集

【本人に確認しておくべき事項】

- ・ 主治医から情報を得ることに対する同意

【主治医に伝えるべき事項】

- ・ 職場で必要とされる業務遂行能力に関する情報
- ・ 事業場の両立支援体制（休業可能期間、職場復帰の方法、職場復帰後の業務内容の選択肢、産業保健体制など）に関する情報

【主治医に確認すべき事項】

- ・ ①の【労働者（本人）から聞き取るべき事項】「（１）主治医からの情報」のうち、本人から聞き取れなかった（あるいは、より詳細な情報が必要な）事項
- ・ 就業による病態の著しい悪化の可能性
- ・ 病気による業務上の危険性

③ 就業継続の可否、就業上の措置及び治療に対する配慮に関する産業医等の意見聴取

【産業医等に伝えるべき事項】

- ・ ①～②で本人や主治医から聴取した事項
- ・ 本人が利用可能な制度

④ 休業措置、就業上の措置及び治療に対する配慮の検討と実施

【本人から聞き取るべき事項】

- ・ 本人の就業継続に関する希望の有無
 - ・ 本人の就業上の措置及び治療に対する配慮に関する要望
-

【本人に伝えるべき事項】

- ・利用可能な社内制度（在宅勤務、時差出勤、短時間勤務など）
- ・配慮可能な事項（残業禁止、交代勤務や不規則勤務禁止、出張禁止など）

【上記の他、就業上の措置・治療に対する配慮とあわせて把握・検討しておくべき事項】

- ・本人の属性や適性
- ・仕事中に急に具合が悪くなった時の対応方法
- ・突然仕事を休む可能性を考慮した業務編成（仕事の担当や引き継ぎなど）

※入院等による休業を要すると判断した場合（休業を要しない場合は網かけの事項はスキップ）**（１）休業開始前****【本人に伝えるべき事項】**

- ・休業可能な期間
- ・休業期間中の保障内容
- ・休業期間中の過ごし方
- ・会社への定期報告の方法
- ・職場復帰の準備に関する事項
- ・職場復帰を判断する方法
- ・職場復帰後に利用可能な社内制度（試し勤務、在宅勤務、時差出勤、短時間勤務など）

（２）休業期間中**【本人から聞き取るべき事項（定期報告時）】**

- ・本人の体調や治療の経過
- ・今後の見込み
- ・本人の不安や悩み

【本人に伝えるべき事項】

- ・活用可能な支援制度
- ・職場復帰に関連する情報

（３）職場復帰判定時**【本人から聞き取るべき・確認しておくべき事項】**

- ・主治医の意見
- ・本人の職場復帰の意向
- ・職場復帰後の社内制度（試行勤務、在宅勤務、短時間勤務など）の利用希望の有無（社内制度がある場合）
- ・主治医から情報を得ることに対する同意

【本人以外に意見聴取を行うべき対象】

- ・主治医（本人から聞き取った主治医の意見が不十分な場合）
- ・産業医等（主治医の意見を提供したうえで、職場復帰の可否に関する意見を聴取）
- ・復帰予定の部署

【就業上の措置を実施している期間に行うべき事項】

- ・本人への声かけを通じた、体調や仕事上で困っていること等の確認
 - ・本人の体調の変動に合わせた業務調整
 - ・（両立支援の対象となっている身体疾患だけでなく）本人のメンタルヘルス面への配慮
 - ・本人の病状や治療の状況等に基づく、回復段階に応じた支援方法の定期的な見直し
-

BMJ Open Workplace social capital and refraining from seeking medical care in Japanese employees: a 1-year prospective cohort study

Akiomi Inoue ¹, Akizumi Tsutsumi,¹ Hisashi Eguchi,^{1,2} Yuko Kachi,¹ Akihito Shimazu,^{3,4} Koichi Miyaki,^{5,6} Masaya Takahashi,⁷ Sumiko Kurioka,⁸ Kazuhiko Enta,⁹ Yuki Kosugi,¹⁰ Takafumi Totsuzaki,¹¹ Norito Kawakami¹²

To cite: Inoue A, Tsutsumi A, Eguchi H, *et al.* Workplace social capital and refraining from seeking medical care in Japanese employees: a 1-year prospective cohort study. *BMJ Open* 2020;**10**:e036910. doi:10.1136/bmjopen-2020-036910

► Prepublication history and additional material for this paper are available online. To view these files, please visit the journal online (<http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2020-036910>).

Received 10 January 2020
Revised 15 June 2020
Accepted 15 June 2020



© Author(s) (or their employer(s)) 2020. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use. See rights and permissions. Published by BMJ.

For numbered affiliations see end of article.

Correspondence to

Dr Akiomi Inoue;
akiomi@med.kitasato-u.ac.jp

ABSTRACT

Objectives We examined the association of workplace social capital (WSC), including structural and cognitive dimensions, with refraining from seeking medical care (RSMC) among Japanese employees.

Design One-year prospective cohort study.

Setting and participants We surveyed 8770 employees (6881 men and 1889 women) aged 18–70 years from 12 firms in Japan using a self-administered questionnaire comprising the WSC scale and the items on potential confounders (ie, age, educational attainment and equivalent annual household income) at baseline (from April 2011 to March 2013).

Outcome measures At a 1-year follow-up, we measured RSMC using a single-item question ‘In the past year, have you ever refrained from visiting a hospital, clinic, acupuncturist or dentist despite your sickness (including a slight cold or cavity) or injury?’

Results The results of Cox regression with robust variance showed that, after adjusting for potential confounders, the low WSC group (ie, the lowest tertile group) had a significantly higher relative risk (RR) of RSMC compared with the high WSC group (ie, the highest tertile group) among both men and women (overall WSC: RR 1.09 (95% CI 1.01 to 1.17) and 1.20 (95% CI 1.06 to 1.37); structural dimension: RR 1.13 (95% CI 1.04 to 1.22) and 1.25 (95% CI 1.07 to 1.45); and cognitive dimension: RR 1.11 (95% CI 1.03 to 1.20) and 1.21 (95% CI 1.06 to 1.38), respectively). Trend analysis using a continuous score of the WSC scale also showed a significant association of low WSC with a higher risk of RSMC among both men and women.

