

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4年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 江口 尚

令和5（2023）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. 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                                     |     |
| 渡辺 哲 .....                                                           | 29  |
| 2. 中小企業における両立支援の促進と協働的風土の構築を目指したフォーカスグループインタビューに基づく要因分析と経営者向け広報資材の開発 |     |
| 山内貴史, 島崎崇史, 須賀万智 .....                                               | 34  |
| 3. 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                              |     |
| 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 .....                            | 42  |
| 4. 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 .....                                                           | 54  |
| 5. 肝疾患に関する専門的助言と大学病院との連携<br>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 .....                                                           | 58  |
| 6. 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 .....                                                           | 62  |
| 7. 治療と就労の両立を支援する組織文化の実証研究                                            |     |
| 北居 明 .....                                                           | 77  |
| 8. 仕事と治療の両立に関する支援要請を促すインクルーシブ・リーダーシップに関する文献レビュー                      |     |
| 森永雄太 .....                                                           | 86  |
| 9. 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：<br>実装に向けた効果的な活用方法の検討           |     |
| 井上彰臣 .....                                                           | 97  |
| 10. 心血管・がん・難病等の両立支援にむけた職域（中小企業）<br>ー地域連携モデル構築と実践                     |     |
| 武藤 剛 .....                                                           | 116 |





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4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年計画の最終年度となる本年度は、引き続き、産業医経験のある医師10名からのなるチームを組織して、がん患者を対象にした企業内にける合意形成プロセスに資する支援システムをウェブ上に構築し、各分担研究者からの成果物や動画の掲載等、コンテンツについて改善を行った（URL：<https://www.chiryousapo.com/> ユーザー名：chiryousapo パスワード：sapo2022）。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状況を研究班としてフォローしシステム上への反映につなげた。両立支援啓発のためのリーフレットを作成し、オンライン質問票調査を実施し、中小企業経営者を対象とした協働的風土醸成の経営上のメリットの理解を促す広報資材を普及させることで、労働者からの両立支援の申出のハードルを下げることに寄与し得る示唆を得た。聖マリアンナ医科大学において、横浜市西部病院に両立支援外来を新設し症例の蓄積を進めた。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、これからの課題の解決を進めた。東海大学では、職域を対象として肝炎医療コーディネーターの養成研修を実施した。北里大学病院では、がんや難病等これまでの両立支援の医療機関側での取組に加え、心血管疾患（ACHDを含む）に焦点をあて、循環器内科医師、入院・外来循環器担当看護師、就労支援医師、ソーシャルワーカーによる心疾患両立支援チームの運用をより効率的に行った。治療と仕事を両立させようとする従業員の活躍を支援するタイプのリーダーシップとしてインクルーシブ・リーダーシップを取り上げ、文献レビューを行い、その成果に基づくコラムをシステム上に反映した。インターネット調査を実施し、治療と就労の両立支援を促進する文化と阻害する文化の2因子を抽出した。その結果については、成果物としてシステム上に反映した。合意形成プロセスの評価指標については、システム内でよりアクセスしやすいように改善した。今年度の研究成果をもって、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、チェックリスト、マニュアル、評価指標の作成を完了した。

・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）  
 伊藤直人（株式会社小松製作所・専属産業医）  
 梅田絵理子（株式会社東芝・専属産業医）  
 大崎陽平（ヘルスデザイン株式会社・代表取締役）  
 垣本啓介（日本アイ・ビー・エム株式会社・専属産業医）  
 加未佐和子（国立がん研究センター中央病院・医師）  
 木村登哉（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・専門修練医）  
 平岡晃（Yourdoctor・医師）  
 古屋佑子（東海大学 医学部 基盤診療学系衛生学公衆衛生学・助教）  
 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）  
 宮本竜也（北里大学病院トータルサポートセンター）  
 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/理化学研究所）  
 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/国士舘大学）  
 川又華代（東京大学医学部附属病院/中央労働災害防止協会）  
 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）。

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 年計画の最終年度となる本年度は、引き続き、産業医経験のある医師 10 名からのなるチームを組織して、がん患者を対象にした企業内にける合意形成プロセスに資する支援システムをウェブ上に構築し、各分担研究者からの成果物や動画の掲載等、コンテンツについて改善を行った。

## B. 研究方法

### 1) 好事例収集と分析

#### 1-1. 神奈川産業保健総合支援センターでの取り組み

神奈川産業保健総合支援センターは、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を掲げている。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. 両立支援を実際の医療機関で広めるため、神奈川県がん診療連携拠点病院との連携を図るため、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の締結を図った。
2. 神奈川両立支援モデル（4 大学）の推進
3. 両立支援コーディネーターのための事例検討会・交流会の開催
4. 事業主、衛生管理者向けの両立支援に関するセミナーの開催
5. 就業規則規定例集の改訂
6. 事業所等への個別訪問支援
7. 相談事例の検討

#### 1-2. 聖マリアンナ医科大学での取り組み

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 1.8%）（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。

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」を本院に新設した。具体的には、両立支援外来を毎週水曜日（午後 2 時から）に本院から開設し、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（2022 年 12 月末時点 4 名）、両立支援コーディネーター認定者 7 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。

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 4）。

興味深いことに、両立支援専門外来開設後、当院における両立支援（就労）に関する相談件数は 2020 年度 84 件、2021 年度 182 件、2022 年 4 月～2022 年 9 月末までの半年ではあるが、すでに 80 件（図 1）と、2019 年度までと比較して両立支援相談件数は著明に増加し、当院における療養・就労両立支援指導料算定件数も、2020 年度 7 件（算定割合 8.3%）、2021 年度 6 件（算定割合 3.3%）、2021 年度も 2021 年 9 月末時点ですでに 8 件（算定割合 10.0%）と顕著な増加を認め（図 2）、算定対象の内訳は、①パーキンソン病（若年性含む）②重症筋無力症③キャススルマン病④多発性硬化症⑤シャルコー・マリー・トゥース病⑥ミトコンドリア病などの様々な指定難病や、⑦脳梗塞・⑧脳出血などの脳卒中、⑨悪性リンパ腫⑩大腸がん⑪胃がん⑫腎がん⑬糖尿病性神経障害などの代表的ながんと幅広い疾患領域から算定している。

これらの結果を受け、さらに、2021 年 5 月からは脳卒中を対象として聖マリアンナ医科大学東横病院で、2022 年 5 月からは脳卒中と全ての指定難病を対象として横浜市西部病院（分院）での両立支援外来を開設した（図 3）。東横分院においては、①脳神経・脳卒中センターに緊急で入院した患者さん全員に MSW がアウトリーチで介入し、社会

保障の説明とともに、就労支援の必要性のスクリーニングを行う。②回復期リハビリテーション病院から東横分院に再度転院された初回外来時に、MSW が面接を行い、就労状況について個別確認し、対象患者を両立支援外来につなげる③両立支援外来担当医師とは「情報共有シート」を用いて連携している等によって MSW からアウトリーチし、就労支援が必要な患者さんに支援がいきわたるように配慮する取組を行っている。また、横浜市西部病院においては、脳卒中や指定難病といった脳神経領域のみならず、全対象疾患における両立支援外来相談を他科の医師からコンサルトを受けている状況にあり、院内全体の両立支援活動を先導している。

### 1-3. 横浜市立大学附属病院での取り組み

横浜市立大学附属病院で新たに両立支援についてのリーフレットを作成した。

2022 年 4 月～2023 年 1 月とリーフレット配布を開始した 2021 年 4 月～12 月までの間に、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について比較し、解析した、解析の項目は下記である。

①性別、②雇用形態、③産業医の有無、④両立支援の相談の紹介元、⑤相談室に訪れた時期（治療との関係）、⑥診断名、⑦就労状況、⑧診断書の有無、について評価した。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。

### 1-4. 東海大学での取り組み

（1）東海大学医学部付属病院肝疾患医療センター主催で肝炎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調査を行った。今年度 140 名の参加者があった。また、調査票に加え厚労省からの最新の両立支援のリーフレットも同封し、調査と合わせて啓発を行った。93 名から回答があった。

（2）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。

（3）療養・就労両立支援指導料算定事例に関わった主治医へのインタビューを実施し

た。

(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状況を調査し、その結果を受けて令和 4 年度聞き取り調査を実施した。

#### 1-5. 北里大学病院での取り組み

北里大学病院に 2018 年に開設されたトータルサポートセンターの就労支援チームで病棟・外来患者で仕事に関する介入を行った事例のうち、若年でこれから就職先を探す場合の特徴を検討した。またインターネットパネルを用いて、社員数 2-300 人の中小企業(n=1,235)の両立支援風土について、開発した 30 項目指標を用いた評価で分析した。データ収集には、東京大学大学院医学系研究科医学部倫理委員会、国際医療福祉大学倫理委員会等の承認を経た。さらにこれらの結果を踏まえ 30 項目指標をより実践的に活用しやすくする指標項目を抽出した。

### 2) 経営者向け広報資材の開発

#### 2-1. フォーカスグループインタビュー①：両立支援の促進に関する検討

中小企業経営者の両立支援に対する態度形成に影響を与える要因の抽出を目的に、Zoom を用いたオンライン上でフォーカスグループインタビューを実施した。対象者は中小企業経営者に対する支援や研究の経験がある専門家 5 名であった。研究協力者 2 名が司会とファシリテーターを務めた。グループインタビューの内容は、中小企業経営者の両立支援に対する態度、関心の低い中小企業経営者の特徴、制度導入が進まない阻害要因、および効果的だと考えられる情報配信の方法・内容についてであった。

フォーカスグループインタビューは、標準的な方法に従い、挨拶、アイスブレイク、鍵となる用語の定義、質問、成員の論点の確認、および総括という流れで進めた。時間は 60 分であった。グループインタビューの内容は対象者の同意を得た上で録音した。得られた音声データから逐語録を作成し、質的研究の手法であるテーマ分析により主題を探索的にまとめた。

#### 2-2. フォーカスグループインタビュー②：協働的風土の構築に関する検討

フォーカスグループインタビュー①と同様の手続きにより協働的風土の構築に影響を与える要因について検討した。グループインタビューの内容は、中小企業において組織風土の改善を意図した取り組みを行うことのメリットあるいは行わないことによるデメリット、組織の不協和につながる中小企業経営者の態度・言動、中小企業経営者が組織風土改善を行うことができない理由、中小企業経営者にとっての自己研鑽の場、および利用可能性の高い情報媒体についてであった。

テーマ分析は、ソーシャルマーケティングの枠組みに基づき、Product(獲得すべきあるいは停止すべき認知・行動)、Price(望ましい行動変容を阻害する要因)、Place(対象者が日頃からよく集まる場所や時間帯)、およびPromotion(効果的に情報提供が可能な経路)についてまとめた。

#### 2-3. 経営者向け広報資材の開発

リーフレットは A4 版カラー表裏 2 面として、表面は両立支援の促進と協働的風土の構築に関わるキャッチフレーズを示し、何だろうと関心を持たせるしかけを作り、裏面は良好な風土づくりに取り組む意義を伝え、チェックリストと情報源を盛り込むことにした。

キャッチフレーズを作成するにあたり、フォーカスグループインタビュー①、②で明らかになった両立支援の促進と協働的風土の構築に関連する要因から、中小企業経営者への訴求点となりうる 6 項目(人間観：共感、人間観：厳しさ、労働者観：思い込み、経営観：信頼、組織風土 product：取り組む姿勢、組織風土 product：風通し)を抽出した。これらに対応するキャッチフレーズを研究者 3 名がそれぞれ持ち寄り、複数回の議論を経てブラッシュアップをおこなった。

完成したキャッチフレーズを専門業者に視覚的にデザインしてもらい、裏面と合わせてリーフレットを完成させた。

リーフレット 6 種類について、中小企業経営者 1,050 人に対するオンライン質問票調査を実施し、以下の項目について回答を求

めた。

- ・リーフレット④（⑤への導入となるキャッチコピーとイラスト）への評価
- ・リーフレット⑤（協働的風土醸成のメリット）への評価：「説得力」「抵抗感」
- ・経営者自身および会社の情報
- ・その他（社員満足度の重視度、事業継続年数、年商、経営状況、基本属性）

### 3) 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

「治療サポ」は中小零細企業などの産業保健体制が脆弱で、産業保健スタッフが不在もしくは関与が少ない事業場でも使用できることを想定している。

方法①：治療サポ（β版）の有用性の検証  
そこで、前年に作成した「治療サポ（β版）」の有用性を検証するため、機縁法により企業の人事労務担当者、中小零細企業の産業保健活動を支援する産業看護職（開業保健師）、社会保険労務士などを選出し、「治療サポ（β版）」ホームページの解説動画（約15分）並びに、「治療サポ（β版）」を用いた両立支援面談のデモ動画（約22分）を閲覧してもらい（トライアル）、終了後に労働者の「治療と仕事の両立」に関与することへの意欲や不安、「治療サポ（β版）」の使用感や記載内容の理解のしやすさ、感想などを自記式のアンケートを用いて評価した。

方法②：治療サポ（β版）の社会実装に向けた課題の抽出と改善

上記で抽出された対象者に対しトライアル終了後に「治療サポ（β版）」の社会実装に向けた課題をヒアリング方式で調査した。内容は、ヒアリング対象者の属性と「治療サポ（β版）」の印象、感想、利用者を想定した改善点とした。調査結果を筆者と主任研究者で分類、整理し、さらに他の研究協力者と改善案を検討の上、修正を行ない最終的に「治療サポ（完成版）」を完成させた。

### 4) 先行研究のレビュー

本研究では、「治療と仕事の両立のための支援の要請」を促すと考えられるインクルーシブ・リーダーシップについて国内外の先行研究をレビューした。

### 5) 治療と就労の両立を支援する組織文化の実証研究

2022年12月にインターネット調査会社を通じ、全国から600サンプルを抽出した。調査対象は、一般企業に勤務する正社員とした（男性300名、女性300名）。

### 6) プロセスの評価指標の開発

開発中のウェブシステムに評価指標（PDFファイル）をアップロードし、ウェブシステムのトップページから評価指標（PDFをダウンロードできるリンク）に辿り着くまでの経路パターンを確認した。その上で、ウェブシステムのレイアウトに関する課題点を抽出し、評価指標に容易に辿り着けるようにするためのレイアウトの改訂案を検討した。

## C. 研究結果

### 1) 好事例収集と分析

#### 1-1. 神奈川産業保健総合支援センターでの取り組み

神奈川県がん・疾病対策課の協力を得て、令和4年4月までに県下32の全てのがん診療連携拠点・指定病院及び神奈川リハビリテーション病院との間で、出張相談窓口にかかる協定締結が完了した。順次訪問形式で当センターの事業説明を行っている。また、両立支援コーディネーターのための事例検討会・交流会を実施した。事業主、衛生管理者向けのセミナーを行った。事業主が両立支援をスムーズに進めるために必要な就業規則規定例集の改訂を行った。当センターでの相談内容の分析から、今後の問題点を明らかにした。

#### 1-2. 聖マリアンナ医科大学での取り組み

当院本院で2020年8月に開設した両立支援外来では、2022年9月末時点まで（約26ヶ月間）で、計20名（27件）の患者が活用した（表1）。それら患者の、初診時年齢・性別・疾患名・職業・算定回数に関するリストを示す（表1）。この両立支援外来受診患者27件の内件全例で療養・就労両立支援指導料を算定している（表1）。さらに、2021年5月から新設した東横分院においては、2022年9月末時点まで（約17ヶ月間）ではあるものの、計22名（26件）の患者が外来を活



用し 26 件の内 23 件で療養・就労両立支援指導料を算定した。さらに、横浜市西部病院でも 2022 年 9 月末時点まで（約 5 ヶ月間）ではあるものの、両立支援外来受診患者 12 名（13 件）の内、4 件で療養・就労両立支援指導料を算定した。その結果、当院全体の両立支援外来患者を合計すると計 54 名（66 件）の外来通院患者のうち 54 件の算定につながった。さらに、3 例の好事例を収集し、システム上に掲載した。

### 1-3. 横浜市立大学附属病院での取り組み

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 2018 年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を作して支援することを開始した。また 2021 年 4 月からは新たに作成したリーフレットを配布しその後 1 年経過したのちの効果を検証した。

リーフレットは主に以下の 4 か所と各医師、看護師が個別に配布することで患者への周知を試みた。

- ①病院 2 階入院サポート窓口カウンター
- ②入院サポート面談室 6 室
- ③会計の自動精算機背後のラック
- ④病院 3 階化学療法室

リーフレット配布の 1 年後の効果を検討するため 2021 年度と 2022 年度でソーシャルワーカーが介入した事例について状況を比較した。

2021 年度：68 件（平均 5.7 件/月）-配布後

2022 年度：2022 年 4 月～2023 年 1 月：55 件（平均 5.5 件/月）-配布後 1 年

本解析から、まずリーフレットの配布後は症例の微増のみであった。1 年間配布したが大きな増加にはつながっていない。この原因は COVID19 による新患患者の減少などの関与が考えられる。疾患は 2020 年度のがん患者が 41%であったが、2021 年度は 67%、2022 年度は 55%と増加している。就労状況では、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であった。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た。ソーシャル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 2021 年度と同様に 2022 年度も約半数であった。興味深いことに紹介元は 2021 年度に比較して 2022 年度は医師からは同程度であった。

2022 年度の相談者で診断書の作成まで至ったのは 3 症例であった。その理由は相談室にきた段階で問題解決の糸口が見つかり、すぐに診断書が必要ではなくなったことが理由であったが、これは 2021 年度と同様であった。また相談に訪れたのは大半が治療開始後で治療前に相談に訪れたのは 13%であり、2021 年度より減っていた。

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 以前より肝障害を指摘されており近医に受診していたが健康診断で肝酵素上昇と黄疸の悪化を認め紹介受診され緊急入院となった症例。退院後に自宅療養後、就労開始を希望された。

②患者本人が勤務情報提供書に労働状況などを記載し提出。

③職場復帰可能であること、残業は不可とし、軽作業が望ましいとした労働内容を記載した主治医意見書を作成。このプランの期間を 3 カ月としその後の見直しが必要とした（2021 年度まで）。

➡2022 年度

④両立支援としての形態は成立したが、産業医からは、その後のプランなどについては報告がなかった。6 カ月以上経過し患者本人に仕事の希望を確認したところ残業など業務制限の解除を希望された。

⑤再度、勤務情報提供書の提出を指示し、これをもとに新たな主治医意見書を作成。今回の勤務情報提供書には前回はなかった会社名、人事担当者名の記載が認められた。これはこの書類の存在、意味などが会社側に伝わった可能性がある。

### 1-4. 東海大学での取り組み

1) 肝炎医療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

今回の職域向け肝炎医療コーディネータ

一研修会での回答者 93 名の職種は、総務所属が 8 名、衛生管理者等が 7 名、人事 1 名で、残りがその他の職種で、営業職が 38 名、医薬品卸が 16 人、管理職 4 名、MSW 3 名、保健師・看護師 3 名、薬局 1 名、検査機関 1 名等であった。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、4 人 (4.3%) で MSW、看護師・保健師、総務の職種であった。

これら 4 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、次いで、②公費助成に関する知識、③治療機関に関する知識の順であった。具体的に相談を受けた場面として、複数回答可で、①患者等から直接相談を受けたが多く、次に②患者の上司からの順であった。

相談内容としては、①治療内容・方法が最も多く、次いで②就労問題で、③治療機関と④経済的問題が同数で続いていた。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は 7 人 (7.5%) であった。この 7 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では、①がんが最も多く、次いで②肝炎と③難病が続いていた。

「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」(厚労省HP)で、で、肝炎患者さんへの治療と仕事の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 17 人 (18.3%) であり、衛生管理者、人事、総務や MSW、看護師・保健師と、企業において産業保健と関わりのある職種であった。

厚生労働省による両立支援の取り組みについて中小企業の事業所従業員までは周知が進んでいない可能性が示唆された。「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」(厚労省HP)で肝炎患者さんの治療と仕事の両立支援に役立つ事例があることを知っているとは回答した中で、肝疾患を含む患者さんに、今後治療と仕事の両立支援を行うため必要な知識、課題として、主治医との連携、妊活との両立、患者本人の体調の把握、産業保健総合支援センターとハローワークとの連携等があがっていた。

## (2) 東海大学医学部付属病院における肝

炎患者からの治療と仕事、就労に関する相談状況に関する聞き取り調査

今年度もコロナ禍が続く中、ハローワークの出張相談が行われた。相談者の年齢階級別の割合では、これまで中高年の相談割合が多かったのに対して、今年度は 20 代を含む若年者が占める割合が多いという特徴があった。

## (3) 療養・就労両立支援指導料算定事例に関わった主治医へのインタビュー

この算定事例は、高次機能障害が認められた患者に対して、主治医から MSW に介入依頼があり就業状況の情報収集が行われた。復職時の主治医意見書で、ならし出勤、短時間勤務、運転に関しての配慮を事業者に依頼していた。その後は通常勤務で運転可まで改善した好事例であった。

脳外科患者についてこれまで復職の際の診断書の意見の部分は、職場の制度や環境、業務の個別性、病状によりケースバイケースでの対応とのことであった。脳神経内科では、リハ目的で回復期病院に転院すると急性期病院での外来が途絶えるケースが多いのに対し、脳神経外科の方が手術した患者さんということで回復期病院に転院後も急性期病院外来につながる人が多いとのことだった。また、自分が手術した患者さんということで復帰への対処の意識が高いと思われた。復帰した患者について、特に中小企業では必ずしも周囲からの理解が得られていないとの意見もあった。

## 1-5. 北里大学病院での取り組み

医療機関で行う両立支援で対象となる若年者には、がん (AYA)・循環器 (先天性心疾患:ACHD) 等が含まれ、これから就職活動をしていく際、自身の治療や症状・障害をどこまでどのように伝えるか悩むが相談先がない事例が多数であった。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。

本年度は、がんや難病等これまでの両立支援の医療機関側での取組みに加え、心血管疾患（ACHDを含む）に焦点をあて、循環器内科医師、入院・外来循環器担当看護師、就労支援医師、ソーシャルワーカーによる心疾患両立支援チームの運用をより効率的に行った。院内多職種連携を推進するため、心臓リハビリ担当医師や理学療法士を加え、1回/月の支援会議を開催した。

両立支援のニーズスクリーニングは、入院・外来看護師が「就労支援ポスター」を利用して、患者への声掛けやヒヤリングを行い、ソーシャルワーク面接につないだ。ソーシャルワーカーは、全対象患者と面接をし、それぞれのニーズや課題を把握し、必要に応じて、就労支援外来、産業保健総合支援センター社会保険労務士、ハローワーク担当者と連携した。2020年度以降の介入を図に示すが、疾患特異性では成人先天性心疾患が多かった。心臓リハビリ担当医師や理学療法士が介入する場合は、運動耐容能や身体活動量等の評価を行い、「心機能の医療用語を、現場で望まれる配慮で必要となる作業の用語への翻訳」を試み、それに基づいた意見書作成や患者指導（エンパワメント）を行った。心移植を要するほどの重症心不全や、致死性不整脈等により埋め込み型補助人工心臓を使用している患者について、従来であれば両立が困難とされる疾病制御レベルであっても、テレワークやIT技術の進展の寄与により、リモートワーク（ヒト型遠隔操作分身ロボットによる接客等）による就労ができた事例等を収集した。

## 2) 経営者向け広報資材の開発

### 2-1. フォーカスグループインタビュー①：両立支援の促進に関する検討

テーマ分析の結果、中小企業経営者の両立支援に対する態度形成に影響を及ぼす要因について113のコードが抽出された。これらのコードは7つのテーマと29のサブテーマに集約された。

中小企業経営者個人に関連するテーマとして、①過去の経験（サブテーマ：自身の就

労者としての経験、職場での疾病に起因する問題、家庭内の既往症・罹患歴）、②人間観（サブテーマ：健康に対する意識、多様性の理解、他者の健康に対する気づき、人間的成長に対する態度）、③労働者観（サブテーマ：疾患を持つ労働者に対する認識、労働者へのワークエンゲイジメント観、就労者へのスティグマ）、および④経営観（サブテーマ：両立支援に対する印象、労働者の健康の重視度、労働災害に対する態度、雇用に対する態度、経済的利益に対する態度、ダイバーシティ経営への態度、労働条件に対する認識、時代への適応、労働者の生活・人生への配慮）が抽出された。

環境要因としては、⑤社会環境要因（サブテーマ：両立支援に関する法律と制度、国際情勢、経済・物価情勢、感染症の状況）が抽出された。

また、これら中小企業経営者の両立支援に対する態度は、⑥組織風土（サブテーマ：コミュニケーション状況、成果・成績に対する雰囲気、健康に対する意識）にも影響を及ぼすと考えられた。

テーマ①～⑥の関係性を図1にまとめた。この知見から、中小企業経営者の両立支援に対する態度は、個人の経験や環境により形成され、職場風土にまで影響を及ぼしている可能性が示唆された。中小企業経営者に対して両立支援を推奨する際には、単にガイドラインや導入方法を示すだけでは不十分であり、働く人の健康・生命を重視する人間観・労働者観・経営観にはたらきかけるような介入が必要であると考えられた。

### 2-2. フォーカスグループインタビュー②：協働的風土の構築に関する検討

テーマ分析の結果、協働的風土の構築に貢献する中小企業経営者の態度・行動、中小企業経営者を取り巻く環境、および効果的な情報配信の方法について77のコードが抽出された。これらのコードは12のサブテーマに集約された。サブテーマはソーシャルマーケティングの4つのテーマに大別された。

Productについては、獲得すべきあるいは停止すべき認知・行動ともに経営者個人の資質、および組織経営の姿勢というサブテーマが抽出された。Priceについては、経営

者を取り巻く社内環境、社会経済状況、および経営者の個人要因というサブテーマが抽出された。Place については、固定メンバーの会合、および非固定メンバーの会合というサブテーマが抽出された。Promotion については、アプローチの経路、伝える内容、および手法というサブテーマが抽出された。

フォーカスグループインタビューにより、中小企業経営者に対して組織風土改善に関する情報配信を行う際に留意すべき要素が抽出された。これらの要素を考慮した上での情報配信は、中小企業経営者の組織風土改善に対する望ましい認知・態度・行動変容を促し、両立支援の導入に対しても好影響が期待できる。

### 2-3. 経営者向け広報資材の開発

フォーカスグループインタビュー①②に基づき、完成したキャッチフレーズ 6 種類は以下のとおりである。

#### 【人間観：共感】

共感 理解者がいるだけで救われる心がある

#### 【人間観：厳しさ】

厳しさだけが人を育てるわけじゃない

#### 【労働者観：思い込み】

社員と話せば会社のリアルが見えてくる

#### 【経営観：信頼】

頼れる部下がまさかの休職・・・どうなる、ウチの会社！？

#### 【組織風土 product：取り組む姿勢】

お金も時間もない・・・でも、今すぐできることあります

#### 【組織風土 product：風通し】

One for All, All for One ひとりとはみんなのために、みんなはひとりのために

これらのキャッチフレーズを盛り込んだリーフレットを作成した。

中小企業の経営者にオンライン質問票調査を実施した結果、リーフレット④(6 種類)について、「言葉づかいやイラストが親しみやすい」と感じる者ほど「続きを見たい」と報告した。

一方で、「どのリーフレット④を見たか(見ていないか)」の 7 群間でリーフレット⑥の評価は同程度であり、「説得力」「抵抗

感」得点に有意差は認められなかった。経営者自身および会社の属性別でも、一部の属性(従業員規模、社員重視度)を除き、「説得力」「抵抗感」得点に有意差は見られなかった。

これらの資材は、システム上に公開をされた。

### 3) 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

今年度は、「治療サポ」の主な利用想定者である企業の人事労務担当者、中小零細企業を支援する産業保健師や社会保険労務士などに協力を依頼し、昨年度作成した「治療サポ(β版)」を視聴の上、有用性を検証し概ね良好な評価を得た。その後中小零細企業での両立支援の実施を想定した「治療サポ(β版)」の改善点を指摘してもらい、それらの意見を集約した上で改善を行い「治療サポ(完成版)」を作成させた。

### 4) 先行研究のレビュー

インクルーシブ・リーダーシップの研究動向、日本におけるインクルーシブ・リーダーシップ研究の展開についてレビューを行いその成果物を、コラムにまとめ、システム上に掲載した。

### 5) 治療と就労の両立を支援する組織文化の実証研究

因子分析の結果、固有値が 1 を超える因子は 2 つ抽出され、それぞれの値は第 1 因子が 8.549、第 2 因子が 3.818 であった(累積寄与率は 56.2%)。第 1 因子に高く負荷した項目を見ると、キャリアへの影響、時間要求、病気への偏見次元の項目が集まっていることがわかった。これらはすべて両立支援を阻害する組織文化の特徴として考えられた項目であることから、第 1 因子を阻害文化因子と名づけた。第 2 因子には、支援と柔軟性次元の項目が集まった。これらは両立支援を促進する組織文化の特徴として考えられた項目であるため、第 2 因子を促進文化因子と名づけることとした。

促進文化は規模が大きくなるほど値が大きくなる傾向が見られた。この規模と組織文化の関係は、統計的にも有意であった。一

方の阻害文化は、規模との関係は見られなかった。規模が大きな会社ほど、従業員は自分たちの職場が治療と就労の両立に対して支援的であると見なす傾向があった。

促進文化からプレゼンティーズムに与える影響以外は、仮説モデルで設定した影響関係が実際に確かめられた。さらに、インクルーシブ・リーダーシップは、両立支援文化の醸成だけでなく、組織コミットメントの向上および就業継続の困難感とプレゼンティーズムの軽減に対する直接効果が見られた。両立支援制度の充実度も、両立支援文化の醸成とともに、組織コミットメントを向上させる直接効果が見られた。

## 6) プロセスの評価指標の開発

ウェブシステムのトップページから評価指標に辿り着くまでの経路として、以下の2パターンが想定された。

パターン 1: ①トップページの右上にある【治療サポとは】をクリックする、または、トップページの中段にある【治療サポについて>】をクリックする、②「治療サポとは」のページ中段「治療サポを使いやすくするための事前準備」の本文中のハイパーリンク「こちらのチェックリスト」をクリックする。

パターン 2: ①トップページの右上にある「両立支援の流れ」をクリックする、または、トップページの中段にある【初めて両立支援に取り組む方>】をクリックする。②「両立支援の流れ」のページ上段の流れ図にある「チェックリスト」のハイパーリンクをクリックする。

上記で挙げた2つの経路パターンには、いずれも評価指標の略称である「情報授受チェックリスト」の文言が記載されたリンクボタンが存在しないことが、評価指標に辿り着きづらい原因になる可能性が考えられたため、リンクボタンを適切な場所に配置することが必要と考えられた。これを踏まえ、以下の2つの改訂案を考案した。

改訂案 1: 「治療サポとは」のページ中段「治療サポを使いやすくするための事前準備」の最下部に【情報授受チェックリスト>】のリンクボタンを追加する。更に、標題を「治療サポを使いやすくするために」に改訂し、説明文を「治療サポを効果的に使うた

めには情報授受チェックリストが参考になります。このチェックリストは、治療と仕事の両立支援をスムーズに進めるために、本人や主治医との間で情報の授受が必要な事項をステップ別に整理したものです。本人と合意形成を進める際に、誰からどのような情報を得て、誰にどのような情報を提供したかをチェック・記録することで、必要な情報を漏れなく収集・提供することができます。」に改訂する（下線部には評価指標のPDF ファイルへのリンクを張る）。

改訂案 2: 「両立支援の流れ」のページ上段に、ダウンロード可能な PDF に関する説明文「治療と仕事の両立支援では、各ステップで本人や主治医との間で情報の授受を行います。治療サポでは、情報の授受を行う際に活用できる書類やチェックリストを準備しています。流れ図の中のハイパーリンクまたは下のリンクボタンから書類の入力見本や情報授受チェックリストをダウンロードできますので、ご活用ください。」を追加し、流れ図の下部分に【書類の入力見本をダウンロードする (PDF) >】及び【情報授受チェックリストをダウンロードする (PDF) >】のリンクボタンを追加する。

これらの改訂案をウェブシステムに反映させ、レイアウトを改訂した。

## D. 考察

### 1) 好事例収集と分析

#### 1-1. 神奈川産業保健総合支援センターでの取り組み

厚生労働省は、平成28年2月に事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドラインを作成し、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。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大学病院との連携を始めた（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、その後神奈川県がん・疾病対策課と協議し、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。今年度で、県下の全がん診療連携拠点病院/指定病院との間で、社労士派遣の協定を結ぶこととなった。このような取組は、当センターの知名度を高め、両立支援の相談件数を増やす効果がみられる。実際に、今年度の当センターへの直接の相談件数 84 件のうち、出張相談窓口からのものが 32 件あった。

相談内容は、例年利用可能な経済的支援制度に関するものが多いが、休職、復職、治療中の働き方、両立支援に関する相談も定着している。

現在相談者は労働者(患者)本人からのものが多い。徐々にではあるが、最近では事業所からの相談や支援の件数も増えてきている。両立支援を進めるには、事業主の理解が不可欠である。事業主、労働者双方の同意がないと、両立支援促進員が事業場を訪問する個別調整支援は始められない。このため、当センターでは労働者と同時に事業主への啓蒙活動も積極的に進めている。上述したように、少しずつその成果が現れてきている。今後さらにこの取組を進めていく予定である。

#### 1-2. 聖マリアンナ医科大学での取り組み

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、ならびに両立支援好事例 3 例を報告した。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広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体制の構築にも挑戦し、令和 4 年度分担研究報告書に記載した好事例等を今後も増やしていけるように努めたい。

#### 1-3. 横浜市立大学附属病院での取り組み

患者が仕事と治療の両立支援を目的にソーシャル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状

態は 2021 年度からは変化していなかった。その理由にも変化はなく、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。また相談にソーシャルワーカーを訪れるのは治療開始後が大半であることも変化なかった。今年度も多くの患者は仕事を辞めていたが、患者が仕事を辞めない意思決定を行い早い時期にソーシャルワーカーに相談する機会を作ることが最も必要と思われた。両立支援の情報提供は治療前から行えば離職する可能性は低下すると思われる。治療前より両立支援に繋がるように患者への周知が必要である。

本研究班の聖マリアンナ医科大学のグループは神経内科の先生方が中心となって両立支援の周知を積極的に行っている。この結果、多くの神経内科の患者相談につながっている。当院ではまだ医師への両立支援のシステムの周知が不十分であることが痛感された。

今回、当院での消化器疾患の事例では患者の勤務状況を主治医が改めて確認し、就労条件の制限を解除する希望があることが判った。最終的には患者が希望する就労制限をなくすことにつながったが、今後は産業医や人事担当者への治療と仕事の両立支援のシステムについて更なる啓発が必要であると思われる。

#### 1-4. 東海大学での取り組み

令和 3 年「労働安全衛生調査(実態調査)」1)では、傷病(がん、糖尿病等の私傷病)を抱えた何らかの配慮を必要とする労働者に対して、治療と仕事を両立できるような取組がある事業所の割合は 41.1%であった。今回の調査では業種は医薬品関連の就業者が多く参加していたが、「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」の内容について知っている者の割合は、18.3%と少なく一般従業員への周知も必要と考える。

一部の医薬品取り扱い企業では、社内で両立支援の取り組みが行われている。例えば日本調剤株式会社は従業員の「治療と仕事の両立支援」に高水準で取り組む企業として調剤薬局業界では初めて 2021 年に東京都・神奈川県から認定されている 2)。また、東京労働局では、治療と仕事の両立支援



に取組む企業の基本方針を HP3) に掲載しており、その中には日本調剤株式会社、大鵬薬品工業株式会社が登録されている。医薬品取り扱い企業は、両立支援の取組みが進んでいる業種の一つと考えられるが、一般社員までの周知には至っていない可能性がある。一方、これらの企業は医薬品の卸先である調剤薬局、診療所と関係があることから、薬局での服薬指導や開業医の嘱託産業医として両立支援活動の際に役立つことが期待される。

令和3年の実態調査では、治療と仕事を両立できるような取組がある事業所のうち、取組に関し困難や課題と感じていることがある事業所の割合は79.9%。困難や課題と感じている内容（複数回答）をみると、「代替要員の確保」が70.5%、次いで「上司や同僚の負担」が48.3%、「就業制限の必要性や期間の判断」が29.5%と報告されている。今回の職域向け研修会における調査でも営業現場では、その忙しさから「代替要員の確保」の課題が出ていた。また、主治医へのインタビューでも周囲の理解が得られていないのは、「上司や同僚の負担」も原因と考えられる。

今年度の肝炎医療コーディネーター研修会は職域を対象としたため、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MSW、看護師・保健師、総務の4人は、患者本人だけでなく、患者の上司からも相談を受けていた。就労に関する問題も相談内容に含まれていた。

肝炎における両立支援では、職場での偏見差別の問題があり、偏見差別の解消のための教育啓発も重要である。厚労省の研修班（研究代表者 八橋 弘）では、偏見差別を防止するための事例集・解説集を HP4) に公開している。職場での偏見差別の相談対応に役立つことが期待される。

今年度、付属病院総合相談室では、制度に関する紹介にとどまり両立支援に至るまでの相談事例はなかった。当付属病院は、がん診療連携拠点病院、肝疾患診療連携拠点病院としての肝疾患医療センター、難病治療研究センター、認知症疾患医療センターを持っており、それぞれに応じてがん相談支援センター、各センターに対応した相談窓口（担当者）がある。両立支援相談もこれら

の疾患に横断的な取り扱いとなっている。県内の他大学に比較して両立支援に特化した窓口はないため両立支援事例数が増えない要因の一つと考えられる。

今年度もハローワーク平塚からの出張相談は、コロナ禍であるものの継続して実施され、若年者の相談が多いのが前年度までの傾向と異なっており、一般的な傾向なのかより詳細な調査が必要と考えられる。

主治医から MSW の介入依頼があり療養・就労両立支援指導料算定事例に至った事例は一件あった。主治医へのヒアリングから、今回の症例は復職がうまく行った好事例であった。算定に関わらずこれまで脳外傷事例に対する両立支援を行っていたが、復職時の症状には多様性が認められケースバイケースでの対応が必要と考えられた。

## 2) 経営者向け広報資材の開発

グループインタビューの結果から、経営者の過去の経験を土台として経営者の人間観を含めた健康関連の認知・態度が形成され、国の制度や経済状況などの外的要因および事業所の状況などの影響も受けつつ、協働的風土を含む組織風土につながるというプロセスが示唆された。

グループインタビューに基づき作成した広報資材について、中小企業経営者にオンライン質問票調査を実施した結果、リーフレット④（6種類）について、「言葉づかいやイラストが親しみやすい」と感じる者ほど「続きを見たい」と報告した。（考察へ）リーフレット④はリーフレット⑤（協働的風土醸成のメリット）への導入役を果たせる可能性が示唆された。

一方で、「どのリーフレット④を見たか（見ていないか）」の7群間でリーフレット⑤の評価は同程度であり、「説得力」「抵抗感」得点に有意差は認められなかった。経営者自身および会社の属性別でも、一部の属性（従業員規模、社員重視度）を除き、「説得力」「抵抗感」得点に有意差は見られなかった。（考察に）社員満足度を重視する経営者にはより好意的に受け取られており、妥当な内容であることが示唆された。

本研究で作成した広報資材は、中小企業で協働的風土醸成の経営上のメリットを経営者に理解してもらうことで、労働者から

の援助希求行動（すなわち、両立支援の申出）のハードルを下げることに寄与し得る可能性があることが示唆された。

### 3) 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

今年度は前年に作成したウェブシステム「治療サポ（β版）」のトライアルによる有用性の検証と社会実装に向けた更なる改善点の収集ならびにその結果に基づく改善を行い、「治療サポ（完成版）」を完成させた。

「治療サポ（β版）」に対する有用性は、回答者の大半が「分かりやすい、利用しやすい」といった好意的な感想であった。当該者たちのおよそ半数以上が「がん治療と仕事の両立支援に関わることに不安がある」と回答していることを考えると、人事労務担当者や開業保健師・看護師、社会保険労務士、両立支援に携わる臨床医（治療医）などさまざまな職種の視点から見ても、有用なツールになりうると考えられる。また、社会実装に向けての改善点についても、多くの意見や感想が収集された。