Conclusions Our findings suggest that the lack of social capital in the workplace is associated with RSMC among Japanese employees.

INTRODUCTION

Access to medical care is an essential determinant of health.¹ Delayed access to medical care, often caused by refraining from seeking medical care (RSMC, ie, reluctance to seek or avoidance of medical care),² has been reported to have effects on reduced quality

Strengths and limitations of this study

- This is the first study examining the association of social capital with refraining from seeking medical care in the occupational setting.
- We used a large-scale dataset from an occupational cohort survey.
- Our sample was recruited from primarily large-scale enterprises in Japan; therefore, the generalisation of our findings should be made with caution.
- Refraining from seeking medical care was measured by simply asking the participants to recall their experience over the past year, which may have led to recall bias.

of life, more extended hospital stays and mortality in a wide range of age groups.^{3–6} Previous studies on RSMC have examined its potential individual determinants, including age,⁷ health status,⁸ insurance coverage⁹ and social class (ie, educational attainment, household income and employment conditions).^{10–15}

The interest in the effects of social contextual factors such as social capital on RSMC or access to medical care has been increasing.¹ Although social capital is defined in many ways, all definitions share the notion that social networks, norms of reciprocity and generalised trust are essential aspects of the concept.¹⁶ Particularly in the health research field, social capital is conceptualised primarily as a two-dimensional construct consisting of a structural dimension (ie, what people ‘do’) and a cognitive dimension (ie, what people ‘feel’).¹⁷ Based on this construct, the network aspect is categorised as the structural dimension while the reciprocity and trust aspects are categorised as the cognitive dimension.¹⁸ Generally, social capital entails three types: bonding, bridging and linking. Bonding

social capital refers to relations of trust and cooperation among people within relatively homogenous groups; bridging social capital refers to relations of respect and mutuality among people between heterogeneous groups; and linking social capital refers to relations between individuals and groups in different social strata in a hierarchy where different groups have access to power, social status and wealth.¹⁹ As just described, the theoretical framework of social capital encompasses many complex aspects, dimensions and types of social interactions and cognitions that can have potential benefits but also disadvantages for communities and the individuals living within them. Several reviews have highlighted the challenge to empirically verify the associations of social capital with health outcomes.^{20–22} Medical care utilisation or RSMC is no exception. It has been theoretically suggested that social capital promotes positive psychological states towards self-care and appropriate medical care utilisation,²³ and empirical evidence to support this suggestion has been accumulated among community residents.^{1 20}

The idea of social capital is a natural candidate for expansion to occupational settings. Kawachi²⁴ pointed out that social capital is likely to be found in settings where people now spend most of their time. The workplace represents an important social unit, mainly since many people spend one-third of their lives at work²⁵ and the workplace is a significant source of social relations.²⁶ Several previous studies reported that the lack of workplace social capital (WSC) was associated with various kinds of health outcomes: poor self-rated health,^{26–30} hypertension (or high blood pressure),^{31 32} poor mental health (eg, depression, depressive symptoms and psychological distress),^{27 33–38} unhealthy behaviours (eg, smoking)^{39–42} and mortality.⁴³

In the theoretical framework of job stress, WSC is considered to be a summary outcome of the favourable psychosocial work environment called job resources (eg, job control, supervisor and coworker support, extrinsic reward, organisational justice, etc) and also to improve mental and physical health among employees.⁴⁴ Given the definition of social capital, the workplace with low social capital can be characterised by lack of network, reciprocity and trust. In such a workplace, employees may have difficulty asking coworkers to rearrange their schedules associated with seeking medical care, which may lead to the lack of time to excuse themselves from work and consequently to RSMC and subsequent poor self-rated health.⁴⁵ To date, two previous studies in occupational settings have reported that low job control and low organisational justice (ie, procedural justice and interactional justice) were associated with less access to medical care or RSMC.^{46 47} However, the association of WSC with RSMC has not been thoroughly examined.

The purpose of the present study was to examine the association of WSC with RSMC among Japanese employees using a 1-year prospective design. It was hypothesised that those who perceived lower levels of WSC at baseline would be more likely to refrain from seeking medical

care during the 1-year follow-up. In the present study, we focused mainly on the bonding WSC (ie, social capital within same working teams) because it is of particular importance in Japanese corporate culture, which is group oriented: altruism, teamwork and group cohesiveness are emphasised⁴⁸ and it has been reported that bonding social capital is related mainly to better access to medical care.²⁰ On the other hand, it has also been pointed out that the empirical evidence for the association of bonding social capital with access to medical care is somewhat limited, primarily because of the tendency to mix different dimensions of social capital into overall indices.²⁰ Therefore, we focused not only on overall bonding WSC but also on its construct dimensions (ie, the structural dimension, including the network aspect and the cognitive dimension, including the reciprocity and trust aspects). Furthermore, in Japanese culture, laughter and smiles are also essential to maintain social harmony,⁴⁹ which is one of the elements of cognitive dimension.^{17 18} Therefore, we also focused on the laughter/smiles aspect and included it in the cognitive dimension. We analysed the data for men and women separately because a previous study has reported sex differences in medical care utilisation.⁵⁰

METHODS

Study design

We extracted the data from longitudinal datasets collected in an occupational cohort study on social class and health in Japan (Japanese Study of Health, Occupation and Psychosocial Factors Related Equity: J-HOPE). The J-HOPE was conducted in three or four waves at 13 firms located in Japan. The primary industry sectors were information technology, hospital and medical facility, manufacturing, pharmaceutical, service, transportation and real estate. The first wave was conducted from April 2010 to March 2012; the subsequent waves were conducted in 1-year intervals following the first wave. Because the RSMC was assessed only at the third wave in all surveyed firms, except for one hospital, the present study treated the second wave (conducted from April 2011 to March 2013) as a baseline and the third wave (conducted from April 2012 to March 2014) as a 1-year follow-up. The analyses were conducted using the J-HOPE datasets available as of 22 December 2016.