それらの全てについて、今回の完成版に実装（反映）できたわけではないものの、今後このウェブサイトが公表され多くの方々に利用されることでその有用性はさらに高まるものと期待する。

今回の「治療サポ（完成版）」に残された課題と改善点について以下に考察する。1つ目は、「がん患者」のみを適用としている点である。現在、国内ではがん患者以外にも、両立支援の適用が広がっている。「治療サポ（完成版）」の特徴の一つが、両立支援を希望する労働者の「症状」とその労働者が働く「業務の特徴」のみで、職場で対応が望まれる「配慮事項」を自動抽出される機能である。今回、この自動抽出を可能した背景には、産業保健分野で両立支援に関わった経験のある産業医を中心に作成したアルゴリズムがある。

通常の両立支援は、労働者の申し出をきっかけに、産業医が本人の病状や治療状況、副作用の状況などを主治医から入手し、労働者との面談で本人の体調確認を行い、さらに上司や人事との会話の中で受け入れる職場環境の調整を行うことで運用されてい

る。この過程では、産業医によりさまざまな情報を複雑に組み合わせて判断が行われる。一般的な医学知識に長けた医師が関わることで、がん患者のみならず難病や肝疾患といったさまざまな疾患に広く対応することができる。一方、「治療サポ（完成版）」では、現時点では「がん患者の症状」に特化してアルゴリズムを検討したため、それ以外の疾患への汎用性は検討されていない。トライアル後の意見・感想にも見られた「がん患者」以外の疾患にもこのウェブサイトを応用するには、異なる疾患の患者（労働者）が訴える「症状」と「業務の特性」の組み合わせで導かれる職場での配慮事項との適合性を検証する必要がある。

2つ目は、中小零細企業に対する「治療と仕事の両立支援」に関する啓発と支援体制の充実である。

大企業に比べて経営基盤が脆弱で労働者の代替が効きにくい中小零細企業では、がん治療を継続しながら業務や職場環境を調整する余力が十分ではないところも多い。しかし、中小零細企業は日本の労働者の半数以上を占めている。今後、後期高齢者の増加や退職年齢の延長（就労期間の延長）など労働人口に占める高齢者の割合が増えれば、両立支援に取り組まなければならない中小零細企業も自ずと増えることが予想される。そのような時に、産業保健体制も脆弱な中小零細企業でも「両立支援」が可能となるよう、特に経営層への働きかけや啓発とともに彼らを支援する体制は不可欠である。すでに厚生労働省のホームページにも両立支援に関するさまざまな情報やツールが紹介されているが、それらをさらに使いやすく修正するとともに、産業保健職が十分に関与できなくても「労働者の思いと上司の期待、人事の願い」が揃えば対応できる仕組みの存在は重要であると思われる。

「治療サポ（完成版）」は、産業保健体制が十分ではない中小零細企業でも利用できるように開発された。利用には最低限、インターネットとパソコン、プリンターは必要と思われるが、それらが揃えば、最低限の両立支援に必要なプロセスを辿ることができる。今後は、このウェブシステムの公表と利用者への周知が重要である。

3つ目はウェブサイトの改定・更新である。

今回作成した「治療サポ」はこれまでの両立支援ツールにはないさまざまな特徴を搭載している。今年度行ったトライアルの結果でも、利用者には一定の評価を得ているが、このようにインターネット上で利用できるツールには情報管理上の課題とともにシステム自体の定期的な改定・更新が必要となる。今後、「治療サポ」が社会に浸透したと仮定すると、ホームページ上に掲載されている情報の見直しや修正、新しい知見やエビデンスの追加、利便性の更なる向上のための改定が不可欠である。一度作ってしまったシステムを社会実装するにあたっては、その後のフォローアップ体制をどのようにするかも検討が必要である。現時点では、本研究班の主任研究者である江口尚教授の教室で治療サポのホームページの運営・管理を行なっていただく予定であるが、もし社会に広く展開するのであれば、行政を含む公的機関での運営体制も検討する必要があるのではないかと思われる。今回、「治療サポ（完成版）」を作成する過程で、中小零細企業が抱える「治療と仕事の両立支援」の課題にふれ、関わる人々の負荷をなるべく減らしながら「働く人の支援」を行えるシステムを構築した。まだまだ、課題は多い仕組みではあるが、これまでの両立支援とは視点の異なる成果物として広く社会に浸透することを期待する。

#### 4) 先行研究のレビュー

インクルーシブ・リーダーシップ研究が発展するために、どのような課題があるのだろうか。まず、一層の理論的検討が求められるであろう。Randel et al., (2019)らの研究によってインクルーシブ・リーダーシップが理論的に整備されつつある。ただし、この理論的枠組みによってインクルーシブ・リーダーシップ研究がこれまで照射してきた領域を正しく整理できているのかどうかについては丁寧な議論が求められるだろう。例えば、インクルーシブ・リーダーシップ研究のシステマティックレビューを行った Korkmaz, Van Engen, , Knappert, & Schalk (2022) は、インクルーシブ・リーダーシップの既存研究が扱ってきた次元として①社員の独自性を育む、②チーム内の帰

属意識の強化、③感謝の気持ちを認める、④組織的な取り組みを支援する、の4次元に集約している。これらのうち最初の2次元がRandel et al., (2018)によって強調されているインクルーシブ・リーダーシップに該当するといえるだろう。一方、③と④の次元ではRandel et al., (2018)では十分に扱われているとは言えない。特に④は組織全体の変革やインクルージョンの推進に関わる組織レベルのリーダーシップを念頭に置いている。これは、①②③が基本的には集団レベルのリーダーのリーダーシップ行動とは明らかに異なっており、このようなレベルの異なる行動をどのように扱っていくのかについても整理を行っていくことが求められるだろう。

次に、理論的背景に基づいた尺度開発が求められるだろう。尺度開発が行われることで、インクルーシブ・リーダーシップが従業員行動や組織成果にもたらす影響が適切に把握されるようになることが期待できる。最後に、インクルーシブ・リーダーシップを発揮できるリーダーをいかにして育成するのかについて検討していく必要がある。インクルーシブ・リーダーシップを特定のいくつかの次元から構成されるリーダーシップとして位置づけた場合には、比較的育成は容易となるだろう。しかし、インクルーシブ・リーダーシップをより本質的なものと位置付けた場合には育成は容易ではなくることが指摘されている (Nishii & Leroy, 2022)。

このようにインクルーシブ・リーダーシップは実務の観点から重要かつ魅力的な概念であるものの、どのように位置付け、どのように測定し、どのように育成していくのかについて検討が求められている概念であるといえるだろう。

#### 5) 治療と就労の両立を支援する組織文化の実証研究

治療と就労の両立支援を促進する組織の文化的な特徴について、これまでは測定する尺度が開発されることはなかった。この研究では、この未開拓の領域に対し、家庭と仕事の両立支援文化の研究と我が国における治療と就労の両立支援研究の検討を通して、測定尺度の開発に取り組んだ。その結



果、治療と就労の両立支援を促進する文化と阻害する文化の2因子が抽出された。また、これらの組織文化の先行変数ならびに従属変数との関係も、ほぼ仮説を支持する結果となり、測定尺度に一定の妥当性があることが確かめられた。

本研究が持つ含意については、以下のような内容をあげることができるだろう。第一に、妥当性を持った尺度が開発されたことで、今後治療と就労の両立支援研究ならびに実践の場において、この尺度が広く使われることが期待できる。その結果、両立支援を促進あるいは阻害する様々な要因を明らかにしたり、あるいは職場における両立支援文化の醸成度を評価することも可能になるだろう。第二に、両立支援制度の充実はもちろん重要だが、職場文化の醸成も、両立支援のためには重要であることが指摘できよう。このことは、先行研究においても指摘されていたが、今回定量研究においても改めて再確認することができた。第三に、両立支援文化の醸成のためには、制度の充実も重要だが、上司のインクルーシブ・リーダーシップの発揮が効果的であることが示唆された。部下一人ひとりの貢献を認め、気軽に相談に応じるインクルーシブ・リーダーシップは、病気の相談という高い心理的コストを軽減し、病気であっても組織に貢献できるという自信を部下に持たせることができると考えられる。その結果、両立支援文化を醸成すると同時に、コミットメントの向上などの効果をもたらすと考えられる。今後は管理職研修などを通じて、インクルーシブ・リーダーシップを効果的に育成することが必要であり、またそのための方法について研究が進められるべきであろう。特に、両立支援制度の充実度を高めるのが困難な企業にとって、インクルーシブ・リーダーシップに対する理解と実践は重要な経営課題となるであろう。

また、本研究に対して残された課題としては、次のようなものがあげられる。第一に、変数間の影響関係は明らかになったものの、これが実際の因果のプロセスを表しているとは限らないことに注意が必要である。組織文化の醸成プロセスを明らかにするためには、やはり時間をかけた介入研究が必要であろう。第二に、今回のモデルで検

証された両立支援文化に対する影響度は、決して大きくはない。特に、阻害文化に対しては18%の説明力しか持っていない。このことは、両立支援文化に対する影響因は、今回考慮した変数以外(例えば業種など)にも存在することを示唆している。今後は組織文化に対する影響因についても、さらなる研究が蓄積されていくことが望まれるだろう。

## 6) プロセスの評価指標の開発

今年度は、昨年度に作成した評価指標案を最終版として、開発中のウェブシステムにアップロードし、ウェブシステムのトップページから評価指標に容易に辿り着けるようにするためのレイアウトの改訂案を検討した。

開発中のウェブシステムでは、評価指標の略称である「情報授受チェックリスト」の文言が記載されたリンクボタンが存在しないことが、評価指標に辿り着きづらい原因になる可能性が考えられた。これを踏まえてレイアウトを改訂したウェブシステムでは、リンクボタンが新たに追加されたことで、評価指標に辿り着くチャネルが増えただけでなく、評価指標の存在に気付きやすくなる効果も期待することができ、各事業場における両立支援の取組の更なる促進に寄与するものと考えられる。

## E. 結論

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年計画の最終年度となる本年度は、1) 好事例収集と分析、2) 経営者向け広報資料の開発、3) 労働者個々の症状をべ



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、4) 先行研究のレビュー、5) 治療と就労の両立を支援する組織文化の実証研究、6) プロセスの評価指標の開発、を行った。今年度の研究成果をもって、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、チェックリスト、マニュアル、評価指標の作成を完了した。本研究班からの多くの成果物が、小規模事業場における治療と仕事の両立支援を促進することに少しでも役立つことを期待したい。

## F. 健康危険情報

該当せず。

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

1. 山内貴史, 須賀万智, 柳澤裕之. 中小企業における就業配慮を要する状況下での治療と仕事の両立支援を促進し得る要因: 協働的風土ならびに被援助に対する態度に着目して. 産業衛生学雑誌 2022;64:68-80.
2. 山内貴史, 島崎崇史, 須賀万智, 柳澤裕之. 中小企業労働者への両立支援の情報提供による申出意図の変化: 協働的風土に注目して. 産業衛生学雑誌 (印刷中)
3. Morita Y, Kandabashi K, Kajiki S, Saito H, Muto G, Tabuchi T. Relationship between occupational injury and gig work experience in Japanese workers during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional internet survey. Ind Health. 2022 Jul 31;60(4):360-370.
4. Matsuzaki S, Moritake T, Sun L, Morota K, Nagamoto K, Nakagami K, Kuriyama T, Hitomi G, Kajiki S, Kunugita N. The Effect of Pre-Operative Verbal Confirmation for Interventional Radiology Physicians on Their Use of Personal Dosimeters and Personal Protective Equipment. Int. J. Environ. Res. Public Health 2022, 19, 16825.
5. Nagata T, Ito R, Nagata M, Odagami K, Kajiki S, Fujimoto K, Matsuda S, Mori K. The differences of the economic losses due to presenteeism and

treatment costs between high-stress workers and non-high-stress workers using the stress check survey in Japan. J Occup Health. 2022 Jan;64(1):e12346.

6. Inoue A, Eguchi H, Kachi Y, Tsutsumi A. Low adaptation to management philosophy and refraining from seeking medical care in Japanese employees: a 1-year prospective study. J Occup Environ Med 2022; 64(12): 1007-1012.

7. 森永雄太(2022)「企業経営とウェルビーイング」『証券アナリストジャーナル』60(12)、6 - 14.

8. 麓仁美・松下将章・森永雄太(2022)「職場における支援の受容がワーク・ファミリー・コンフリクトに与える影響:COVID-19の感染拡大による在宅勤務を調整変数として」『経営行動科学』34 (1-2)、21-37.

9. 松下将章・麓仁美・森永雄太(2022)「インクルーシブ・リーダーシップが上司に対する援助要請意図に与える影響のメカニズム:職場の心理的安全と仕事の要求度を含む調整媒介効果の検討」『日本労働研究雑誌』745、82-92.

10. Morinaga, Y., Hayashi, S., Sato, Y., & Shimanuki, T. (2022) "Inclusive leadership and knowledge sharing in Japanese workplaces: the role of diversity in the biological sex of workplace personnel" Personnel Review ahead-of-print.

<https://doi.org/10.1108/PR-02-2021-0111>

11. 武藤剛. 治療しながら安心して働く! 治療と仕事の両立支援 BOOK. (中央労働災害防止協会) 2022.

12. 武藤剛. どう進める? 両立支援【第8回】不妊治療と仕事の両立を社内外で支える取り組み. 安全と健康 (中央労働災害防止協会) 43-35, Vol. 23(8), 2022.

13. 武藤剛. どう進める? 両立支援【第6回】受援力を高め、誰も取り残されない産業保健をめざす. 安全と健康 (中央労働災害防止協会) 46-48, Vol. 23(6), 2022.

14. 武藤剛. どう進める? 両立支援【第5回】健康経営と医療機関のトータルサポートで両立支援を推進. 安全と健康 (中央労働災害防止協会) 79-81, Vol. 23(5), 2022.

15. 武藤剛. どう進める？両立支援【第4回】両立支援の推進は、現場の中長期視点の戦略から. 安全と健康（中央労働災害防止協会）40-42, Vol. 23(4), 2022.

16. Moriguchi J, Nyuhara Y, Ohashi F, Eguchi H, Tsutsumi A. Activities from external occupational health service organizations to support balancing treatment and occupational life in Japan. Environ Occup Health Practice. 2022; 4:eohp.2022-0009-FS.

## 2. 学会発表

1. 梶木繁之、伊藤直人、梅田絵理子、江口尚、大崎陽平、垣本啓介、加未佐和子、木村登哉、平岡晃、古屋佑子、内堀 愛恵. 企業から主治医への情報提供支援ツール「治療サポ」の開発. メインシンポジウム2（治療と仕事の両立支援のためのコミュニケーション）. 第96回日本産業衛生学会（宇都宮）2023年5月予定

2. 木村登哉、梶木繁之、井上彰臣、平岡晃、加未佐和子、梅田絵理子、伊藤直人、大崎陽平、垣本啓介、古屋佑子、内堀愛恵、江口尚. 産業保健職が不在の小規模事業場における治療と仕事の両立支援を進めるための教育用動画の作成. 第96回日本産業衛生学会（宇都宮）2023年5月予定

3. 井上彰臣、江口尚、可知悠子、堤明純. 経営理念の浸透度が労働者の受診抑制に及ぼす影響：1年間の前向きコホート研究. 第95回日本産業衛生学会, 2022年5月, 高知.

4. 江口尚、井上彰臣、小森哲夫. 難病患者における治療と仕事の両立支援の状況と心理的ストレスとの関係：心理社会的安全風土の効果修飾. 第32回日本産業衛生学会全国協議会, 2022年9～10月, 札幌.

5. 森永雄太 (2022)「インクルーシブ・リーダーシップがジョブ・クラフティングに与える影響のメカニズム」於：組織学会 2022年度研究発表大会

6. 森永雄太 (2022)「ウェルビーイング経営を実践するインクルーシブ・リーダーシップ」於：第30回日本産業ストレス学会

7. 武藤剛：がん患者の就労継続支援に関する国内外の動向と、医療機関－職域連携の

診療報酬収載（就労両立支援指導料）の実践. 第28回日本癌治療学会教育セミナー, 神戸, 10/22, 2022.

8. 大森由紀、武藤剛、近藤まゆみ、早坂由美子、宮本竜也、左右田哲、堀口兵剛、堤明純、江口尚：大学病院の両立支援外来の運用と発展（第3報）—診療科・性年齢階級別ニーズ分析. 第95回日本産業衛生学会, 高知, 5/25-28, 2022.

## 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. 令和3年「労働安全衛生調査（実態調査）」概要

[https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/r03-46-50\\_kekka-gaiyo01.pdf](https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/r03-46-50_kekka-gaiyo01.pdf)

2. [https://www.nicho.co.jp/corporate/newsrelease/20211028\\_nr1/](https://www.nicho.co.jp/corporate/newsrelease/20211028_nr1/)

3. [https://jsite.mhlw.go.jp/tokyo-roudoukyoku/hourei\\_seido\\_tetsuzuki/anz-en-eisei/newpage\\_00253.html](https://jsite.mhlw.go.jp/tokyo-roudoukyoku/hourei_seido_tetsuzuki/anz-en-eisei/newpage_00253.html)

4. <https://kanen-soudan.com/>

5. <https://ganwith.jp/>、<https://p.ono-oncology.jp/support/work/>

6. 荒木淳子 (2019)「雇用形態の異なる社員が協働する職場のマネジメントー上司のインクルーシブ・リーダーシップに着目してー」『産業能率大学紀要』39 (2), 41-53.

7. 江口尚・森永雄太・細見正樹「健康経営および治療と仕事の両立ー産業保健学および組織行動論の視点からー」『経営行動科学』, 31(3), 117-131.

8. Fu, N., Flood, P. C., Rousseau, D. M., & Morris, T. (2020). Line managers as paradox navigators in HRM implementation: Balancing consistency and individual responsiveness. Journal of Management, 46(2), 203-233.

9. Gill, C., Gardner, W., Claeys, J., & Vangronsveld, K. (2018). Using theory on authentic leadership to build a strong human resource management system. Human Resource Management Review, 28(3), 304-318.

10. Hewett, R., Shantz, A., & Mundy, J. (2019). Information, beliefs, and motivation: The antecedents to human resource attributions. *Journal of Organizational Behavior*, 40(5), 570-586.
11. Jiang, K., & Messersmith, J. (2018). On the shoulders of giants: A meta-review of strategic human resource management. *The International Journal of Human Resource Management*, 29(1), 6-33.
12. Kehoe, R. R., & Han, J. H. (2020). An expanded conceptualization of line managers' involvement in human resource management. *Journal of Applied Psychology*, 105(2), 111-129.
13. Knies, E., Leisink, P., & van de Schoot, R. (2020). People management: developing and testing a measurement scale. *The International Journal of Human Resource Management*, 31(6), 705-737.
14. Korkmaz, A. V., Van Engen, M. L., Knappert, L., & Schalk, R. (2022). About and beyond leading uniqueness and belongingness: A systematic review of inclusive leadership research. *Human Resource Management Review*, 100894.
15. Leroy, H., Segers, J., Van Dierendonck, D., & Den Hartog, D. (2018). Managing people in organizations: Integrating the study of HRM and leadership. *Human Resource Management Review*, 28(3), 249-257.
16. 松下将章・麓仁美・森永雄太(2022)「インクルーシブ・リーダーシップが上司に対する援助要請意図に与える影響のメカニズム:職場の心理的安全と仕事の要求度を含む調整媒介効果の検討」『日本労働研究雑誌』745、82-92。
17. 森永雄太 (2022)「インクルーシブ・リーダーシップがジョブ・クラフティングに与える影響のメカニズム」於：組織学会2022 年度研究発表大会
18. Morinaga, Y., Hayashi, S., Sato, Y., & Shimanuki, T. (2022) "Inclusive leadership and knowledge sharing in Japanese workplaces: the role of diversity in the biological sex of workplace personnel".
19. Nishii, L. H., & Leroy, H. (2022). A multi-level framework of inclusive leadership in organizations. *Group & Organization Management*, 47(4), 683-722. *Personnel psychology*, 61(3), 503-545.
20. Nishii, L. H., & Paluch, R. M. (2018). Leaders as HR sensegivers: Four HR implementation behaviors that create strong HR systems. *Human Resource Management Review*, 28(3), 319-323.
21. Purcell, J., & Hutchinson, S. (2007). Front-line managers as agents in the HRM-performance causal chain: theory, analysis and evidence. *Human Resource management journal*, 17(1), 3-20.
22. Randel, A. E., Galvin, B. M., Shore, L. M., Ehrhart, K. H., Chung, B. G., Dean, M. A., & Kedharnath, U. (2018). Inclusive leadership: Realizing positive outcomes through belongingness and being valued for uniqueness. *Human Resource Management Review*, 28(2), 190-203.
24. 坂本はと恵・高橋 都 (2017)「がん治療を受けながら働く人々が抱える問題とその支援」『日本労働研究雑誌』, 682, 13-24.
25. 須賀 万智・山内 貴史・和田 耕治・柳澤 裕之(2019)「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』, 61(2), 59-68.
26. 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, 梶木繁之, 森田哲也, 武藤剛, 加未佐和子, 平岡晃, 江口尚. 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: 情報の追加・拡充と評価指標案の作成. 研究代表者 江口尚. 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3年度総括・分担研究報告書. 東京: 厚生労働省, 2022: 120-129.

27. 梶木繁之. 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. 研究代表者 江口尚. 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 3 年度総括・分担研究報告書. 東京: 厚生労働省, 2022: 84-104.
28. 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.
29. 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.
30. Buijs P, Gunnyeon B, van Weel C: Primary health care: what role for occupational health? Br J Gen Pract, 62 (605):623-24, 2012
31. Department for Work and Pensions : Statement of fitness for work. Guide to the new 'fit note'. Department for Work and Pensions. London, 2010
32. Loftus AM, McCauley F, McCarron MO. Impact of social prescribing on general practice workload and polypharmacy. Public Health 2017; 148: 96-101.
33. 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>
34. 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.
35. 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.
36. 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/>
37. 武藤剛. どう進める? 両立支援【第 5 回】健康経営と医療機関のトータルサポートで両立支援を推進. 安全と健康(中央労働災害防止協会) 79-81, Vol. 23(5), 2022.
38. 武藤剛. どう進める? 両立支援【第 4 回】両立支援の推進は、現場の中長期視点の戦略から. 安全と健康(中央労働災害防止協会) 40-42, Vol. 23(4), 2022.
39. 武藤剛. どう進める? 両立支援【第 8 回】不妊治療と仕事の両立を社内外で支える取り組み. 安全と健康(中央労働災害防止協会) 43-35, Vol. 23(8), 2022.



# Field Study

## Activities from external occupational health service organizations to support balancing treatment and occupational life in Japan

Jiro Moriguchi<sup>1</sup>  | Yuko Nyuhara<sup>2</sup> | Fumiko Ohashi<sup>1</sup> | Hisashi Eguchi<sup>3</sup> | Akizumi Tsutsumi<sup>4</sup> 

<sup>1</sup>Occupational Health Research Center, Kyoto Industrial Health Association, Kyoto, Japan

<sup>2</sup>Kyoto Industrial Health Association (previous position), Kyoto, Japan

<sup>3</sup>Department of Mental Health, Institute of Industrial Ecological Sciences, University of Occupational and Environmental Health, Japan, Kitakyushu, Japan

<sup>4</sup>Department of Public Health, Kitasato University School of Medicine, Sagami-hara, Japan

### Abstract

**Objectives:** This study aimed to investigate the activities to support balancing treatment and the occupational life of employees provided by occupational health service organizations. We also aimed to collect suggestions from these organizations for improving support activities in enterprises. **Methods:** Questionnaires about support activities (status, required external support, collaborative external facilities) were sent to 121 occupational health service organizations in Japan in 2018. Completed questionnaires were collected from 76 organizations (Response rate: 63.0%). The organizations were categorized as small (fewer than 99 employees), medium (100–199 employees), and large (200 employees or more). **Results:** More than 20% of the organizations had already started to provide several kinds of support activities. There were no significant differences in the status of support activities by size of occupational health service organization. To promote support activities, the organizations required external support, like educational programs, for occupational health specialists (59.5%), staff in client enterprises or health insurers (50.0%), or managers in the organizations themselves (48.6%). The most common external facility for referral or cooperation was prefectural occupational health total support centers (40.0% for referral and 24.0% for cooperation). **Conclusions:** This study found that some occupational health service organizations have already started to provide support activities for their clients. To promote these support activities, more educational programs should be provided for occupational health specialists, managers within the organizations, and staff of their clients.

**Keywords:** balancing, occupational health service organization, support activities, treatment and occupational life

(Received March 13, 2022; Accepted July 7, 2022; Published online in J-STAGE August 8, 2022)

## Introduction

In recent years, there has been increasing global recognition of the need to promote the balancing of treatment and the occupational life of employees<sup>1)</sup>. In February 2016, the “Guidelines for supporting treatment and work integration in the workplace” were published by the Min-

istry of Health, Labour and Welfare, Japan<sup>2)</sup>. As a result of the revision of the Cancer Control Act in December 2016, enterprises in Japan are required to support the return to workplaces of employees with cancer<sup>3)</sup>.

Occupational health service (OHS) activities for small-scale enterprises (SSEs) are often insufficient in many countries, as they have limited access to human, economic, and technical resources<sup>4)</sup>. It has been reported that small-scale enterprises also have a limited budget for mental health activities<sup>5)</sup>. Employees in SSEs are, therefore, often provided with lower quality OHS and

### Correspondence

Jiro Moriguchi: Kyoto Industrial Health Association, Occupational Health Research Center, Kyoto, Japan  
E-mail: jiom6612@ab.auone-net.jp



This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs License, which permits use and distribution in any medium, provided the original work is properly cited, the use is non-commercial and no modifications or adaptations are made. © 2022 The Authors.

sometimes have poorer health conditions than their counterparts in large-scale enterprises.

A study on work–life balance and treatment for illnesses and other conditions found that the number of enterprises applying flexible working arrangements for employees with work limitations related to illness was lower among smaller enterprises<sup>6)</sup>. There has been a governmental report about support balancing treatment and the occupational life of employees in enterprises, focusing on enterprise size<sup>7)</sup>, but most scientific studies have not focused on small enterprises<sup>8)</sup>. If enterprises appoint an occupational physician (OP), this OP should play an important role in support activities<sup>9)</sup>. However, the Industrial Safety and Health (ISH) Law in Japan<sup>10)</sup> stipulates that enterprises employing fewer than 50 employees are not required to appoint an OP. OHS organizations are the most common external OH specialists used by SSEs for consultations on mental health problems<sup>5)</sup>. These organizations could, therefore, contribute to support activities in SSEs. However, to the best of our knowledge, there have been no reports on support activities by OHS organizations.

This study was initiated to investigate the support activities of OHS organizations and to collect suggestions from OHS organizations to improve support activities in enterprises. It was expected that the study would be useful for improving the quality of support activities for enterprises in Japan.

## Methods

This study was a questionnaire survey among organizations on the list of OHS organizations prepared by the National Federation of Industrial Health Organization (NFIHO), Tokyo, Japan. The NFIHO conducts continuous external quality control for member OHS organizations. The list is continually updated by the NFIHO, taking advantage of additional available information to improve effectiveness of communication with the OHS organizations. In 2018, the list contained the names and postal addresses of 121 OHS organizations.

To the best of our knowledge, no similar questionnaire surveys targeted at OHS organizations have previously been implemented. Therefore, the questionnaire for the study (in Japanese; see Appendix for details) was developed by the authors. Four experts developed the questionnaire (two university researchers who majored in occupational health and two OH practitioners who had more than 10 years of relevant professional experience; three of them had senior occupational health physician certification by Japan society for occupational health). They carefully evaluated whether the contents in the questionnaire were relevant to the context of support activities by OHS organizations and whether the questions were comprehensible.

Regarding reliability, our questionnaire tried to measure the support activities the OHS organizations pro-

vided but not the single concept. A test-retest procedure during a short period (e.g., 2 weeks) might indicate the reliability (reproducibility) of the questionnaire. However, considering the burden of participant OHS organizations, we measured the support activities at a single time point.

The questionnaire included characteristics of the OHS organization (number of employees, medical doctors, nurses, client enterprises, and health examinations implemented per year), status of support activities, external support required to promote the support activities, staff awareness of the guidelines separated by profession, handling of requests for advice about support activities from client enterprises, and others. The questionnaire was designed to be answered by OH specialists, such as occupational physicians or occupational health nurses. When answering some of the questions, these specialists were expected to need to ask other staff in the organization for information. Because barriers to support balancing treatment and occupational life might include the financial burden of the support activities on SSEs, as well as the lack of knowledge about the support activities of staff in OHS organizations and relevant members in client enterprises or health insurers, the authors included several questions about educational programs of support activities. Ten OHS organizations agreed to face-to-face interviews, and the authors visited these organizations to carry out interviews using the questionnaire from January to February 2018. The authors ascertained understandability of the questionnaire through face-to-face interviews. The same questionnaires were sent by mail to the remaining 111 of 121 OHS organizations in the middle of January 2018. Completed questionnaires were collected from 66 OHS organizations (response rate: 60.0%) at the beginning of March 2018. Usable answers were obtained from 76 OHS organizations (63.0% of the total). The analyses used all 76 effective answers. To investigate the difference in support activities by size of OHS organization, the organizations were categorized into three groups by number of employees (under 100, 100–199, and 200 or more employees) and were analyzed using the Chi-square test. One OHS organization gave no answer about organization size. We considered OHS organizations with fewer than 100 employees as small ( $n=26$ ), those with 100–199 employees as medium ( $n=24$ ), and those with more than 200 employees as large ( $n=25$ ).

The data were analyzed using STATA 16.1 (StataCorp, College Station, TX, USA). We used the Chi-square test, the Mann–Whitney U-test, and the Kruskal–Wallis test for statistical analyses, and the significance level of  $p<0.05$  was selected.

The research procedures were developed and approved in the study group supported by Ministry of Health, Labour and Welfare (Industrial Disease Clinical Research Grants: Grant number 170401-02). As mentioned above, the questionnaires were sent by mail to OHS organiza-

tions listed by the National Federation of Industrial Health Organization. Participants were informed in advance that their participation was voluntary, and that all information provided would be handled confidentially. Only those who consented to participate answered the questionnaire. The questionnaire was anonymous and self-administrated. No respondent could be identified.

## Results

### *Demographic and other characteristics of 76 OHS organizations*

Of the 76 OHS organizations that completed the ques-

tionnaire, the modal organization size class was those employing from 100 to 199 employees (32.0%) (Table 1). The median number of client enterprises was 2,625, and the organizations delivered a median of 110,000 health examinations per year. The median number of occupational physicians they required under the Industrial Safety and Health Law<sup>10)</sup> was four.

When asked about the status of support activities they provided (Table 2), one of the 76 OHS organizations gave no answer. An analysis of the remaining 75 organizations showed that more than 20% had already started to provide consultations on balancing treatment and occupational life for health managers or individual employees. About

**Table 1.** Demographic and other characteristics of occupational health service organizations

| Elements                               | Total number of answers | Number of answers for each choice | % <sup>a</sup> | AM ± ASD            | Median |
|----------------------------------------|-------------------------|-----------------------------------|----------------|---------------------|--------|
| Number of employees                    | 75                      | Less than 50                      | 13 (17.3)      |                     |        |
|                                        |                         | From 50 to 99                     | 13 (17.3)      |                     |        |
|                                        |                         | From 100 to 199                   | 24 (32.0)      |                     |        |
|                                        |                         | From 200 to 299                   | 11 (14.7)      |                     |        |
|                                        |                         | From 300 to 399                   | 8 (10.7)       |                     |        |
|                                        |                         | From 400 to 499                   | 1 (1.3)        |                     |        |
|                                        |                         | From 500 to 599                   | 0 (0.0)        |                     |        |
|                                        |                         | 600 and over                      | 5 (6.7)        |                     |        |
| Number of customer enterprises         | 70                      | —                                 | —              | 5789.9 ± 10911.4    | 2625   |
| Number of health examinations per year | 73                      | —                                 | —              | 160702.6 ± 160251.6 | 110000 |
| Number of physicians                   | 74                      | —                                 | —              | 11.2 ± 13.0         | 6      |
| Number of occupational physicians      | 73                      | —                                 | —              | 6.8 ± 7.3           | 4      |
| Number of nurses                       | 73                      | —                                 | —              | 95.3 ± 553.0        | 19     |

AM, arithmetic mean; ASD, arithmetic standard deviation.

<sup>a</sup> Percentage of total number of answers.

**Table 2.** Status of support activities provided by occupational health service (OHS) organizations

| Elements                                                                                   | Status                       | No. of activities provided by OHS organizations | (%) <sup>a</sup> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------|------------------|
| Lectures on support balancing treatment and occupational life                              | Currently providing          | 9                                               | (12.0)           |
|                                                                                            | Plan to provide in future    | 34                                              | (45.3)           |
|                                                                                            | No plan to provide in future | 32                                              | (42.7)           |
| Support for establishment of system for support balancing treatment and occupational life  | Currently providing          | 9                                               | (12.0)           |
|                                                                                            | Plan to provide in future    | 31                                              | (41.3)           |
|                                                                                            | No plan to provide in future | 35                                              | (46.7)           |
| Consultation on support balancing treatment and occupational life for health managers      | Currently providing          | 16                                              | (21.3)           |
|                                                                                            | Plan to provide in future    | 32                                              | (42.7)           |
|                                                                                            | No plan to provide in future | 27                                              | (36.0)           |
| Consultation on support balancing treatment and occupational life for individual employees | Currently providing          | 16                                              | (21.3)           |
|                                                                                            | Plan to provide in future    | 28                                              | (37.3)           |
|                                                                                            | No plan to provide in future | 31                                              | (41.3)           |
| Information delivery on support balancing treatment and occupational life                  | Currently providing          | 4                                               | (5.3)            |
|                                                                                            | Plan to provide in future    | 35                                              | (46.7)           |
|                                                                                            | No plan to provide in future | 36                                              | (48.0)           |

n = 75

<sup>a</sup> Percentage of total number of answers.

40% of the OHS organizations were planning to provide these support activities in the future. There was no significant difference in the status of support activities by size of OHS organization (Chi-square test, data not shown).

When asked about external support required to promote their support activities (multiple answers allowed), two of the 76 organizations gave no answer. The most common external support required was educational programs for OH specialists in OHS organizations, followed by educational programs for relevant members in client enterprises or health insurers, educational programs for managers in OHS organizations, and information on support activities and support facilities for examinees with findings from health check-ups or cancer screening (Table 3). From a detailed observation about advice required from external facilities about support activities, OHS organizations were most likely to seek advice from prefectural occupational health total support centers ( $n=17$ , 23.0% of 74 OHS organizations), centers for the promotion of health and employment support of industrial accident compensation hospitals ( $n=12$ , 16.2%), counselling and support centers of hospitals ( $n=12$ , 16.2%), support organizations for people with higher brain dysfunction ( $n=11$ , 14.9%), counselling and support centers for intractable diseases

( $n=11$ , 14.9%), and support coordinators for juvenile dementia ( $n=11$ , 14.9%). There were no significant differences in external support required to promote support activities by size of OHS organization (Chi-square test, Table 3).

In total, 61 organizations responded about awareness of the guidelines<sup>2)</sup> by profession. Overall, 10.1% of OH specialists understood the guidelines fully and 25.9% partially, 28.7% knew of it by name, and 35.2% had no awareness. Among account managers 4.0% understood the guidelines fully and 14.8% partially, 27.6% knew it by name, and 53.6% had no awareness. There was a significant difference between the percentage of OH specialists and account managers who understood the guidelines fully (10.1% vs. 4.0%,  $p<0.01$ , Mann–Whitney U-test). However, there was no significant difference by size of OHS organization in proportions of OH specialists and account managers who were aware of the guidelines (Kruskal–Wallis test, Table 4).

Eleven of the 76 OHS organizations (14.7%) had provided consultations on support activities for their client enterprises. Ten of those activities were consultations on fitness for work in individual cases. When the client enterprises asked for advice about support activities from

**Table 3.** External support required to promote the support activities by OHS organizations

| Elements of external support                                                                                                   | Size of organization |                  |                 |                  |                |                  | Chi-square<br>test           | Total (n = 74) |      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------------|-----------------|------------------|----------------|------------------|------------------------------|----------------|------|
|                                                                                                                                | Small (n = 26)       |                  | Medium (n = 24) |                  | Large (n = 24) |                  |                              |                |      |
|                                                                                                                                | Cases                | (%) <sup>a</sup> | Cases           | (%) <sup>a</sup> | Cases          | (%) <sup>a</sup> | <i>p</i> -value <sup>b</sup> | Cases          | (%)  |
| Educational programs for OH specialists in OHS organizations                                                                   | 15                   | 57.7             | 12              | 50.0             | 17             | 70.8             | .331                         | 44             | 59.5 |
| Educational programs for relevant members in client enterprises or health insurers                                             | 11                   | 42.3             | 13              | 54.2             | 13             | 54.2             | .622                         | 37             | 50.0 |
| Educational programs for managers in OHS organizations                                                                         | 12                   | 46.2             | 13              | 54.2             | 11             | 45.8             | .805                         | 36             | 48.6 |
| Information on support activities and support facilities for examinees with findings from health check-ups or cancer screening | 10                   | 38.5             | 11              | 45.8             | 13             | 54.2             | .538                         | 34             | 45.9 |
| Information about administrative systems and support facilities for OH specialists in OHS organizations                        | 8                    | 30.8             | 10              | 41.7             | 11             | 45.8             | .527                         | 29             | 39.2 |
| Advice on support activities from external support facilities                                                                  | 7                    | 26.9             | 8               | 33.3             | 11             | 45.8             | .366                         | 26             | 35.1 |
| Cooperation with medical staff in hospitals                                                                                    | 3                    | 11.5             | 8               | 33.3             | 9              | 37.5             | .083                         | 20             | 27.0 |

<sup>a</sup> Percentage of yes answer by number of each size of organization.

<sup>b</sup> The significance level of  $p<0.05$  was selected.



**Table 4.** Awareness of the guideline for health and employment support by OHS organizations

| Awareness of the Guideline | OH specialists            |               |              |                     | Account managers          |               |              |                     |
|----------------------------|---------------------------|---------------|--------------|---------------------|---------------------------|---------------|--------------|---------------------|
|                            | Size of the organizations |               |              | Kruskal–Wallis test | Size of the organizations |               |              | Kruskal–Wallis test |
|                            | Small (n=21)              | Medium (n=20) | Large (n=20) |                     | Small (n=21)              | Medium (n=20) | Large (n=20) |                     |
|                            | %                         | %             | %            |                     | %                         | %             | %            |                     |
| Fully                      | 8.9                       | 13.2          | 8.0          | .590                | 5.2                       | 4.5           | 2.3          | .897                |
| Partially                  | 27.8                      | 25.4          | 23.6         | .784                | 18.3                      | 12.8          | 13.0         | .355                |
| By name                    | 27.6                      | 26.7          | 34.6         | .633                | 28.7                      | 31.3          | 22.8         | .441                |
| No awareness               | 35.3                      | 34.8          | 33.8         | .961                | 47.9                      | 51.5          | 61.9         | .387                |

<sup>a</sup> The significance level of  $p < 0.05$  was selected.

**Table 5.** Volume of referrals to and cooperation with external facilities from OHS organizations

| External facility |                                                                                                          | Referral |                  | Cooperation |                  | Chi-square test         |
|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|------------------|-------------|------------------|-------------------------|
|                   |                                                                                                          | Cases    | (%) <sup>a</sup> | Cases       | (%) <sup>a</sup> | $p$ -value <sup>b</sup> |
| 1                 | Prefectural occupational health total support centers                                                    | 30       | (40)             | 18          | (24)             | .036                    |
| 2                 | Centers for the promotion of health and employment support of industrial accident compensation hospitals | 5        | ( 7)             | 9           | (12)             | .262                    |
| 3                 | Counselling and support centers at hospitals                                                             | 4        | ( 5)             | 7           | ( 9)             | .347                    |
| 4                 | Counselling and support centers for intractable diseases                                                 | 3        | ( 4)             | 7           | ( 9)             | .190                    |
| 5                 | Support organizations for people with higher brain dysfunction                                           | 3        | ( 4)             | 7           | ( 9)             | .190                    |
| 6                 | Support coordinator for juvenile dementia                                                                | 2        | ( 3)             | 6           | ( 8)             | .146                    |
| 7                 | Vocational rehabilitation centers for people with disabilities                                           | 0        | ( 0)             | 3           | ( 4)             | .080                    |
| 8                 | Job placement offices                                                                                    | 3        | ( 4)             | 3           | ( 4)             | 1.000                   |
| 9                 | Job placement support offices for people with disabilities, intractable diseases, and other diseases     | 1        | ( 1)             | 0           | ( 0)             | .316                    |
| 10                | Labor and social security attorneys                                                                      | 2        | ( 3)             | 2           | ( 3)             | 1.000                   |
| 11                | Career development facilitators                                                                          | 2        | ( 3)             | 1           | ( 1)             | .600                    |
| 12                | Occupational health service organizations                                                                | 0        | ( 0)             | 0           | ( 0)             | NA                      |
| 13                | Labor unions                                                                                             | 1        | ( 1)             | 2           | ( 3)             | .600                    |
| 14                | Labor bureaus, labor standards inspection offices                                                        | 7        | ( 9)             | 3           | ( 4)             | .190                    |
| 15                | Prefectural medical associations, regional medical associations                                          | 1        | ( 1)             | 1           | ( 1)             | 1.000                   |

NA, not assessable because of insufficient data.

<sup>a</sup> Percentage of 75 OHS organizations.

<sup>b</sup> The significance level of  $p < 0.05$  was selected.

the OHS organizations (multiple answers allowed), the responses of the OHS organizations were to:

1. Decline ( $n = 25$ , 24.5%; percentage of 102 answers),
2. Refer them to external facilities ( $n = 33$ , 32.4%),
3. Cooperate with external facilities ( $n = 24$ , 23.5%),
4. Provide support themselves ( $n = 14$ , 13.7%), and
5. Others ( $n = 6$ , 5.9%).

The details of referrals to external facilities and cooperation with external facilities are shown in Table 5. The most common external facility for both referrals and cooperation were prefectural occupational health total support centers, followed by centers for the promotion of health and employment support of industrial accident compensation hospitals. OHS organizations were significantly more likely to refer to prefectural occupational

health total support centers than cooperate with them (40.0% vs. 24.0%, Chi-square test,  $p < 0.05$ ). There was no significant difference between referrals and cooperation for other external facilities, or between the three sizes of OHS organization in the ratio of referrals and cooperation with each type of external facility (Chi-square test, data not shown).

Nineteen OHS organizations proposed the opinions regarding the support activities by the OHS organization in question 7. Nearly half of them emphasized the importance of the consultation on support balancing treatment and occupational life for individual employees (9 organizations) and lectures on support balancing treatment and occupational life (6 organizations). Importance of information provision to client enterprises by account manag-

ers (4 organizations) and supporting client enterprises as part of the “Health and productivity management” introduced by Ministry of Economy, Trade and Industry (3 organizations) were presented as well.

## Discussion

This study has identified several major points concerning provision of support activities for balancing treatment and the occupational life of employees by external OHS organizations in Japan. More than 20% of the OHS organizations had already started to provide several kinds of support activities. The level of awareness about the guidelines for health and employment support in enterprises differed between OH specialists and account managers. The most common external facility used for both referrals and cooperation was a prefectural occupational health total support center. To promote their support activities, the OHS organizations required external support, like educational programs, for OH specialists, relevant members in client enterprises or health insurers, and managers in OHS organizations.

To our knowledge, there have been no previous studies about support activities by OHS organizations in Japan. However, studies have reported that fewer smaller enterprises apply flexible working arrangements, including hourly paid leave, shorter working hours, discretionary work, flextime, and working from home, for employees with work limitations related to illness<sup>10</sup>.

In this study, the third most common type of support required to promote support activities (following educational programs for OH specialists in OHS organizations and relevant members in client enterprises or health insurers) was educational programs for managers in OHS organizations. Among small OHS organizations, these educational programs were ranked second. In a questionnaire survey in Japan and the Netherlands<sup>11</sup>, OPs in both countries unanimously considered that employers are the key people for improving OHS, especially in SSEs. In a review on preventive occupational health and safety in SSE, Hasle and Limborg<sup>12</sup> found that the owners were the dominant actors in relation to any health and safety changes made in SSEs. In this study, 34.6% of OHS organizations had fewer than 99 employees, so they are defined as small- and middle-sized healthcare corporations in Japan<sup>13</sup>. Many OH specialists might, therefore, consider that their managers are the key people to develop support activities by OHS organizations. We recommend that the NFIHO, which conducts continuous external quality control for its member OHS organizations, should take the initiative to promote the education of managers in OHS organizations.

When asked about external support required to promote their support activities (Table 3), 38.5% of OHS organizations cited information on support activities and

facilities for examinees with findings from health check-ups or cancer screening. Three OHS organizations commented that “information should be provided to all examinees from health check-ups or cancer screening” in the optional comments column. However, providing information on support activities and facilities before any definite diagnosis might make examinees anxious. Kanagawa occupational health total support center has developed an information card and poster on support activities and facilities for cancer patients in the university hospitals in Kanagawa Prefecture, Japan. A similar card and posters for all examinees at health check-ups or cancer screening should be considered.

There was a significant difference in awareness of the guidelines between OH specialists and account managers. Board members of OHS organizations usually include both OH specialists like OPs and account managers. The annual report of the NFIHO in 2014 indicated that there were 243 internal and 222 external board members, excluding medical doctors, in 124 OHS organizations. Boards could be key in developing support activities among OHS organizations. If some account managers are promoted to the board, their knowledge about support activities could affect future choices by OHS organizations.

There was no significant difference by size of OHS organization in the proportion of each type of professions’ awareness of the guidelines (Table 4). It has been proposed that the OHS organizations should offer team support from OPs, OH nurses, and other OH specialists for SSEs<sup>14</sup>. The majority of enterprises with fewer than 50 employees do not appoint an OP from an OHS organization but might ask advice on OH issues from account managers in these organizations. Four of 19 respondents to the open-ended question (question 7) proposed the importance of information provision to client enterprises by account managers. The account managers could be key in delivering support activities for SSEs from OHS organizations. Suka et al. reported that awareness of the guidelines by employers and employees was lower in smaller enterprises<sup>10</sup>. They highlighted the necessity of a support system for small enterprises. However, we found no differences by organization size and suggest that broad education about the guideline should be offered to all OHS organizations, regardless of size.

The responses of the question about awareness of the guidelines were collected as the recollection of the OH specialists who answered the questionnaire. Therefore, these results are considered as an analysis of individual respondents’ opinion about the situation of their OHS organizations.

To promote their support activities, 23.0% of OHS organizations wished to seek advice from prefectural occupational health total support centers. These centers were also the most common facility cited for either refer-

rals or cooperation when client enterprises asked OHS organizations for advice about support activities (Table 5). These centers were established in all 47 prefectures in 2003 to assist OPs, occupational health nurses, other OH specialists and organizations in the field of OH. The centers offer over-the-counter and on-site consultations, training for OH professionals, OH information provision (e.g., via websites, e-mails, and newsletters), public relations activities (e.g., seminars for employers), and OH research<sup>15)</sup>. They have offered a consultation service for OH specialists for more than 15 years, and OH specialists in OHS organizations might find it easier to ask for advice from them than other external facilities. The centers also have provided facilitators to promote the balancing treatment and the occupational life of employees since 2017<sup>15)</sup>. One of the roles of these facilitators is to accommodate the balancing of treatment and the occupational life of individual employees without charge. OH specialists might consider they could entrust case management to these organizations, which may explain the higher levels of referrals than cooperation in this study. Because importance of the cooperation with centers for the promotion of health and employment support of industrial accident compensation hospitals and labor and social security attorneys was also emphasized in the guidelines<sup>2)</sup>, OH specialists in OHS organizations should promote the cooperation with these external resources.

This study had several limitations. First, although the contents of the questionnaire for the study were carefully devised by experienced OH specialists, reliability and validity of the questionnaire were not fully verified. Repeated measurements combining verification with objective data, such as personnel information in the follow up studies, could strengthen our findings and the metrics of the questionnaire. Further investigations, including inductive as well as deductive methods, should be considered to understand the comprehensive promoters and barriers other than the educational programs for OH specialists in OHS organizations. Second, information about awareness of the guidelines for health and employment support in enterprises was provided by representatives of the OHS organizations. For accurate data, a further survey should be implemented among all OH specialists and account managers. Third, this study was conducted in 2018. The government has since launched a public information campaign, and awareness levels may have increased. The awareness level in this study should, therefore, be regarded as a baseline, at a point when support activities had only just begun. This kind of survey should be repeated to see the trajectory. Fourth, all OHS organization hired at least one OP, so we were unable to use any stratified analysis by the presence or absence of OPs. Fifth, the quality of the occupational health services of OHS organizations that are members of NFIHO may be higher than other OHS providers, so these results might

be an overestimate. Sixth, the mixed-mode survey using a mail survey and face-to-face interviews with the same questionnaire in this study could lead to differences in the quality of responses. Although all organization answered closed questions in the same manner, the 10 OHS organizations that agreed to interviews provided a more detailed description in open-ended questions like question 7.

In conclusion, the questionnaire survey shows that many OHS organizations had already started to provide several kinds of support activities, and nearly half were planning to provide some support activities in the future. This included small OHS organizations. The most common provider of external support was prefectural occupational health total support centers. To promote their support activities, OHS organizations required external support, like educational programs for OH specialists, relevant members in client enterprises or health insurers, and managers in OHS organizations.

#### *Acknowledgements*

The authors acknowledge the OH specialists of OHS organizations for providing us with the information needed to conduct the study. We also thank Professor Masayuki Ikeda for assistance with statistical analysis that improved the manuscript, and Mister Tasuku Tadano the representative director of the National Federation of Industrial Health Organization, for support to implement the questionnaire survey of OHS organizations. The authors are also grateful to the administration and staff of the Kyoto Industrial Health Association and the Kitasato University for their support of this work. We thank Melissa Leffler, MBA, from Edanz (<https://jp.edanz.com/ac>) for editing a draft of this manuscript.

#### *Funding*

This work was supported by Ministry of Health, Labour and Welfare (Industrial Disease Clinical Research Grants: Grant Numbers 170401-02 and 200201-01).

#### *Conflict of interests*

The authors declare that they have no conflict of interests.

#### *Author contributions*

J.M. and H.E. conceived the ideas; J.M. and Y.N. collected the data; J.M. and F.O. analyzed the data; J.M. led the writing, and A.T. reviewed the manuscript and helped to draft the manuscript; All authors approved the final manuscript.

#### *Supplementary material*

This article contains supplementary material (Appendix), which is available in the online version (doi: 10.1539/eohp.2022-0009-FS)

## ORCID

Jiro Moriguchi  <https://orcid.org/0000-0002-8842-2835>

Akizumi Tsutsumi  <https://orcid.org/0000-0003-0966-4869>

## References

1. International Labour Organization. From sick to fit: Case management gaining ground as work reintegration tool. *World of Work Magazine*, 2011; 73. [https://www.ilo.org/global/publications/world-of-work-magazine/articles/WCMS\\_170593/lang--en/index.htm](https://www.ilo.org/global/publications/world-of-work-magazine/articles/WCMS_170593/lang--en/index.htm). Accessed December 31, 2021.
2. Ministry of Health, Labour and Welfare, Japan. Guidelines for supporting treatment and work integration in the workplace. <https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000113365.html>. Published 2016. Accessed December 31, 2021 (in Japanese).
3. Ministry of Health, Labour and Welfare, Japan. Cancer Control Act. [https://elaws.e-gov.go.jp/search/elawsSearch/elaws\\_search/lsg0500/detail?lawId=418AC1000000098](https://elaws.e-gov.go.jp/search/elawsSearch/elaws_search/lsg0500/detail?lawId=418AC1000000098). Published 2016. Accessed December 31, 2021 (in Japanese).
4. Champoux D, Brun J-P. Occupational health and safety management in small size enterprises; an overview of the situation and avenues for intervention and research. *Saf Sci*. 2004; 41(4): 301-318. [CrossRef]
5. Moriguchi J, Seo T, Terada H, et al. Utilization and demands of mental health specialists by employers of micro-scaled enterprises. *Job Stress Res*. 2014; 21(4): 363-374. in Japanese.
6. Suka M, Yamauchi T, Wada K, Yanagisawa H. [Questionnaire surveys on working during treatment in Japanese employees and employers]. *Sangyo Eiseigaku Zasshi*. 2019; 61(2): 59-68. in Japanese. [Medline] [CrossRef]
7. Ministry of Health, Labour and Welfare, Japan. Survey on Industrial Safety and Health. [https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/h30-46-50\\_kekka-gaiyo01.pdf](https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/h30-46-50_kekka-gaiyo01.pdf). Published 2018. Accessed December 31, 2021 (in Japanese).
8. Eguchi H, Wada K, Higuchi Y, Smith DR. Co-worker perceptions of return-to-work opportunities for Japanese cancer survivors. *Psychooncology*. 2017; 26(3): 309-315. [Medline] [CrossRef]
9. Shim HY, Lee CW, Yu ES, Park BY, Yang EJ. Cancer Survivors and Returning to Work Perspectives from Occupational Health Physicians in Korea. *J Korean Med Sci*. 2019; 34(11): e98. [Medline] [CrossRef]
10. Ministry of Health, Labour and Welfare, Japan Industrial Safety and Health Law (Law 13). <https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=347AC0000000057>. Published 1972. Accessed December 31, 2021 (in Japanese).
11. Moriguchi J, Ikeda M, Sakuragi S, et al. Activities of occupational physicians for occupational health services in small-scale enterprises in Japan and in the Netherlands. *Int Arch Occup Environ Health*. 2010; 83(4): 389-398. [Medline] [CrossRef]
12. Hasle P, Limborg HJ. A review of the literature on preventive occupational health and safety activities in small enterprises. *Ind Health*. 2006; 44(1): 6-12. [Medline] [CrossRef]
13. The Small and Medium Enterprise Agency, Japan. Small and Medium-sized Enterprise Basic Act (Article 2-1). <https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=338AC0000000154>. Published 1963. Accessed December 31, 2021 (in Japanese).
14. Japan Society for Occupational Health. Proposal for health and safety of employees in small and medium scale enterprises. [https://www.sanei.or.jp/images/contents/363/Proposal\\_SME\\_Policies\\_and\\_Regulations\\_Comittee.pdf](https://www.sanei.or.jp/images/contents/363/Proposal_SME_Policies_and_Regulations_Comittee.pdf). Published 2017. Accessed December 31, 2021 (in Japanese).
15. Japan Organization of Occupational Health and Safety. Operating instruction of occupational health in 2017. [http://www.toyama.med.or.jp/wp/wp-content/uploads/2017/06/osirase\\_iryokikan\\_sangyohokengyomukijun.pdf](http://www.toyama.med.or.jp/wp/wp-content/uploads/2017/06/osirase_iryokikan_sangyohokengyomukijun.pdf). Published 2017. Accessed December 31, 2021 (in Japanese).

**How to cite this article:** Moriguchi J, Nyuhara Y, Ohashi F, Eguchi H, Tsutsumi A. Activities from external occupational health service organizations to support balancing treatment and occupational life in Japan. *Environ Occup Health Practice*. 2022; 4: eohip.2022-0009-FS.  
<https://doi.org/10.1539/eohp.2022-0009-FS>



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4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  
分担研究者 渡辺 哲 神奈川産業保健総合支援センター

研究要旨

神奈川県がん・疾病対策課の協力を得て、令和4年4月までに県下32の全てのがん診療連携拠点・指定病院及び神奈川リハビリテーション病院との間で、出張相談窓口にかかる協定締結が完了した。順次訪問形式で当センターの事業説明を行っている。また、両立支援コーディネーターのための事例検討会・交流会を実施した。事業主、衛生管理者向けのセミナーを行った。事業主が両立支援をスムーズに進めるために必要な就業規則規定例集の改訂を行った。当センターでの相談内容の分析から、今後の問題点が明らかになってきた。

A. 研究目的

近年は「少子高齢化に伴う生産年齢人口の減少」「治療や育児や介護と仕事の両立など、働く人のニーズや価値観の多様化」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. 両立支援を実際の医療機関で広めるため、神奈川県がん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の締結を図った。
2. 神奈川両立支援モデル（4大学）の推進
3. 両立支援コーディネーターのための事例検討会・交流会の開催
4. 事業主、衛生管理者向けの両立支援に関するセミナーの開催
5. 就業規則規定例集の改訂
6. 事業所等への個別訪問支援
7. 相談事例の検討

#### C. 研究結果

1. 神奈川県がん・疾病対策課の協力を得て、県下全てのがん診療連携拠点/指定病院と神奈川リハビリテーション病院との間で、協定締結が完了した（33医療機関）。

2. 神奈川両立支援モデル（4大学との連携）担当者連絡会議を開催した。

3. 両立支援コーディネーターのための事例検討会・交流会の開催

令和4年10月6日に交流会を実施した（医療従事者向け）。令和5年1月20日に企業労務管理担当者向けの事例検討会を行った。

4. 両立支援に関するセミナー開催

本年度は、下記のセミナーを開催した。

- 6 労働基準監督署の熱中症等講習会（5月～6月）
- 神奈川県タクシー協会横浜支部3ブロック研修会（6月）
- 6月16日第一生命保険（株）主催治療と仕事の両立支援セミナー
- 8月21日キャリアコンサルタント研修会
- 8月刊行「情報誌 BRIDGE 2022vol.3」取材による搭載
- 10月7日横浜冷蔵倉庫協議会
- 10月18日 働く人が知っておきたい薬のセミナー
- 10月19日 神奈川県産業資源循環協会安全大会
- 11月7日 産業保健フォーラム
- 12月8日医療機関向け研修会
- 12月10日 神奈川県社会保険労務士会治療と仕事の両立支援部会研修会
- 12月15日 「がん治療しながら働く社員のために」事業者向けセミナー

5. 就業規則規程例集改訂

当センターオリジナルの「治療と仕事の両立支援のための就業規則規程例集」の改訂作業が完了した。この就業規則規定例集は、企業が労働者の柔軟な働き方を推進し、両立支援を推進する手助けとなることが期待される。当センターホームページよりダウンロード可能である。

6. 事業所への戸別訪問支援

事業所への個別訪問支援は18件。端緒は横浜市健康経営認証の専門職派遣によ

るもののほか、神奈川県トラック協会の健康相談を通じたものなど事業所からの要請によるものも多くなってきた。支援の内容としては、両立支援に関する助言、情報提供(ガイドラインの周知、支援機関の案内や産業保健総合支援センターの支援内容の説明など)がほとんどである。個別調整支援は、1 事案で 4 回実施した。

#### 7. 相談対応

今年度のセンターに直接持ち込まれる相談件数は 84 件であった。そのうち 32 件が出張相談窓口からであった(図 1)。相談者の属性は、労働者(患者)が 44%、事業主・労務管理担当者が 35%、産業保健スタッフが 6%であった(図 1)。相談・支援対象事業場の規模は、50 人未満が多かった(図 2)。

相談の内容は、利用可能な支援制度に関する事、治療中の働き方に関する事(両立プラン)、復職に関する事(職場復帰支援プログラム)が多かった(図 3)。

#### D. 考察

厚生労働省は、平成28年2月に事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドラインを作成し、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。

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

との連携を始めた(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、その後神奈川県がん・疾病対策課と協議し、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。今年度で、県下の全がん診療連携拠点病院/指定病院との間で、社労士派遣の協定を結ぶこととなった。このような取組は、当センターの知名度を高め、両立支援の相談件数を増やす効果がみられる。実際に、今年度の当センターへの直接の相談件数 84 件のうち、出張相談窓口からのものが 32 件あった。

相談内容は、例年利用可能な経済的支援制度に関するものが多いが、休職、復職、治療中の働き方、両立支援に関する相談も定着している。

現在相談者は労働者(患者)本人からのものが多い。徐々にではあるが、最近では事業所からの相談や支援の件数も増えてきている。両立支援を進めるには、事業主の理解が不可欠である。事業主、労働者双方の同意がないと、両立支援促進員が事業場を訪問する個別調整支援は始められない。このため、当センターでは労働者と同時に事業主への啓蒙活動も積極的に進めている。上述したように、少しずつその成果が現れてきている。今後さらにこの取組を進めていく予定である。

E. 研究発表  
なし

F. 知的財産権の出願・登録状況  
なし

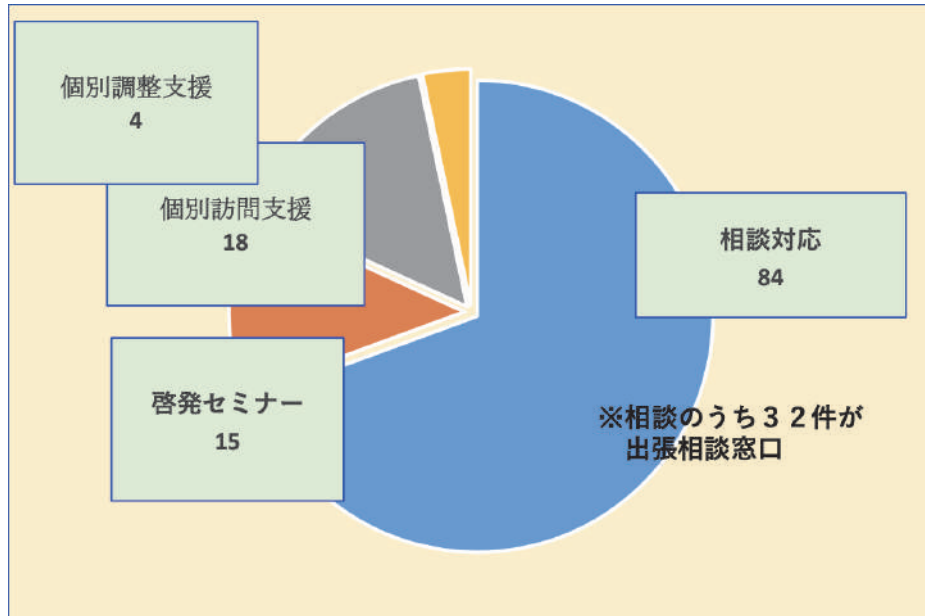


図1 神奈川産業保健総合支援センターの両立支援事業の内訳

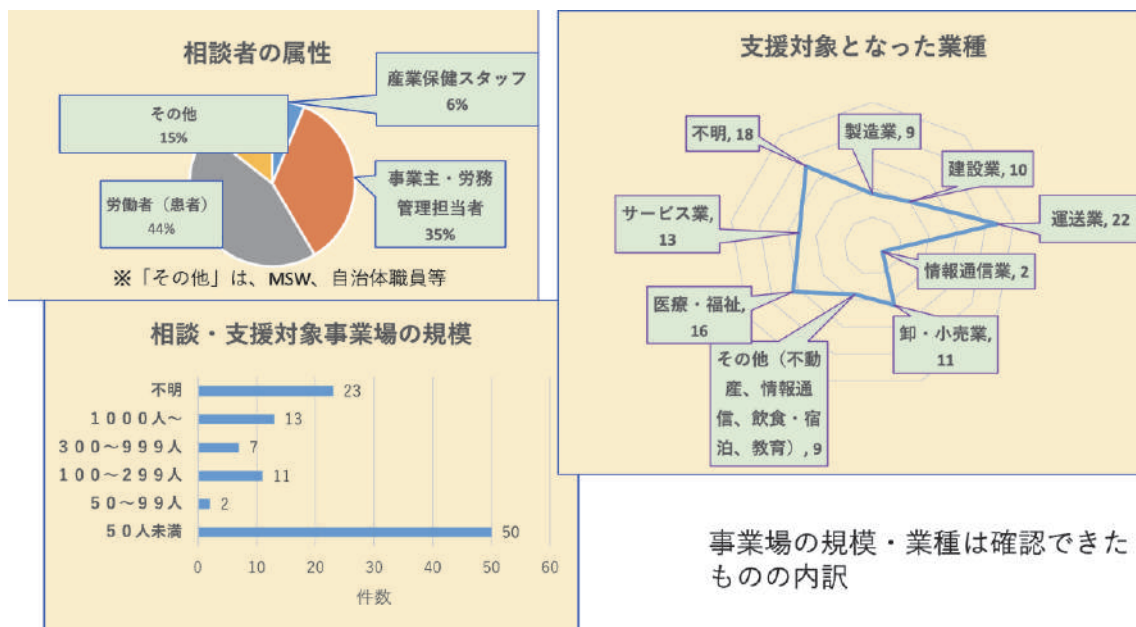


図2 相談・支援の分析



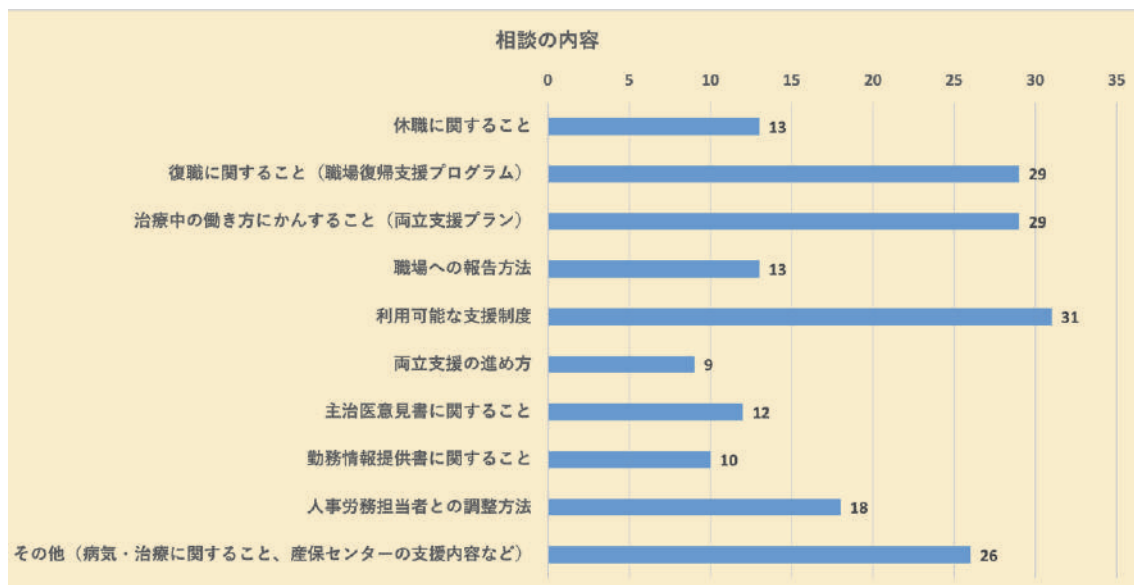


図 3 相談内容

令和4年度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」(200201-1) 分担研究報告書

中小企業における両立支援の促進と協働的風土の構築を目指した  
フォーカスグループインタビューに基づく要因分析と経営者向け広報資材の開発

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 准教授）  
研究協力者 島崎 崇史（東京慈恵会医科大学 環境保健医学講座 助教）  
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】中小企業における両立支援の促進と協働的風土の構築を目指して、今年度は、中小企業経営者に焦点を当て、フォーカスグループインタビューに基づく要因分析と経営者向け広報資材の開発をおこなった。

【方法】産業保健、経営学の専門家・実務家を対象としたグループインタビューによる訴求点の洗い出しを行ったうえで、リーフレットを作成し、中小企業経営者 1,050 人にオンライン質問票調査を実施した。

【結果】リーフレット④（6種類）について、「言葉づかいやイラストが親しみやすい」と感じる者ほど「続きを見たい」と報告した。一方で、提示されたリーフレット④の内容にかかわらず、リーフレット⑤の評価は7群間で同程度であり、「説得力」「抵抗感」得点に有意差は認められなかった。

【結論】中小企業経営者を対象とした協働的風土醸成の経営上のメリットの理解を促す広報資材を普及させることで、労働者からの両立支援の申出のハードルを下げることに寄与し得る可能性が示唆された。

A. 研究目的

著者らの研究から、従業員 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 人未満の企業において、治療と仕事の両立支援（以下、両立支援）制度の認知度が低く、職場内の体制整備が遅れていることが明らかにされた<sup>1,2)</sup>。

一方、労働者自身の支援申出意図が低いことも本制度を有効に機能させるには重要な課題であり<sup>1,2,3)</sup>、昨年度は、労働者にあらかじめ制度概要説明のリーフレットを示すことで支援申出意図が高まるかを調べたが、期待したほどの効果を得られなかった<sup>4)</sup>。労働者の支援申出意図は職場の協調的風土の有無に影響されることから<sup>3,4)</sup>、各職場で良好な風土づくりを進めることが両立支援の推進にも有効であると期待される。

職場の方針を決定するのは経営者であり、

組織風土を規定する要因としても中心的な役割を担うことから、経営者に対するアプローチが不可欠である。そこで、今年度は、中小企業経営者に焦点を当て、フォーカスグループインタビューに基づく要因分析と経営者向け広報資材の開発をおこなった。

B. 研究方法

1. フォーカスグループインタビュー①：  
両立支援の促進に関する検討

中小企業経営者の両立支援に対する態度形成に影響を与える要因の抽出を目的に、Zoom を用いたオンライン上でフォーカスグループインタビューを実施した。対象者は中小企業経営者に対する支援や研究の経験がある専門家 5 名であった。研究協力者 2 名が司会とファシリテーターを務めた。

グループインタビューの内容は、中小企業経営者の両立支援に対する態度、関心の低い中小企業経営者の特徴、制度導入が進まない阻害要因、および効果的だと考えられる情報配信の方法・内容についてであった。

フォーカスグループインタビューは、標準的な方法に従い、挨拶、アイスブレイク、鍵となる用語の定義、質問、成員の論点の確認、および総括という流れで進めた。時間は60分であった。グループインタビューの内容は対象者の同意を得た上で録音した。

得られた音声データから逐語録を作成し、質的研究の手法であるテーマ分析により主題を探索的にまとめた。

## 2. フォーカスグループインタビュー②：協働的風土の構築に関する検討

フォーカスグループインタビュー①と同様の手続きにより協働的風土の構築に影響を与える要因について検討した。グループインタビューの内容は、中小企業において組織風土の改善を意図した取り組みを行うことのメリットあるいは行わないことによるデメリット、組織の不協和につながる中小企業経営者の態度・言動、中小企業経営者が組織風土改善を行うことができない理由、中小企業経営者にとっての自己研鑽の場、および利用可能性の高い情報媒体についてであった。

テーマ分析は、ソーシャルマーケティングの枠組みに基づき、Product（獲得すべきあるいは停止すべき認知・行動）、Price（望ましい行動変容を阻害する要因）、Place（対象者が日頃からよく集まる場所や時間帯）、および Promotion（効果的に情報提供が可能な経路）についてまとめた。

## 3. 経営者向け広報資材の開発

リーフレットはA4版カラー表裏2面として、表面は両立支援の促進と協働的風土の構築に関わるキャッチフレーズを示し、何だろうと関心を持たせるしかけを作り、裏面は良好な風土づくりに取り組む意義を伝え、チェックリストと情報源を盛り込む

ことにした。

キャッチフレーズを作成するにあたり、フォーカスグループインタビュー①、②で明らかになった両立支援の促進と協働的風土の構築に関連する要因から、中小企業経営者への訴求点となりうる6項目（人間観：共感、人間観：厳しさ、労働者観：思い込み、経営観：信頼、組織風土 product：取り組む姿勢、組織風土 product：風通し）を抽出した。これらに対応するキャッチフレーズを研究者3名がそれぞれ持ち寄り、複数回の議論を経てブラッシュアップをおこなった。

完成したキャッチフレーズを専門業者に視覚的にデザインしてもらい、裏面と合わせてリーフレットを完成させた。

リーフレット6種類について、中小企業経営者1,050人に対するオンライン質問票調査を実施し、以下の項目について回答を求めた。

- ・リーフレット④（⑤への導入となるキャッチコピーとイラスト）への評価
- ・リーフレット⑤（協働的風土醸成のメリット）への評価：「説得力」「抵抗感」
- ・経営者自身および会社の情報
- ・その他（社員満足度の重視度、事業継続年数、年商、経営状況、基本属性）

（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（34-263(11415)）。

## C. 研究結果

### 1. フォーカスグループインタビュー①：両立支援の促進に関する検討

テーマ分析の結果、中小企業経営者の両立支援に対する態度形成に影響を及ぼす要因について113のコードが抽出された。これらのコードは7つのテーマと29のサブテーマに集約された。

中小企業経営者個人に関連するテーマとして、①過去の経験（サブテーマ：自身の就労者としての経験、職場での疾病に起因する問題、家庭内の既往症・罹患歴）、②人間

観（サブテーマ：健康に対する意識、多様性の理解、他者の健康に対する気づき、人間的成長に対する態度）、③労働者観（サブテーマ：疾患を持つ労働者に対する認識、労働者へのワークエンゲイジメント観、就労者へのスティグマ）、および④経営観（サブテーマ：両立支援に対する印象、労働者の健康の重視度、労働災害に対する態度、雇用に対する態度、経済的利益に対する態度、ダイバーシティ経営への態度、労働条件に対する認識、時代への適応、労働者の生活・人生への配慮）が抽出された。

環境要因としては、⑤社会環境要因（サブテーマ：両立支援に関する法律と制度、国際情勢、経済・物価情勢、感染症の状況）が抽出された。

また、これら中小企業経営者の両立支援に対する態度は、⑥組織風土（サブテーマ：コミュニケーション状況、成果・成績に対する雰囲気、健康に対する意識）にも影響を及ぼすと考えられた。

テーマ①～⑥の関係性を図1にまとめた。この知見から、中小企業経営者の両立支援に対する態度は、個人の経験や環境により形成され、職場風土にまで影響を及ぼしている可能性が示唆された。中小企業経営者に対して両立支援を推奨する際には、単にガイドラインや導入方法を示すだけでは不十分であり、働く人の健康・生命を重視する人間観・労働者観・経営観にはたらきかけるような介入が必要であると考えられた。

## 2. フォーカスグループインタビュー②：

### 協働的風土の構築に関する検討

テーマ分析の結果、協働的風土の構築に貢献する中小企業経営者の態度・行動、中小企業経営者を取り巻く環境、および効果的な情報配信の方法について77のコードが抽出された。これらのコードは12のサブテーマに集約された。サブテーマはソーシャルマーケティングの4つのテーマに大別された。

Productについては、獲得すべきあるいは停止すべき認知・行動ともに経営者個人の

資質、および組織経営の姿勢というサブテーマが抽出された。Priceについては、経営者を取り巻く社内環境、社会経済状況、および経営者の個人要因というサブテーマが抽出された。Placeについては、固定メンバーの会合、および非固定メンバーの会合というサブテーマが抽出された。Promotionについては、アプローチの経路、伝える内容、および手法というサブテーマが抽出された。

フォーカスグループインタビューにより、中小企業経営者に対して組織風土改善に関する情報配信を行う際に留意すべき要素が抽出された。これらの要素を考慮した上で、の情報配信は、中小企業経営者の組織風土改善に対する望ましい認知・態度・行動変容を促し、両立支援の導入に対しても好影響が期待できる。

## 3. 経営者向け広報資材の開発

フォーカスグループインタビュー①②に基づき、完成したキャッチフレーズ6種類は以下のとおりである。

### 【人間観：共感】

共感 理解者がいるだけで救われる心がある

### 【人間観：厳しさ】

厳しさだけが人を育てるわけじゃない

### 【労働者観：思い込み】

社員と話せば会社のリアルが見えてくる

### 【経営観：信頼】

頼れる部下がまさかの休職・・・どうなる、ウチの会社！？

### 【組織風土 product：取り組む姿勢】

お金も時間もない・・・でも、今すぐできることがあります

### 【組織風土 product：風通し】

One for All, All for One ひとりはおみんなのために、みんなはひとりのために

これらのキャッチフレーズを盛り込んだリーフレットの表面（6種類）と裏面（1種類）を別紙（1）、（2）に示した。

中小企業の経営者にオンライン質問票調



査を実施した結果、リーフレット④(6種類)について、「言葉づかいやイラストが親しみやすい」と感じる者ほど「続きを見たい」と報告した。

一方で、「どのリーフレット④を見たか(見ていないか)」の7群間でリーフレット④の評価は同程度であり、「説得力」「抵抗感」得点に有意差は認められなかった。経営者自身および会社の属性別でも、一部の属性(従業員規模、社員重視度)を除き、「説得力」「抵抗感」得点に有意差は見られなかった。

#### D. 考察

グループインタビューの結果から、経営者の過去の経験を土台として経営者の人間観を含めた健康関連の認知・態度が形成され、国の制度や経済状況などの外的要因および事業所の状況などの影響も受けつつ、協働的風土を含む組織風土につながるというプロセスが示唆された。

グループインタビューに基づき作成した広報資材について、中小企業経営者にオンライン質問票調査を実施した結果、リーフレット④(6種類)について、「言葉づかいやイラストが親しみやすい」と感じる者ほど「続きを見たい」と報告した。(考察へ)リーフレット④はリーフレット④(協働的風土醸成のメリット)への導入役を果たせる可能性が示唆された。

一方で、「どのリーフレット④を見たか(見ていないか)」の7群間でリーフレット④の評価は同程度であり、「説得力」「抵抗感」得点に有意差は認められなかった。経営者自身および会社の属性別でも、一部の属性(従業員規模、社員重視度)を除き、「説得力」「抵抗感」得点に有意差は見られなかった。(考察に)社員満足度を重視する経営者にはより好意的に受け取られており、妥当な内容であることが示唆された。

本研究で作成した広報資材は、中小企業で協働的風土醸成の経営上のメリットを経営者に理解してもらうことで、労働者からの援助希求行動(すなわち、両立支援の申

出)のハードルを下げることに寄与し得る可能性があることが示唆された。

#### E. 結論

中小企業経営者を対象とした協働的風土醸成の経営上のメリットの理解を促す広報資材を普及させることで、労働者からの両立支援の申出のハードルを下げることに寄与し得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) 山内貴史, 須賀万智, 柳澤裕之. 中小企業における就業配慮を要する状況下での治療と仕事の両立支援を促進し得る要因: 協働的風土ならびに被援助に対する態度に着目して. 産業衛生学雑誌 2022;64:68-80.
- 4) 山内貴史, 島崎崇史, 須賀万智, 柳澤裕之. 中小企業労働者への両立支援の情報提供による申出意図の変化: 協働的風土に注目して. 産業衛生学雑誌 (印刷中)

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

- 1) 山内貴史, 須賀万智, 柳澤裕之. 中小企業における就業配慮を要する状況下での治療と仕事の両立支援を促進し得る要因: 協働的風土ならびに被援助に対する態度に着目して. 産業衛生学雑誌 2022;64:68-80.