Participants

In the second wave of the J-HOPE (ie, the baseline in the present study), a total of 11 393 employees completed a self-administered questionnaire (response rate 82%). During the 1-year follow-up period, 1497 employees were transferred, took a leave of absence (ie, sick leave, maternity leave or childcare leave), retired or declined to participate. Overall, 9896 employees participated in the third wave (ie, 1-year follow-up in the present study) and completed the follow-up questionnaire (follow-up rate 87%). After excluding 481 hospital employees who were not measured for RSMC in the third wave and 645

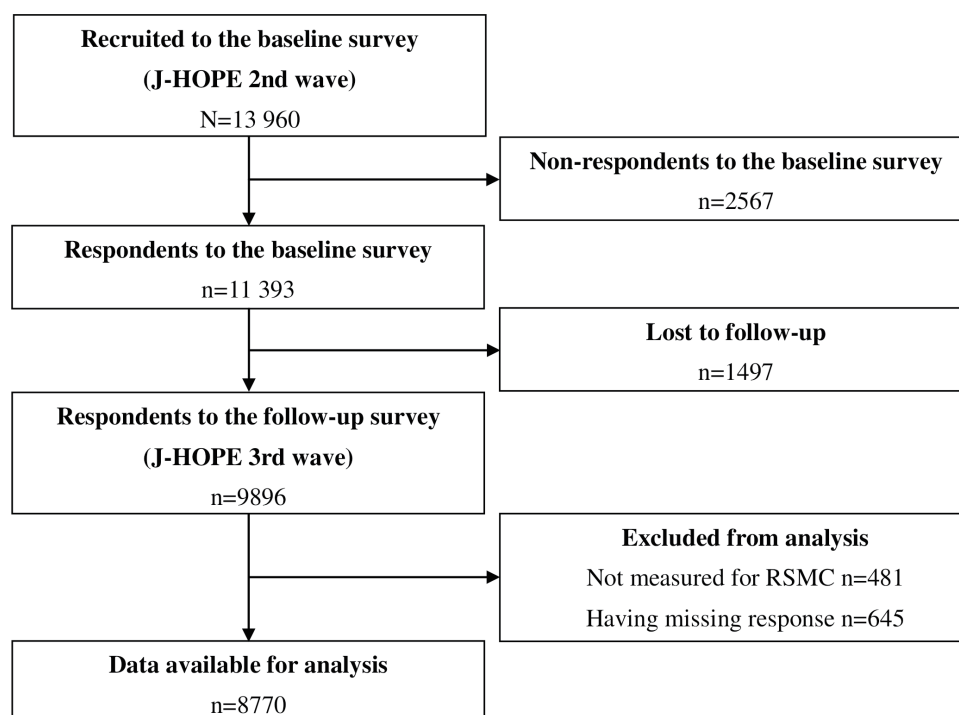


Figure 1 Recruitment and follow-up flow diagram. J-HOPE, Japanese Study of Health, Occupation and Psychosocial Factors Related Equity; RSMC, refraining from seeking medical care.

employees who had at least one missing response for variables relevant to the present study, the data from 8770 employees (6881 men and 1889 women) were analysed (see figure 1). Table 1 shows the type of industry and the number of participants of each firm.

Table 1 Firm code, type of industry and the number of participants in each firm

Firm code (type of industry)	Men (n=6881)	Women (n=1889)
	N (%)	N (%)
1 (Information technology)	588 (8.5)	152 (8.0)
2 (Hospital)*	–	–
3 (Manufacturing)	1937 (28.1)	242 (12.8)
4 (Information)	446 (6.5)	222 (11.8)
5 (Pharmaceutical)	146 (2.1)	149 (7.9)
6 (Service)	13 (0.2)	23 (1.2)
7 (Veterinary)	1 (0.0)	2 (0.1)
8 (Medical)	13 (0.2)	18 (1.0)
9 (Service)	372 (5.4)	182 (9.6)
10 (Manufacturing)	2112 (30.7)	770 (40.8)
11 (Transportation)	1032 (15.0)	44 (2.3)
12 (Real estate)	168 (2.4)	58 (3.1)
13 (Real estate)	53 (0.8)	27 (1.4)

*Excluded from the analyses due to the lack of information on RSMC at follow-up.
RSMC, refraining from seeking medical care.

Measures

Exposure: WSC (baseline)

Bonding WSC was measured using a six-item scale developed by Eguchi *et al.*⁴⁸ This scale focuses on the structural and cognitive dimensions of the bonding WSC. The first three items (items #1–#3) that focus on the structural dimension by measuring the network aspect were adapted from the eight-item WSC scale developed by Kouvonen *et al.*²⁸ The remaining three items (items #4–#6) that focus on the cognitive dimension by measuring the reciprocity, trust and laughter/smiles aspects were based on Japanese studies that used the social cohesion approach to conceptualise social capital.^{30 32 42 51–53} These items are shown in the online supplementary appendix. All items were measured on a four-point Likert-type scale (1 *Not at all*, 2 *Not exactly*, 3 *Somewhat so* and 4 *Definitely*). Total scores for overall WSC (items #1–#6), the structural dimension (items #1–#3) and the cognitive dimension (items #4–#6) were calculated by summing their item scores (range 6–24 for overall WSC and 3–12 for structural and cognitive dimensions). In this sample, Cronbach's alpha coefficients were 0.90, 0.83 and 0.82 for overall WSC, the structural dimension and the cognitive dimension, respectively, indicating that the WSC scale had a higher level of internal consistency reliability and a lower risk of measurement error.⁵⁴ Participants were classified into tertiles (ie, high, moderate and low) based on the scores for overall WSC and its structural dimensions.

Outcome: RSMC (1-year follow-up)

The follow-up questionnaire included a single-item question measuring RSMC, which had been used in the Japanese General Social Survey conducted in 2008.¹³ The participants were asked to respond to the question 'In the past year, have you ever refrained from visiting a hospital, clinic, acupuncturist or dentist despite your sickness (including a slight cold or cavity) or injury?' The response options were '1 Yes, I have,' '2 No, I have not' and '3 I did not get sick or injured.' Participants were dichotomised into those who RSMC (ie, those who answered 1) and those who did not (ie, those who answered 2 or 3).

Potential confounders (baseline)

Among the potential individual determinants of RSMC introduced earlier,^{7–15} age, educational attainment and household income were reported to be associated with the level of social capital⁵⁵; therefore, these three factors were treated as potential confounders.

Age was classified into five groups: 29 years or younger, 30–39 years, 40–49 years, 50–59 years and 60 years or older. Educational attainment was classified into four groups: graduate school, college, junior college and high school or junior high school. As an indicator of household income, we calculated equivalent annual household income. The participants were asked to report their annual household income by selecting one of the following six response options: 2.99 million JPY (28 750 EUR) or less, 3–4.99 million JPY (28 850–48 000 EUR), 5–7.99 million JPY (48 100–76 800 EUR), 8–9.99 million JPY (76 900–96 050 EUR), 10–14.99 million JPY (96 150–144 100 EUR) and 15 million JPY (144 200 EUR) or more (EUR was converted from JPY using the average monthly exchange rate from April 2011 to March 2013 (104 JPY per EUR)). Subsequently, equivalent annual household income was computed by dividing the median household income of each response option by the square root of the household size.

Statistical analysis

First, we conducted Student's t-test or Fisher's exact test to compare those who did and did not refrain from seeking medical care in potential confounders as well as in the total score for the WSC scale. Afterwards, using the high overall WSC group (ie, the highest tertile group) as a reference, we estimated the relative risks (RRs) and their 95% confidence intervals (CIs) of RSMC for the moderate and low overall WSC groups (ie, the middle and lowest tertile groups). When the outcome variable is dichotomous, logistic regression is typically used. The odds ratio (OR) calculated by the logistic regression is an approximation of RR when the outcome is relatively rare (ie, <10%). However, it has been pointed out that the OR overestimates RR when the outcome is common.⁵⁶ As shown later, the percentage of the RSMC cases was over 40% in the present sample (see tables 2 and 3). Therefore, we did not conduct logistic regression but Cox regression with robust variance, which has been recommended as a

suitable method for estimating RR.⁵⁷ In the Cox regression, the time variable was treated as a constant since all of the participants analysed in the present study had a 1-year follow-up period and there were no censored cases. In the analysis, we first calculated the crude RR (ie, without any adjustment, model 1). Subsequently, we adjusted for potential confounders (ie, age, educational attainment and equivalent annual household income, model 2). A similar analysis was conducted for the structural and cognitive dimensions of WSC. Furthermore, to examine whether the results of Cox regression using the tertile classification for WSC were robust, trend analysis was conducted using the continuous score of WSC. In the trend analysis, the total score of WSC was reversed (ie, higher score indicated lower WSC) and divided by the number of items (ie, converted so that the scoring range was 1–4), which allowed us to interpret RRs easily and make RRs for overall WSC and its construct dimensions comparable. In addition, we examined the association of every single item of the WSC scale with RSMC. In the analysis, each item score was also reversed for the same reasons mentioned above. The level of significance was 0.05 (two-tailed). The statistical analyses were conducted using Stata/MP V.14.0 for Windows (Stata Corp, College Station, Texas, USA).

Patient and public involvement

Patients or the public were not involved in the design, conduct, reporting or dissemination plans of the present study.

RESULTS

Table 2 details the characteristics of the participants according to those who did and did not refrain from seeking medical care, together with sex. For men, those who refrained from seeking medical care, compared with those who did not, were younger ($p<0.001$) and highly educated ($p=0.012$), had lower equivalent annual household income ($p<0.001$) and perceived lower levels of WSC (overall WSC: $p<0.001$; structural dimension: $p<0.001$; and cognitive dimension: $p=0.001$). For women, those who refrained from seeking medical care, compared with those who did not, were younger ($p<0.001$) and highly educated ($p=0.003$) and perceived lower levels of WSC (overall WSC: $p=0.001$; structural dimension: $p<0.001$; and cognitive dimension: $p=0.006$), while there was no significant difference in equivalent annual household income between those who did and did not refrain from seeking medical care ($p=0.980$).

Table 3 shows the results of the Cox regression with robust variance on overall WSC as well as on its construct dimensions. In the crude model (model 1), the low overall WSC group had a significantly higher RR of RSMC compared with the high overall WSC group for both sexes (RR 1.09, 95% CI 1.01 to 1.17 and RR 1.16, 95% CI 1.02 to 1.33 for men and women, respectively). Conversely, the moderate overall WSC group did not have a significantly

Table 2 Detailed characteristics of employees who participated in the present study

	Men (n=6881)				Women (n=1889)			
	RSMC (n=2924)		Did not refrain from seeking medical care (n=3957)		RSMC (n=870)		Did not refrain from seeking medical care (n=1019)	
	Mean (SD)	N (%)	Mean (SD)	N (%)	Mean (SD)	N (%)	Mean (SD)	N (%)
Age	40.5 (10.3)		42.2 (10.6)		38.1 (9.74)		40.8 (10.3)	
29 years or younger		537 (18.4)		610 (15.4)		222 (25.5)		187 (18.4)
30–39 years		787 (26.9)		938 (23.7)		257 (29.5)		249 (24.4)
40–49 years		996 (34.1)		1294 (32.7)		272 (31.3)		371 (36.4)
50–59 years		537 (18.4)		975 (24.6)		111 (12.8)		188 (18.4)
60 years or older		67 (2.3)		140 (3.5)		8 (0.9)		24 (2.4)
Educational attainment								
Graduate school		359 (12.3)		460 (11.6)		39 (4.5)		31 (3.0)
College		979 (33.5)		1332 (33.7)		234 (26.9)		214 (21.0)
Junior college		377 (12.9)		421 (10.6)		220 (25.3)		266 (26.1)
High school or junior high school		1209 (41.3)		1744 (44.1)		377 (43.3)		508 (49.9)
Equivalent annual household income*	41 153 (18 297)		42 985 (19 161)		35 928 (21 180)		35 904 (21 565)	
WSC								
Overall WSC (items #1–#6) (range 6–24)	17.0 (3.32)		17.4 (3.31)		16.6 (3.55)		17.1 (3.45)	
Structural dimension (items #1–#3) (range 3–12)	8.50 (1.73)		8.68 (1.71)		8.20 (1.84)		8.51 (1.75)	
Cognitive dimension (items #4–#6) (range 3–12)	8.52 (1.77)		8.67 (1.76)		8.36 (1.88)		8.60 (1.86)	