- 2) 山内貴史，島崎崇史，須賀万智，柳澤裕之．中小企業労働者への両立支援の情報提供による申出意図の変化：協働的風土に注目して．産業衛生学雑誌（印刷中）

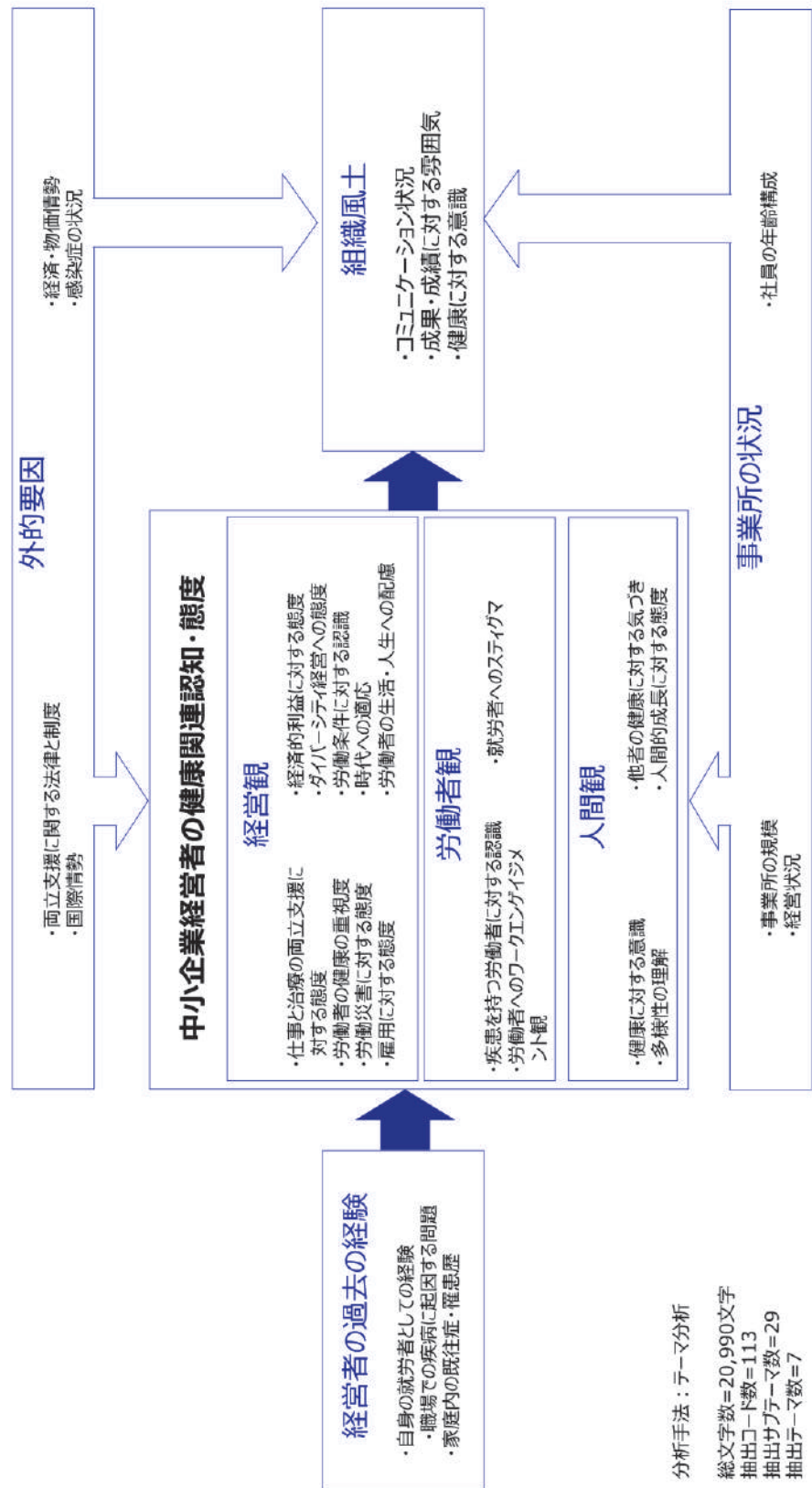
2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

図1 中小企業経営者の両立支援に対する態度形成に影響を及ぼす要因



別紙 (1)：リーフレットの表面 (6 種類)





## 働きやすい職場ならコロナも不況も怖くない

誰もが働きやすい職場になると、  
**こんなメリットがあります**

- 生産性向上: 社員の勤務意欲が高まる
- 世間からの評価: 知名度アップ 社員や株主にも好影響
- 採用活動に有利: 優秀な人材が集まる
- 取引先との関係強化: 優良企業と評価される
- 就労継続の促進: 社員が長く働き続ける
- 離職率低下: 社員の愛社精神が強まる

あなたの会社の働きやすさは？  
いくつ当てはまるかチェックしてみましょう

|                                               |
|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 困っている社員を応援する         |
| <input type="checkbox"/> 社員同士が助け合う職場である       |
| <input type="checkbox"/> 社員が悩みを率直に話せる         |
| <input type="checkbox"/> 協力してより良い業務を目指している    |
| <input type="checkbox"/> 一人ひとりの意欲や個性が大切にされている |
| <input type="checkbox"/> 目標について意見交換が良くなされている  |
| <input type="checkbox"/> 多様な意見を受け入れて議論できる     |
| <input type="checkbox"/> 仕事について真剣に話し合える       |
| <input type="checkbox"/> 社員が考えや意見を主張しやすい      |

山内ほか: 産業衛生学雑誌 2022より改変

働きやすい職場になると、  
**育児・介護・治療と仕事の両立も進みます**

| 働きやすい職場風土 (チェックリストの該当項目) | 困り事の相談しやすさ |
|--------------------------|------------|
| 少ない                      | 1.0        |
| 多い                       | 1.5        |
| 多い                       | 1.4        |
| 多い                       | 2.3        |

働きやすい組織風土では  
両立しやすさも**2.3倍**

中小企業勤務の労働者586人を対象とした調査結果。業種、経営状況、産業医や相談窓口の有無、社内の勤務・休暇制度の相違などの影響を調整。(山内ほか: 産業衛生学雑誌 2022)

**治療と仕事の  
両立支援**

**治療と仕事の両立に関する情報はこちら**

この資料は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」(代表: 江口 尚 (産業医科大学)) により製作しました。

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4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リハビリテーション医学 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4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5名の両立支援コーディネーター認定者を養成し、計7名のコーディネーター体制を構築した。さらに当院分院においても2021年度に東横病院、2022年度には横浜市西部病院にも同様の「両立支援外来」を新設し、分院での体制を構築した。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明に増加し、好事例を創出することが継続的に出来るようになった。本報告書では当院の両立支援活動における近況および両立支援の新たな取組みによる好事例を3例報告する。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て参りたい。

## 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。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、指定難病が、2022年度からは心疾患、糖尿病及び若年性認知症が算定可能となり、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。（令和2～4年度総括研究報告書を参照されたい）。

## B. 当院のこれまでの取り組みの課題

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1.8%）（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1）（図2）。

## C. 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」を本院に新設した（図3）。

具体的には、両立支援外来を毎週水曜日（午後2時から）に本院から開設し、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（2022年12月末時点4名）、両立支援コーディネーター認定者7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3）。

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 4）。

興味深いことに、両立支援専門外来開設後、当院における両立支援（就労）に関する相談件数は 2020 年度 **84 件**、2021 年度 **182 件**、2022 年 4 月～2022 年 9 月末までの半年ではあるが、すでに **80 件**（図 1）と、2019 年度までと比較して両立支援相談件数は著明に増加し、当院における療養・就労両立支援指導料算定件数も、**2020 年度 7 件（算定割合 8.3%）、2021 年度 6 件（算定割合 3.3%）、2021 年度も 2021 年 9 月末時点ですでに 8 件（算定割合 10.0%）**と顕著な増加を認め（図 2）、算定対象の内訳は、①パーキンソン病（若年性含む）②重症筋無力症③キャッスルマン病④多発性硬化症⑤シャルコー・マリー・トゥース病⑥ミトコンドリア病などの様々な指定難病や、⑦脳梗塞・⑧脳出血などの脳卒中、⑨悪性リンパ腫⑩大腸がん⑪胃がん⑫腎がん⑬糖尿病性神経障害などの代表的ながんと幅広い疾患領域から算定している（図 2）。

これらの結果を受け、さらに、2021 年 5 月からは脳卒中を対象として聖マリアンナ医科大学東横病院で、2022 年 5 月からは脳卒中と全ての指定難病を対象として横浜市西部病院（分院）での両立支援外来を開設した（図 3）。東横分院においては、①脳神経・脳卒中センターに緊急で入院した患者さん全員に MSW がアウトリーチで介入し、社会保障の説明とともに、就労支援の必要性のスクリーニングを行う。②回復期リハビリテーション病院から東横分院に再度転院された初回外来時に、MSW が面接を

行い、就労状況について個別確認し、対象患者を両立支援外来につなげる③両立支援外来担当医師とは「情報共有シート」（図 5）を用いて連携している等によって MSW からアウトリーチし、就労支援が必要な患者さんに支援がいきわたるように配慮する取組を行っている。また、横浜市西部病院においては、脳卒中や指定難病といった脳神経領域のみならず、全対象疾患における両立支援外来相談を他科の医師からコンサルトを受けている状況にあり、院内全体の両立支援活動を先導している。

#### D. 両立支援外来症例の個別事例の増加

これらの両院の取組から、当院本院で 2020 年 8 月に開設した両立支援外来では、2022 年 9 月末時点まで（約 26 ヶ月間）で、**計 20 名（27 件）**の患者が活用した（表 1）。それら患者の、初診時年齢・性別・疾患名・職業・算定回数に関するリストを示す（表 1）。この両立支援外来受診患者 **27 件の内件全例**で療養・就労両立支援指導料を算定している（表 1）。さらに、2021 年 5 月から新設した東横分院においては、2022 年 9 月末時点まで（約 17 ヶ月間）ではあるものの、計 22 名（26 件）の患者が外来を活用し **26 件の内 23 件**で療養・就労両立支援指導料を算定している（表 2）。さらに、横浜市西部病院でも 2022 年 9 月末時点まで（約 5 ヶ月間）ではあるものの、両立支援外来受診患者 12 名（13 件）の内、4 件で療養・就労両立支援指導料を算定している（表 3）。その結果、当院全体の両立支援外来患者を合計すると計 54 名（66 件）の外来通院患者のうち 54 件の算定につながっている（表



1, 2, 3)。さらに、下記に述べるような好事例が抽出されてきた。

#### E. 両立支援外来症例の個別好事例

今回、両立支援外来を介した好事例を抽出したので当院における両立支援事例を3件報告する。

#### ○学校図書館で働く脳出血患者の両立支援事例1:

50 歳代女性。学校図書館で司書（非常勤）として勤務中。勤務終了後突然の発話障害、右上下肢麻痺にて救急搬送。入院後麻痺は完全に回復したが、運動性失語（発話が困難）、易疲労性が残存し、退院後の職場復帰について入院中に主治医に相談した。主治医より両立支援制度についての説明があり、職場に勤務情報提供書を作成してもらうように指示された。その後リハビリテーション病院を経由して自宅に退院し、退院後はリハビリテーション病院での通院リハビリテーションを継続しつつ、職場復帰について勤務情報提供書を持参のうえ、発症約2か月後に両立支援外来を受診した。

職場からの勤務情報提供書より発症前は週4日、9:00-16:00の勤務で休憩は1時間、仕事内容として、本の貸し出し、図書室の整理、本の読み聞かせ、図書便り（本の紹介）の作成を行っていた。通勤時間は公共交通機関を利用して50分程度、利用可能な制度として時間単位での年次有給休暇の取得、短時間勤務制度が挙げられていた。

女性は血圧治療のための投薬と運動性失語のリハビリテーションのため、それぞれ別

の病院に2週間～1か月毎に通院が必要であること、言語障害が残存していることから読み聞かせはまだ難しいこと、易疲労性のため復帰直後からフルタイムでの勤務や週4日の通勤は不安であることを話した。

両立支援外来主治医は勤務情報提供書と本人の話に基づき、①本の貸し出し、図書室の整理、書類の作成は可能だが、読み聞かせはまだ困難であること、②易疲労性のため通勤が負担になっていることから、リモートワークを取り入れていただき、通勤頻度を抑えていただきたいことを初回意見書として提出した。

本人は短時間勤務制度、リモートワークを利用することを条件に初回意見書提出後2週間で職場復帰を果たした。その後も外来リハビリテーション、投薬治療を継続しながら仕事を継続し、発症後約6か月で本の読み聞かせも再開し、リモートワークは終了となり、フルタイムでの勤務を継続している。本例のように当初職場から利用可能な制度としてリモートワークは挙げられていなかったが、本人・主治医の意見をくみ取っていただき、新たに制度を活用できるような柔軟な対応が職場復帰、就労継続を促進するうえで期待されると思われた。

#### ○脳卒中による高次脳機能障害を抱える患者の両立支援事例2:

症例は40歳代男性。企業で事務職として働いている。某日、会社へ出勤する際に会社までの通勤経路が急にわからなくなったため、妻に連れられ当院を受診した。検査では右後頭葉皮質下出血をみとめた。症状は

「熟知している場所がわからず道に迷う」「新しい道が覚えられない」といったエピソードに代表される「地誌的失認」と判断した。急性期脳出血に関しては、良好な経過をたどり日常生活も自立したため、2週間で自宅退院となったが、地誌的失認は残存していた。そのため、復職に際しては脳卒中専門医が担当する両立支援外来を介入させることとした。

自宅療養では日常生活が問題なく送れたため、復職のため産業医面談が行われた。面談では、会話、生活動作ともに全く問題がなかったため「残業なしでの復職」が検討された。初回の両立支援外来では、業務に関しては問題がないものの、公共交通機関を利用した通勤は難しいと判断した。地誌的失認を理由として、休職期間を延長させることは本人・会社にとって不利益であり、在宅勤務中心での復職を意見書にて提言した。さらに在宅勤務であれば、多少の残業も許容できる状態であることも伝えた。会社側の理解は良好であり、制限を緩和できる段階となった際は、再度意見書を発行してほしいという希望があった。

患者は、この措置期間（1か月間）のあいだに妻と一緒に通勤の訓練を繰り返し、自宅から会社までの経路は独りで通勤できるようになった。2回目の両立支援外来では、新しい道を覚えることは苦手ではあったが、通勤に関しては問題なく可能になったことを確認し、在宅勤務の制限を解除することを提言した。その後1か月間、残業制限下で出勤勤務を行った。3回目の両立支援外来では、地誌的失認はほぼ軽快して

おり、就労も問題なくできていることを確認し、残業制限を解除することを提言した。

脳卒中による高次脳機能障害は、症状が人から見えにくく、理解が得られにくい。失語、失算、失書、半側空間無視、失行など症例ごとに症状は多彩であるが、支障は特定の業務に限定されていることも多く、少しの配慮で就労が可能となる場合がある。また、患者に生じている不調を、的確に会社側に伝えることで、会社側も対応がしやすくなる。脳卒中後遺症患者の両立支援外来では、これらの点を重視して介入することで、その意義が高まると考える。

### ○来院と会社の上司に勤務情報提供書をお渡しした両立支援窓口でのMSWの工夫が早期復職につながったパーキンソン病患者の両立支援事例3:

症例は40歳代男性。職業は大手バス会社の運転手。X年6月に休職中の患者本人がバス会社の上司と一緒に治療と就労について相談目的に初回来院。その際、予め復職を想定した案内などを両立支援担当医療ソーシャルワーカー（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（X年8月）の予定を立てた。

X年8月両立支援外来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X年12

月に復職した。さらに、同月の両立支援外来再診にて復職後の状態を両立支援外来担当医師が確認、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、#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#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#3 奥さん（就労あり）・長女・次女と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の患者の不安を速やかに把握した。

その後、#1 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。

#2 と #3 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、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行い家族へのサポート環境調整を行った。これらの MSW や医師等の地道な両立支援チーム活動が、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につながり、実際に X 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。患者さん本人が会社上司に病状と復職について事前相談し、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工夫が、好事例につながったと考えられた。

## F. 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、ならびに両立支援好事例 3 例を報告した。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、令和４年度分担研究報告書に記載した好事例等を今後

も増やしていけるように努めたい。



(図1) 両立支援に関する医療相談件数 (2018—2022 年度 本院)

# 当院（本院）における両立支援に関する医療相談件数

## ● 相談全件数

|        | 4月～3月 (件) | 月あたり (件) |
|--------|-----------|----------|
| 2022年度 | 80※       | 13.3※    |
| 2021年度 | 182       | 15.2     |
| 2020年度 | 84        | 7.0      |
| 2019年度 | 57        | 4.8      |
| 2018年度 | 51        | 4.3      |

※: 4月～9月

昨年度と同様に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<br>センター (MSC) | がん相談支援<br>センター | 計 (件) |
|--------|-------------------------|----------------|-------|
| 2022年度 | 49※                     | 31※            | 80※   |
| 2021年度 | 99                      | 83             | 182   |
| 2020年度 | 46                      | 38             | 84    |
| 2019年度 | 24                      | 33             | 57    |
| 2018年度 | 27                      | 24             | 51    |

### 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<br>(%) |
|--------|-----|------|-------|----------------|
| 2022年度 | 35※ | 45※  | 80※   | 56.3%※         |
| 2021年度 | 103 | 79   | 182   | 43.4%          |
| 2020年度 | 45  | 39   | 84    | 46.4%          |
| 2019年度 | 37  | 20   | 57    | 35.1%          |
| 2018年度 | 28  | 23   | 51    | 45.1%          |

がん以外での割合がやや増加傾向である。

### ③ 疾病別内訳 (算定対象・それ以外)

|        | がん  | 難病  | 脳卒中 | 慢性肝疾患 | それ以外 | 計   |
|--------|-----|-----|-----|-------|------|-----|
| 2022年度 | 35※ | 10※ | 9※  | 0※    | 26※  | 80※ |
| 2021年度 | 103 | 11  | 10  | 1     | 57   | 182 |
| 2020年度 | 45  | 10  | 6   | 2     | 16   | 84  |
| 2019年度 | 37  | 9   | 0   | 0     | 11   | 57  |
| 2018年度 | 28  | 9   | 5   | 0     | 9    | 51  |

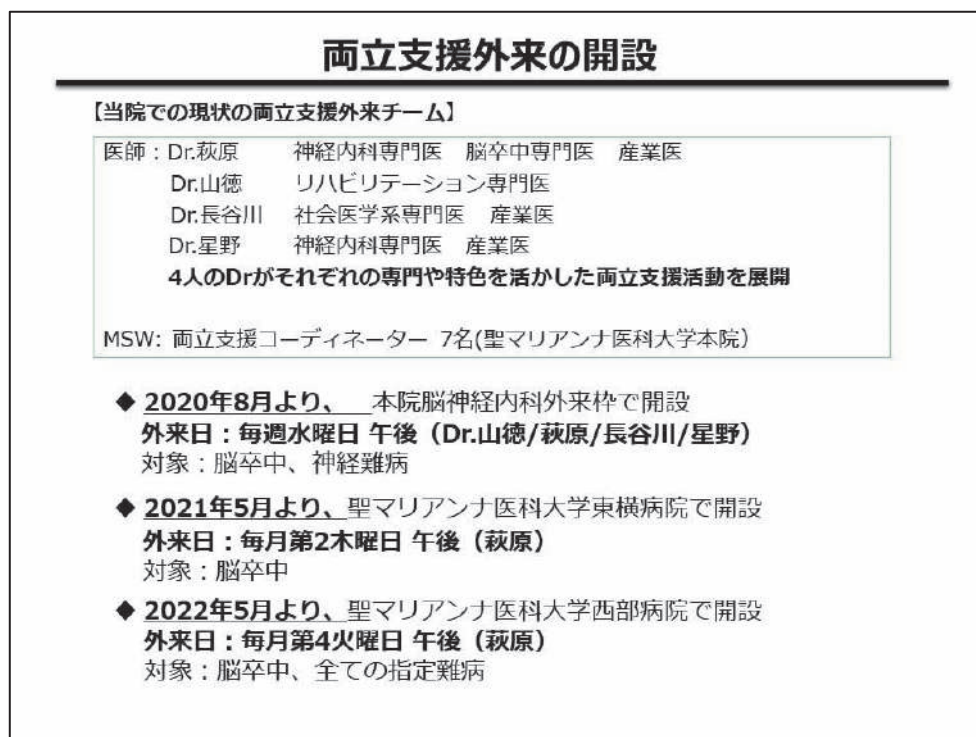
両立支援相談件数はがん患者のみならず、がん以外でも増加している傾向である。

特に、2022年度の本院では《難病》《脳卒中》患者さんの相談が増加している。

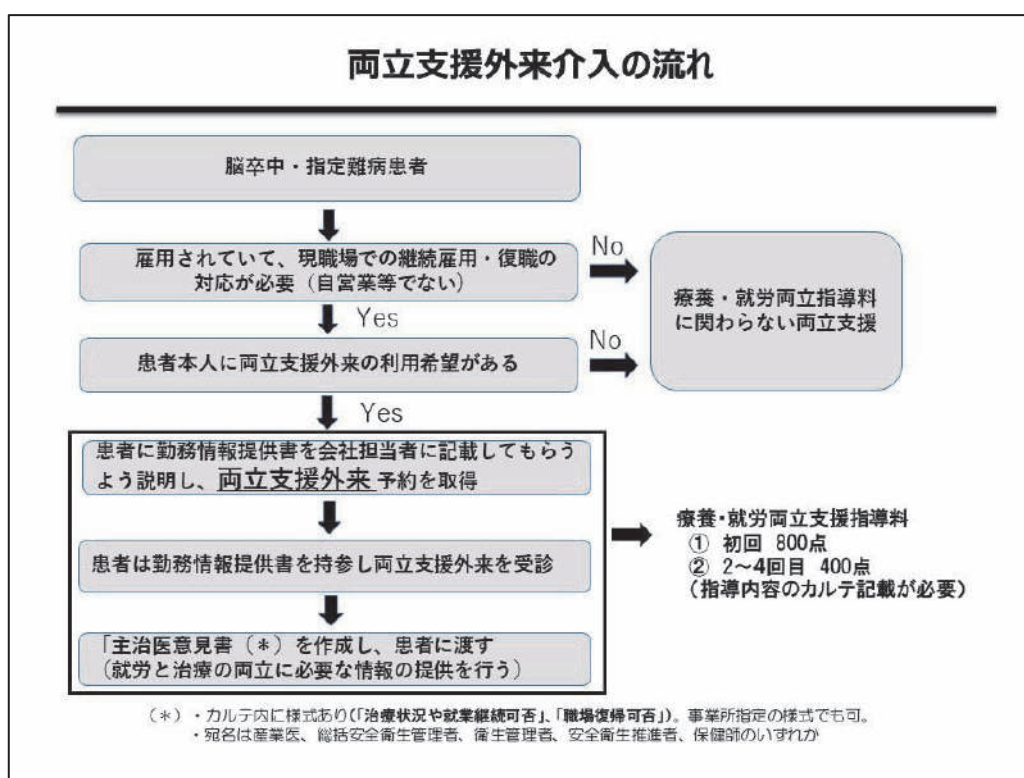
(図2) 療養・就労両立支援指導料算定件数と内訳 (2018—2022 年度 本院)

| 当院（本院）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 24 件                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 該当件数 (件) | 算定割合 (%)    |
| 2022年度※                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 8        | 10% (80件)   |
| 2021年度                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 6        | 3.3% (182件) |
| 2020年度                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 7        | 8.3% (84件)  |
| 2019年度                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 1        | 1.8% (57件)  |
| 2018年度                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 2        | 3.9% (51件)  |
| ※: 4月～9月                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |          |             |
| (内訳:)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |          |             |
| ○メディカルサポートセンター 20件 (脳神経内科・血液内科) …男性16例 女性4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)<br>④ 60代 脳卒中 (脳出血) ⑤ 50代 脳梗塞 ⑥ 40代 重症筋無力症<br>⑦ 50代 キャッスルマン病 (難病) ⑧ 50代 脳梗塞 ⑨ 50代 多発性硬化症<br>⑩ 60代 脳梗塞 ⑪ 50代 脳梗塞 ⑫ 50代 パーキンソン病<br>⑬ 50代 シャルコー・マリー・トウス病 (難病) ⑭ 50代 糖尿病/糖尿病性神経障害<br>⑮ 60代 パーキンソン病 ⑯ 40代 脳梗塞 (椎骨動脈解離) ⑰ 40代ミトコンドリア病 (MELAS)<br>⑱ 50代 パーキンソン病 ⑲ 40代 脳梗塞 (奇異性) ⑳ 50代 右被殻出血 |          |             |
| ○がん相談支援センター 4件 (腫瘍内科・泌尿器科) …消化器がん・腎がん 男性4例                                                                                                                                                                                                                                                                                         |          |             |
| ① 50代 大腸がん ② 40代 胃がん ③ 30代 胃がん ④ 60代 腎盂がん<br>(⑤ 40代 直腸がん 11月現在算定中)                                                                                                                                                                                                                                                                 |          |             |
| 2022年度の対象疾病では新たにミトコンドリア病患者さんを対象に算定件数が新たに発生するなど算定割合は増加中である。                                                                                                                                                                                                                                                                         |          |             |

(図3) 聖マリアンナ医科大学病院（分院を含む）両立支援外来の新設



(図4) 当院本院における両立支援外来フロー



(図5) 情報共有シート (2021 年度 東横分院)

|                              |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |      |                         |
|------------------------------|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------|-------------------------|
| 記載日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |      |                         |
| 両立支援外来情報共有シート                |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |      |                         |
| ID                           |                | 患者氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | 年齢   | 歳                       |
| 診療科                          |                | 担当医師                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | 担当SW |                         |
| 身体状況                         | 病名             |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | 発症日  | _____ 年 _____ 月 _____ 日 |
|                              | 主な症状<br>治療内容   |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |      |                         |
| 就労基本情報                       | 職種             |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |      |                         |
|                              | 雇用形態           | <input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 契約社員(有機労働契約) <input type="checkbox"/> 嘱託社員 <input type="checkbox"/> パートタイム<br><input type="checkbox"/> 出向社員 <input type="checkbox"/> 派遣労働者 <input type="checkbox"/> 臨時的雇用者 <input type="checkbox"/> その他(                      ) |  |      |                         |
|                              |                | _____ 時 _____ 分 ~ _____ 時 _____ 分(休憩 _____ )                                                                                                                                                                                                                                          |  |      |                         |
|                              |                | 週 _____ 日勤務/週休 _____ 日                                                                                                                                                                                                                                                                |  |      |                         |
|                              |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |      |                         |
|                              | 通勤関係           | <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> その他(                      )<br>所要時間(                      )                                                                                |  |      |                         |
| 業務内容                         |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |      |                         |
| 医師への相談事項                     |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |      |                         |
| 復職支援体制                       | 産業医配置          | <input type="checkbox"/> 専属配置 <input type="checkbox"/> 嘱託配置 <input type="checkbox"/> なし                                                                                                                                                                                               |  |      |                         |
|                              | 職場復帰支援プログラムの設置 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明                                                                                                                                                                                                   |  |      |                         |
|                              | 復職相談窓口         | <input type="checkbox"/> 上司 <input type="checkbox"/> 専門窓口 <input type="checkbox"/> その他(                      )                                                                                                                                                                        |  |      |                         |
| 特記事項                         |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |      |                         |

聖マリアンナ医科大学東横病院  
ソーシャルワーカー

(表1) 両立支援外来患者リスト (2020-2022 年度 本院)

| No. | 初診時年齢 | 性別 | 疾患名               | 職業       | 算定回数 |
|-----|-------|----|-------------------|----------|------|
| 1   | 40代   | M  | 若年性パーキンソン病        | バス運転手    | 3    |
| 2   | 60代   | M  | 脳出血後遺症            | 会社員      | 1    |
| 3   | 50代   | F  | 被殻出血後遺症           | 図書館司書    | 1    |
| 4   | 50代   | M  | キャッスルマン病          | 建築現場監督   | 1    |
| 5   | 50代   | M  | 脳梗塞(ワレンベルグ症候群)    | 企業管理職    | 2    |
| 6   | 40代   | M  | 重症筋無力症            | 会社員      | 2    |
| 7   | 50代   | M  | 脳梗塞               | 会社員      | 1    |
| 8   | 50代   | M  | 多発性硬化症            | 会社員      | 1    |
| 9   | 60代   | M  | 脳梗塞               | 会社員      | 1    |
| 10  | 50代   | M  | 脳梗塞               | 会社員(管理職) | 1    |
| 11  | 50代   | M  | パーキンソン病           | 会社員      | 4    |
| 12  | 50代   | F  | シャルコー・マリー・トゥース病   | 会社員      | 1    |
| 13  | 50代   | M  | 糖尿病/糖尿病性神経障害      | 会社員      | 1    |
| 14  | 60代   | M  | パーキンソン病           | 警備員      | 1    |
| 15  | 40代   | M  | 脳梗塞(椎骨動脈解離)       | 料理長      | 1    |
| 16  | 40代   | F  | MELAS(ミトコンドリア脳筋症) | 会社員      | 1    |
| 17  | 50代   | M  | パーキンソン病           | 農協関連社員   | 1    |
| 18  | 40代   | M  | 脳梗塞(奇異性)          | バス運転手    | 1    |
| 19  | 50代   | F  | 脳出血               | 大学職員     | 1    |
| 20  | 30代   | M  | 脳梗塞(椎骨動脈解離)       | 会社員(技術職) | 1    |

(表2) 両立支援外来患者リスト (2021-2022 年度 東横分院)

| No. | 初診時年齢 | 性別 | 疾患名    | 職業      | 算定回数    |
|-----|-------|----|--------|---------|---------|
| 1   | 40代   | M  | 脳梗塞    | 会社員     | 2       |
| 2   | 50代   | M  | くも膜下出血 | 会社員     | 2       |
| 3   | 50代   | M  | 脳梗塞    | 会社員     | 2       |
| 4   | 50代   | M  | 脳梗塞    | 会社員     | 1       |
| 5   | 50代   | F  | 椎骨動脈解離 | 会社員     | なし(診断書) |
| 6   | 40代   | M  | 小脳梗塞   | 会社員     | 1       |
| 7   | 40代   | F  | 脳梗塞    | 会社員     | なし(診断書) |
| 8   | 50代   | F  | 脳梗塞    | 会社員     | 1       |
| 9   | 50代   | F  | 脳皮質下出血 | 会社員     | 1       |
| 10  | 50代   | M  | 脳梗塞    | 会社員     | 1       |
| 11  | 50代   | M  | 脳梗塞    | 会社員     | 1       |
| 12  | 50代   | M  | 脳出血    | 会社員     | 1       |
| 13  | 50代   | M  | 脳出血    | 会社員     | 1       |
| 14  | 60代   | F  | 脳梗塞    | 会社員     | 1       |
| 15  | 50代   | M  | 脳梗塞    | 運転手     | なし(診断書) |
| 16  | 50代   | M  | 脳出血    | バス運転手   | 1       |
| 17  | 50代   | M  | 脳梗塞    | 会社員     | 1       |
| 18  | 40代   | F  | 脳梗塞    | 教員      | 1       |
| 19  | 50代   | M  | 脳梗塞    | タクシー運転手 | 1       |
| 20  | 50代   | F  | 脳出血    | スーパー勤務  | 2       |
| 21  | 40代   | M  | くも膜下出血 | 郵便局窓口   | 1       |
| 22  | 40代   | M  | 脳梗塞    | 鉄道会社職員  | 1       |



(表 3) 両立支援外来患者リスト (2022 年度 横浜市西部病院)

| No. | 初診時年齢 | 性別 | 疾患名      | 職業      | 算定回数    |
|-----|-------|----|----------|---------|---------|
| 1   | 70代   | M  | パーキンソン病  | 警備員     | なし(診断書) |
| 2   | 30代   | F  | 多発性硬化症   | クリニック受付 | なし      |
| 3   | 50代   | M  | 筋ジストロフィ  | 会社員     | なし      |
| 4   | 50代   | M  | 脳梗塞      | 作業員     | 2       |
| 5   | 30代   | M  | てんかん     | ホテル従業員  | なし      |
| 6   | 60代   | M  | パーキンソン病  | 鉄道会社社員  | なし      |
| 7   | 40代   | F  | 視神経脊髄炎SD | 会社員     | 1       |
| 8   | 50代   | F  | 脳梗塞      | 会社員     | なし      |
| 9   | 50代   | F  | 脳梗塞      | ヘルパー    | なし      |
| 10  | 40代   | F  | 多発性硬化症   | 会社員     | なし      |
| 11  | 70代   | M  | パーキンソン病  | 管理人     | なし      |
| 12  | 60代   | M  | 多系統萎縮症   | 会社員     | 1       |

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。一昨年度、昨年度に引き続き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。昨年度に事業の啓発を目的としたリーフレットを作成したため、これによる両立支援の周知の強化を行った。最終的に症例増加につながったかを検討した。また好事例や、両立支援につな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を継続して行った。

## 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進められている。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に関する診療報酬が新設されたが、当初より横浜市立大学では対象症例を絞ることなく幅広く周知し、希望者には自己負担でも同様の書式を使用して診断書を作成し両立支援につながるように試みている。

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。特に独自のリーフレットを作成しそれを配布することで症例増につながるかを検証した。また2020年度2021年度に引き続き、消化器疾患などの患者の事例からどのような問題点があるかを解析し改善点を検討した。

## B. 研究方法

横浜市立大学附属病院で新たに両立支援についてのリーフレットを作成した。

2022年4月～2023年1月とリーフレット配布を開始した2021年4月～12月までの間に、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について比較し、解析した。解析の項目は下記である。

①性別、②雇用形態、③産業医の有無、④両立支援の相談の紹介元、⑤相談室に訪れた時期(治療との関係)、⑥診断名、⑦就労状況、⑧診断書の有無、について評価した。

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2018年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を作して支援することを開始した。また2021年4月からは新たに作成したリーフレットを配布しその後1年経過したのちの効果を検証した (Fig. 1)。



表面



裏面

Fig. 1: 横浜市立大学附属病院のリーフレット

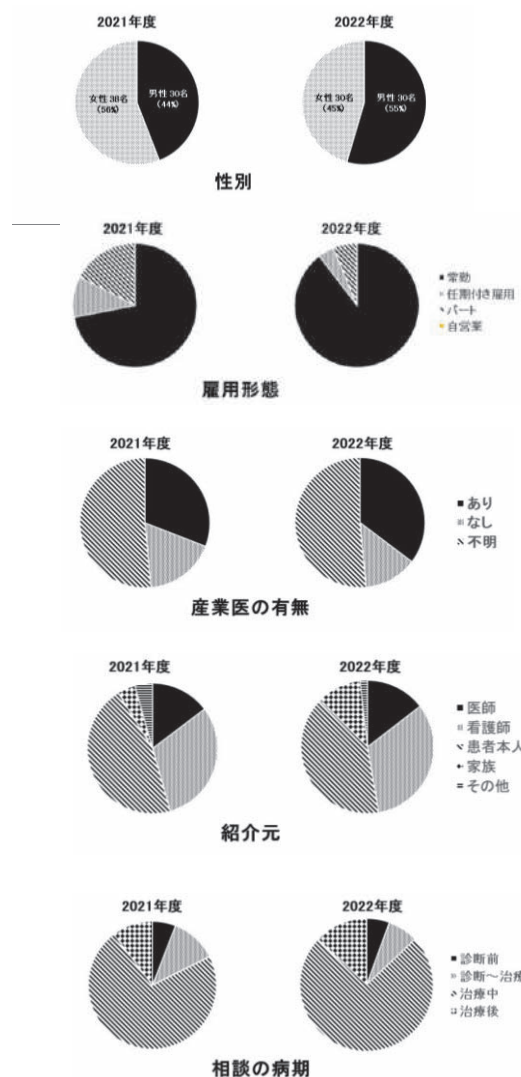
リーフレットは主に以下の4か所と各医師、看護師が個別に配布することで患者への周知を試みた。

- ① 病院2階入院サポート窓口カウンター
- ② 入院サポート面談室6室
- ③ 会計の自動精算機背後のラック
- ④ 病院3階化学療法室

2) リーフレット配布の1年後の効果を検討するため2021年度と2022年度でソーシャルワーカーが介入した事例について状況を比較した。

2021年度: 68件 (平均5.7件/月) - 配布後  
2022年度: 2022年4月～2023年1月: 55件 (平均5.5件/月) - 配布後1年

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2021年度と2022年度を比較して示す (Fig. 2)。



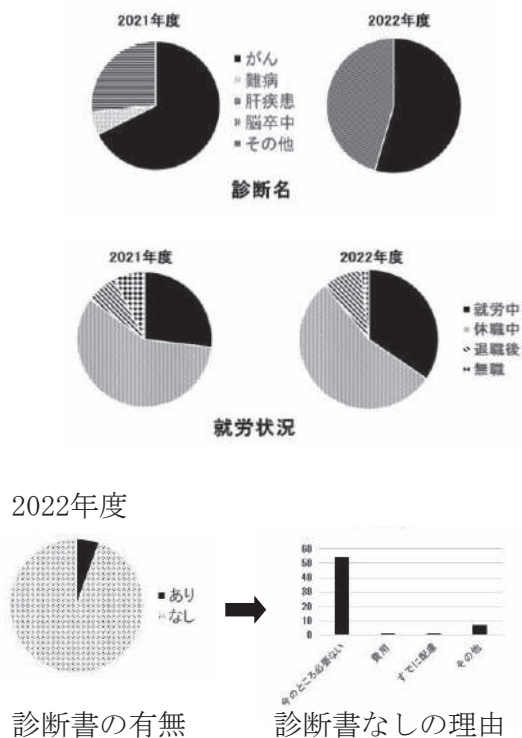


Fig. 2：ソーシャルワーカーが介入した症例の内訳

本解析から、まずリーフレットの配布後は症例の微増のみであった。1年間配布したが大きな増加にはつながっていない。この原因はCOVID19による新患患者の減少などの関与が考えられる。疾患は2020年度のがん患者が41%であったが、2021年度は67%、2022年度は55%と増加している。就労状況では、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であった。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た。ソーシャル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2021年度と同様に2022年度も約半数であった。興味深いことに紹介元は2021年度に比較して2022年度は医師からは同程度であった。

2022年度の相談者で診断書の作成まで至ったのは3症例であった。その理由は相談室に来た段階で問題解決の糸口が見つかり、すぐに診断書が必要ではなくなった

ことが理由であったが、これは2021年度と同様であった。また相談に訪れたのは大半が治療開始後で治療前に相談に訪れたのは13%であり、2021年度より減っていた。

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 以前より肝障害を指摘されており近医に受診していたが健康診断で肝酵素上昇と黄疸の悪化を認め紹介受診され緊急入院となった症例。退院後に自宅療養後、就労開始を希望された。
- ② 患者本人が勤務情報提供書に労働状況などを記載し提出。
- ③ 職場復帰可能であること、残業は不可とし、軽作業が望ましいとした労働内容を記載した主治医意見書を作成。このプランの期間を3カ月としその後の見直しが必要とした(2021年度まで)。

➡2022年度

- ④ 両立支援としての形態は成立したが、産業医からは、その後のプランなどについては報告かった。6カ月以上経過し患者本人に仕事の希望を確認したところ残業など業務制限の解除を希望された。
- ⑤ 再度、勤務情報提供書の提出を指示し、これをもとに新たな主治医意見書を作成。今回の勤務情報提供書には前回はなかった会社名、人事担当者名の記載が認められた。これはこの書類の存在、意味などが会社側に伝わった可能性がある。

## D. 考察

患者が仕事と治療の両立支援を目的にソーシャルワーカーに相談に来た場合、その多くは退職、または休職をしてくている状態は2021年度からは変化していなかった。その理由にも変化はなく、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。また相談にソーシャルワーカーを訪れるのは治療開始後が大半であることも変化なかった。今年度も多くの患者は仕事を辞めていたが、患者が仕事を辞めない意思決定を行い早い時期にソーシャルワーカーに相談する機会を作ることが最も必要と思われた。両立支援の情報提供は治療前から行えば離職する可能性は低下すると思われる。治療前より両立支援に繋がるように患者への周知が必要である。

本研究班の聖マリアンナ医科大学のグループは神経内科の先生方が中心となって両立支援の周知を積極的に行っている。この結果、多くの神経内科の患者相談につながっている。当院ではまだ医師への両立支援のシステムの周知が不十分であることが痛感された。

今回、当院での消化器疾患の事例では患者の勤務状況を主治医が改めて確認し、就労条件の制限を解除する希望があることが判った。最終的には患者が希望する就労制限をなくすことにつながったが、今後は産業医や人事担当者への治療と仕事の両立支援のシステムについて更なる啓発が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昨年度と同様に、がん患者からの相談が多く認められた。残念ながら患者はソーシャルワーカーへ相談に訪れているタイミングは離職していることが多い状況には変わりなかった。患者と接する医療者は治療しながら就労を継続することが予測される場合は、早い時期から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。

今後は患者のみならず、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の啓発が必要である。

## F. 研究発表(本研究に関わるもの)

なし

## 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

なし

## 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・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、全国の肝疾患連携拠点病院で、コーディネーター研修が実施されている。神奈川県でも地域、職域における医療関係職を対象に実施され、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。本年度もコロナ禍が続いているため Web 研修となったが、職域を対象としてコーディネーター研修が実施された。参加者は医薬品販売関連の従業員が多かったが、治療と仕事の両立支援の周知度は高くなく、今後も職場での環境づくりが重要と考えられた。営業先の医療機関や調剤薬局へどのように両立支援活動を行うか課題が残った。

### A. 研究目的

肝炎対策基本指針の令和 4 年 3 月の改正でも、肝炎医療コーディネーターによる、肝炎の「予防」、「受検」、「受診」、「受療」における啓発活動が期待されている。役割の一つに治療と仕事の両立支援が含まれ、神奈川県でも平成 30 年から県認定のコーディネーターの養成が行われている。コーディネーターの認定には、研修会の受講と認定試験の合格が必要で認定期間は 3 年となっている。2022 年度は職域向けの肝炎コーディネーター研修会が実施され、研修会参加者を対象にこれまでの相談状況を調査した。また、東海大学医学部附属病院総合相談室の相談員から両立支援に関する相談事例について聞き取り調査を行った。

### B. 研究方法

(1) 東海大学医学部附属病院肝疾患医療センター主催で肝炎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調査を行った。今年度 140 名の参加者があった。また、調査票に加え厚労省からの最新の両立支援のリーフレットも同封し、調査と合わせて啓発を行った。93 名から回答があった。



図 1. 肝疾患コーディネーター研修会

(2) 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

(3) 療養・就労両立支援指導料算定事例に関わった主治医へのインタビューの実施。  
(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状況を調査し、その結果を受けて令和 4 年度聞き取り調査を実施した。

## C. 研究結果

(1) 肝炎医療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

今回の職域向け肝炎医療コーディネーター研修会での回答者 93 名の職種は、総務所属が 8 名、衛生管理者等が 7 名、人事 1 名で、残りがその他の職種で、営業職が 38 名、医薬品卸が 16 名、管理職 4 名、MSW 3 名、保健師・看護師 3 名、薬局 1 名、検査機関 1 名等であった。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、4 人(4.3%)で MSW、看護師・保健師、総務の職種であった。

これら 4 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、次いで、②公費助成に関する知識、③治療機関に関する知識の順であった。具体的に相談を受けた場面として、複数回答可で、①患者等から直接相談を受けたが多く、次に②患者の上司からの順であった。

相談内容としては、①治療内容・方法が最も多く、次いで②就労問題で、③治療機関と④経済的問題が同数で続いていた。

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は 7 人(7.5%)であった。この 7 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では、①がんが最も多く、次いで②肝炎と③難病が続いていた。

「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」(厚労省HP)で、肝炎患者さんへの治療と仕事の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 17 人(18.3%)であり、衛生管理者、人事、総務や MSW、看護師・保健師と、企業において産業保健と関わりのある職種であった。

厚生労働省による両立支援の取り組みについて中小企業の事業所従業員までは周知が進んでいない可能性が示唆された。「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」(厚労省HP)で肝炎患者さんの治療と仕事の両立支援に役立つ事例があることを知っているとは回答した中で、肝疾患を含む患者さんに、今後治療と仕事の両立支援を行うため必要な知識、課題として、主治医との連携、妊活との両立、

患者本人の体調の把握、産業保健総合支援センターとハローワークとの連携等があった。

(2) 東海大学医学部付属病院における肝炎患者からの治療と仕事、就労に関する相談状況に関する聞き取り調査

今年度もコロナ禍が続く中、ハローワークの出張相談が行われた。相談者の年齢階級別の割合では、これまで中高年の相談割合が多かったのに対して、今年度は 20 代を含む若年者が占める割合が多いという特徴があった。

(3) 療養・就労両立支援指導料算定事例に関わった主治医へのインタビュー

この算定事例は、高次機能障害が認められた患者に対して、主治医から MSW に介入依頼があり就業状況の情報収集が行われた。復職時の主治医意見書で、ならし出勤、短時間勤務、運転に関しての配慮を事業者に依頼していた。その後は通常勤務で運転可まで改善した好事例であった。

脳外科患者についてこれまで復職の際の診断書の意見の部分は、職場の制度や環境、業務の個別性、病状によりケースバイケースでの対応とのことであった。脳神経内科では、リハ目的で回復期病院に転院すると急性期病院での外来が途絶えるケースが多いのに対し、脳神経外科の方が手術した患者さんということで回復期病院に転院後も急性期病院外来につながるケースが多いとのことだった。また、自分が手術した患者さんということで復帰への対処の意識が高いと思われた。復帰した患者について、特に中小企業では必ずしも周囲からの理解が得られていないとの意見もあった。

## D. 考察

令和 3 年「労働安全衛生調査(実態調査)」<sup>1)</sup>では、傷病(がん、糖尿病等の私傷病)を抱えた何らかの配慮を必要とする労働者に対して、治療と仕事を両立できるような取組がある事業所の割合は 41.1%であった。今回の調査では業種は医薬品関連の就業者が多く参加していたが、「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」の内容について知っている者の割合は、



18.3%と少なく一般従業員への周知も必要と考える。

一部の医薬品取り扱い企業では、社内で両立支援の取り組みが行われている。例えば日本調剤株式会社は従業員の「治療と仕事の両立支援」に高水準で取り組む企業として 調剤薬局業界では初めて 2021 年に東京都・神奈川県から認定されている<sup>2)</sup>。また、東京労働局では、治療と仕事の両立支援に取り組む企業の基本方針を HP<sup>3)</sup>に掲載しており、その中には日本調剤株式会社、大鵬薬品工業株式会社が登録されている。医薬品取り扱い企業は、両立支援の取り組みが進んでいる業種の一つと考えられるが、一般社員までの周知には至っていない可能性がある。一方、これらの企業は医薬品の卸先である調剤薬局、診療所と関係があることから、薬局での服薬指導や開業医の嘱託産業医として両立支援活動の際に役立つことが期待される。

令和 3 年の実態調査では、治療と仕事を両立できるような取組がある事業所のうち、取組に関し困難や課題と感じていることがある事業所の割合は 79.9%。困難や課題と感じている内容（複数回答）をみると、「代替要員の確保」が 70.5%、次いで「上司や同僚の負担」が 48.3%、「就業制限の必要性や期間の判断」が 29.5%と報告されている。今回の職域向け研修会における調査でも営業現場では、その忙しさから「代替要員の確保」の課題が出ていた。また、主治医へのインタビューでも周囲の理解が得られていないのは、「上司や同僚の負担」も原因と考えられる。

今年度の肝炎医療コーディネーター研修会は職域を対象としたため、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 MSW、看護師・保健師、総務の 4 人は、患者本人だけでなく、患者の上司からも相談を受けていた。就労に関する問題も相談内容に含まれていた。

肝炎における両立支援では、職場での偏見差別の問題があり、偏見差別の解消のための教育啓発も重要である。厚労省の研究班（研究代表者 八橋 弘）では、偏見差別を防止するための事例集・解説集を HP<sup>4)</sup>に公開している。職場での偏見差別の相談対応に役立つことが期待される。

今年度、付属病院総合相談室では、制度に関する紹介にとどまり両立支援に至るまでの相談事例はなかった。当付属病院は、がん診療連携拠点病院、肝疾患診療連携拠点病院としての肝疾患医療センター、難病治療研究センター、認知症疾患医療センターを持っており、それぞれに応じてがん相談支援センター、各センターに対応した相談窓口（担当者）がある。両立支援相談もこれらの疾患に横断的な取り扱いとなっている。県内の他大学に比較して両立支援に特化した窓口はないため両立支援事例数が増えない要因の一つと考えられる。

今年度もハローワーク平塚からの出張相談は、コロナ禍であるものの継続して実施され、若年者の相談が多いのが前年度までの傾向と異なっており、一般的な傾向なのかより詳細な調査が必要と考えられる。

主治医から MSW の介入依頼があり療養・就労両立支援指導料算定事例に至った事例は一件あった。主治医へのヒアリングから、今回の症例は復職がうまく行った好事例であった。算定に関わらずこれまで脳外傷事例に対する両立支援を行っていたが、復職時の症状には多様性が認められケースバイケースでの対応が必要と考えられた。

## E. 結論

今年度の肝炎医療コーディネーター研修会では医薬品関連企業の従業員が多く含まれ、「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」（厚労省 HP）の内容について知っている人は 18.3%で、衛生管理者や総務、人事と言った管理職は両立支援について知っている割合が高かったが、一般従業員にこのような制度があることがほとんど知られていなかった。両立支援では患者自身の申し出が支援開始の手がかりとなることから一般社員への周知も重要と考えられた。

昨年度までの調査では、薬剤師が慢性疾患患者に継続的に関わることから両立支援相談のきっかけとなる可能性を示した。複数の製薬企業が患者向けに、がん治療と仕事の両立支援に関する情報を HP で情報提供している<sup>5)</sup>。今回、医薬品取り扱い企業の社員が肝炎医療コーディネーターとなることで、医薬品の卸先である調剤薬局、診療



所との関係から、薬局薬剤師や開業医の嘱託産業医を通じて、中小企業の両立支援活動を支援するような取り組みが今後期待される。

#### **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) 令和3年「労働安全衛生調査（実態調査）」概要

[https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/r03-46-50\\_kekka-gaiyo01.pdf](https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/r03-46-50_kekka-gaiyo01.pdf)

2) [https://www.nicho.co.jp/corporate/newsrelease/20211028\\_nr1/](https://www.nicho.co.jp/corporate/newsrelease/20211028_nr1/)

3) [https://jsite.mhlw.go.jp/tokyo-roudoukyoku/hourei\\_seido\\_tetsuzuki/anzen\\_eis/ei/newpage\\_00253.html](https://jsite.mhlw.go.jp/tokyo-roudoukyoku/hourei_seido_tetsuzuki/anzen_eis/ei/newpage_00253.html)

4) <https://kanen-soudan.com/>

5) <https://ganwith.jp/>、<https://p.ono-oncology.jp/support/work/>

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4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

分担研究者 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

広島大学大学院医系科学研究科公衆衛生学 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。昨年度は、産業医経験の異なる複数の研究協力者を加えて多面的な意見を収集する環境を整え、本人の「自覚症状」と「職場の業務特性」の内容を充実させてこれら2つの項目を入力することで、職場での両立支援を促進すると思われる「就業上の配慮事項」が自動的に選出されるアルゴリズムを作成した。「就業上の配慮事項」には、両立支援に有用性が高いと考えられるものが優先的に選出され、事業者の安全配慮事項にあたるものが利用者に認識されるような工夫を行った。アルゴリズムにより選出された「就業上の配慮事項」を含む、会社から主治医に提示する様式類を準備し、構築したアルゴリズムをインターネット上で利用できるようウェブ環境を整備し（「治療サポ」と命名）、当該環境を中小企業の人事総務担当者や両立支援を希望する社員の上司が利用することを想定して必要な改訂作業を行った。

今年度は、「治療サポ」の主な利用想定者である企業の人事労務担当者、中小零細企業を支援する産業保健師や社会保険労務士などに協力を依頼し、昨年度作成した「治療サポ（β版）」を視聴の上、有用性を検証し概ね良好な評価を得た。その後中小零細企業での両立支援の実施を想定した「治療サポ（β版）」の改善点を指摘してもらい、それらの意見を集約した上で改善を行い「治療サポ（完成版）」を作成させた。

## 研究協力者

伊藤 直人（株式会社小松製作所）

梅田 絵里子（株式会社東芝）

江口 尚（産業医科大学）

大崎 陽平（ヘルスデザイン株式会社）

垣本 啓介（日本アイ・ビー・エム株式会社）

加来 佐和子（国立がん研究センター中央病院）

木村 登哉（産業医科大学）

平岡 晃（Your Doctor）

古屋 祐子（東海大学）

村上（内堀）愛恵（慶応義塾大学）

## A. 研究目的

本研究では、中小零細企業など産業医が不在の組織において、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援ツールを検討することを目的としている。

昨年度までに、以下 8 つの要求事項を満たすインターネット上で利用可能なツール「治療サポ（β版）」を作成した。

- 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を想定する
- 4) 過去（既存）の研究成果を活用し、両立支援の実施の際に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（主治医宛の情報提供書をプリントアウトできる）
- 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

今年度は前年に作成した「治療サポ（β版）」の①有用性の検証と、②利用想定者である企業の人事労務担当者、中小零細企業の産業保健活動を支援する産業看護職（開業保健師）、社会保険労務士などによる社会実装に向けた課題の抽出を行い、改善の上で「治療サポ（完成版）」を作成すること、を目的とした。

## B. 研究方法

「治療サポ」は中小零細企業などの産業保健体制が脆弱で、産業保健スタッフが不在もしくは関与が少ない事業場でも使用できることを想定している。

### 方法①：治療サポ（β版）の有用性の検証

そこで、前年に作成した「治療サポ（β版）」の有用性を検証するため、機縁法により企業の人事労務担当者、中小零細企業の産業保健活動を支援する産業看護職（開業保健師）、社会保険労務士などを選出し、「治療サポ（β版）」ホームページの解説動画（約 15 分）並びに、「治療サポ（β版）」を用いた両立支援面談のデモ動画（約 22 分）を閲覧してもらい（トライアル）、終了後に労働者の「治療と仕事の両立」に関与することへの意欲や不安、「治療サポ（β版）」の使用感や記載内容の理解のしやすさ、感想などを自記式のアンケートを用いて評価した。

### 方法②：治療サポ（β版）の社会実装に向けた課題の抽出と改善

上記で抽出された対象者に対しトライアル終了後に「治療サポ（β版）」の社会実装に向けた課題をヒアリング方式で調査した。内容は、ヒアリング対象者の属性と「治療サポ（β版）」の印象、感想、利用者を想定した改善点とした。調査結果を筆者と主任研究者で分類、整理し、さらに他の研究協力者と改善案を検討の上、修正を行ない最終的に「治療サポ（完成版）」を完成させた。

### C. 研究結果

#### 結果①：治療サポ（β版）の有用性の検証 （自記式アンケートの結果）

トライアル後、16名から回答を得た。回答者の属性は以下の通り。

- 1) 性別：男性6名、女性10名
- 2) 職種：企業の人事労務担当者 5名、社会保険労務士 4名、産業保健師・看護師 3名、臨床医 4名
- 3) 職歴：1～5年 5名、6～10年 3名、10年以上 8名

治療サポ（β版）を使用した後の感想（使用感）は以下の通り。

4) がん治療と仕事の両立支援を**実践してみたいか**。

- ・ぜひ実践したい 6名
- ・機会があれば実践した 9名
- ・どちらかというと実践したくない 1名

5) がん治療と仕事の両立支援に関わることに**不安があるか**。

- ・とてもある 2名
- ・少しある 11名
- ・ほとんどない 3名

6) がん治療と仕事の両立支援を行うことに**心理的負担があるか**。

- ・とてもある 1名
- ・少しある 9名
- ・ほとんどない 6名

7) がん治療と仕事の両立支援を行うことに**知識やスキル面で不安があるか**。

- ・とてもある 4名
- ・少しある 10名
- ・ほとんどない 2名

8) 「治療サポ（β版）」は。

- ・とても分かりやすい 7名
- ・まあまあ分かりやすい 8名
- ・少し分かりにくい 1名

9) 主治医に持参する書類ページに関して率直な意見をお聞かせください。

- ・とても分かりやすい 7名
- ・まあまあ分かりやすい 7名
- ・少し分かりにくい 2名

10) 治療サポ（β版）の**使用感**はどうか。

- ・使いやすい 10名
- ・まあまあ使いやすい 6名
- ・使いにくい 0名

11) 主治医持参用書類入力用フォーマット（Word）を**使ってみたいか**。

- ・使ってみたい 10名
- ・電子カルテ機能に入っていれば使ってみたい 5名
- ・使ってみたくない 1名

12) 治療サポ（β版）を使ってみた**印象や感**



想などをお聞かせください。【自由回答】

・がんの両立支援に関わったことはありませんが、腎臓疾患で入院治療後の支援のサポートに関わったことがあります。厚生労働省のマニュアルを参考に、一連の書式のフォーマットを私の方で作成しそれを使用しました。今回のツールは是非使用してみたいと思います。

・現在は「がん患者用」になっていますが成果が出ましたら、他の疾患でも使いやすいように広げていただけますと幸いです。

・この主治医に持参する書式がこれで完成であれば、利用しづらいです（図の貼り付け形式なので、実際に書き込みをすることが難しいため）

・ホームページ上で選択した項目が自動的に（最終的に）配慮事項へと反映されるのかと思ったが違った。同じ勘違いする人はいると思う。その点を分かりやすくするか、個人の結果を反映したシートが PDF 印刷できるなどあればもっと良いと思った。

・治療サポ（β版）に挿入されているデモ動画のような理解ある会社の場合、主治医の意見は必要ないと思いました。

・配慮事項を人事担当者が対象社員と上司で検討・確認するツールということであれば良いと思います。

・主治医からの意見は、会社が配慮しない場合や、配慮すべきことが分らない場合に必要だと考えますので、このツールは配慮・支援を受けたい社員が使って主治医に意見を求め、それを会社に依頼するものだと考えます。

・電子媒体で連携を取ることができるので、便利だと思いました。

・全ての主治医が働く人たちの健康管理を

する産業保健スタッフの存在や人事労務担当者の存在を考えているのかは不明です。

・両立支援を行っていると、労働者によっては労働契約を変えないといけない場合もあるかと想定します。職場復帰支援プラン様式に賃金記載も人によって、様式も必要かと思いました。

・身体症状をヒアリングする人は、デモ動画では人事労務担当者が行なっていますが、人にもよるものの躊躇することもあり、難しいと思いました。

・重量物は具体的に何 kg と記載したほうが主治医もイメージできると思います。

・メンタルヘルス不調者の職場復帰にも使えると思います。

・新人産業医や開業医で産業医の先生（嘱託産業医を主に担当している先生方）にも使えるのではないのでしょうか。

・人事労務担当者、上司、本人、主治医の 3 者間、4 者間で情報を共有できるので、良いと思います。

・中小零細企業の支援をしている産業保健師ですが、実装されたら是非使わせて欲しい。

・心理面の不安（人間関係、再発、賃下げ）など、患者さんの状況は様々であると思いますが、根治術後フォローアップのみ、抗がん剤治療中、四肢切断後、など一定のパターンがあると思います。パターンごとのフォーマットがあっても良いかと思いました。

・今までどこからどう手を付けてよいのかわからなかったところに、わかりやすい入り口が出来たように思う。

・身体的負担の多い職種には非常に有益だと思う。

・がん治療後の就労サポートに必要な機能

としては、とても細やかかと思います。

## 結果②-1：治療サポ（β版）の社会実装に向けた課題の抽出と改善（研究協力者によるヒアリング結果）

13)「治療サポ（β版）」のウェブサイトと解説をご覧いただいた率直な感想をお聞かせください。

・非常に良いと思う。企業で人事を担当していた経験があるので、復職対応で困るケースは確かにある。本人からでは客観的に情報収集できないことがあったり（がんに限らず）言った、言わないになることもある。お互いに整理して確認し合えるのが良い。皆が同じ視点で漏れなくチェックできる。企業が最も困っているメンタル関係の復職にも使えるフォームだとさらに良い。デモ動画の視聴後、疑問に思ったところはホームページ上に解説の記載があり理解ができた。見た目もシンプルでわかりやすい。手間を減らしていけるような構成、システムであればよりよい。具体的には配慮すべき事項一覧が自動で主治医に持参する書類に反映されてほしい。

・わかりやすかった。ホームページの利用方法を説明した動画に従って操作をすれば資料が出てくるのがよかった。

・配慮事項が自動で意見書に反映されればよりよいと思う。

・すごい、早く使えるようにしてほしい。定期健診後の事後措置で腎機能の低下者の対応歴あり。産業保健師として以前は別の資料作成をしていた。産業保健師がいない企業でも利用が可能ではないかと思われる（職員には一定の知識が必要だが・・・）

・難病や肝機能・腎機能障害のシリーズも

作成を期待しています。

・実際に支援を受けたい社員側が、具体的な支援内容がわからない場合有用と思った。

・選択肢等がわかりやすい。

・ビジュアル的に見やすく、量がちょうどよい、話が広がる、コミュニケーションツールになる、動画について違和感はなかった

・事前知識は全然ない状態だったが、解説を見て、素人でも対応できそうと思った。

・ホームページの使用方法を解説している説明動画がわかりやすかった。

・ビジネス視点では、どういったサービスなのかよくわからなかった。

・サイトがきれいで使いやすい。症状×仕事内容＝配慮事項の考えはすごく良いと思う。

・主治医、産業医両方を経験しているが、あまり細かすぎるとこのツールが使われなくなる懸念があるのではと思う。保険会社の提出書類や介護保険主治医意見書のように、電子カルテに取り込んでもらえれば全く負担は感じない。

・「治療サポ」を使った面接動画の中で、患者役がハキハキ話しているが、普通、本人がそこまで説明するのは難しいと思う。はい、くらいしか答えられないことも多い（特に女性）。

・面接動画の中で、労働者が発したコメントに「主治医から人事と相談するように言われた」、とのコメントがあったが、普通、主治医はそこまで関心がないのではないかと思う。

・こういうものがあると中小企業は助かる。産業保健師でも両立支援に関わったことがないものもいるので、治療サポのコンテンツは使えるのではないかと思う。中小企業

からの相談の多いのはがんだけではなく、メンタル不調者が多いのでそれらにも対応してもらえるとより良い。中小企業には、フォーマット（様式）の提供があるとたすかる。中小企業にはそれらを一から作るノウハウがないので、そういったものを提供してくれるのは助かる。

・身体的負担の多い職場、職種においては有益なツールであると思う（工場、営業など）

・治療と仕事の両立はどこから手を付けてよいかわからないことがよくあるので、入口として便利と思う。方向性と大枠としては好印象である。

・事例や実際の使用感がまだ見えにくいが、今後経験を蓄積していくことで解決していくと考える。

・システム自体はわかりやすかった。社会的に、がん患者に対する理解は未だ少ないものの、このシステムを使えば、そのまま患者さんやコミュニケーションを取れそう。

（主治医の意見として）

・将来の福利厚生の一環として、検討する価値はある。

14)「治療サポ（β版）」のウェブサイトを中小企業の人事労務担当者などが利用することを想定した際、どのようなメリット（長所）があるとお感じですか。

・企業として確認すべきこと、本人が気づいていないこと、人事担当が医学的な知識がなく分からないこと、などがあり、具体的な質問まではできないことが多い中、より整理して確認ができていく形で使えそう。

・会社で何を配慮すべきかが例示に沿って理解できるので、具体的なイメージがつく。そ

こから、その企業でできる、できないを整理できると思う。

・体調×業務内容＝配慮事項に行きつくのはわかりやすい。

・人事と当事者のすり合わせができる。また、両立支援に慣れていない産業医にとっても有用と思う。

・書き方見本（主治医に持参する書式）はすごくわかりやすかった。配慮事項に「重要」と記載があることも優先順位がわかり選択しやすくなっていると思う。

・若い患者さんが少なく、仕事をしている患者さんがあまり経験がなかった。参考資料のページが役立つと思う。

・一般の人では病気の状態を聞いてもよくわからないが、それをチェックリストに入力するだけで、必要な対応を可視化してくれるのはメリット。

・入力のプロセスの中で、人事労務担当者が必要なことを気付けるのがすごくいい。

・システムがわかりやすく見やすい。パソコンに詳しくない人でも利用できそう。

・3者（本人・人事労務・上司）プラス主治医で共有できるのが良い。

・4000人規模の会社の人事経験（労務管理）の責任者をしていて、何年かに一度病気に罹患した社員はいたが、何をしてよいかわからず相手のリクエストに応じる形をとってきた。何年かに一度しか経験しないものに関して配慮が出てくる点は大きなメリットと思う。

・主治医に配慮を求める必要はあるのか、という疑問がある。

・自社の社員が若いので、両立支援が必要な具体的な場面には遭遇したことがないが、ツールを知っていれば、ホームページでま

ず情報を収集して、一次情報として活用できそうだと思う。

・人事の不安としては「がん患者に対する知識がないため、何に配慮して良いか、(相手の心理的に)何をどこまで聞いてもよいのかかわからない」というものがある。そのため、こういったフォーマットがあると良いと思う。

・ビジネス視点で言えば、がん以外の闘病患者や不妊治療中の方向けなどにも横展開できそう。書類作成のためではなく、本人の新しい働き方を検討・決定するためのツールとして。

・主治医意見書がほぼ選択式で記載できる点が良い。

・気をつけたほうが良いところが具体的に出てくるので、本人がうまく説明できなくても、調整がしやすくなると思う

・デモ動画がとても良い。先日のビデオを見て、どう話を切り出すかなどが人事担当者には一つの参考になる。

・人事担当者と産業保健師として一緒に面談に臨むことが多いので、一緒に確認する事項がわかるのが良い。

・患者が自分で整理できている動画になっている（できすぎた事例）。患者サイドの資料として、会社とやり取りをする際のチェック項目もイメージしやすい。

・患者本人と会社側の担当者それぞれが、相手に対して何を聞けば良いか何を話せばよいかを把握しやすい。伝えるべき事項をもれなく話すことをイメージしやすい。現実的な面談の流れの理解を促している。教育教材としても有効である。

・会社側の人間（上司・社長）が主治医を訪ねる際に説明するとき、提供される様式を

利用することで会社側の姿勢が伝わりやすい。会社側の姿勢を主治医に正確に伝えることをサポートするツールとなりうる。

・これまでは、主治医自身の主観による配慮事項を書いていたが、職場と本人が検討した配慮事項を明記してもらうことで医師側も具体的にどう対応してもらえばよいかがイメージしやすくなる。

・自身の専門領域から考えると、プライバシーに配慮されたスペースの確保（食事、インスリン等）という項目があってもよいと思う。

・患者と医師間のディスカッションのきっかけになることがありがたい。

15)「治療サポ(β版)」のウェブサイトを中心企業の人事労務担当者などが利用することを想定した際、どのような課題(改善ポイント)があるか。

・中小企業を前提にすると、費用的な点で、まれな事例に対してこのシステムの導入を会社として決定できるものなのかどうか。1回だけでも気軽に使えるなどがあると良い。費用が掛からなければその面は問題なさそう。オプションなど費用がかかる部分、かからない部分がはっきりすると良い。

・中小企業なので、認識、知識が担当にあまりない（千差万別）。あまり理解できないまま使う可能性もある。もしくは理解できないので使わないなど。時間がかかるからという理由で、そこまでの必要性を感じなかったりすることもある。休職者へのケアをどのくらい行うものなのか、というそもそもの感覚の違い。誰かが両立支援の重要性を伝える必要がある。大事な社員であればケアに働くが、そうでない場合、経営者や担



当者の認識によっては、面倒に感じることもあるかもしれない。

・配慮事項の「体調確認」がよくわからない。敢えて記載する理由は何か。デスクワークの方であれば配慮事項が出てきづらいかもしれない。

・主治医はもらった書類をチェックするのみで、あまり改善点は浮かばなかった。選択式でよいと思う。

・治療経過で想定外の入院や体調不良が起こりえることを前提条件として、**人事や上司が認識できる働きかけの方法がこのウェブサイト**で学べると感じた。

・このようなウェブサイトがあることを、**広く社会に周知していくことが重要**と思う。患者さんからこういうサイトがあると言ってもらえるとありがたい。

・デモの動画が出来すぎている。両立支援に必要な前提条件がすでに動画の中でやりとりしている。が、担当者から見ると「こんなちゃんとした会議ができるか」、社員から見ると「まだまだ生活リズムが整ってないな」と思ってしまう。

・デモ動画（治療サポを活用した3者による面談）前にまずやっておくべきこと（会社と本人にやってもらうチェックリストなりプロセスなりを明確にしておくことがあると良い。

・チェックリストには、「到達できていると良い行動・生活習慣」などをチェックリストにしておく、本人も人事担当者にもわかるので良いのではないかと。主治医にも持参できる資料になるので良いのでは。

・要は「職場復帰支援プラン」の作成の部分が充実すれば良い。デモ動画の中で「重たい物」という表現があったが、もう少し具体的

な重さを kg など具体的に記載できると主治医にもイメージしやすい。

・家族からのネガティブな質問（賃下げ、休職期間）が人事担当者にはありうるので、そのことに留意してもらうような注意事項を明記し、社会保険労務士に相談するなどもあると良いかもしれない。

・わからないことがあればどこに聞けば良いかがわかると良い（顧問社労士等）

・そもそも病気であることや詳細を会社に言いたがらない人が多い。配慮してほしいと伝えるのは、とてもハードルが高いと思う。活用できる人とできない人が分かれそう。

・コーディネーター役がいると良いと思う。看護師など、他の人が一緒に入力してくれると、本人も活用しやすいのではないかと。

・本人が3者での面談の前に、**事前に話すべき内容をまとめておく**とよさそう。

・会社は人が足りないので早く通常勤務に戻ってほしい、本人もわかっていて、頑張ったがついていけず、辞めてしまうケースが多いように感じる。本人がどこまで頑張ったら大丈夫なのか、どこまで行ったら体調を崩すのかがわかっていないこともある。大丈夫ですか、ではなく、**何時間眠れていいますか、など具体的に聞いたほうが良い**かもしれない。

・デモ動画はもう少し短くても良い。医療職の視点で動画ができているので、もうすこし上司や人事の視点からのやりとり動画があっても良い。受け入れに当たって悩むことの多い事例の動画もあっても良い。

・デモ動画はスムーズに行き過ぎ。こんなにうまくいくかなと思ってしまう。脳出血後の高次機能障害の事例など、受け入れの

時の条件や、誰がいつ話すのか（会社が受け入れるために提示する条件の説明など）を扱った困難な事例を紹介する動画もあっても良いのでは。（悩む事例のハードルを実感できるような内容にしても良いのでは）

- ・人事労務担当者がパソコンやインターネットに慣れていないことがあるかもしれない。ウェブサイトの利用方法を記した紙媒体やパンフレットなどがあっても良いかもしれない。携帯アプリで使えると良い。外国人向けのものも必要になるのではないかな。

- ・グッドプラクティス（どういう工夫をして対応したか、両立支援の成功例など）を紹介できると良い。

- ・履歴管理や、データ管理がどこまでできるかがわからなかった。定期面談のログなどを残せるとよい。

- ・情報を一元管理ができるとよい。権限管理の問題が難しいが、面談の履歴など、必要に応じて本人や現場などにも閲覧権限を与えて、ログとして残せるとよい。

- ・情報のエクスポートができるとよい。

- ・がん以外の疾患も同じような動きになるので、他の疾患でも使えるとよい。

- ・診断書、保険申請など、書類がたくさんになる。人事労務担当者の工数が圧縮できるとよい。

- ・従業員情報をどう連携させるか、長期的には考える必要がある。

16) 中小企業などで仕事と治療の両立支援を展開するにあたりどのようなことが重要と思われますか。

- ・社員の健康の大切さ、人を大切にする姿勢、そういう意識を経営者に持ってもらうように周知していくこと。働けないならも

ういいよ、という人もいる。過去の成功体験に縛られていたり、頑固な社長も多い。健康経営と連動していくのも大事だと思う。認定基準の評価項目にこのような手続きを入れたり、アピールしていくなど。

- ・中小企業の場合、使って良かったと思うと業界団体の単位で広がることも期待できる。こういう配慮が良いことなんだ、という認識が広がると良い。

- ・実際には経営者の認識の偏りが大きい。戻ってきても無理じゃないの、という雰囲気があることも事実。医師が復職 OK と言っても復職を認めない会社すらある。その辺りの認識の統一が大事。「本当に治ってるのか」「これだけ休んでまだ迷惑かけるのか」「戻ってもまた迷惑かけるんじゃないのか」と言われた、という労働相談も受けたことがある。中小企業の方がそういう姿勢の持ち方をする会社があると思う。もしくは配慮をする余裕がない会社もある。

- ・治療にあたり予定が決まらない、人員が少ないことが一番のネック。体調によって配慮を変えるよりは月 2 回年休を取得する方が業務上負担がありがたい、という会社が多いと思う。

- ・悪気なく「治療に専念したほうがよい」と勧められることもあるが、仕事と治療を両立すること自体が患者さんに意味があることを企業に啓蒙していくことが重要である。

- ・治療医が想定する治療の見通しを、どのように患者さん、人事、上司の方と共有していくかは両立支援において課題になると感じる。

- ・このツールでは患者と事業場から治療医への意見書依頼をサポートするというプロセスまでだが、治療医の意見＋治療の見通

しを患者さんがかみ砕いて、事業場に伝え、結果治療経過を見越した配慮や配置転換につなげられるかも重要な課題と考える。

・主治医としては安易に「仕事は無理せず」や「治療優先で」と言いがちだが、こういうサイトでコミュニケーションや連携が取ればよりよい治療と仕事の両立につながっていくと思う。

・病気の宣告を受けてもすぐに離職しない、ということを本人にも人事担当者にも啓発する。がんとわかったらすぐクビにする、というような短絡的な考えを持たないようにする。他の社員も見ているので、病気になっても会社がしっかり働く機会を準備してくれることを周囲にも伝える。

・主治医側にも、このような文書が届くことがあることを啓発しておく必要があるかもしれない。

・医療職同士ではなく、経営者に返すお手紙だと少し「警戒」するかもしれない。

・業種業態や職種、社員数にもよるため一概に言えないが、中小企業は代替業務や代替人員がおらず、配慮もできないことが多い。配慮ができるような会社であれば、ツールがなくともスムーズに進んでいくのではないかと思う。

・事例が生じてから対応するところがほとんどで、事前にはなかなか準備はしないと思われる。

・両立支援の事例は、突然起こりうることだが、事前に制度を全て整備しておくことは難しいと思う。瞬発力が大事だと感じた。

・最初に休職者が出たときは、就業規則を作っている途中だった。規定を作ってしまった場合、当てはまらないケースはやめてもらうしか無いこともある。規則に幅を持

たせるか、瞬発力で対応できるようにしておくことが重要である。

・中小企業は常にマンパワーが足りないので、普段から余裕のある人員体制があれば良い。常にいっぱいいっぱいなので、誰かが抜けると大変になる。

・経営者の理解が重要。

・希望の明確化が重要。みんなふわっとありがち。最初に話し合いの場があるのは良い。

・チェックボックスを一緒に確認することにはとても意味がある

・必ずしもウェブである必要はなく、紙ベースで確認することにも意味があるかもしれない。

・上司の理解。職場が理解してくれないという患者の声をちらほら聞く。個人情報に配慮しつつ患者さんの状況を的確に伝えることの困難さを感じる。

・弱った時に相談するのは難しいので、弱る前から会社と信頼関係を築けていることが重要である。

・辞める場合、最大限休みをとってから辞める人も多い。辞めるつもりであっても続けている人もいる。会社にとってのリスクを減らすためにも、コーディネーションができる仕組みが必要なのではないか。

・人事への教育が重要。そもそも中小企業の人事が疲弊しており、職位が上がると辞めてしまうことが多い。両立の難しさ、必要な配慮、ハラスメントへの対応などの啓蒙をすることが必要である。

・本人も人事も、ITリテラシーが低い人もいる。会社側で、こういったツールを活用するプロジェクトなどがあると使うきっかけになるかもしれない。

・ 初めて中小企業が経験する事例をどうサポートするかが大事。中小企業の経営者や人事担当者は不安を抱えて両立支援に臨むことが多いと思われるので、彼らを支援できることが大切。経営者や人事担当者がアクセスしやすい、分かりやすいサイトになると良い。初めての事例をサポートしてくれる仕組みがあると役に立つ。

・ 病状が人事や会社にきちんと共有できること、言えるその環境を整えることが重要。休んだらポジションがなくなる、給与が支払われない、などの心配がないことが重要。

・ 長期休業補償などの保険に入っているなど制度がある、しっかり休む時間をとってあげられる、リモート勤務ができる、などの社内制度の充実も重要ではないか。

・ 守秘義務を守って率直な意見を聞ける人がいると良い（コーディネーターなど）。

・ 経営者が考え方、戦略、マインドを持つことが重要。点と点で対応するのではなく、経営の全体方針を持っていることが重要。

・ 休職を検討する際に、治療前にある程度治療期間や経過の見通しを医療者患者間で共有すべきと思う。

・ 何ができれば復帰が可能かという最低ラインは医療者患者間で共有が必要と考える。

・ 会社としてメッセージを出すことは重要。両立支援をする場合、現場でも一定の工数がかかる。工数をかけてもやる意義があることを経営者から発信していくことが重要

・ そもそも会社として何ができるのかを考えるタイミングがない。場当たり的な対応が多い。両立支援について、そもそも会社としての考え方を持つておくことが重要。

・ 会社としての受け入れ体制準備ができることも必要。

・ 平等性も考慮する必要がある。特定の疾病、特定の人だけ、を支援することは難しい。

## 結果②-2：治療サポ（完成版）の作成

治療サポ（β版）のトライアルならびに改善点などのヒアリング結果をもとに、研究協力者で検討を行い、「治療サポ（完成版）」を作成した。（添付①：修正後トップページ）  
(<https://www.chiryousapo.com/>)

治療サポ（完成版）に実装された主なポイント（β版からの改善箇所を含む）は以下の通りである。

1）現時点では、「がん患者」のみを対象とした構成となっているため、**トップページに「がん患者さんのための」**を追記した。

2）ホームページ内の構成内容が一目でわかるように**メニューバーを充実**させた。

3）当該ホームページの利用方法を分かりやすく説明した、「**ナビゲーション動画**」を挿入した。（人事労務担当者の視点より）

4）**両立支援の事例を増やした**。

5）初めて両立支援に取り組む方に、**両立支援全体の流れが理解できるようなフロー図**を挿入した。

6）両立支援の各ステップで、**誰が誰に情報を提供すれば良いか**を整理した。

7）両立支援の各ステップで**関係者が利用する書式を簡単に検索・入手**できるようにした。（書面でのダウンロード可能）

8）関係者間での合意形成をスムーズに進めるため、**事前に確認すべき内容を把握できるチェックリスト**を挿入した。（事業場向け両立支援に係る労使間の合意形成に必要な情報授受チェックリスト：書面でのダウンロード可能）



- 9)「治療サポ」を使用する前に**労使で共有すべき内容を解説した説明動画**を挿入した。
- 10)「治療サポ」が提供する機能（特に**本人の症状と業務の特徴から職場で望まれる配慮事項を自動的に選定する機能と主治医宛の情報提供書を簡単に作成できる機能**）をより使いやすく改定した。
- 11)「治療サポ」を利用して**本人、上司、人事労務担当者の3者で話し合いをする前に、各人が確認しておくべき項目（特に重要な箇所がわかるように工夫）をチェックリストにまとめ挿入した。**（書面でのダウンロード可能）
- 12) よくあるご質問（FAQ）の**内容を充実**させた。
- 13) 両立支援に関連する**参考情報をまとめ、ホームページ内で簡単に検索**できるようにした。（関連する情報リンクも搭載）
- 14)「治療サポ」に関する**利用規約、個人情報保護方針、問い合わせ先**について挿入した。
- 15) 治療と仕事の両立支援の**啓発用ポスター**を配布物として挿入した。
- 16) 両立支援に関する**コラム**を挿入した。

#### D. 考察

今年度は前年に作成したウェブシステム「治療サポ（β版）」のトライアルによる有用性の検証と社会実装に向けた更なる改善点の収集ならびにその結果に基づく改善を行い、「治療サポ（完成版）」を完成させた。

「治療サポ（β版）」に対する有用性は、回答者の大半が「分かりやすい、利用しやすい」といった好意的な感想であった。当該者たちのおよそ半数以上が「がん治療と仕事の両立支援に関わることに不安がある」と

回答していることを考えると、人事労務担当者や開業保健師・看護師、社会保険労務士、両立支援に携わる臨床医（治療医）などさまざまな職種の視点から見ても、有用なツールになりうると考えられる。また、社会実装に向けての改善点についても、多くの意見や感想が収集された。

それらの全てについて、今回の完成版に実装（反映）できたわけではないものの、今後このウェブサイトが公表され多くの方々に利用されることでその有用性はさらに高まるものと期待する。

今回の「治療サポ（完成版）」に残された課題と改善点について以下に考察する。

1つ目は、「がん患者」のみを適用としている点である。現在、国内ではがん患者以外にも、両立支援の適用が広がっている。「治療サポ（完成版）」の特徴の一つが、両立支援を希望する労働者の「症状」とその労働者が働く「業務の特徴」のみで、職場で対応が望まれる「配慮事項」を自動抽出される機能である。今回、この自動抽出を可能した背景には、産業保健分野で両立支援に関わった経験のある産業医を中心に作成したアルゴリズムがある。

通常の両立支援は、労働者の申し出をきっかけに、産業医が本人の病状や治療状況、副作用の状況などを主治医から入手し、労働者との面談で本人の体調確認を行い、さらに上司や人事との会話の中で受け入れる職場環境の調整を行うことで運用されている。この過程では、産業医によりさまざまな情報を複雑に組み合わせて判断が行われる。一般的な医学知識に長けた医師が関わることで、がん患者のみならず難病や肝疾患といったさまざまな疾患に広く対応すること

ができる。一方、「治療サポ(完成版)」では、現時点では「がん患者の症状」に特化してアルゴリズムを検討したため、それ以外の疾患への汎用性は検討されていない。トライアル後の意見・感想にも見られた「がん患者」以外の疾患にもこのウェブサイトを活用するには、異なる疾患の患者(労働者)が訴える「症状」と「業務の特性」の組み合わせで導かれる職場での配慮事項との適合性を検証する必要がある。

2つ目は、中小零細企業に対する「治療と仕事の両立支援」に関する啓発と支援体制の充実である。

大企業に比べて経営基盤が脆弱で労働者の代替が効きにくい中小零細企業では、がん治療を継続しながら業務や職場環境を調整する余力が十分ではないところも多い。しかし、中小零細企業は日本の労働者の半数以上を占めている。今後、後期高齢者の増加や退職年齢の延長(就労期間の延長)など労働人口に占める高齢者の割合が増えれば、両立支援に取り組まなければならない中小零細企業も自ずと増えることが予想される。

そのような時に、産業保健体制も脆弱な中小零細企業でも「両立支援」が可能となるよう、特に経営層への働きかけや啓発とともに彼らを支援する体制は不可欠である。

すでに厚生労働省のホームページにも両立支援に関するさまざまな情報やツールが紹介されているが、それらをさらに使いやすく修正するとともに、産業保健職が十分に関与できなくても「労働者の思いと上司の期待、人事の願い」が揃えば対応できる仕組みの存在は重要であると思われる。

「治療サポ(完成版)」は、産業保健体制が十分ではない中小零細企業でも利用できる

ように開発された。利用には最低限、インターネットとパソコン、プリンターは必要と思われるが、それらが揃えば、最低限の両立支援に必要なプロセスを辿ることができる。今後は、このウェブシステムの公表と利用者への周知が重要である。

3つ目はウェブサイトの改定・更新である。今回作成した「治療サポ」はこれまでの両立支援ツールにはないさまざまな特徴を搭載している。今年度行ったトライアルの結果でも、利用者には一定の評価を得ているが、このようにインターネット上で利用できるツールには情報管理上の課題とともにシステム自体の定期的な改定・更新が必要となる。今後、「治療サポ」が社会に浸透したと仮定すると、ホームページ上に掲載されている情報の見直しや修正、新しい知見やエビデンスの追加、利便性の更なる向上のための改定が不可欠である。一度作ってしまったシステムを社会実装するにあたっては、その後のフォローアップ体制をどのようにするかも検討が必要である。現時点では、本研究班の主任研究者である江口尚教授の教室で治療サポのホームページの運営・管理を行なっていただく予定であるが、もし社会に広く展開するのであれば、行政を含む公的機関での運営体制も検討する必要があるのではないかと思われる。

今回、「治療サポ(完成版)」を作成する過程で、中小零細企業が抱える「治療と仕事の両立支援」の課題にふれ、関わる人々の負担をなるべく減らしながら「働く人の支援」を行えるシステムを構築した。まだまだ、課題は多い仕組みではあるが、これまでの両立支援とは視点の異なる成果物として広く社会に浸透することを期待する。

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

- 1) Morita Y, Kandabashi K, Kajiki S, Saito H, Muto G, Tabuchi T. Relationship between occupational injury and gig work experience in Japanese workers during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional internet survey. *Ind Health*. 2022 Jul 31;60(4):360-370.
- 2) Matsuzaki S, Moritake T, Sun L, Morota K, Nagamoto K, Nakagami K, Kuriyama T, Hitomi G, Kajiki S, Kunugita N. The Effect of Pre-Operative Verbal Confirmation for Interventional Radiology Physicians on Their Use of Personal Dosimeters and Personal Protective Equipment. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022, 19, 16825.
- 3) Nagata T, Ito R, Nagata M, Odagami K, Kajiki S, Fujimoto K, Matsuda S, Mori K. The differences of the economic losses due to presenteeism and treatment costs between high-stress workers and non-high-stress workers using the stress check survey in Japan. *J Occup Health*. 2022 Jan;64(1):e12346.