*Currency unit is EUR, which was converted from JPY using the average monthly exchange rate from April 2011 to March 2013 (104 JPY per EUR). RSMC, refrained from seeking medical care; WSC, workplace social capital.

Table 3 Association of WSC with RSMC during the 1-year follow-up period among Japanese employees: COX regression with robust variance using the time variable as a constant

	Men (n=6881)			Women (n=1889)		
	Number of		RR (95% CI)	Number of		RR (95% CI)
	N	cases (%)		N	cases (%)	
Overall WSC (items #1–#6)						
High (19–24)	1701	706 (41.5)	1.00	439	188 (42.8)	1.00
Moderate (17–18)	2873	1174 (40.9)	0.98 (0.92 to 1.06)	731	324 (44.3)	1.03 (0.90 to 1.18)
Low (6–16)	2307	1044 (45.3)	1.09 (1.01 to 1.17)	719	358 (49.8)	1.16 (1.02 to 1.33)
Continuous (for one point score)†			1.11 (1.06 to 1.16)			1.15 (1.06 to 1.25)
Structural dimension (items 1#–#3)						
High (10–12)	1368	554 (40.5)	1.00	305	126 (41.3)	1.00
Moderate (9)	2891	1168 (40.4)	1.00 (0.92 to 1.08)	768	331 (43.1)	1.04 (0.89 to 1.22)
Low (3–8)	2622	1202 (45.8)	1.13 (1.05 to 1.22)	816	413 (50.6)	1.23 (1.05 to 1.42)
Continuous (for one point score)†			1.11 (1.06 to 1.17)			1.16 (1.08 to 1.26)
Cognitive dimension (items 4#–#6)						
High (10–12)	1499	614 (41.0)	1.00	410	177 (43.2)	1.00
Moderate (9)	2707	1091 (40.3)	0.98 (0.91 to 1.06)	694	302 (43.5)	1.01 (0.88 to 1.16)
Low (3–8)	2675	1219 (45.6)	1.11 (1.03 to 1.20)	785	391 (49.8)	1.15 (1.01 to 1.32)
Continuous (for one point score)†			1.08 (1.03 to 1.13)			1.11 (1.03 to 1.20)

*Crude (ie, without any adjustment).

†Adjusted for age, educational attainment and equivalent annual household income.

‡To interpret RRs easily and make RRs for overall WSC and its construct dimensions comparable, the total score was reversed (ie, higher score indicated lower WSC) and divided by the number of items (ie, converted so that the scoring range was 1–4).

CI, confidence interval; RR, relative risk; RSMC, refraining from seeking medical care; WSC, workplace social capital.

higher RR of RSMC (RR 0.98, 95% CI 0.92 to 1.06 and RR 1.03, 95% CI 0.90 to 1.18 for men and women, respectively). These patterns remained unchanged after adjusting for potential confounders (model 2). When we separated overall WSC into structural and cognitive dimensions, similar tendencies were observed for both dimensions. Trend analysis using a continuous score of the WSC scale also showed a significant association of low WSC with a higher risk of RSMC, irrespective of sex, statistical model or construct dimensions of WSC.

When we examined the association of every single item of the WSC scale with RSMC, significant RRs for all items were observed, except for the item #6 (laughter/smiles) in the crude model among women (details are available in online supplementary table).

DISCUSSION

We examined the 1-year prospective association of WSC (mainly bonding WSC) with RSMC among Japanese employees. For both sexes, low overall WSC was significantly associated with a higher risk of RSMC, independently of age and socioeconomic characteristics (ie, educational attainment and equivalent annual household income). Similar tendencies were observed when we separated overall WSC into structural and cognitive dimensions.

For both structural and cognitive dimensions, the lack of WSC was significantly associated with a higher risk of RSMC, which supported our hypothesis. Our finding is consistent with the results of a previous systematic review of access to medical care among community residents, which reported that bonding social capital is related to better access to medical care.²⁰ The present study expanded this evidence into occupational settings. Given the findings from occupational settings suggesting the association of low job control and low organisational justice with RSMC,^{46 47} our finding is reasonable because WSC is theoretically considered to be a summary outcome of job resources (ie, favourable psychosocial work environment) including job control and organisational justice.⁴⁴ It is common for Japanese employees to take time off (ie, paid holiday) to seek medical care during working days because Japanese law does not necessarily require each company to establish paid sick leave. Although employees have a legitimate right to take time off, and employers should not treat employees who would like to take time off unfairly, Japanese corporate culture recognises working without taking time off as diligent. The social notion that 'working hard is a virtue' is still firmly rooted in the Japanese psyche and taking time off in itself is viewed negatively.⁵⁸ Therefore, in the Japanese workplace with low social capital characterised by lack of network, reciprocity and trust, employees who take leave of absence to seek medical care are more likely to be perceived negatively (eg, enjoying benefits or causing trouble for others) by coworkers as well as by supervisors. In other cases, workplaces may have an uncooperative attitude towards

rearranging the work schedule of those seeking medical care. Such a situation may prevent employees from seeking necessary medical care. On the other hand, it is unclear whether our findings would emerge in countries other than Japan. For example, in Western countries that are more individualistic compared with Asian countries, including Japan,⁵⁹ and have a legally established paid sick leave system, employees may seek medical care when getting sick irrespective of social capital of their workplace; therefore, a clear association of WSC with RSMC may not be observed. Future research is needed to replicate our findings in workplaces cross-culturally.