### 2. 学会発表

- 1) 梶木繁之、伊藤直人、梅田絵理子、江口尚、大崎陽平、垣本啓介、加未佐和子、木村登哉、平岡晃、古屋佑子、内堀 愛恵. 企業から主治医への情報提供支援ツール「治療サポ」の開発. メインシンポジウム2（治療と仕事の両立支援のためのコミュニケーション）. 第96回日本産業衛生学会（宇都宮）2023年5月予定
- 2) 木村登哉、梶木繁之、井上彰臣、平岡晃、加未佐和子、梅田絵理子、伊藤直人、大崎陽平、垣本啓介、古屋佑子、内堀愛恵、江口尚. 産業保健職が不在の小規模事業場における治療と仕事の両立支援を進めるための教育用動画の作成. 第96回日本産業衛生学会（宇都宮）2023年5月予定

## 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

＼がん患者さんのための／  
**治療サポ**

[治療サポとは](#) [よくあるご質問](#) [検索機能](#) [配布物](#) [ブログ](#) [主治医に送付する書類](#)

[周立支援の流れ](#) [治療サポの使い方](#) [配慮事項を検索する](#) [配慮事項一覧](#) [周立支援の事例](#) [面談のデモ](#)

本人の思い、上司の期待、  
人事の願いを一つに。

主治医の理解と支援を引き出すサポートツール

[ツールを使う](#) 





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 4 年度分担研究報告書

## 治療と就労の両立を支援する組織文化の実証研究

分担研究者 北居 明 甲南大学経営学部・教授

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、これまでの研究や資料のレビューを踏まえ、治療と就労の両立支援文化を測定する尺度を開発し、実証研究を行う。

### A.研究目的

昨年度の調査では、日本における治療と就労の両立支援文化に関する事例研究を行った。その結果、両立支援に関連する文化的特徴として、1.支援を得られる文化、2 病気に対する見方、3.柔軟な働き方の 3 つの次元が抽出された。一昨年の定量的研究のレビューと合わせ、両立支援文化の測定尺度の開発を行う。

### B.研究対象

2022 年 12 月にインターネット調査会社を通じ、全国から 600 サンプルを抽出した。調査対象は、一般企業に勤務する正社員である（男性 300 名、女性 300 名）。

### C.結果

#### (1)治療と就労の両立支援文化の質問項目

以上の先行研究を検討した上で、われわれは治療と就労の両立を支援する組織文化の測定尺度を作成した（表 1）。

支援の次元は、会社や管理職が従業員の病気の治療の必要性を理解し、治療と仕事を両立させるために支援をしてくれる程度を表している。柔軟性の次元は、治療しながら仕事を継続できるよう、従業員自らが仕事の内容や時間を調整できる程度を表す。キャリアへの影響は、治療のために仕事を休んだり、仕事よりも治療を優先させることが評価に悪い影響を与える程度を表す。時間要求は、仕事を最優先して時間を投入しなければならない程度を表す。最後の病気への偏見は、病気にかかるのは本人の責任であり、それにもかかわらず働き続けようとすることは会社に対して不利益をもたらすという考え方が浸透している程度を表している。それぞれの項目について、回答者に自分の職場に当てはまる程度を「全く違う（1 点）」から「全くその通り（5 点）」の 5 点尺度で尋ねることにする。

#### (2)実証研究の結果

### ① 因子分析の結果

われわれが作成した測定尺度の妥当性を確認するため、実証研究を行った。まず、両立支援組織文化項目について因子分析を行い、項目の潜在構造を検討することにした（表2）。

因子分析の結果、固有値が1を超える因子は2つ抽出され、それぞれの値は第1因子が8.549、第2因子が3.818であった（累積寄与率は56.2%）。第1因子に高く負荷した項目を見ると、キャリアへの影響、時間要求、病気への偏見次元の項目が集まっていることがわかる。これらはすべて両立支援を阻害する組織文化の特徴として考えられた項目であることから、第1因子を阻害文化因子と名づけることができるだろう。第2因子には、支援と柔軟性次元の項目が集まっている。これらは両立支援を促進する組織文化の特徴として考えられた項目であるため、第2因子を促進文化因子と名づけることにする。

第1因子と第2因子それぞれに高く負荷した項目の平均値を、それぞれの文化の測定値として分析を進める。

### ② 企業規模と組織文化の関係

まず、回答者が所属する企業の規模と組織文化の関係について見ることにする（図1）。

図1を見ると、促進文化は規模が大きくなるほど値が大きくなる傾向が見られた。この規模と組織文化の関係は、統計的にも有意であった。一方の阻害文化は、規模との関係は見られなかった。規模が大きな会社ほど、従業員は自分たちの職場が治療と就

労の両立に対して支援的であると見なす傾向があるようである。

### ③ 回帰分析の結果

次に、両立支援文化がどのような要因によって促進されるのか、またどのような影響をもたらすのかについて、回帰分析を用いて分析することにしよう。まず、両立支援文化に対する影響因として、両立支援制度の充実度、そして直属上司のインクルーシブ・リーダーシップの程度を取り上げた。

両立支援制度の充実度は、以下の両立支援制度それぞれについて、会社には「ない」あるいは「知らない」場合は0点、「ある」あるいは「利用したことがある」場合は1点とし、その合計点で測定した（表3）。われわれは、両立支援制度が充実しているほど、従業員は自分たちの職場が両立支援に対して促進的であると認識するのではないかと予想する。

インクルーシブ・リーダーシップとは、松下他(2022)によれば、フォロワーとの相互作用において開放性やアクセスのしやすさ、可用性を示すリーダーシップ行動であるとされている。松下他(2022)によれば、インクルーシブ・リーダーシップは、従業員がリスクテイク行動をとる際の援助要請に関わる心理的なコストを軽減するとされている。われわれは、インクルーシブ・リーダーシップによって従業員が病気であることや就労継続について上司に相談する上での心理的コストを下げる効果があると考えた。また、インクルーシブなリーダーは、多様性の価値を認識し、従業員一人ひとりの貢献を認めて帰属意識を高めると言われている。したがって、上司がインクルーシブ・リーダ

ーシップを発揮している場合、病気に対する偏見は小さくなり、仕事一辺倒の部下のみが高く評価されることはなくなるのではないかと推測できる。その結果、インクルーシブ・リーダーシップは、両立支援を促進する文化を醸成し、阻害文化を弱める効果があるのではないかと考えられる。

また、両立支援文化が促進的であればあるほど、従業員は病気になっても仕事を続けられると感じるだろう。また、そのような組織に対して高い愛着を感じると思われる。同時に、そのような組織では体調がすぐれない場合に上司に相談できるため、悪い体調をおして働くいわゆるプレゼンティーイズムが弱められると考えられる。一方、両立支援を阻害する文化の下では、従業員は病気になったら相談する前に退職することを考えると思われる。そのような文化を持つ組織に対する愛着心は低下するだろう。また、そのような文化の下では、自分の体調がすぐれないことを相談することは難しく、また長時間労働が奨励されるために無理をして働く従業員が増えると考えられる。その結果、プレゼンティーイズムは悪化することが予想される。

以上の仮説について図示すると、図 2 のようになる。なお、図中の実線は正の効果、点線は負の効果を表している。

このモデルを検証するために、回帰分析を行った。なお、インクルーシブ・リーダーシップの測定には、Carmeli, Reiter-Palmon and Ziv(2010)の 9 項目を和訳したものをを用いた。就業継続困難感、オリジナルで作

成した 1 項目「もしがんなどの重い病気にかかったら、この会社を辞めなければならないだろう」を用いた。プレゼンティーイズムの測定には、SPQ 東大 1 項目版 (<https://spq.ifi.u-tokyo.ac.jp/>)を用いた。組織コミットメントは、Porter et al.(1974)から 6 問を抜粋して用いた。

分析結果は図 3 の通りである<sup>1</sup>。図が見にくくなるため、回帰係数は省略してある。 $R^2$ の値は、それぞれの変数についてどの程度説明されているかを示す決定係数である。たとえば、促進文化は両立支援制度とインクルーシブ・リーダーシップおよび統制変数によって、約 39%が説明できていることを表す。

この結果を見ると、促進文化からプレゼンティーイズムに与える影響以外は、仮説モデルで設定した影響関係が実際に確かめられた。さらに、インクルーシブ・リーダーシップは、両立支援文化の醸成だけでなく、組織コミットメントの向上および就業継続の困難感とプレゼンティーイズムの軽減に対する直接効果が見られた。両立支援制度の充実度も、両立支援文化の醸成とともに、組織コミットメントを向上させる直接効果が見られた。

#### D. 考察

治療と就労の両立支援を促進する組織の文化的な特徴について、これまでは測定する尺度が開発されることはなかった。この研究では、この未開拓の領域に対し、家庭と仕事の両立支援文化の研究と我が国におけ

<sup>1</sup> 回帰分析を行うに当たり、仮説モデル以外の影響を可能な限り取り除くために、企業規模、性別、養育している子供の有無、管理職か否か、週

当たり労働時間を統制変数として用いた。統制変数の影響は小さく、また図が複雑で見にくくなるため、図からは省略している。

る治療と就労の両立支援研究の検討を通して、測定尺度の開発に取り組んだ。その結果、治療と就労の両立支援を促進する文化と阻害する文化の2因子が抽出された。また、これらの組織文化の先行変数ならびに従属変数との関係も、ほぼ仮説を支持する結果となり、測定尺度に一定の妥当性があることが確かめられた。

本研究が持つ含意については、以下のよう内容をあげることができるだろう。第一に、妥当性を持った尺度が開発されたことで、今後治療と就労の両立支援研究ならびに実践の場において、この尺度が広く使われることが期待できる。その結果、両立支援を促進あるいは阻害する様々な要因を明らかにしたり、あるいは職場における両立支援文化の醸成度を評価することも可能になるだろう。第二に、両立支援制度の充実はもちろん重要だが、職場文化の醸成も、両立支援のためには重要であることが指摘できよう。このことは、先行研究においても指摘されていたが、今回定量研究においても改めて再確認することができた。第三に、両立支援文化の醸成のためには、制度の充実も重要だが、上司のインクルーシブ・リーダーシップの発揮が効果的であることが示唆された。部下一人ひとりの貢献を認め、気軽に相談に応じるインクルーシブ・リーダーシップは、病気の相談という高い心理的コストを軽減し、病気であっても組織に貢献できるという自信を部下に持たせることができると考えられる。その結果、両立支援文化を醸成すると同時に、コミットメントの向上などの効果をもたらすと考えられる。今後は管理職研修などを通じて、インクルーシブ・リーダーシップを効果的に育成する

ことが必要であり、またそのための方法について研究が進められるべきであろう。特に、両立支援制度の充実度を高めるのが困難な企業にとって、インクルーシブ・リーダーシップに対する理解と実践は重要な経営課題となるであろう。

また、本研究に対して残された課題としては、次のようなものがあげられる。第一に、変数間の影響関係は明らかになったものの、これが実際の因果のプロセスを表しているとは限らないことに注意が必要である。組織文化の醸成プロセスを明らかにするためには、やはり時間をかけた介入研究が必要であろう。第二に、今回のモデルで検証された両立支援文化に対する影響度は、決して大きくはない。特に、阻害文化に対しては18%の説明力しか持っていない。このことは、両立支援文化に対する影響因は、今回考慮した変数以外(例えば業種など)にも存在することを示唆している。今後は組織文化に対する影響因についても、さらなる研究が蓄積されていくことが望まれるだろう。

## E. 結論

高齢化にともない、従業員が病気にかかるリスクは年々大きくなっていると言える。その際、貴重な労働力を失わないためにも、また病気を理由に退職を余儀なくされる従業員を少しでも減らすためにも、両立支援に関する研究はますます重要性を増している。本研究が、両立支援の促進に少しでも役立つことがあれば本望である。

## F. 研究発表

学会発表・論文発表ともになし



G.知的財産権の出願・登録の状況

特許取得・実用新案登録・その他 なし

H.引用文献リスト

Carmeli,A., Reiter-Palmon,R. & Ziv,E.,  
2010 “Inclusive Leadership and Employee  
Involvement in Creative Tasks in The  
Workplace: The Mediating Role of  
Psychological Safety” Creativity Research  
Journal, Vol.22 No.3: pp.250-260.

松下将章・麓仁美・森永雄太, 2022 『イン  
クルーシブ・リーダーシップが上司に対  
する援助要請意図に与える影響のメカニ  
ズムー職場の心理的安全と仕事の要求度  
を含む調整媒介効果の検討』「日本労働研  
究雑誌」第 745 巻：82-94 頁。

Porter,L.W., Steers,R.M., Mowday,R.T., &  
Boulian,P.V., 1974 “Organizational  
Commitment, Job Satisfaction, and  
Turnover among Psychiatric Technicians”.  
Journal of Applied Psychology,  
Vol.59 :pp.603-609.

表 1 治療と就労の両立支援文化の測定尺度

|      |        |                                                    |
|------|--------|----------------------------------------------------|
| 支援   |        | 管理職は、従業員が病気の治療を優先せざるを得ない状況になった場合、理解を示してくれる。        |
|      |        | 管理職は、仕事が私生活や健康に与える影響を本当に心配してくれている                  |
|      |        | この会社は、健康上の理由で、より負担の少ない仕事に転職することを希望する従業員を支援してくれる    |
|      |        | この会社では、病気の治療のために勤務中に職場を離れることは非常に困難である (R)。         |
|      |        | 管理職は、病気の治療などの仕事に影響するような個人的な問題について、相談に乗ってくれる        |
| 柔軟性  |        | 個人の事情に合わせて仕事はある程度カスタマイズできる                         |
|      |        | 病気の治療や病気による体力低下に合わせて、仕事の軽減や配置換えが可能である              |
|      |        | 病気の治療や病気による体力低下に合わせて、出勤時間や退社時間を調整（在宅勤務も含む）することができる |
|      |        | 本人に働き続ける意欲があれば、仕事量や仕事を調整することができる                   |
|      |        | 本人に働き続ける意欲があれば、本人の事情に合わせた働き方を選択できる                 |
| 影響   | キャリアへの | 病気治療のために休暇を取ったり早退すると、自分の評価に深刻な打撃を与える (R)。          |
|      |        | この会社で昇進する方法は、仕事以外のことを職場に持ち込まないことである (R)。           |
|      |        | 病気の治療のために休むなど、個人的な事情を優先することは社内で嫌われる (R)。           |
|      |        | 通院など個人的な問題のために休みを取る人は、仕事に専念していないとみなされる (R)。        |
|      |        | 通院などの必要性から仕事上の便宜をはかってもらおうとする人は、評価が低くなる (R)。        |
| 時間要求 |        | 従業員は、夜間や週末に仕事を持ち帰ることがよくある (R)。                     |
|      |        | 私生活や健康よりも仕事を優先することが常態化している (R)。                    |
|      |        | 上司から好意的に見られるためには、従業員は常に仕事を最優先しなければならない (R)。        |
|      |        | 長時間労働は出世の道であると思われている (R)。                          |
| 偏見   | 病気への   | この会社では、病気になった人が仕事を続けることは、周囲に迷惑をかけると思われている (R)。     |
|      |        | この会社では、病気にかかる人はどんな病気であろうと「自業自得」だと思われている (R)。       |
|      |        | この会社では、病気治療しながら働き続けることは、会社に迷惑をかけることだと思われている (R)。   |

R は、両立を阻害すると考えられる項目。

表2 因子分析の結果

|                                                    | 因子           |              |
|----------------------------------------------------|--------------|--------------|
|                                                    | 1            | 2            |
| 病気の治療のために休むなど、個人的な事情を優先することは社内で嫌われる                | <b>0.798</b> | -0.125       |
| 通院などの必要性から仕事上の便宜をはかってもらおうとする人は、評価が低くなる             | <b>0.787</b> | 0.025        |
| 病気治療のために休暇を取ったり早退すると、自分の評価に深刻な打撃を与える               | <b>0.784</b> | 0.024        |
| 通院など個人的な問題のために休みを取る人は、仕事に専念していないとみなされる             | <b>0.783</b> | -0.031       |
| この会社では、病気治療しながら働き続けることは、会社に迷惑をかけることだと思われる          | <b>0.767</b> | -0.062       |
| この会社では、病気にかかる人はどんな病気であろうと「自業自得」だと思われる              | <b>0.754</b> | -0.074       |
| この会社では、病気になった人が仕事を続けることは、周囲に迷惑をかけると思われる            | <b>0.694</b> | 0.013        |
| 私生活や健康よりも仕事を優先することが常態化している                         | <b>0.691</b> | -0.011       |
| 長時間労働は出世の道であると思われる                                 | <b>0.686</b> | 0.078        |
| この会社で昇進する方法は、仕事以外のことを職場に持ち込まないことである                | <b>0.653</b> | 0.192        |
| この会社では、病気の治療のために勤務中に職場を離れることは非常に困難である              | <b>0.643</b> | -0.100       |
| 上司から好意的に見られるためには、従業員は常に仕事を最優先しなければならない             | <b>0.627</b> | 0.027        |
| 従業員は、夜間や週末に仕事を持ち帰ることがよくある                          | <b>0.529</b> | 0.059        |
| 個人の事情に合わせて仕事をある程度カスタマイズできる                         | 0.074        | <b>0.769</b> |
| 働き続ける意欲があれば、仕事量や仕事を調整することができる                      | 0.044        | <b>0.759</b> |
| 働き続ける意欲があれば、本人の事情に合わせた働き方を選択できる                    | -0.010       | <b>0.744</b> |
| この会社は、健康上の理由で、より負担の少ない仕事に転職することを希望する従業員を支援してくれる    | 0.025        | <b>0.738</b> |
| 病気の治療や病気による体力低下に合わせて、出勤時間や退社時間を調整（在宅勤務も含む）することができる | 0.085        | <b>0.737</b> |
| 病気の治療や病気による体力低下に合わせて、仕事の軽減や配置換えが可能である              | -0.010       | <b>0.737</b> |
| 管理職は、仕事が私生活や健康に与える影響を本当に心配してくれている                  | -0.015       | <b>0.715</b> |
| 管理職は、病気の治療などの仕事に影響するような個人的な問題について、相談に乗ってくれる        | -0.031       | <b>0.681</b> |
| 管理職は、従業員が病気の治療を優先せざるを得ない状況になった場合、理解を示してくれる         | -0.071       | <b>0.678</b> |

図1 企業規模と組織文化の関係

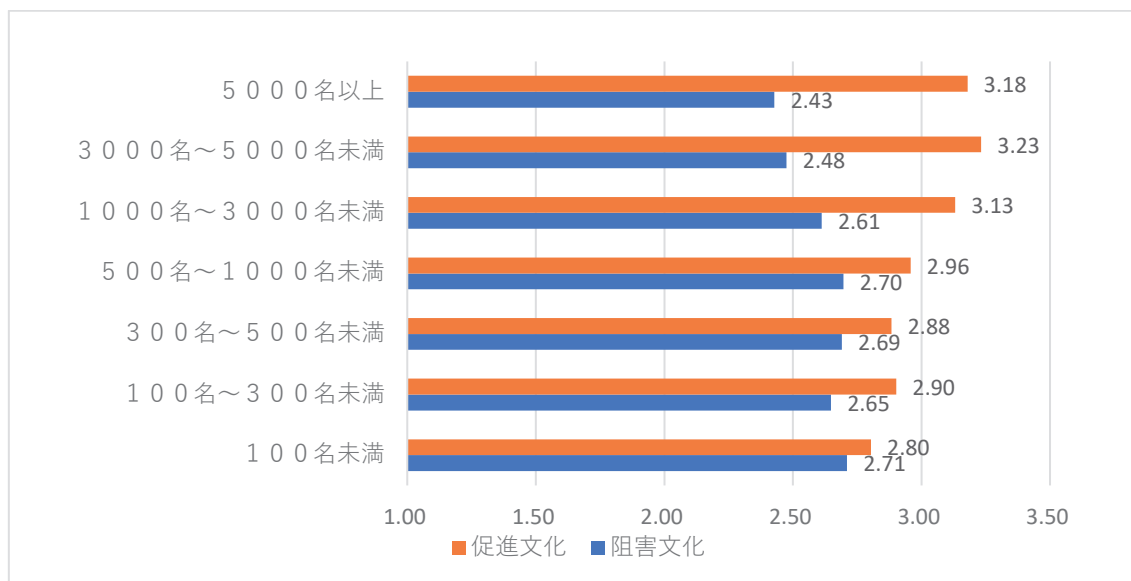


表3 分析に用いた両立支援制度

|                                         |
|-----------------------------------------|
| 治療と仕事の両立支援に関する相談窓口がある                   |
| 長期療養が必要な病気になった場合、配置転換などの柔軟な働き方ができる制度がある |
| 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         |
| 時差出勤制度がある                               |
| 1日の所定労働時間を短縮する制度がある                     |
| 週又は月の所定労働時間を短縮する制度がある                   |
| 在宅勤務（テレワークを含む）制度がある                     |
| 試し（ならい）出勤制度がある                          |
| 傷病休暇・病気休暇（賃金補償あり）制度がある                  |
| 傷病休暇・病気休暇（賃金補償なし）制度がある                  |



図2 仮説モデル

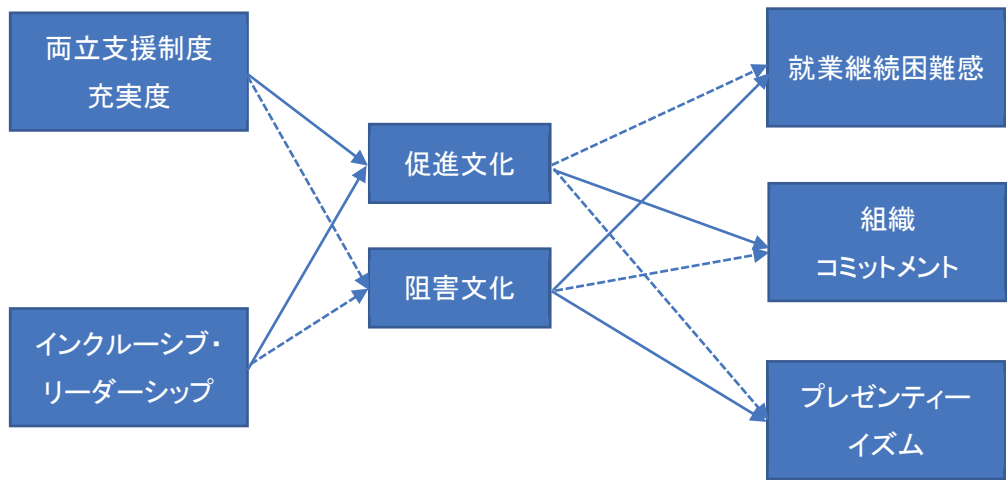
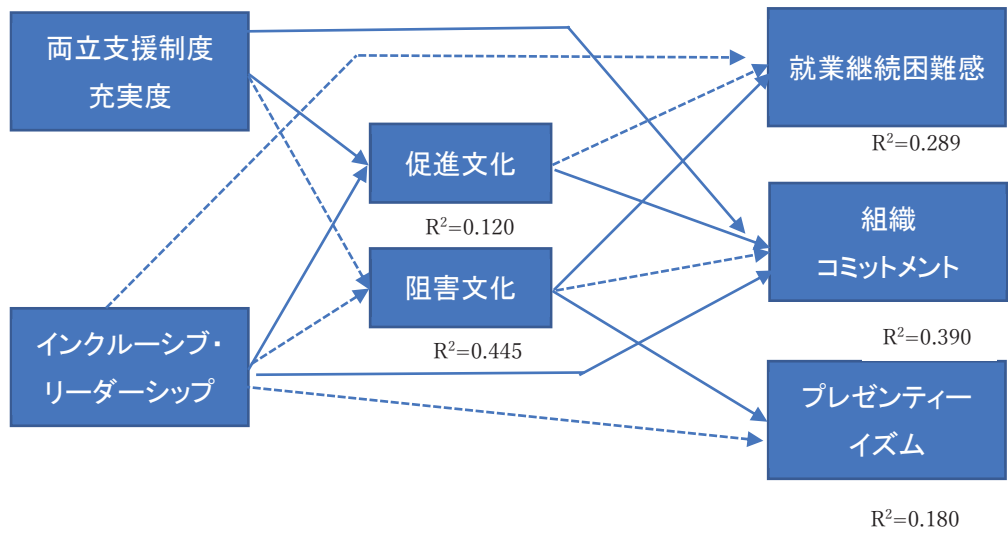


図3 回帰分析の結果



## 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 4 年度分担研究報告書

仕事と治療の両立に関する支援要請を促すインクルーシブ・リーダーシップに関する文献

レビュー

分担研究者 森永雄太（武蔵大学経済学部・教授）

### 研究要旨

本研究の目的は、従業員による仕事と治療の両立に関する支援要請を促すリーダーシップについて探求することである。経営学の人的資源管理論では、組織の人事方針を組織内に浸透させるためには、制度設計だけではなく管理者のリーダーシップを伴うことが重要であることが指摘されている。本研究では、治療と仕事を両立させようとする従業員の活躍を支援するタイプのリーダーシップとしてインクルーシブ・リーダーシップを取り上げ、その研究動向を概観するとともに、今後の研究課題を提示する。

#### A 研究背景と目的

本研究の目的は、従業員による治療と仕事の両立のための支援要請を促す管理者のリーダーシップについて探求することである。組織が従業員の治療と就労の両立支援を行うためには従業員サイドからの支援の要請が行われる必要があるが、実際には支援の必要性を組織側に伝えないままに就業を継続したり、離職したりしているケースが多いことが指摘されてきた（坂本・高橋, 2017）。従業員が支援の要請を行わない背景には、当該組織にそのような働き方を許容するような人事制度が整備されていないという人事制度上の問題だけでなく、制度そのものが整っていたとしてもその制度を運用することに対して後ろ向きな態度を示す経営者や管理者の存在や、制度の活用を阻むようなマネジメント上の問題があると考えられる（江口・森永・細見, 2020; 須

賀・山内・和田・柳澤, 2019）。経営学の人的資源管理論では、組織の人事方針を組織内に浸透させるためには、制度設計だけではなく管理者のリーダーシップを伴うことが重要であることが指摘されている（Fu, Flood, Rousseau, & Morris, 2020; Kehoe & Han, 2020; Knies, Leisink & van de Schoot, 2020; Leroy, Segers, Van Dierendonck, & Den Hartog, 2018; Nishii & Paluch, 2018; Purcell & Hutchinson, 2007）。本研究では、治療と仕事を両立させようとする従業員の活躍を支援するタイプのリーダーシップとしてインクルーシブ・リーダーシップを取り上げ、その研究動向を概観するとともに、今後の研究課題を提示する。

#### B 調査の方法

本研究では、「治療と仕事の両立のため

の支援の要請」を促すと考えられるインクルーシブ・リーダーシップについて国内外の先行研究をレビューする。

### C 結果

インクルーシブ・リーダーシップとは、多様な従業員のインクルージョンを高める管理者のリーダーシップに注目した考え方である。リーダーはインクルーシブ・リーダーシップを通じて、集団の議論や決定に多様な従業員の声やアイデアを巻き込むことを可能にすることができる。またインクルーシブ・リーダーシップはメンバーを協議に巻き込み、意思決定に参加させる参加型のリーダーシップと関連する概念であること (Nembhard& Edmondson, 2006)や部下との間に良好な関係性を構築する関係性リーダーシップの1種であること (Carmeli et al., 2010; Choi et al., 2015; Hollander, 2007)が指摘されている。

代表的な定義を確認しておこう。まず Nembhard& Edmondson (2006) はリーダーのインクルーシブ性を「他者の貢献を歓迎し、評価していることを示すリーダーやリーダーの言動 (p. 947)」と定義し、リーダーがインクルーシブ性を発揮しているほど、後述するチームメンバーが心理的安全性をチームメンバーが認知し、結果的に仕事の質を改善するタスクに対するエンゲージメントを高めることを明らかにしている。

次に Carmeli et al. (2010) は、「フォローワーとの相互作用において、開放性、アクセシビリティ、可用性を示すリーダー」(p. 250)と再定義している。

これまで個人レベルのインクルーシブ・リーダーシップは、部下個々人の組織コミッ

トメント (Choi et al., 2015)の職務態度に加えて、創造的なタスクへの取り組み (Carmeli et al., 2010)やイノベーター的な行動に積極的になる (Javed et al., 2019)こと、周囲への支援行動 (Randel et al., 2016)、知識共有 (Morinaga et al., 2022)、上司への支援要請 (松下ら, 2022)といった従業員の能動的な行動を促すことが明らかにされてきた。

### インクルーシブ・リーダーシップの研究動向

インクルーシブ・リーダーシップの先行研究は大きく分けて3つの潮流に分けることができる。第1に、Nembhard and Edmondson (2006)による多職種連携が必要になる職場において幅広い職種の従業員を職場の議論や意思決定に参加させようとするリーダー行動に注目する研究である。Nembhard and Edmondson は、病院のNICUで多職種が連携して働くことが求められている様々な職種の従業員に対する調査を行った。そして多職種連携チームのリーダーとなる医者がインクルーシブ・リーダーシップを発揮することが、その他の職種の心理的安全性を高めることを通じて、職場の改善行動への意欲へと結びつくことを指摘した。

同様に Mitchell et al., (2015)は、病院のユニット単位の調査を行い、リーダーのインクルーシブ・リーダーシップが知覚されたステータスの違いを減少させるという先行研究の知見に加えて、チームアイデンティティを高めるという効果を実証的に明らかにしている。また Mitchell et al., (2015)は、インクルーシブ・リーダーシップ

によって低減された知覚されたステータスの違いが最終的にチーム業績を高めるという影響関係が専門的多様性の程度によって異なることを示している。本研究が注目する性別的多様性とは異なるものの、インクルーシブ・リーダーシップの影響が多様性の高い状況で一層有効になることとともに、インクルーシブ・リーダーシップが上司部下関係を良好なものとするだけでなく同僚間の関係形成にも間接的に影響を与えることを示唆しているといえよう。

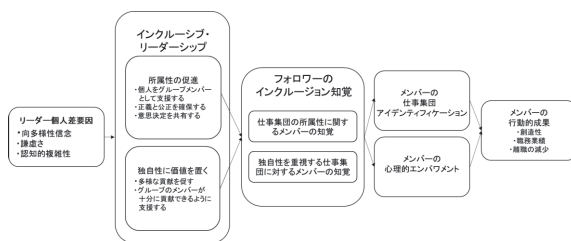
2つ目は、Carmeli et al., (2010)に端を発する心理的安全性を高めるリーダーシップとしてインクルーシブ・リーダーシップを位置づける研究群である。Carmeli et al. は、Edmondson (2004)に基づき、従業員の心理的安全性を高める、開放性、利用可能性、アクセシビリティの3次元の行動に注目している。これらの研究群では部下が規範やマニュアルから逸脱した行動をとることを積極的に支持するようなリーダーシップ行動をとることで部下が職務遂行においてとるリスクを低減することができると想定している。その結果、組織コミットメント (Choi et al., 2015)を高めることや、創造的なタスクへの取り組み(Carmeli et al., 2010)やイノベティブな行動 (Javed et al., 2019) に積極的に従事することが実証的に示されている。これらの一連の研究では、インクルーシブ・リーダーシップが上司部下間の良好な関係性の形成を通じて従業員の能動的な職務行動を引き出すことを示した点で本研究の問題意識に対して貢献するものである。ただし、これらの一連の研究では職場の多様性推進などとの関係については十分に重視されていない。

3つ目は、Randel et al., (2018) の理論的研究である。Randel et al., は、最適弁別化理論に基づいてインクルージョンを再定義した Shore et al., (2011)の議論に基づき、インクルーシブ・リーダーシップを再定義している。最適弁別理論によれば、人は、自分を集団成員と同一化したいという欲求と集団内の個人として自分と集団成員を区別したいという差別化の欲求の2つの欲求充足が最適になされる集団に所属したいと考えるとされている (Brewer, 1991)。Randel et al は、同一化欲求と差別化欲求という全ての従業員が保有している欲求を充足するリーダーシップとしてインクルーシブ・リーダーシップを位置づけている。インクルーシブ・リーダーシップは、従業員の所属性を高めるような行動と独自性の価値を高めるような行動の2つから構成される。前者には公正 (justice) や公平 (equity) を担保するような行動や、意思決定を共有する行動が含まれる。後者には、多様な貢献を奨励したり部下の貢献を助けたりする行動が想定されている。これらの行動は、従業員のインクルージョンの認知、すなわち集団への所属性と集団が独自性に価値を置いているという認識に結実すると考えられている。

さらに、Randel et al., (2018)はインクルージョンが従業員行動の関係を2つの経路で整理している。1つは、メンバーの仕事集団へのアイデンティフィケーションを介する経路であり、もう1つは、心理的なエンパワメントを介する経路である。このように2つの経路が想定できる理由はリーダーが重層的であるからである。つまり上司は、ある部下に直接的にインクルーシブな

行動をとることは上司部下関係を良好にし、エンパワメントを引き出すことができる。同時に、そのような上司のインクルーシブな振る舞いは、部下のお手本となるため、間接的な影響も期待できる。すなわち部下同士の関係性が良好になることで所属集団への認識に良い影響を与えると想定されている（図1参照のこと）。

図1：インクルーシブ・リーダーシップの理論モデル



出所：Randel et al., (2019)の図1をもとに筆者作成

## 日本におけるインクルーシブ・リーダーシップ研究の展開

日本でも、欧米からおよそ10年以上遅れた2020年前後からインクルーシブ・リーダーシップの研究が蓄積されるようになってきた。そこで、以下では日本で行われたインクルーシブ・リーダーシップの先行研究の内容とその成果について概観していく。

日本でもっとも早くインクルーシブ・リーダーシップに着眼して研究の1つとして荒木（2019）があげられる。荒木（2019）はA社で働く正規社員と非正規社員合計197

名に対する質問票調査を行っている。調査の結果、インクルーシブ・リーダーシップとジョブ・クラフティングの間には統計的に有意な水準で正の関連は認められなかったが、情緒的コミットメントを介して関連がみられるという間接的な関係が明らかにされている。またインクルーシブ・リーダーシップは情緒的コミットメントを介してキャリア展望についても間接的な影響を有していることが明らかにされている。

松下ら（2022）はコロナ禍でリモートワークに従事することになり、調査を行った2時点でリモートワークの実績がある従業員273名の調査結果を分析している。その結果、インクルーシブ・リーダーシップが職場の心理的安全性の醸成を介して感情面の援助要請意図を高めることを明らかにしている。なおここでいう感情面の援助要請意図とは、職務遂行そのものに関わる支援ではなく、職場における人間関係や心理的ウェルビーイングを低下させる様々な問題に関する問題が生じたときに支援を求める意図があるかどうかを指している。

なお松下ら（2022）は、上記の関係は仕事の要求度が低い状況では強くみられる一方で、仕事の要求度が高い状況ではインクルーシブ・リーダーシップの影響が弱められることを明らかにしている。仕事の負担が強すぎる場合には、インクルーシブ・リーダーシップが与え影響が弱められてしまうことがあることにも注意を喚起している。

森永（2022）では、500名以上の企業で働く従業員でかつ非管理職（係長級以下）の1000名に対して質問票調査を行っている。その結果、インクルーシブ・リーダーシップは心理的安全性を介して、ジョブ・クラフテ



イングと正の関連をもつこと、上記の関係が価値観の多様性が高い場合に強められることを明らかにしている。これは荒木(2019)の知見を部分的に追認するものであろう。さらに、そのようなインクルーシブ・リーダーシップの影響は、価値観が多様な状況においてより重要になることが示されたことから、多様性推進を進めようとする組織においてより重要な考え方になると主張している。

Morinaga et al., (2022) は保険会社で働く営業職 129 チーム 827 名に対する 2 波の質問票調査を行い、インクルーシブ・リーダーシップと 2 種類の知識共有行動との関係を検討している。その結果インクルーシブ・リーダーシップは、自分が同僚に知識を提供する行動(知識提供)も、同僚から知識提供を求める行動(知識収集)も、どちらも正の関連があることが明らかにされた。さらに、職場の性別多様性の程度が高い時には、インクルーシブ・リーダーシップと知識提供との関係が強められることが明らかになった。そのため性別的多様性が高い状況で、知識共有を進めるためには、管理者がインクルーシブ・リーダーシップを発揮することが重要であると主張された。

以上で延べた日本におけるインクルーシブ・リーダーシップに注目する研究の概要をまとめたのが表 1 である。調査の多くは、従業員の主体的行動への影響に注目しており、インクルーシブ・リーダーシップが間接的に従業員の主体的行動を促すことを明らかにしてきた。特にジョブ・クラフティングや知識共有行動への影響が明らかにされるとともに、本研究の問題意識に深くかわる「援助要請意図」への影響も明らかにされ

ている。一方キャリア展望(荒木, 2019)への影響があることも明らかにされている。

次に、これまで行われてきた調査の多くは Carmeli & Reiter-Palmon (2010) による 3 次元 9 項目尺度を用いていることがわかる。これは欧米の先行研究の動向と軌を一にしているものの、今後は別の尺度を用いた研究を蓄積していくことも求められるだろう。

さらに、調査の多くは個人レベルの調査が多いが、集団レベルを含んだマルチレベル分析を行っているものもある(Morinaga et al., 2022) ことがわかった。多様性推進の観点からインクルーシブ・リーダーシップに注目する場合には、集団内での従業員の認識が一致しているかどうかや、集団レベルのインクルーシブ・リーダーシップの影響にも注目することがより重要であろう。

最後に、調査対象となっているのはいずれも職場の管理職のリーダーシップであり、シニアリーダーを対象とした研究は存在しなかった。今後は組織全体のインクルージョン推進するリーダーのリーダーシップを対象とした研究も求められるであろう。

インクルーシブ・リーダーシップ研究の今後の課題

インクルーシブ・リーダーシップ研究が発展するために、どのような課題があるのだろうか。まず、一層の理論的検討が求められるであろう。Randel et al., (2019)らの研究によってインクルーシブ・リーダーシップが理論的に整備されつつある。ただし、この理論的枠組みによってインクルーシブ・リーダーシップ研究がこれまで照射し

てきた領域を正しく整理できているのかどうかについては丁寧な議論が求められるだろう。例えば、インクルーシブ・リーダーシップ研究のシステマティックレビューを行った Korkmaz, Van Engen, , Knappert, & Schalk (2022) は、インクルーシブ・リーダーシップの既存研究が扱ってきた次元として①社員の独自性を育む、②チーム内の帰属意識の強化、③感謝の気持ちを認める、④組織的な取り組みを支援する、の4次元に集約している。これらのうち最初の2次元が Randel et al., (2018)によって強調されているインクルーシブ・リーダーシップに該当するといえるだろう。一方、③と④の次元では Randel et al., (2018)では十分に扱われているとは言えない。特に④は組織全体の変革やインクルージョンの推進に関わる組織レベルのリーダーシップを念頭に置いている。これは、①②③が基本的には集団レベルのリーダーのリーダーシップ行動とは明らかに異なっており、このようなレベルの異なる行動をどのように扱っていくのかについても整理を行っていくことが

求められるだろう。

次に、理論的背景に基づいた尺度開発が求められるだろう。尺度開発が行われることで、インクルーシブ・リーダーシップが従業員行動や組織成果にもたらす影響が適切に把握されるようになることが期待できる。

最後に、インクルーシブ・リーダーシップを発揮できるリーダーをいかにして育成するのかについて検討していく必要がある。インクルーシブ・リーダーシップを特定のいくつかの次元から構成されるリーダーシップとして位置づけた場合には、比較的育成は容易となるだろう。しかし、インクルーシブ・リーダーシップをより本質的なものと位置付けた場合には育成は容易ではなく、なることが指摘されている (Nishii & Leroy, 2022)。

このようにインクルーシブ・リーダーシップは実務の観点から重要かつ魅力的な概念であるものの、どのように位置付け、どのように測定し、どのように育成していくのかについて検討が求められている概念であるといえるだろう。

表1 日本におけるインクルーシブ・リーダーシップに関する研究のレビューリスト

| 著者（年）     | 定義や次元についての記述                                                                                                | 分析レベル | リーダーのレベル            | 調査対象                                                                                     | 尺度                                                 | 主な結果                                                                                                                                                 |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 荒木（2019）  | フォロワーに（こ<br>うした）インクル<br>ージョンをも<br>たらすリーダーシ<br>ップ                                                            | 個人    | ワークグ<br>ループリ<br>ーダー | A社で働く<br>正規社員<br>と非正規<br>社員合計<br>197名                                                    | Carmeli &<br>Reiter-<br>Palmon<br>(2010)によ<br>る9項目 | ① インクルーシブ・リーダーシップは正規社員、非<br>正規社員ともに情緒的コミットメントを介し<br>て、ジョブ・クラフティングと正の関連をもつ。<br>② インクルーシブ・リーダーシップは正規社員、非<br>正規社員ともに情緒的コミットメントを介して、キ<br>ャリアの展望と正の関連をもつ。 |
| 松下ら（2022） | フォロワーとの相<br>互作用において、<br>開<br>放性、アクセシビ<br>リティ、可用性を<br>示すリーダー行動<br>（Carmeli &<br>Reiter-Palmon<br>(2010)に基づく） | 個人    | ワークグ<br>ループリ<br>ーダー | 1000名以<br>上の企業<br>規模に属<br>し、3年以<br>上勤務し、<br>コロナ禍<br>でリモー<br>トワーク<br>が始まっ<br>た従業員<br>273名 | Carmeli &<br>Reiter-<br>Palmon<br>(2010)によ<br>る9項目 | ① インクルーシブ・リーダーシップは心理的安全<br>性を介して、感情面の援助要請意図と正の関連<br>をもつ。<br>② 上記の関係は、仕事の要求度が低い場合に強め<br>られる。                                                          |

|                            |                                                                                                              |            |                     |                                        |                                                       |                                                                                                                                  |
|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|---------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 森永 (2022)                  | フォローとの相<br>互作用において、<br>開<br>放性、アクセシビ<br>リティ、可用性を<br>示すリーダー行動<br>( Carmeli &<br>Reiter-Palmon<br>(2010) に基づく) | 個人         | ワークプ<br>ループリ<br>ーダー | 500 名以<br>上の企業<br>で働く従<br>業員 1000<br>名 | Carmeli &<br>Reiter-<br>Palmon<br>(2010) によ<br>る 9 項目 | ① インクルーシブ・リーダーシップは心理的安全<br>性を介して、ジョブ・クラフティングと正の関連<br>をもつ。<br>② 上記の関係は職場の価値観の多様性が高いとき<br>に強められる。                                  |
| Morinaga et<br>al., (2022) | 従業員の帰属意識<br>と独自性の両方の<br>ニーズを満たすリ<br>ーダーシップスタ<br>イル                                                           | マルチ<br>レベル | ワークプ<br>ループリ<br>ーダー | 保険会社<br>で働く営<br>業職 129 チ<br>ーム 827 名   | Hollanger<br>(2009) から<br>選択した 2<br>次元 11 項目          | ① インクルーシブ・リーダーシップは知識共有<br>(知識提供) と正の関連がある。<br>② 上記の関係はチームの性別多様性の程度が<br>高いときに強められる。<br>③ インクルーシブ・リーダーシップは知識共有<br>(知識収集) と正の関連がある。 |

## D 考察

インクルーシブ・リーダーシップの先行研究のレビューを行った結果、初期の研究に加えて、そこから派生した2つの研究潮流が生じていることが明らかになった。これらは同じ用語を用いながらも、やや異なる側面に注目しているため整理して用いていくことが必要であることが明らかになった。

またインクルーシブ・リーダーシップについては日本でも実証的知見の蓄積が始まっていることが明らかになった。ただし、その多くは個人レベルの測定にとどまっていること、対象となるリーダーも集団のリーダーの研究のみであることなど偏りがあることが明らかになった。今後は欧米で指摘されている異なる調査対象や分析方法を用いた研究が求められるであろう。

このうち本研究の問題意識を踏まえれば、シニアリーダーのインクルーシブ・リーダーシップの研究の知見を蓄積していくことがとりわけ重要であると考えられる。シニア・リーダーには、組織がインクルージョンに取り組むことの重要性を組織に浸透させ、実際に体制づくりを行い、リソースを割いていくことが求められる。このような組織全体の体制づくりを進めていくリーダーのプロセスについて一層の知見が求められているといえるだろう。

## E 結論

インクルーシブ・リーダーシップ研究は、定量的な研究が蓄積されつつあることが分かった。その際に特定の尺度が用いられていることも明らかになった。一方最近では

異なる理論的背景に基づく研究も蓄積されつつあることから、尺度開発やリーダーシップ開発を進めるための一層の理論的検討が求められていることが明らかになった。

## F 研究発表

森永雄太 (2022) 「インクルーシブ・リーダーシップがジョブ・クラフティングに与える影響のメカニズム」於：組織学会 2022 年度研究発表大会

森永雄太 (2022) 「ウェルビーイング経営を実践するインクルーシブ・リーダーシップ」於：第30回日本産業ストレス学会

## 論文（招待）

森永雄太 (2022) 「企業経営とウェルビーイング」『証券アナリストジャーナル』60(12)、6 - 14。

## 論文（査読あり）

麓仁美・松下将章・森永雄太 (2022) 「職場における支援の受容がワーク・ファミリー・コンフリクトに与える影響：COVID-19 の感染拡大による在宅勤務を調整変数として」『経営行動科学』34 (1-2)、21-37。

松下将章・麓仁美・森永雄太 (2022) 「インクルーシブ・リーダーシップが上司に対する援助要請意図に与える影響のメカニズム：職場の心理的安全と仕事の要求度を含む調整媒介効果の検討」『日本労働研究雑誌』745、82-92。

Morinaga, Y., Hayashi, S., Sato, Y., & Shimanuki, T. (2022) "Inclusive leadership and knowledge sharing in



Japanese workplaces: the role of diversity in the biological sex of workplace personnel” Personnel Review ahead-of-print.  
<https://doi.org/10.1108/PR-02-2021-0111>

## 書籍

森永雄太・麓仁美・松下将章(2022)「コロナ禍のリモートワークとウェルビーイング」(高橋潔・加藤俊彦編著『リモートワークを科学する I [調査分析編]ーデータで示す日本企業の課題と対策』51 - 79) 白桃書房.

高尾義明・森永雄太編著(近刊)『ジョブ・クラフティング 仕事の自律的再創造に向けた理論的・実践的アプローチ』白桃書房.

森永雄太(近刊)『ジョブ・クラフティングのマネジメント (仮)』千倉書房.

## 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

荒木淳子(2019)「雇用形態の異なる社員が協働する職場のマネジメントー上司のインクルーシブ・リーダーシップに着目してー」『産業能率大学紀要』39 (2), 41-53.

江口尚・森永雄太・細見正樹「健康経営および治療と仕事の両立ー産業保健学およ

び組織行動論の視点からー」『経営行動科学』, 31(3), 117-131.

- Fu, N., Flood, P. C., Rousseau, D. M., & Morris, T. (2020). Line managers as paradox navigators in HRM implementation: Balancing consistency and individual responsiveness. *Journal of Management*, 46(2), 203-233.
- Gill, C., Gardner, W., Claeys, J., & Vangronsveld, K. (2018). Using theory on authentic leadership to build a strong human resource management system. *Human Resource Management Review*, 28(3), 304-318.
- Hewett, R., Shantz, A., & Mundy, J. (2019). Information, beliefs, and motivation: The antecedents to human resource attributions. *Journal of Organizational Behavior*, 40(5), 570-586.
- Jiang, K., & Messersmith, J. (2018). On the shoulders of giants: A meta-review of strategic human resource management. *The International Journal of Human Resource Management*, 29(1), 6-33.
- Kehoe, R. R., & Han, J. H. (2020). An expanded conceptualization of line managers' involvement in human resource management. *Journal of Applied Psychology*, 105(2), 111-129.
- Knies, E., Leisink, P., & van de Schoot, R. (2020). People management: developing and testing a measurement scale. *The International*

- Journal of Human Resource Management*, 31(6), 705-737.
- Korkmaz, A. V., Van Engen, M. L., Knappert, L., & Schalk, R. (2022). About and beyond leading uniqueness and belongingness: A systematic review of inclusive leadership research. *Human Resource Management Review*, 100894.
- Leroy, H., Segers, J., Van Dierendonck, D., & Den Hartog, D. (2018). Managing people in organizations: Integrating the study of HRM and leadership. *Human Resource Management Review*, 28(3), 249-257.
- 松下将章・麓仁美・森永雄太(2022)「インクルーシブ・リーダーシップが上司に対する援助要請意図に与える影響のメカニズム:職場の心理的安全と仕事の要求度を含む調整媒介効果の検討」『日本労働研究雑誌』745、82-92。
- 森永雄太(2022)「インクルーシブ・リーダーシップがジョブ・クラフティングに与える影響のメカニズム」於：組織学会2022 年度研究発表大会
- Morinaga, Y., Hayashi, S., Sato, Y., & Shimanuki, T. (2022) "Inclusive leadership and knowledge sharing in Japanese workplaces: the role of diversity in the biological sex of workplace personnel".
- Nishii, L. H., & Leroy, H. (2022). A multi-level framework of inclusive leadership in organizations. *Group & Organization Management*, 47(4), 683-722.
- Personnel psychology*, 61(3), 503-545.
- Nishii, L. H., & Paluch, R. M. (2018). Leaders as HR sensegivers: Four HR implementation behaviors that create strong HR systems. *Human Resource Management Review*, 28(3), 319-323.
- Purcell, J., & Hutchinson, S. (2007). Front-line managers as agents in the HRM-performance causal chain: theory, analysis and evidence. *Human Resource management journal*, 17(1), 3-20.
- Randel, A. E., Galvin, B. M., Shore, L. M., Ehrhart, K. H., Chung, B. G., Dean, M. A., & Kedharnath, U. (2018). Inclusive leadership: Realizing positive outcomes through belongingness and being valued for uniqueness. *Human Resource Management Review*, 28(2), 190-203.
- 坂本はと恵・高橋 都(2017)「がん治療を受けながら働く人々が抱える問題とその支援」『日本労働研究雑誌』, 682, 13-24.
- [須賀 万智・山内 貴史・和田 耕治・柳澤 裕之](#)(2019)「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』, 61(2), 59-68.

## 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： 実装に向けた効果的な活用方法の検討

|       |       |                             |
|-------|-------|-----------------------------|
| 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 | 株式会社リコープロフェッショナルサービス部・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  | Your Doctor・医師              |
| 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3年目である今年度は、昨年度に作成した評価指標案を最終版として、梶木班員を中心に開発を進めたウェブ上の簡易支援システム（以下、ウェブシステム）にアップロードし、ウェブシステム上での評価指標の効果的な活用方法について検討することを目的とした。最初に、開発中のウェブシステムのトップページから評価指標（PDFをダウンロードできるリンク）に辿り着くまでの経路パターンを確認した。その上で、ウェブシステムのレイアウトに関する課題点を抽出し、評価指標に容易に辿り着けるようにするためのレイアウトの改訂案を検討した。その結果、評価指標の略称である「情報授受チェックリスト」の文言が記載されたリンクボタンがウェブシステム上に存在しないことが、評価指標に辿り着きづらい原因になる可能性が考えられたため、リンクボタンと説明文を追加した2つの改訂案を考案し、ウェブシステムに反映させた。ウェブシステムのレイアウトを改訂したことにより、評価指標に辿り着くチャネルが増えただけでなく、評価指標の存在に気付きやすくなる効果も期待することができ、各事業場におけるウェブシステムを活用した両立支援の取組が更に促進するものと考えられる。

### 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、令和3年3月、令和4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%であることが報告されており、その具体的な事項として「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」などが挙げられている（厚生労働省，2019）。これらの事項は、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3年目である今年度は、昨年度に作成した評価指標「事業場向け両立支援に係る労使間の合意形成に必要な情報授受チェックリスト」（略称「情報授受チェックリスト」）の案（井上ら，2022）を最終版として（資料1参照）、梶木班員を中心に開発を進めたウェブ上の簡易支援システム「治療サポ」（以下、ウェブシステム）（梶木，2022）にアップロードし、ウェブシステム上での評価指標の効果的な活用方法について検討することを目的とした。

### B. 研究方法

開発中のウェブシステムに評価指標（PDF ファ

イル) をアップロードし、ウェブシステムのトップページから評価指標(PDF をダウンロードできるリンク) に辿り着くまでの経路パターンを確認した。その上で、ウェブシステムのレイアウトに関する課題点を抽出し、評価指標に容易に辿り着けるようにするためのレイアウトの改訂案を検討した。

#### (倫理面への配慮)

本研究は、開発を進めたウェブシステムの課題を抽出し、レイアウトの改訂案を検討したものであり、「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」(文部科学省・厚生労働省・経済産業省) 第1章 第2(1) で定義されている「人を対象とする生命科学・医学系研究」には該当しないため、倫理面への配慮を要しなかった。

### C. 研究結果

ウェブシステムのトップページから評価指標に辿り着くまでの経路として、以下の2パターンが想定された。

パターン1: ①トップページの右上にある【治療サポとは】をクリックする、または、トップページの中段にある【治療サポについて>】をクリックする、②「治療サポとは」のページ中段「治療サポを使いやすくするための事前準備」の本文中のハイパーリンク「こちらのチェックリスト」をクリックする。

パターン2: ①トップページの右上にある「両立支援の流れ」をクリックする、または、トップページの中段にある【初めて両立支援に取り組む方>】をクリックする。②「両立支援の流れ」のページ上段の流れ図にある「チェックリスト」のハイパーリンクをクリックする(資料2参照)。

上記で挙げた2つの経路パターンには、いずれも評価指標の略称である「情報授受チェックリスト」の文言が記載されたリンクボタンが存在しないことが、評価指標に辿り着きづらい原因になる可能性が考えられたため、リンクボタンを適切な場所に配置することが必要と考えられた。これを踏まえ、以下の2つの改訂案を考案した。

改訂案1: 「治療サポとは」のページ中段「治療サポを使いやすくするための事前準備」の最下部に【情報授受チェックリスト>】のリンクボタンを追加する。更に、標題を「治療サポを使いやすくするために」に改訂し、説明文を「治療サポを効果的に使うためには情報授受チェックリストが参考になります。このチェックリストは、治療と仕事の両立支援をスムーズに進めるために、本人や主治医との間で情報の授受が必要な事項をステップ別に整理したものです。本人と合意形成を進める際に、誰からどのような情報を得て、誰

にどのような情報を提供したかをチェック・記録することで、必要な情報を漏れなく収集・提供することができます。」に改訂する(下線部には評価指標のPDFファイルへのリンクを張る)。

改訂案2: 「両立支援の流れ」のページ上段に、ダウンロード可能なPDFに関する説明文「治療と仕事の両立支援では、各ステップで本人や主治医との間で情報の授受を行います。治療サポでは、情報の授受を行う際に活用できる書類やチェックリストを準備しています。流れ図の中のハイパーリンクまたは下のリンクボタンから書類の入力見本や情報授受チェックリストをダウンロードできますので、ご活用ください。」を追加し、流れ図の下部分に【書類の入力見本をダウンロードする(PDF)>】及び【情報授受チェックリストをダウンロードする(PDF)>】のリンクボタンを追加する(資料3参照)。

これらの改訂案をウェブシステムに反映させ、レイアウトを改訂した。

### D. 考察

今年度は、昨年度に作成した評価指標案を最終版として、開発中のウェブシステムにアップロードし、ウェブシステムのトップページから評価指標に容易に辿り着けるようにするためのレイアウトの改訂案を検討した。

開発中のウェブシステムでは、評価指標の略称である「情報授受チェックリスト」の文言が記載されたリンクボタンが存在しないことが、評価指標に辿り着きづらい原因になる可能性が考えられた。これを踏まえてレイアウトを改訂したウェブシステムでは、リンクボタンが新たに追加されたことで、評価指標に辿り着くチャネルが増えただけでなく、評価指標の存在に気付きやすくなる効果も期待することができ、各事業場における両立支援の取組の更なる促進に寄与するものと考えられる。

### E. 結論

3年間の研究期間で、事業場における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た評価指標が完成し、ウェブシステム上でダウンロードできるようにした。今後、各事業場でウェブシステムを活用した両立支援の取組を行う際に、労使間のスムーズな合意形成と進捗状況の記録・確認を行うための一参考資料として、評価指標を活用していただきたい。

### F. 研究発表

#### 1. 論文発表

Inoue A, Eguchi H, Kachi Y, Tsutsumi A. Low adaptation to management philosophy and



refraining from seeking medical care in Japanese employees: a 1-year prospective study. J Occup Environ Med 2022; 64(12): 1007–1012.

度総合研究報告書. 東京: 厚生労働省, 2017: 1–22.

## 2. 学会発表

- 井上彰臣, 江口尚, 可知悠子, 堤明純. 経営理念の浸透度が労働者の受診抑制に及ぼす影響: 1年間の前向きコホート研究. 第95回日本産業衛生学会, 2022年5月, 高知.
- 江口尚, 井上彰臣, 小森哲夫. 難病患者における治療と仕事の両立支援の状況と心理的ストレスとの関係: 心理社会的な安全風土の効果修飾. 第32回日本産業衛生学会全国協議会, 2022年9~10月, 札幌.

## G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

該当せず。

## H. 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, 梶木繁之, 森田哲也, 武藤剛, 加未佐和子, 平岡晃, 江口尚. 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: 情報の追加・拡充と評価指標案の作成. 研究代表者 江口尚. 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3年度総括・分担研究報告書. 東京: 厚生労働省, 2022: 120–129.
- 梶木繁之. 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. 研究代表者 江口尚. 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3年度総括・分担研究報告書. 東京: 厚生労働省, 2022: 84–104.
- 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



【資料1】事業場向け両立支援に係る労使間の合意形成に必要な情報授受チェックリスト

以下の項目は、事業場において「治療と仕事の両立支援」を受けようとする労働者との間で円滑に合意形成を進めるにあたり、どのタイミングで誰にどのような情報を収集・提供したり実施したりする必要があるのかを列挙し、チェックリストとしてまとめたものです。労働者から両立支援の申出を受けた際に、収集・提供した情報や実施した事項に不足がないかを確認するのにご活用ください。

【チェックリストの使い方】

「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」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ステップに分けて構成されています。労働者から両立支援の申出を受けたら、時系列に沿って、1から順に収集・提供した情報や実施した事項にチェック☑を入れてください(自由記入欄も適宜、ご活用ください)。

労働者の氏名(所属部署名): \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

ステップ1 両立支援を必要とする労働者からの情報提供(必要に応じて面談前に労働者と共有しておく)

記入年月日

| ① 労働者(以下、本人)から聞き取った事項 |                                        |
|-----------------------|----------------------------------------|
| Ⅰ. 主治医から本人に伝えられた情報    |                                        |
|                       | 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                       |
|                       | 通勤時に必要な配慮に関する意見                        |
|                       | その他、配慮が必要な事項に関する意見(※以下に具体的な内容を記入)      |
| 配慮が必要な事項に関する意見(記入欄)   |                                        |
| Ⅱ. 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(※以下に具体的な内容を記入) |
| 本人の個別状況(記入欄)          |                                        |

| ② 本人に伝えた事項           |                                      |
|----------------------|--------------------------------------|
|                      | 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      |
| 上記の他，本人に伝えた事項（自由記入欄） |                                      |
|                      |                                      |

**ステップ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  
記入年月日

| ① 本人に確認した事項             |                                                                                    |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
|                         | 主治医から情報を得ることに対する同意                                                                 |
| 上記の他，本人に確認した事項（自由記入欄）   |                                                                                    |
|                         |                                                                                    |
| ② 主治医に伝えた事項             |                                                                                    |
|                         | 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                           |
| 上記の他，主治医に伝えた事項（自由記入欄）   |                                                                                    |
|                         |                                                                                    |
| ③ 主治医に確認した事項            |                                                                                    |
|                         | 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                                                                       |
|                         | ステップ1の①－Ⅰ（主治医から本人に伝えられた情報）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と考えられた）事項（※以下に具体的な内容を記入） |
| 主治医から詳細な情報を聞き取った事項（記入欄） |                                                                                    |
|                         |                                                                                    |

**ステップ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  
 (※) 事業場で産業医等を選任していない場合はステップ4-1に進んでください。

記入年月日

| 産業医等に伝えた事項             |                             |
|------------------------|-----------------------------|
|                        | ステップ1やステップ2で本人や主治医から聞き取った事項 |
|                        | 本人が利用可能な制度                  |
| 上記の他、産業医等に伝えた事項（自由記入欄） |                             |

**ステップ4-1** 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（配慮検討時）

記入年月日

| ① 本人から聞き取った事項                        |                                   |
|--------------------------------------|-----------------------------------|
|                                      | 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         |
| 上記の他、本人から聞き取った事項（自由記入欄）              |                                   |
| ② 本人に伝えた事項                           |                                   |
|                                      | 利用可能な社内制度（在宅勤務、時差出勤、短時間勤務など）      |
|                                      | 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         |
| 上記の他、本人に伝えた事項（自由記入欄）                 |                                   |
| ③ 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・検討した事項 |                                   |
|                                      | 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） |
| 上記の他、把握・検討した事項（自由記入欄）                |                                   |

**ステップ4－2** 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（休業時）  
 （※）入院等による休業を要しないと判断した場合はステップ4－3に進んでください。

【休業開始前】

記入年月日

| 本人に伝えた事項             |                                         |
|----------------------|-----------------------------------------|
|                      | 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） |
| 上記の他，本人に伝えた事項（自由記入欄） |                                         |

【休業期間中】

記入年月日

| ① 本人から聞き取った事項（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    |
| 上記の他，本人から聞き取った事項（自由記入欄） |             |
| ② 本人に伝えた事項              |             |
|                         | 活用可能な支援制度   |
|                         | 職場復帰に関連する情報 |
| 上記の他，本人に伝えた事項（自由記入欄）    |             |

【職場復帰判定時】

記入年月日

| ① 本人から聞き取った／確認した事項           |                                                  |
|------------------------------|--------------------------------------------------|
|                              | 主治医の意見（職場復帰の可否，病名，今後の見通し，通院頻度，今後（半年程度の間）想定される症状） |
|                              | 本人の職場復帰の意向                                       |
|                              | 治療状況                                             |
|                              | 希望する復帰先                                          |
|                              | 本人が自覚している症状（気になる症状，心配している事項）                     |
|                              | 体調不良時の状況や対処方法                                    |
|                              | 職場復帰にあたって会社側に配慮して欲しい事項                           |
|                              | 職場復帰後の社内制度の利用希望の有無（社内制度がある場合：制度を紹介し，意向を聴取）       |
|                              | 主治医から情報を得ることに対する同意                               |
| 上記の他，本人から聞き取った／確認した事項（自由記入欄） |                                                  |
| ② 本人に伝えた事項                   |                                                  |
|                              | 本人の希望を踏まえた職場復帰後の業務内容に関する提案や要望                    |
|                              | 本人の自覚症状を踏まえて会社側で配慮が可能な事項                         |
| 上記の他，本人に伝えた事項（自由記入欄）         |                                                  |
| ③ 主治医に伝えた事項                  |                                                  |
|                              | 本人が復帰を希望している職務の特徴，必要とされる業務遂行能力に関する情報             |
|                              | 会社側の状況（配慮が可能な事項，利用可能な社内制度など）                     |
| 上記の他，主治医に伝えた事項（自由記入欄）        |                                                  |
| ④ 主治医に確認した事項                 |                                                  |
|                              | 会社側が提示した業務内容実施の可否                                |
|                              | 主治医の視点から必要と思われる配慮事項や推奨される社内制度                    |
|                              | 本人の状況や会社側の状況を把握した上で，追加で配慮が必要と思われる事項              |
| 上記の他，本人に伝えた事項（自由記入欄）         |                                                  |



| ⑤ 本人以外に意見聴取を行うべき対象          |                                            |
|-----------------------------|--------------------------------------------|
|                             | 産業医等（選任している場合：主治医の意見を提供し、職場復帰の可否に関する意見を聴取） |
|                             | 復帰予定の部署                                    |
| 上記の他、意見聴取を行った対象と聴取内容（自由記入欄） |                                            |
|                             |                                            |

**ステップ4ー3 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（配慮実施時）**

記入年月日

| 就業上の措置を実施している期間に行った事項             |                                         |
|-----------------------------------|-----------------------------------------|
|                                   | 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   |
| 上記の他、就業上の措置を実施している期間に行った事項（自由記入欄） |                                         |
|                                   |                                         |

## 【資料2】 開発中のウェブシステムにおける評価指標（情報授受チェックリスト）のダウンロード方法

### パターン1

① トップページ右上にある【治療サポとは】をクリック



①' トップページ中段にある【治療サポについて>】をクリックしても可



② 「治療サポとは」のページ中段「治療サポを使いやすくするための事前準備」の本文中のハイパーリンク「こちらのチェックリスト」をクリック

### 治療サポの概要

治療サポは、産業医や産業看護職などの医療職が社内にはない中小零細企業での活用を想定して作成されています。医療職がいなくても、本人、上司、人事担当者が、症状と仕事の内容から、本人に必要で、社内で実施できる就業上の配慮を具体的に検討することができます。本人、上司、人事担当者が、本システムを使って話し合いをすることで、それぞれの思いを活かした形での治療と仕事の両立支援に関する合意形成に役立ちます。本ウェブサイトの利用は無料です。

また、勤務情報提供書には、忙しい主治医が診療情報の提供を行いやすくなるような工夫がなされていますので、なんの準備も必要なく、両立支援についての話し合いが必要となったときにすぐに使えます。また、症状や業務内容が変化したときの話し合いにも活用できます。

### 治療サポを使いやすくするための事前準備

治療サポをより効果的に使うためには、こちらのチェックリストが参考になります。このチェックリストは、治療と仕事の両立支援をスムーズに進めるために社内で整備しておくべき項目が網羅されたものです。

## パターン2

① トップページ右上にある「両立支援の流れ」をクリック



①' トップページ中段にある【初めて両立支援に取り組む方>】をクリックしても可



② 「両立支援の流れ」のページ上段の流れ図にある「チェックリスト」のハイパーリンクをクリック



### 【資料3】評価指標（情報授受チェックリスト）に容易に辿り着けるようにするための改訂案

#### 改訂案1

「治療サポとは」のページ中段「治療サポを使いやすくするための事前準備」の最下部に【**情報授受チェックリスト**>】のリンクボタンを追加する（下図）。

#### 治療サポの概要

治療サポは、産業医や産業看護職などの医療職が社内にいない中小零細企業での活用を想定して作成されています。医療職がいなくても、本人、上司、人事担当者が、症状と仕事の内容から、本人に必要で、社内で実施できる就業上の配慮を具体的に検討することができます。本人、上司、人事担当者が、本システムを使って話し合いをすることで、それぞれの思いを活かした形での治療と仕事の両立支援に関する合意形成に役立ちます。本ウェブサイトの利用は無料です。

また、勤務情報提供書には、忙しい主治医が診療情報の提供を行いやすくなるような工夫がなされていますので、なんの準備も必要なく、両立支援についての話し合いが必要となったときにすぐに使えます。また、症状や業務内容が変化したときの話し合いにも活用できます。

#### 治療サポを使いやすくするための事前準備

治療サポをより効果的に使うためには[こちらのチェックリスト](#)が参考になります。このチェックリストは、治療と仕事の両立支援をスムーズに進めるために社内で整備しておくべき項目が網羅されたものです。

情報授受チェックリスト >

上記のほか、標題と説明文を以下のように改訂する。

#### 治療サポを使いやすくするために

治療サポを効果的に使うためには[情報授受チェックリスト](#)が参考になります。このチェックリストは、治療と仕事の両立支援をスムーズに進めるために、本人や主治医との間で情報の授受が必要な事項をステップ別に整理したものです。本人と合意形成を進める際に、誰からどのような情報を得て、誰にどのような情報を提供したかをチェック・記録することで、必要な情報を漏れなく収集・提供することができます。

## 改訂案2

「両立支援の流れ」のページ上段に、ダウンロード可能な PDF に関する説明とリンクボタンを追加する。下図の ← 部分に以下のような説明文を追加し、流れ図の下部分に【書類の入力見本をダウンロードする (PDF) >】と【情報授受チェックリストをダウンロードする (PDF) >】のリンクボタンを追加する。

説明文の例：

治療と仕事の両立支援では、各ステップで本人や主治医との間で情報の授受を行います。治療サポでは、情報の授受を行う際に活用できる書類やチェックリストを準備しています。流れ図の中のハイパーリンクまたは下のリンクボタンから書類の入力見本や情報授受チェックリストをダウンロードできますので、ご活用ください。



[書類の入力見本をダウンロードする \(PDF\) >](#)

[情報授受チェックリストをダウンロードする \(PDF\) >](#)



# Low Adaptation to Management Philosophy and Refraining From Seeking Medical Care in Japanese Employees

## A 1-Year Prospective Study

Akiomi Inoue, PhD, Hisashi Eguchi, MD, Yuko Kachi, PhD, and Akizumi Tsutsumi, MD

**Objective:** We examined the prospective association of low adaptation to management philosophy with refraining from seeking medical care (RSMC) among Japanese employees in a company with a management philosophy of “pursuing employees’ well-being.” **Methods:** We surveyed 2791 employees (2059 men and 732 women) from 2 factories of a Japanese manufacturing company following the management philosophy of “pursuing employees’ well-being.” Using a self-administered questionnaire, we measured adaptation to management philosophy at baseline and RSMC at a 1-year follow-up. We conducted robust Poisson regression analysis. **Results:** Low adaptation to management philosophy was significantly associated with RSMC (incidence rate ratio, 1.17; 95% confidence interval, 1.03–1.35). **Conclusions:** Adaptation to management philosophy may be an important factor associated with the decision of employees working at a company following the “pursuing employees’ well-being” management philosophy to seek medical care for their perceived health issues.

**Keywords:** access to medical care, corporate values, Japan, longitudinal studies, mission statement

Access to medical care is a fundamental human right granted to all people and an important determinant of health.<sup>1</sup> It has been reported that delayed access to medical care, often caused by refraining from seeking medical care (RSMC: reluctance to seek or avoidance of medical care),<sup>2</sup> has various adverse effects, such as reduced quality of life, prolonged hospitalization, and increased mortality.<sup>3–6</sup> Studies on RSMC have been conducted mainly with community residents, but in recent years, these studies have been expanded to include employees. Previous studies on RSMC or access to medical care among employees have reported that psychosocial factors at work (eg, low job control, organizational justice, and workplace social capital)<sup>7–9</sup> and occupational

### CME Learning Objectives

After completing this enduring educational activity, the learner will be better able to:

- Discuss the association between low adaptation to management philosophy and refraining from seeking medical care among Japanese employees
- Discuss the importance of a management philosophy that focuses not only on revenue but also employee wellness
- Explain how a positive management philosophy can direct employee behavior and adherence

characteristics (eg, small company size, self-employment, and blue-collar employment)<sup>10</sup> are key predictors of employees’ RSMC.

In such a situation, individual adaptation to management philosophy (ie, employees’ understanding and empathizing with the content of the management philosophy and including it in their actions)<sup>11</sup> of the company to which employees belong has recently been considered a predictor of each employee’s attitudinal and behavioral outcomes.<sup>12</sup> Takao and Wang<sup>11</sup> have described adaptation to management philosophy as the process of fusion of corporate identity officially asserted by management philosophy and individual identity, and the state of individual adaptation to management philosophy as “a state in which the individual not only recognizes management philosophy as the core of corporate identity, but also deeply incorporates it into their own identity, and the philosophy has become the core of both corporate and individual identities.” To date, Wang<sup>13</sup> reported that adaptation to management philosophy affected high job involvement and organizational citizenship behavior among employees. However, that study focused on employees in a company with a management philosophy of “striving to contribute to the creation of a future where the aspirations of the people can be fulfilled.” The application of these findings to employees in companies with other management philosophies, and to other attitudinal or behavioral outcomes, such as access to medical care, is limited.

The present study focused particularly on a management philosophy of “pursuing employees’ well-being.” This is because, due to the growing interest in health and productivity management in recent years, an increasing number of companies have adopted the “pursuing well-being” or “maintenance and promotion of health” of employees as their management philosophy,<sup>14</sup> and access to medical care at the time of ill-health is directly related to the right to health based on the right to the pursuit of well-being.

Scott<sup>15</sup> and Hatvany and Pucik<sup>16</sup> have argued that management philosophy provides direction for employees, sets constraints on their behavior, and enhances their motivation through the presentation of a clear picture of the organizational goals, norms, and values. As an example, Wang<sup>13</sup> has noted that a management philosophy that emphasizes “ethics” may change the thoughts of employees from pure profit seeking to a concern for business ethics issues, making them a more socially

From the Institutional Research Center, University of Occupational and Environmental Health, Japan, Kitakyushu, Fukuoka, Japan (Dr Inoue), Department of Mental Health, Institute of Industrial Ecological Sciences, University of Occupational and Environmental Health, Japan, Kitakyushu, Fukuoka, Japan (Dr Eguchi), Department of Public Health, Kitasato University School of Medicine, Sagami-hara, Kanagawa, Japan (Dr Kachi, Dr Tsutsumi).

**Funding sources:** 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, JP17K09172, and JP20K10477), and Ministry of Health, Labour and Welfare (Industrial Disease Clinical Research Grants: grant numbers 200201-01 and 200401-01).

**Ethical Considerations and Disclosures:** Research Ethics Committee, Graduate School of Medicine and Faculty of Medicine, The University of Tokyo (no. 2772-(6)), Kitasato University Medical Ethics Organization (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.

Inoue, Eguchi, Kachi, and Tsutsumi have no relationships/conditions/circumstances that present potential conflict of interest.

The JOEM editorial board and planners have no financial interest related to this research.

Address correspondence to: Akiomi Inoue, PhD, Institutional Research Center, University of Occupational and Environmental Health, Japan, 1-1 Iseigaoka, Yahatanishi-ku, Kitakyushu, Fukuoka 807-8555, Japan (akiomi@med.uoeh-u.ac.jp).

Copyright © 2022 American College of Occupational and Environmental Medicine  
DOI: 10.1097/JOM.0000000000000261

motivated person, and that such social motivation may also change the way of individual involvement with job, other persons, and the organization. On a similar principle, a management philosophy that emphasizes “employees’ well-being” may change the thoughts of employees from pure profit seeking to an interest in management issues that focus on employee health, making them more concerned about their own health. In addition, employees who adapt to such a philosophy may view the “pursuing well-being” as a core part of their own identity as well as that of the company, and thus see the maintenance and promotion of their own health as beneficial and essential for both the company and themselves, and may not hesitate to take action to seek medical care when they feel unwell.

Therefore, while a company’s management philosophy of “pursuing employees’ well-being” may play an important role in promoting employees’ action to seek medical care when they feel unwell, simply adopting such a philosophy may not be enough. Employees are more likely to exercise their right to health and seek medical care only when they adapt to the philosophy. A recent study of employees in a company with the management philosophy of “pursuing employees’ well-being” reported that adaptation to management philosophy predicted high work engagement,<sup>17</sup> but the association with RSMC has not been reported.

The purpose of the present study is to examine the association of low adaptation to management philosophy with RSMC among Japanese employees in a company with a management philosophy of “pursuing employees’ well-being” using a 1-year prospective design. It was hypothesized that those who perceived lower adaptation to management philosophy at baseline would be more likely to refrain from seeking medical care during the 1-year follow-up.