In the present study, the association of low WSC with RSMC remained unchanged after adjusting for potential confounders, including socioeconomic characteristics (model 2). This finding may be explained by the fact that our study sample comprised a higher proportion of employees at large-scale enterprises who were covered by corporate health insurance and received excellent benefits from their companies. Such homogeneity of our study sample may have decreased the confounding effects of demographic and socioeconomic characteristics on the association of low WSC with RSMC; therefore, our findings should be replicated in more vulnerable employees, such as employees at small-scale and medium-scale enterprises or non-permanent employees, in the future.

Possible limitations of the present study should be considered. First, as discussed above, our study sample comprised Japanese employees from primarily large-scale enterprises, which tend to provide excellent benefits (eg, generous healthcare) to employees; therefore, the present findings should be generalised cautiously. Second, RSMC was measured by simply asking the participants to recall their experience over the past year. Those who evaluated WSC as low may have been more likely to recall their own experience of RSMC during the follow-up period; therefore, our findings may be overestimated due to recall bias. Third, some employees dropped out during the follow-up period due to sick leave. They may have perceived lower levels of WSC at baseline and refrained from seeking medical care until their disease became severe, which may have underestimated the true association. Fourth, the present study did not obtain information on RSMC at baseline or regular hospital visit due to chronic disease, which may have masked the true association. Furthermore, personality traits may also have influenced our findings. Recent studies have reported that neuroticism is associated with an increased number of physician visits⁶⁰ as well as with higher levels of work-related stress⁶¹; therefore, without adjusting for neuroticism, our findings may have inflated the apparent association. Fifth, the influence of psychosocial work environment (ie, job demands or job resources) on the association of WSC with RSMC was not considered in the present study. As introduced earlier, WSC is considered a summary outcome of job resources aimed at improving health outcomes among employees⁴⁴; therefore, various kinds of unobserved job resources may explain the association demonstrated

in the present study. Future work should focus on the mediation effect of WSC on the association of psychosocial work environment with RSMC. Furthermore, some previous studies have examined the moderating effect of WSC on the association of adverse psychosocial work environment with health outcomes (eg, psychological distress and smoking)^{36 37 41}; therefore, research on the moderation effect of WSC on the association of psychosocial work environment with RSMC (or interaction effect of WSC and psychosocial work environment on RSMC) is also promising.

CONCLUSIONS

The present study offers evidence that WSC is an essential factor associated with individuals' decision to seek medical care for their perceived health issues independently of age and socioeconomic characteristics among Japanese employees. Our findings suggest that fostering a culture of network, reciprocity and trust in a workplace effectively promotes the medical care-seeking behaviour of Japanese employees. Future workplace intervention studies should investigate the effect of improving WSC on the promotion of employees' medical care seeking.

Author affiliations

¹Department of Public Health, Kitasato University School of Medicine, Sagamihara, Kanagawa, Japan

²Department of Mental Health, Institute of Industrial Ecological Sciences, University of Occupational and Environmental Health, Kitakyushu, Fukuoka, Japan

³Faculty of Policy Management, Keio University, Fujisawa, Kanagawa, Japan

⁴Asia Pacific Centre for Work Health and Safety, University of South Australia, Adelaide, South Australia, Australia

⁵Research Institute of Occupational Mental Health (RIOMH), Shibuya-ku, Tokyo, Japan

⁶Innovative Research Center for Preventive Medical Engineering, Nagoya University, Nagoya, Aichi, Japan

⁷Research Center for Overwork-Related Disorders, National Institute of Occupational Safety and Health Japan, Kawasaki, Kanagawa, Japan

⁸Faculty of Education, St. Andrew's University of Education, Sakai, Osaka, Japan

⁹Health Care Center, Central Japan Railway Company, Nagoya, Aichi, Japan

¹⁰Kosugi Health Management Office, Toyama, Japan

¹¹Uchisaiwaicho Medical Center, Mizuho Health Insurance Society, Chiyoda-ku, Tokyo, Japan

¹²Department of Mental Health, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo, Bunkyo-ku, Tokyo, Japan

Acknowledgements The authors thank Dr Hiroyuki Toyama (University of Helsinki) for their help in the preparation of the manuscript.

Contributors AI wrote the initial draft of the manuscript. AT, HE and YKa contributed to the analyses and interpretation of the data, and they assisted in the preparation of the manuscript. AI, AT, HE, AS, KM, MT, SK, KE, YKo, TT and NK contributed to the data collection. All authors critically reviewed the manuscript, approved the final version of the manuscript and agreed to be accountable for all aspects of the work, ensuring that the questions related to the accuracy or integrity of any part of the work were appropriately investigated and resolved.

Funding The present study was supported by Ministry of Education, Culture, Sports, Science and Technology (MEXT KAKENHI: Grant Number JP21119002), Japan Society for the Promotion of Science (JSPS KAKENHI: Grant Numbers JP26253042 and JP17K09172) and Ministry of Health, Labour and Welfare (Industrial Disease Clinical Research Grants: Grant Numbers 170401-02, 180701-01 and 200201-01).

Competing interests None declared.

Patient consent for publication Not required.

Ethics approval Research Ethics Committee, Graduate School of Medicine and Faculty of Medicine, The University of Tokyo (No. 2772-(4)), Kitasato University Medical Ethics Organisation (No. B12-103) and Ethics Committee of Medical Research, University of Occupational and Environmental Health, Japan (No. 10-004) reviewed and approved the aims and procedures of the present study.

Provenance and peer review Not commissioned; externally peer reviewed.

Data availability statement Data are available upon reasonable request. Because the data are still in the process of transferring to a data archiving organisation, the ad hoc committee chaired by AT is taking care of this role. The data were retrieved from the occupational cohort study on social class and health conducted in Japan (Japanese Study of Health, Occupation and Psychosocial Factors Related Equity: J-HOPE), and its authors may be contacted at akizumi@kitasato-u.ac.jp.

Open access This is an open access article distributed in accordance with the Creative Commons Attribution Non Commercial (CC BY-NC 4.0) license, which permits others to distribute, remix, adapt, build upon this work non-commercially, and license their derivative works on different terms, provided the original work is properly cited, appropriate credit is given, any changes made indicated, and the use is non-commercial. See: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>.

ORCID iD

Akiomi Inoue <http://orcid.org/0000-0002-4079-0719>

REFERENCES

- Mizuuchi M. Social capital and refraining from medical care among elderly people in Japan. *BMC Health Serv Res* 2016;16:331.
- Taber JM, Leyva B, Persoskie A. Why do people avoid medical care? A qualitative study using national data. *J Gen Intern Med* 2015;30:290–7.
- Weissman JS, Stern R, Fielding SL, et al. Delayed access to health care: risk factors, reasons, and consequences. *Ann Intern Med* 1991;114:325–31.
- Prentice JC, Pizer SD. Delayed access to health care and mortality. *Health Serv Res* 2007;42:644–62.
- Rutherford ME, Dockerty JD, Jasseh M, et al. Access to health care and mortality of children under 5 years of age in the Gambia: a case-control study. *Bull World Health Organ* 2009;87:216–25.
- Chen J, Rizzo JA, Rodriguez HP. The health effects of cost-related treatment delays. *Am J Med Qual* 2011;26:261–71.
- Wong A, Wouterse B, Slobbe LCJ, et al. Medical innovation and age-specific trends in health care utilization: findings and implications. *Soc Sci Med* 2012;74:263–72.
- de Looper M, Lafortune G. *Measuring disparities in health status and in access and use of health care in OECD countries*. OECD Health Working Papers, No. 43. Paris: OECD Publishing, 2009.
- Sommers BD, Gawande AA, Baicker K. Health Insurance Coverage and Health - What the Recent Evidence Tells Us. *N Engl J Med* 2017;377:586–93.
- Gornick ME, Eggers PW, Reilly TW, et al. Effects of race and income on mortality and use of services among Medicare beneficiaries. *N Engl J Med* 1996;335:791–9.
- Braveman PA, Egerter SA, Cubbin C, et al. An approach to studying social disparities in health and health care. *Am J Public Health* 2004;94:2139–48.
- Westin M, Åhs A, Bränd Persson K, et al. A large proportion of Swedish citizens refrain from seeking medical care--lack of confidence in the medical services a plausible explanation? *Health Policy* 2004;68:333–44.
- Wamala S, Merlo J, Boström G, et al. Perceived discrimination, socioeconomic disadvantage and refraining from seeking medical treatment in Sweden. *J Epidemiol Community Health* 2007;61:409–15.
- Hanibuchi T. Inequalities in health and health care access: analysis of access to medical care using JGSS-2008. *JGSS Res Ser* 2010;7:99–110.
- Molarius A, Simonsson B, Lindén-Boström M, et al. Social inequalities in self-reported refraining from health care due to financial reasons in Sweden: health care on equal terms? *BMC Health Serv Res* 2014;14:605.
- Bhandari H, Yasunobu K. What is social capital? A comprehensive review of the concept. *Asian J Soc Sci* 2009;37:480–510.
- Harpham T, Grant E, Thomas E. Measuring social capital within health surveys: key issues. *Health Policy Plan* 2002;17:106–11.

- 18 Harpham T. The measurement of community social capital through surveys. In: Kawachi I, Subramanian SV, Kim D, eds. *Social capital and health*. New York: Springer, 2008: 51–62.
- 19 Szreter S, Woolcock M. Health by association? social capital, social theory, and the political economy of public health. *Int J Epidemiol* 2004;33:650–67.
- 20 Deroose KP, Varda DM. Social capital and health care access: a systematic review. *Med Care Res Rev* 2009;66:272–306.
- 21 Murayama H, Fujiwara Y, Kawachi I. Social capital and health: a review of prospective multilevel studies. *J Epidemiol* 2012;22:179–87.
- 22 Villalonga-Olives E, Kawachi I. The dark side of social capital: a systematic review of the negative health effects of social capital. *Soc Sci Med* 2017;194:105–27.
- 23 Kawachi I, Berkman LF, cohesion S. social capital, and health. In: Berkman LF, Kawachi I, eds. *Social epidemiology*. New York: Oxford University Press, 2000: 174–90.
- 24 Kawachi I. Social capital and community effects on population and individual health. *Ann N Y Acad Sci* 1999;896:120–30.
- 25 Burgard SA, Ailshire JA. Putting work to bed: stressful experiences on the job and sleep quality. *J Health Soc Behav* 2009;50:476–92.
- 26 Oksanen T, Kouvonen A, Kivimäki M, et al. Social capital at work as a predictor of employee health: multilevel evidence from work units in Finland. *Soc Sci Med* 2008;66:637–49.
- 27 Liukkonen V, Virtanen P, Kivimäki M, et al. Social capital in working life and the health of employees. *Soc Sci Med* 2004;59:2447–58.
- 28 Kouvonen A, Kivimäki M, Vahtera J, et al. Psychometric evaluation of a short measure of social capital at work. *BMC Public Health* 2006;6:251.
- 29 Suzuki E, Takao S, Subramanian SV, et al. Work-based social networks and health status among Japanese employees. *J Epidemiol Community Health* 2009;63:692–6.
- 30 Suzuki E, Takao S, Subramanian SV, et al. Does low workplace social capital have detrimental effect on workers' health? *Soc Sci Med* 2010;70:1367–72.
- 31 Oksanen T, Kawachi I, Jokela M, et al. Workplace social capital and risk of chronic and severe hypertension: a cohort study. *J Hypertens* 2012;30:1129–36.
- 32 Fujino Y, Kubo T, Kunimoto M, et al. A cross-sectional study of workplace social capital and blood pressure: a multilevel analysis at Japanese manufacturing companies. *BMJ Open* 2013;3:e002215.
- 33 Kouvonen A, Oksanen T, Vahtera J, et al. Low workplace social capital as a predictor of depression: the Finnish public sector study. *Am J Epidemiol* 2008;167:1143–51.
- 34 Oksanen T, Kouvonen A, Vahtera J, et al. Prospective study of workplace social capital and depression: are vertical and horizontal components equally important? *J Epidemiol Community Health* 2010;64:684–9.
- 35 Jung J, Ernstmann N, Nitzsche A, et al. Exploring the association between social capital and depressive symptoms: results of a survey in German information and communication technology companies. *J Occup Environ Med* 2012;54:23–30.
- 36 Oshio T, Inoue A, Tsutsumi A. The mediating and Moderating effects of workplace social capital on the associations between adverse work characteristics and psychological distress among Japanese workers. *Ind Health* 2014;52:313–23.
- 37 Inoue A, Kawakami N, Eguchi H, et al. Buffering effect of workplace social capital on the association of job insecurity with psychological distress in Japanese employees: a cross-sectional study. *J Occup Health* 2016;58:460–9.
- 38 Sakuraya A, Imamura K, Inoue A, et al. Workplace social capital and the onset of major depressive episode among workers in Japan: a 3-year prospective cohort study. *J Epidemiol Community Health* 2017;71:606–12.
- 39 Kouvonen A, Oksanen T, Vahtera J, et al. Work-place social capital and smoking cessation: the Finnish public sector study. *Addiction* 2008;103:1857–65.
- 40 Väänänen A, Kouvonen A, Kivimäki M, et al. Workplace social capital and co-occurrence of lifestyle risk factors: the Finnish public sector study. *Occup Environ Med* 2009;66:432–7.
- 41 Sapp AL, Kawachi I, Sorensen G, et al. Does workplace social capital buffer the effects of job stress? A cross-sectional, multilevel analysis of cigarette smoking among U.S. manufacturing workers. *J Occup Environ Med* 2010;52:740–50.
- 42 Suzuki E, Fujiwara T, Takao S, et al. Multi-Level, cross-sectional study of workplace social capital and smoking among Japanese employees. *BMC Public Health* 2010;10:489.
- 43 Oksanen T, Kivimäki M, Kawachi I, et al. Workplace social capital and all-cause mortality: a prospective cohort study of 28,043 public-sector employees in Finland. *Am J Public Health* 2011;101:1742–8.
- 44 Inoue A, Kawakami N, Shimomitsu T, et al. Development of the New Brief Job Stress Questionnaire. In: Shimazu A, Bin Nordin R, Dollard M, et al, eds. *Psychosocial factors at work in the Asia Pacific: from theory to practice*. Cham: Springer International Publishing AG, 2016: 225–47.
- 45 Bilgel F, Karahasan BC. Self-Rated health and endogenous selection into primary care. *Soc Sci Med* 2018;197:168–82.
- 46 Tsuda K, Tsutsumi A, Kawakami N. Work-Related factors associated with visiting a doctor for a medical diagnosis after a worksite screening for diabetes mellitus in Japanese male employees. *J Occup Health* 2004;46:374–81.
- 47 Inoue A, Tsutsumi A, Eguchi H, et al. Organizational justice and refraining from seeking medical care among Japanese employees: a 1-year prospective cohort study. *Int J Behav Med* 2019;26:76–84.
- 48 Eguchi H, Tsutsumi A, Inoue A, et al. Psychometric assessment of a scale to measure bonding workplace social capital. *PLoS One* 2017;12:e0179461.
- 49 Szarota P. Smiling and happiness in cultural perspective. *Austral-Asian J Cancer* 2011;10:277–82.
- 50 Bertakis KD, Azari R, Helms LJ, et al. Gender differences in the utilization of health care services. *J Fam Pract* 2000;49:147–52.
- 51 Fujisawa Y, Hamano T, Takegawa S. Social capital and perceived health in Japan: an ecological and multilevel analysis. *Soc Sci Med* 2009;69:500–5.
- 52 Ichida Y, Kondo K, Hirai H, et al. Social capital, income inequality and self-rated health in Chita Peninsula, Japan: a multilevel analysis of older people in 25 communities. *Soc Sci Med* 2009;69:489–99.
- 53 Suzuki E, Yamamoto E, Takao S, et al. Clarifying the use of aggregated exposures in multilevel models: self-included vs. self-excluded measures. *PLoS One* 2012;7:e51717.
- 54 Tavakol M, Dennick R. Making sense of Cronbach's alpha. *Int J Med Educ* 2011;2:53–5.
- 55 Brook K. Labour market participation: the influence of social capital. *Labour Market Trends* 2005;3:113–23.
- 56 Diaz-Quirano FA. A simple method for estimating relative risk using logistic regression. *BMC Med Res Methodol* 2012;12:14.
- 57 Barros AJD, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol* 2003;3:21.
- 58 Ono H. Why do the Japanese work long hours? sociological perspectives on long working hours in Japan. *Jpn Labor Issues* 2018;2:35–49.
- 59 Oyserman D, Coon HM, Kimmelmeier M. Rethinking individualism and collectivism: evaluation of theoretical assumptions and meta-analyses. *Psychol Bull* 2002;128:3–72.
- 60 Hajek A, Bock J-O, König H-H. The role of personality in health care use: results of a population-based longitudinal study in Germany. *PLoS One* 2017;12:e0181716.
- 61 Pocnet C, Antonietti J-P, Massoudi K, et al. Influence of individual characteristics on work engagement and job stress in a sample of national and foreign workers in Switzerland. *Swiss Journal of Psychology* 2015;74:17–27.