## METHODS

### Study Design

We used data from a Japanese Study of Health, Occupation, and Psychosocial Factors Related Equity (J-HOPE). The J-HOPE is a large-scale Japanese occupational cohort study conducted over a period of 7 years and has so far reported approximately 50 findings on health among employees due to psychosocial factors at work. However, the data cleaning process is time consuming because of the large number of people surveyed and data obtained for the entire project; therefore, although the findings of the studies have been published sequentially, there has been a time lag between data acquisition and analysis in some studies. The J-HOPE was conducted in 13 companies, but only one company measured adaptation to management philosophy; therefore, we used data from that company in the present study. At that company, we obtained baseline data from April to June 2011 and 1-year follow-up data from April to June 2012.

### Participants

We surveyed employees at 2 factories of a Japanese manufacturing company following the management philosophy of “pursuing employees’ well-being.” The surveyed company was founded in the 1950s. At the time, its management philosophy was “making its technology available to the world,” with no mention of “pursuing employees’ well-being.” However, in response to employee complaints about overtime work and concerns about the future, the company adopted “pursuing employees’ well-being” as its management philosophy in the 1960s. This philosophy has been introduced and explained to employees through management’s greeting on the foundation day or through the company newsletter. An invitation to the survey was sent to all employees (N = 3630) in February 2011. Because they were covered by the same corporate health insurance and the 2 factories were near each other, they had almost equal access to medical care. All variables used in the present study were measured using a self-administered questionnaire, except for em-

ployment status, which was obtained from the personnel records of the company surveyed. In the baseline survey, 3461 employees responded to the self-administered questionnaire (response rate, 95.3%). During the 1-year follow-up period, 336 employees transferred to other sites, took leave (ie, sick leave, maternity leave, or parental leave), resigned, or declined to participate. Overall, 3125 employees participated in the 1-year follow-up survey and responded to the follow-up questionnaire (follow-up rate, 90.3%). After excluding 334 employees who were missing at least one response on a variable relevant to the present study, we analyzed data from 2791 employees (2059 men, 732 women; Fig. 1). The analysis used the J-HOPE first wave and second wave data sets as of June 1, 2021. The study purposes and procedures were explained to the employees, and written informed consent was obtained from them before study initiation. Research ethics committee, Graduate School of Medicine and Faculty of Medicine, The University of Tokyo (no. 2772-6); Kitasato University Medical Ethics Organization (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.

## Measures

### Exposure: Adaptation to Management Philosophy (Baseline Survey)

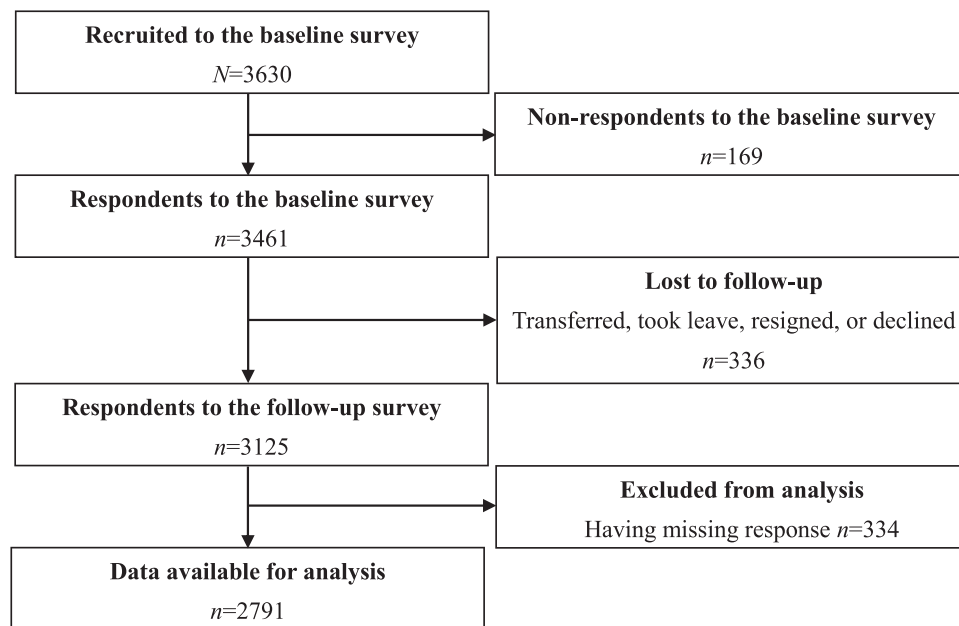
Adaptation to management philosophy at baseline was measured using a 3-item scale derived from a scale developed by Wang.<sup>13,18</sup> The original scale to measure adaptation to management philosophy comprises 11 items with the following 3 subscales: cognitive understanding of the content of the management philosophy (3 items: hereafter referred to as “cognitive understanding”), behavioral involvement reflecting the management philosophy (5 items: hereafter referred to as “behavioral involvement”), and emotional empathy with the management philosophy (3 items: hereafter referred to as “emotional empathy”).<sup>11</sup> When administering the survey in the workplace, it was necessary to narrow down the items to reduce the burden on the participants; therefore, one item from each subscale was selected, as follows: item #1 “I understand my company’s management philosophy” (cognitive understanding), item #2 “My company’s management philosophy has a strong effect on my attitudes towards my work” (behavioral involvement), and item #3 “My company’s management philosophy fits my sense of values” (emotional empathy).<sup>17</sup> All items were measured on a 5-point Likert-type scale (1 = disagree, 2 = moderately disagree, 3 = neither agree nor disagree [NAND], 4 = moderately agree, and 5 = agree). The total score was calculated by summing the item scores (score range, 3–15). In the present sample, Cronbach  $\alpha$  coefficient of the 3-item scale was 0.85. Participants were classified into tertiles (low, moderate, and high) based on the total score. In addition, participants were classified into 3 groups (disagree/moderately disagree [ie, those who answered 1 or 2], NAND [ie, those who answered 3], and agree/moderately agree [ie, those who answered 4 or 5]) for each item score.

### Outcome: RSMC (1-Year Follow-up Survey)

The follow-up questionnaire included a single-item question measuring RSMC used in the Japanese General Social Survey conducted in 2008 (JGSS-2008).<sup>19</sup> Participants were asked to respond, “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?” Those who answered “Yes, I have” were classified as those who refrained from seeking medical care.

### Potential Confounders (Baseline Survey)

Based on a previous study,<sup>8</sup> demographic characteristics, socioeconomic characteristics, and health-related behaviors were potential confounders. Demographic characteristics included sex, age (29 years or younger, 30–39 years, 40–49 years, 50–59 years, and 60 years or



**FIGURE 1.** Recruitment and follow-up flow diagram.

older), medical history of stroke, myocardial infarction, hypertension, diabetes, hyperlipidemia, cancer, or mental disorders (any and none), household size (continuous variable), employee tenure (continuous variable), work shift (day shift, shift work with night duty, shift work without night duty, and night shift), and working hours per week (30 hours or less, 31–40 hours, 41–50 hours, 51–60 hours, and 61 hours or more). Socioeconomic characteristics included education (graduate school, college, junior college, and high school or junior high school), equivalent annual household income (continuous variable), occupational position (manager, nonmanual employee, manual employee, and other), and employment status (permanent employee and nonpermanent employee). Health-related behaviors included smoking habits (never smoker, ex-smoker, and current smoker), drinking habits (rarely, sometimes, and daily), and physical activity (none, light physical activity 1 or more times a week, intense physical activity once or twice a week, and intense physical activity thrice or more times a week).

### Statistical Analysis

First, Student *t* test or Fisher exact test was performed to compare those who refrained from seeking medical care with those who did not refrain on potential confounders as well as on the total and each item scores for the adaptation to management philosophy scale. Second, using the high adaptation to management philosophy group as a reference, robust (or modified) Poisson regression analysis was performed to estimate the incidence rate ratios (IRRs) and their 95% confidence intervals (CIs) of RSMC for the moderate and low adaptation to management philosophy groups. In a series of analyses, we first adjusted for demographic characteristics (ie, sex, age, medical history, household size, employee tenure, work shift, and working hours per week; Model 1). Subsequently, we incrementally adjusted for socioeconomic characteristics (ie, education, equivalent annual household income, occupational position, and employment status; Model 2) and health-related behaviors (ie, smoking habits, drinking habits, and physical activity; Model 3). A linear trend test was also performed to examine the dose-response relationship between low adaptation to management philosophy and RSMC. Furthermore, as subanalysis, a similar analysis was performed by each item of the adaptation to management philosophy scale to examine which components of adaptation to management philosophy would be more greatly associated with

RSMC. In the subanalysis, the IRRs and their 95% CIs of RSMC for the NAND and disagree/moderately disagree groups were estimated, with the agree/moderately agree group as a reference. The linear trend test was also performed. The level of significance was 0.05 (2-tailed). The statistical analyses were performed using Stata/MP 17.0 for Windows (Stata Corp, College Station, TX).

### RESULTS

Table 1 shows the detailed characteristics of the participants by those who did and did not refrain from seeking medical care. Those who refrained from seeking medical care were more likely to be male, be younger, have shorter employee tenure, work longer hours, have nonmanual or manual jobs, have permanent employment, and have no physical activity.

Table 2 shows the results of the main analysis. After adjusting for demographic characteristics (Model 1), the low adaptation to management philosophy group had a significantly higher IRR of RSMC compared with the high adaptation to management philosophy group (IRR, 1.18; 95% CI, 1.03–1.35). Furthermore, a significant dose-response relationship was observed between low adaptation to management philosophy and RSMC (*P* for linear trend = 0.012). These patterns remained unchanged after additionally adjusting for socioeconomic characteristics and health-related behaviors (Models 2 and 3).

Table 3 shows the results of the subanalysis. After adjusting for demographic characteristics (Model 1), the disagree/moderately disagree group had a significantly higher IRR of RSMC compared with the agree/moderately agree group for item #2 (behavioral involvement; IRR, 1.21; 95% CI, 1.03–1.41). Furthermore, a significant dose-response relationship was observed between disagreement with behavioral involvement and RSMC (*P* for linear trend = 0.002). On the other hand, this significant relationship was not observed for item #1 (cognitive understanding) or item #3 (emotional empathy). These patterns remained unchanged after additionally adjusting for socioeconomic characteristics and health-related behaviors (Models 2 and 3).

### DISCUSSION

The present prospective study demonstrated a significant association of low adaptation to management philosophy with RSMC among employees in a company with the management philosophy of “pursuing employees’ well-being.” In the analysis by scale items, only

**TABLE 1.** Detailed Characteristics of Employees Who Participated in the Present Study (N = 2791)

|                                                  | Refrained From Seeking Medical Care<br>(n = 1265) |                   | Did Not Refrain From Seeking Medical Care<br>(n = 1526) |                   | P*       |
|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------|---------------------------------------------------------|-------------------|----------|
|                                                  | Mean (SD)                                         | n (%)             | Mean (SD)                                               | n (%)             |          |
| Sex                                              |                                                   |                   |                                                         |                   | 0.014    |
| Men                                              |                                                   | 962 (76.0)        |                                                         | 1097 (71.9)       |          |
| Women                                            |                                                   | 303 (24.0)        |                                                         | 429 (28.1)        |          |
| Age                                              | 37.7 (10.6)                                       |                   | 40.1 (11.1)                                             |                   | <0.001   |
| ≤29 y                                            |                                                   | 351 (27.7)        |                                                         | 339 (22.2)        |          |
| 30–39 y                                          |                                                   | 366 (28.9)        |                                                         | 371 (24.3)        |          |
| 40–49 y                                          |                                                   | 359 (28.4)        |                                                         | 478 (31.3)        |          |
| 50–59 y                                          |                                                   | 171 (13.5)        |                                                         | 291 (19.1)        |          |
| ≥60 y                                            |                                                   | 18 (1.4)          |                                                         | 47 (3.1)          |          |
| Medical history†                                 |                                                   |                   |                                                         |                   | 0.928    |
| Any                                              |                                                   | 296 (23.4)        |                                                         | 354 (23.2)        |          |
| None                                             |                                                   | 969 (76.6)        |                                                         | 1172 (76.8)       |          |
| Household size                                   | 3.17 (1.68)                                       |                   | 3.17 (1.61)                                             |                   | 0.987    |
| Employee tenure, y                               | 13.1 (10.4)                                       |                   | 13.9 (10.7)                                             |                   | 0.040    |
| Work shift                                       |                                                   |                   |                                                         |                   | 0.249    |
| Day shift                                        |                                                   | 822 (65.0)        |                                                         | 1046 (68.5)       |          |
| Shift work with night duty                       |                                                   | 329 (26.0)        |                                                         | 361 (23.7)        |          |
| Shift work without night duty                    |                                                   | 68 (5.4)          |                                                         | 70 (4.6)          |          |
| Night shift                                      |                                                   | 46 (3.6)          |                                                         | 49 (3.2)          |          |
| Working hours per week                           |                                                   |                   |                                                         |                   | 0.001    |
| ≤30 h                                            |                                                   | 227 (17.9)        |                                                         | 365 (23.9)        |          |
| 31–40 h                                          |                                                   | 280 (22.1)        |                                                         | 351 (23.0)        |          |
| 41–50 h                                          |                                                   | 473 (37.4)        |                                                         | 501 (32.8)        |          |
| 51–60 h                                          |                                                   | 222 (17.5)        |                                                         | 233 (15.3)        |          |
| ≥61 h                                            |                                                   | 63 (5.0)          |                                                         | 76 (5.0)          |          |
| Education                                        |                                                   |                   |                                                         |                   | 0.503    |
| Graduate school                                  |                                                   | 114 (9.0)         |                                                         | 122 (8.0)         |          |
| College                                          |                                                   | 153 (12.1)        |                                                         | 207 (13.6)        |          |
| Junior college                                   |                                                   | 233 (18.4)        |                                                         | 292 (19.1)        |          |
| High school or junior high school                |                                                   | 765 (60.5)        |                                                         | 905 (59.3)        |          |
| Equivalent annual household income, million JPY‡ | 3.64 (1.76)                                       |                   | 3.69 (1.77)                                             |                   | 0.501    |
| Occupational position                            |                                                   |                   |                                                         |                   | 0.005    |
| Manager                                          |                                                   | 108 (8.5)         |                                                         | 142 (9.3)         |          |
| Nonmanual employee                               |                                                   | 369 (29.2)        |                                                         | 403 (26.4)        |          |
| Manual employee                                  |                                                   | 621 (49.1)        |                                                         | 709 (46.5)        |          |
| Other                                            |                                                   | 167 (13.2)        |                                                         | 272 (17.8)        |          |
| Employment status                                |                                                   |                   |                                                         |                   | <0.001   |
| Permanent employee                               |                                                   | 1089 (86.1)       |                                                         | 1236 (81.0)       |          |
| Nonpermanent employee                            |                                                   | 176 (13.9)        |                                                         | 290 (19.0)        |          |
| Smoking habits                                   |                                                   |                   |                                                         |                   | 0.097    |
| Never smoker                                     |                                                   | 701 (55.4)        |                                                         | 907 (59.4)        |          |
| Ex-smoker                                        |                                                   | 119 (9.4)         |                                                         | 127 (8.3)         |          |
| Current smoker                                   |                                                   | 445 (35.2)        |                                                         | 492 (32.2)        |          |
| Drinking habits                                  |                                                   |                   |                                                         |                   | 0.102    |
| Rarely                                           |                                                   | 580 (45.8)        |                                                         | 748 (49.0)        |          |
| Sometimes                                        |                                                   | 418 (33.0)        |                                                         | 448 (29.4)        |          |
| Daily                                            |                                                   | 267 (21.1)        |                                                         | 330 (21.6)        |          |
| Physical activity (PA)                           |                                                   |                   |                                                         |                   | <0.001   |
| None                                             |                                                   | 939 (74.2)        |                                                         | 1020 (66.8)       |          |
| Light PA one or more times a week                |                                                   | 190 (15.0)        |                                                         | 330 (21.6)        |          |
| Intense PA once or twice a week                  |                                                   | 115 (9.1)         |                                                         | 147 (9.6)         |          |
| Intense PA thrice or more times a week           |                                                   | 21 (1.7)          |                                                         | 29 (1.9)          |          |
| <b>Scale Scores (Range)</b>                      | <b>Mean (SD)</b>                                  | <b>Cronbach α</b> | <b>Mean (SD)</b>                                        | <b>Cronbach α</b> | <b>P</b> |
| Adaptation to management philosophy (3–15)       | 11.0 (2.05)                                       | 0.85              | 11.2 (2.04)                                             | 0.86              | 0.010    |
| Item #1 (cognitive understanding, 1–5)           | 3.73 (0.74)                                       | —                 | 3.76 (0.71)                                             | —                 | 0.263    |
| Item #2 (behavioral involvement, 1–5)            | 3.65 (0.80)                                       | —                 | 3.76 (0.78)                                             | —                 | <0.001   |
| Item #3 (emotional empathy, 1–5)                 | 3.58 (0.81)                                       | —                 | 3.65 (0.81)                                             | —                 | 0.030    |

\*Student *t* test and Fisher exact test were used for continuous and categorical variables, respectively.

†Defined as having a medical history of stroke, myocardial infarction, hypertension, diabetes, hyperlipidemia, cancer, or mental disorders.

‡If the JPY is converted into US dollar using the monthly exchange rate as of April 2011 (ie, 83 JPY per US dollar), the mean equivalent annual household incomes would be US \$43,855 and US \$44,458 for those who did and did not refrain from seeking medical care, respectively.



**TABLE 2.** Association Between Adaptation to Management Philosophy and RSMC Among Japanese Employees (N = 2791): The Results of Robust Poisson Regression Analysis

|                                     | n    | No. Cases (%) | IRR (95% CI)     |                  |                  |
|-------------------------------------|------|---------------|------------------|------------------|------------------|
|                                     |      |               | Model 1*         | Model 2†         | Model 3‡         |
| Adaptation to management philosophy |      |               |                  |                  |                  |
| High (13–15)                        | 452  | 186 (41.2)    | 1.00             | 1.00             | 1.00             |
| Moderate (11–12)                    | 1394 | 625 (44.8)    | 1.10 (0.97–1.24) | 1.09 (0.96–1.24) | 1.09 (0.96–1.23) |
| Low (3–10)                          | 945  | 454 (48.0)    | 1.18 (1.03–1.35) | 1.18 (1.03–1.36) | 1.17 (1.03–1.35) |
| P for linear trend                  |      |               | 0.012            | 0.012            | 0.015            |

CI, confidence interval; IRR, incidence rate ratio.

\*Adjusted for sex, age, medical history, household size, employee tenure, work shift, and working hours per week.

†Additionally adjusted for education, equivalent annual household income, occupational position, and employment status.

‡Additionally adjusted for smoking habits, drinking habits, and physical activity.

disagreement with behavioral involvement was significantly associated with RSMC, while cognitive understanding and emotional empathy were not.

The main analysis supported our hypothesis that the lack of adaptation to management philosophy was significantly associated with a higher risk of RSMC. Our finding is reasonable, considering that in a previous study of employees in a company with the management philosophy of “pursuing employees’ well-being,” the lack of adaptation to management philosophy predicted a subsequent reduction in work engagement<sup>17</sup> and that in other studies, quality of life (which was reported to be reduced by delayed access to medical care)<sup>6</sup> was associated with or predicted work engagement.<sup>20,21</sup> Given the previous finding that adaptation to management philosophy affected job involvement, as introduced earlier,<sup>13</sup> those who are less adapted to management philosophy may be more likely to have low job involvement and less willing to contribute to the company while maintaining their own health. Our finding suggests that even if a company adopts the management philosophy of “pursuing employees’ well-being,” if employees do not adapt to that philosophy, they are less likely to exercise their right to health when they feel unwell and more likely to refrain from seeking medical care.

In the subanalysis, only disagreement with behavioral involvement was significantly associated with a higher risk of RSMC, while

cognitive understanding and emotional empathy were not. This finding is also reasonable considering that Takao and Wang<sup>11</sup> have argued that behavioral involvement is particularly important when adapting to a management philosophy and is the deepest state of adaptation. Wang<sup>13</sup> has also reported that philosophy-oriented organizational practice promotes the adaptation to management philosophy among employees and leads to attitudinal and behavioral outcomes, such as job involvement and organizational citizenship behavior. Our finding suggests that even if employees understand and empathize with the management philosophy of “pursuing employees’ well-being,” this does not necessarily translate into the behavior of seeking medical care when they feel unwell. To encourage such behavior, the company needs to carry out practical activities based on such philosophy and to reach a level where it can be reflected in the actions and decisions of employees.

In the present study, those who refrained from seeking medical care were more likely to be male, be younger, have shorter employee tenure, work longer hours, have nonmanual or manual jobs, and have permanent employment. In the surveyed company, most of the men (98.9%: not shown in Table 1) had permanent employment. Because permanent employees have more responsibility in the company, it is possible that they tend to work longer hours<sup>22</sup> and find it difficult to take time off from work to seek medical care even when they feel unwell.<sup>7</sup> In addition, younger employees, employees with short tenure, and

**TABLE 3.** Association Between Each Item of Adaptation to Management Philosophy and RSMC Among Japanese Employees (N = 2791): The Results of Robust Poisson Regression Analysis

|                                    | n    | No. Cases (%) | IRR (95% CI)     |                  |                  |
|------------------------------------|------|---------------|------------------|------------------|------------------|
|                                    |      |               | Model 1*         | Model 2†         | Model 3‡         |
| Item #1 (cognitive understanding)  |      |               |                  |                  |                  |
| Agree/moderately agree (4–5)       | 1946 | 868 (44.6)    | 1.00             | 1.00             | 1.00             |
| NAND (3)                           | 724  | 340 (47.0)    | 1.05 (0.95–1.15) | 1.04 (0.95–1.15) | 1.04 (0.95–1.15) |
| Disagree/moderately disagree (1–2) | 121  | 57 (47.1)     | 1.02 (0.84–1.25) | 1.01 (0.83–1.24) | 0.99 (0.82–1.21) |
| P for linear trend                 |      |               | 0.450            | 0.491            | 0.587            |
| Item #2 (behavioral involvement)   |      |               |                  |                  |                  |
| Agree/moderately agree (4–5)       | 1834 | 798 (43.5)    | 1.00             | 1.00             | 1.00             |
| NAND (3)                           | 794  | 380 (47.9)    | 1.13 (1.03–1.23) | 1.13 (1.03–1.24) | 1.12 (1.02–1.23) |
| Disagree/moderately disagree (1–2) | 163  | 87 (53.4)     | 1.21 (1.03–1.41) | 1.20 (1.02–1.40) | 1.18 (1.01–1.38) |
| P for linear trend                 |      |               | 0.002            | 0.003            | 0.005            |
| Item #3 (emotional empathy)        |      |               |                  |                  |                  |
| Agree/moderately agree (4–5)       | 1656 | 735 (44.4)    | 1.00             | 1.00             | 1.00             |
| NAND (3)                           | 940  | 431 (45.9)    | 1.04 (0.95–1.14) | 1.05 (0.96–1.14) | 1.05 (0.95–1.14) |
| Disagree/moderately disagree (1–2) | 195  | 99 (50.8)     | 1.13 (0.97–1.31) | 1.12 (0.97–1.30) | 1.13 (0.97–1.30) |
| P for linear trend                 |      |               | 0.108            | 0.118            | 0.110            |

CI, confidence interval; IRR, incidence rate ratio; NAND, neither agree nor disagree.

\*Adjusted for sex, age, medical history, household size, employee tenure, work shift, and working hours per week.

†Additionally adjusted for education, equivalent annual household income, occupational position, and employment status.

‡Additionally adjusted for smoking habits, drinking habits, and physical activity.



nonmanagerial employees may have less control over their work<sup>23,24</sup> and be more likely to report to work without seeking medical care if they are feeling a little sick.<sup>7</sup> Another interesting finding is that those who had no physical activity were more likely to refrain from seeking medical care. It is possible that those who have a habit of physical activity are more likely to view seeking medical care when feeling unwell as part of their health behavior. Although the present study adjusted for these variables as covariates, thus removing their influence on the association of low adaptation to management philosophy with RSMC, information on the attributes of those who are more likely to refrain from seeking medical care may be useful in understanding which employees should be encouraged to seek medical care as a priority when they feel unwell.

The present study has some limitations. First, some employees dropped out at follow-up because of sick leave. These employees may have been less adapted to management philosophy at baseline and may have refrained from seeking medical care until their illness became more severe, which may have underestimated the true associations. Second, because we wanted to diminish the burden on employees, the scale we used to measure the adaptation to management philosophy was a simple 3-item scale with 1 item extracted from each of the three subscales that comprise the 11-item scale; therefore, future studies should replicate the present findings using the full 11-item scale. Furthermore, RSMC was measured by simply asking the participants to recall their experience over the past year. Those who evaluated their adaptation to management philosophy as low may have been more likely to recall their experience of RSMC during the follow-up period, which may have overestimated the true association because of recall bias. Third, the present study did not obtain information about regular hospital visits because of chronic disease. Because those who visit the hospital regularly are less likely to refrain from seeking medical care regardless of their adaptation to management philosophy, our findings may have underestimated the true associations. Fourth, as noted previously, the present study used data obtained approximately 10 years ago for its analysis; therefore, our results may not fully reflect the current situation. Considering the increased interest in well-being management as well as health and productivity management over the past decade, more recent data may show a greater association of low adaptation to management philosophy with RSMC. Finally, our study sample comprised Japanese employees in one specific large-sized manufacturing company following the management philosophy of “pursuing employees’ well-being.” Therefore, the application of the present findings to employees in other industries or small- and medium-sized companies following the “pursuing employees’ well-being” or similar management philosophy is limited.

In conclusion, the present study provides evidence that adaptation to management philosophy is an important factor associated with the decision of employees working at a company following the “pursuing employees’ well-being” management philosophy to seek medical care for their perceived health issues. In particular, our findings suggest that it is essential for a company to reach a level where such a philosophy can be reflected in employees’ actions and decisions to encourage them to seek medical care when they feel unwell.

## ACKNOWLEDGMENTS

The authors thank Dr Gabriela Dye from ServiceScape (<https://www.servicescape.com>) for editing a draft of this manuscript.

## REFERENCES

1. Mizuochi M. Social capital and refraining from medical care among elderly people in Japan. *BMC Health Serv Res*. 2016;16:331.
2. Taber JM, Leyva B, Persoskie A. Why do people avoid medical care? A qualitative study using national data. *J Gen Intern Med*. 2015;30:290–297.
3. Weissman JS, Stern R, Fielding SL, Epstein AM. Delayed access to health care: risk factors, reasons, and consequences. *Ann Intern Med*. 1991;114:325–331.
4. Prentice JC, Pizer SD. Delayed access to health care and mortality. *Health Serv Res*. 2007;42:644–662.
5. 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;87:216–224.
6. Chen J, Rizzo JA, Rodriguez HP. The health effects of cost-related treatment delays. *Am J Med Qual*. 2011;26:261–271.
7. 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;46:374–381.
8. Inoue A, Tsutsumi A, Eguchi H, Kawakami N. Organizational justice and refraining from seeking medical care among Japanese employees: a 1-year prospective cohort study. *Int J Behav Med*. 2019;26:76–84.
9. 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.
10. Pei L, Toyokawa S, Kobayashi Y. Labor factor barriers to seeking medical services among metropolitan workers: a cross-sectional analysis by sex using the J-SHINE study. *J Occup Health*. 2017;59:418–427.
11. Takao Y, Wang Y. *Management Philosophy and Individuals: Unpacking the Dynamics of Identity Processes [in Japanese]*. Tokyo, Japan: Yuhikaku; 2012.
12. Watanabe K, Inoue A, Eguchi H, Iwata N, Odagiri Y, Tsutsumi A. Suggestions for new organizational-level item pools for the national stress check program from management philosophy and mission statement: a qualitative study using unsupervised learning. *J Occup Health*. 2022;64:e12335.
13. Wang Y. Mission-driven organizations in Japan: management philosophy and individual outcomes. *J Bus Ethics*. 2011;101:111–126.
14. Cullen MDM, Calitz AP. Happiness—a business strategy. In: Merwe SP van der, Jordaan JA, eds. *International Business Conference Proceedings*. Mauritius: North-West University; 2018:1272–1282.
15. Scott WE. Activation theory and task design. *Organ Behav Hum Perform*. 1966;1:3–10.
16. Hatvany N, Pucik V. An integrated management system: lessons from the Japanese experience. *Acad Manage Rev*. 1981;6:469–480.
17. Eguchi H, Inoue A, Kachi Y, Tsutsumi A. Association between adaptation of management philosophy and mission statement, and work engagement among Japanese workers: a 1-year prospective cohort study in a Japanese company. *J Occup Environ Med*. 2021;63:e601–e604.
18. Wang Y. Examination on philosophy-based management of contemporary Japanese corporations: philosophy, value orientation and performance. *J Bus Ethics*. 2009;85:1–12.
19. Hanibuchi T. Inequalities in health and health care access: analysis of access to medical care using JGSS-2008 [in Japanese]. *JGSS Res Ser*. 2010;7:99–110.
20. Kanten S, Sadullah O. An empirical research on relationship quality of work life and work engagement. *Procedia Soc Behav Sci*. 2012;62:360–366.
21. Alqarni SAY. Quality of work life as a predictor of work engagement among the teaching faculty at King Abdulaziz University. *Int J Humanit Soc Sci*. 2016;6:118–135.
22. Ono H. Why do the Japanese work long hours? Sociological perspectives on long working hours in Japan. *Jpn Labor Issues*. 2018;2:35–49.
23. Kawakami N, Kobayashi F, Araki S, Haratani Y, Furui H. Assessment of job stress dimensions based on the job demands-control model of employees of telecommunication and electric power companies in Japan: reliability and validity of the Japanese version of the Job Content Questionnaire. *Int J Behav Med*. 1995;2:358–375.
24. Kawakami N, Fujigaki Y. Reliability and validity of the Japanese version of Job Content Questionnaire: replication and extension in computer company employees. *Ind Health*. 1996;34:295–306.

[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。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、全国的な展開が見込まれる。一方、医療機関側では両立支援の取組みの重要性の認知度は高くない。大学病院において両立支援外来を開設し、院内多職種による取組みを継続してきた（神奈川両立支援4大学連携モデルの一部）。今年度は、医療機関側からの取組みの特徴をまとめ、ニーズが高い産業医非選任小規模事業場等での両立支援風土の特徴を抽出するとともに整備チェックリストの簡略化をめざした。医療機関で行う両立支援で対象となる若年者には、がん（AYA）・循環器（先天性心疾患：ACHD）等が含まれ、これから就職活動をしていく際、自身の治療や症状・障害をどこまでどのように伝えるか悩むが相談先がない事例が多数であった。心疾患に着目すると、成人先天性心疾患が多かった。心臓リハビリ担当医師や理学療法士が介入する場合は、運動耐容能や身体活動量等の評価を行い、「心機能の医療用語を、現場で望まれる配慮で必要となる作業の用語への翻訳」を試み、それに基づいた意見書作成や患者指導（エンパワメント）を行った。心移植を要するほどの重症心不全や、致死性不整脈等により埋め込み型補助人工心臓を使用している患者について、従来であれば両立が困難とされる疾病制御レベルであっても、テレワークやIT技術の進展の寄与により、リモートワーク（ヒト型遠隔操作分身ロボットによる接客等）による就労ができた事例等を収集した。不妊治療と仕事の両立に関する就労当事者の困難感や事例を収集した。両立支援整備度合いが高い業種の共通点から、環境整備に望まれる6事項を絞り込んだ。制度作りに加えその対象となる労働者（非正規や契約等）の格差解消（同一労働、同一安全衛生（両立支援））、さらに労働者が必要な時に活用できる「受援力」の育成が両立実践の職域普及には不可欠であることが示唆された。

### <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  
宮本竜也  
北里大学病院トータルサポートセンター  
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

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/国士舘大学

川又 華代

東京大学医学部附属病院/中災防

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仕事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<sup>1)</sup>（英国家家庭医（General Practitioner(GP)）での Fit Note(The Statement of Fitness for Work)制度導入<sup>2)</sup>）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<sup>3)</sup>。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<sup>4)</sup>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仕事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<sup>5)</sup>。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。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 30<sup>6)</sup>」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進展が見込まれる。

一方で、医療機関においてその取組みの重要性の認知度は高くない。大学病院において両立支援外来を開設し、院内多職種による取組みを継続してきた（神奈川両立支援4大学連携モデルの一部）。今年度は、医療機関側からの取組みの特徴をまとめ、ニーズが高い産業医非選任小規模事業場等での両立支援風土の特徴を抽出する。

## B. 研究方法

北里大学病院に 2018 年に開設されたトータルサポートセンターの就労支援チームで病棟・外来患者で仕事に関する介入を行った事例のうち、若年でこれから就職先を探す場合の特徴を検討した。またインターネットパネルを用いて、社員数 2-300 人の中小企業（n=1, 235）の両立支援風土について、開発した 30 項目指標を用いた評価で分析した。データ収集には、東京大学大学院医学系研究科医学部倫理委員会、国際医療福祉大学倫理委員会等の承認を経た。さらにこれらの結果を踏まえ 30 項目指標をより実践的に活用しやすくする指標項目を抽出した。

表 1: チェックリスト項目 30<sup>7)</sup>

## ✓ 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。                                                                          | <input type="checkbox"/> |
|                            | 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。                                                         | <input type="checkbox"/> |
|                            | ③ 治療と仕事の両立のための制度（短休・療養制度、休職・休職制度など）があることを社員に伝えている。                                                           | <input type="checkbox"/> |
|                            | ④ 社員に対し、回復・継続して治療が必要となる疾病 <sup>※1</sup> に関する理解を深めるための情報提供（検診 <sup>※2</sup> の必要性等を含む）を定期的にしている。               | <input type="checkbox"/> |
|                            | 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。                                                                             | <input type="checkbox"/> |
| 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。                                                                                  | <input type="checkbox"/> |
|                            | ⑦ 時差出勤制度やフレックスタイム制度がある。                                                                                      | <input type="checkbox"/> |
|                            | 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。                                                                    | <input type="checkbox"/> |
|                            | 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。                                                | <input type="checkbox"/> |
|                            | 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・病休休暇制度、治療休暇制度、短時間勤務制度など）がある。                                                    | <input type="checkbox"/> |
|                            | ⑪ 就業転換などによって業務内容の変更ができる（転任先への転換、フォロー業務が取りやすい部署への転属、勤務時間の調整可能な業務への転属など）。                                      | <input type="checkbox"/> |
|                            | 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。                                                   | <input type="checkbox"/> |
|                            | 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。                                                        | <input type="checkbox"/> |
| C. 相談窓口（担当者）の設置            | ⑭ 病気や休職取得中・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。                                                                       | <input type="checkbox"/> |
|                            | 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。                                                                           | <input type="checkbox"/> |
|                            | 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。                                               | <input type="checkbox"/> |
|                            | 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に参加せたり、関連資料を収集する等によって、回復・継続して治療が必要となる疾病 <sup>※1</sup> や両立支援に関する情報収集を日頃から継続的にしている。 | <input type="checkbox"/> |
|                            | ⑱ 外部の両立支援に関する相談窓口（治療科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）へ積極的にアクセスできる。                                    | <input type="checkbox"/> |
| D. 休職と職場復帰支援               | ⑲ 休職を認め、復職までの間、社員として自分を保障する制度（休職制度）がある。                                                                      | <input type="checkbox"/> |
|                            | 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償など）がある。                                                               | <input type="checkbox"/> |
|                            | ㉑ 休職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。                                                              | <input type="checkbox"/> |
| E. 社員の健康づくり                | ㉒ ①（一宮試験）の「試し出勤制度・リハビリ出勤制度等」がある。                                                                             | <input type="checkbox"/> |
|                            | ㉓ 法定の健康診断を定期的に実施している。                                                                                        | <input type="checkbox"/> |
|                            | ㉔ 業務時間内ではがん等の検診 <sup>※2</sup> を受けられる（有給扱いにしている）。                                                             | <input type="checkbox"/> |
|                            | ㉕ 検診 <sup>※2</sup> 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。                                                               | <input type="checkbox"/> |
|                            | ㉖ 事業所内（屋内）の全面禁煙や受診分煙（喫煙専用室の設置等）などの禁煙関連対策を実施している。                                                             | <input type="checkbox"/> |
| F. 連携                      | ㉗ 社員が体操や運動に参加できる時間（就業前や午後の休憩時間等）を設けている。                                                                      | <input type="checkbox"/> |
|                            | ㉘ 回復・継続して治療が必要となる疾病 <sup>※1</sup> 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。                        | <input type="checkbox"/> |
| G. 個人情報取扱い                 | ㉙ 健康情報を含む個人情報取り扱いについてルールがある。                                                                                 | <input type="checkbox"/> |
| H. 両立支援の実績                 | ㉚ これまでに、回復・継続して治療が必要となる疾病 <sup>※1</sup> に罹患しても、治療しながら仕事を続け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。                  | <input type="checkbox"/> |

※1 回復・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：特定の病気や症状を早期に発見し、治療や予防につなげる検査。がん検診とは異なるもの

## C. 研究結果

医療機関で行う両立支援で対象となる若年者には、がん（AYA）・循環器（先天性心疾患：ACHD）等が含まれ、これから就職活動をしていく際、自身の治療や症状・障害をどこまでどのように伝えるか悩むが相談先がない事例が多数であった。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。

## 仕事のことでお悩みの方へ

病気やけがを抱えて生じた様々な不安、経済的な心配、就労に関する不安、社会保障や社会福祉制度の活用方法などのお困りことについて  
ソーシャルワーカーが相談をお受けします。  
相談内容やご希望に応じて、以下の外来/出張相談をご案内します。(20



本年度は、がんや難病等これまでの両立支援の医療機関側での取組みに加え、心血管疾患(ACHDを含む)に焦点をあて、循環器内科医師、入院・外来循環器担当看護師、就労支援医師、ソーシャルワーカーによる心疾患両立支援チームの運用をより効率的に行った。院内多職種連携を推進するため、心臓リハビリ担当医師や理学療法士を加え、1回/月の支援会議を開催した。

両立支援のニーズスクリーニングは、入院・外来看護師が「就労支援ポスター」を利用して、患者への声掛けやヒヤリングを行い、ソーシャルワーク面接につないだ。ソーシャルワーカーは、全対象患者と面接をし、それぞれのニーズや課題を把握し、必要に応じて、就労支援外来、産業保健総合支援センター社会保険労務士、ハローワーク担当者と連携した。2020年度以降の介入を図に示すが、疾患特性別では成人先天性心疾患が多かった。心臓リハビリ担当医師や理

| 疾患特性          | 全対象患者数 |      | (内) 就労支援外来 |      | (内) 社会保険労務士 |      | (内) ハローワーク |      |
|---------------|--------|------|------------|------|-------------|------|------------|------|
|               | 2020   | 2021 | 2020       | 2021 | 2020        | 2021 | 2020       | 2021 |
| 成人先天性心疾患      | 7      | 14   | 2          | 2    | 2           | 1    | 3          | 3    |
| 虚血性心疾患        | 0      | 8    |            | 2    |             |      |            | 2    |
| 不整脈に対してデバイス挿入 | 3      | 2    |            | 1    |             |      |            |      |
| 心不全           | 1      | 4    |            | 1    |             |      |            | 1    |
| 大動脈疾患         | 3      | 4    | 2          |      |             |      | 2          |      |
| その他           | 1      | 3    |            | 1    |             |      |            |      |
| 計             | 15     | 35   | 4          | 7    | 2           | 1    | 5          | 6    |

学療法士が介入する場合は、運動耐容能や身体活動量等の評価を行い、「心機能の医療用語を、現場で望まれる配慮で必要となる作業の用語への翻訳」を試み、それに基づいた意見書作成や患者指導(エンパワメント)を行った。心移植を要するほどの重症心不全や、致死性不整脈等により埋め込み型補助人工心臓を使用している患者について、従来であれば両立が困難とされる疾病制御レベルであっても、テレワークやIT技術の進展の寄与により、リモートワーク(ヒト型遠隔操作分身ロボットによる接客等)による就労ができた事例等を収集した<sup>8) 9)</sup>。

表2:心疾患の院内両立支援介入事例

図1:院内での両立支援周知資料

令和4年の診療報酬改定では、社会的にも注目される、不妊治療の保険適用が行われた。不妊の原因には男性側要因・女性側要因の両者が存在し、20-40代の就労世代で治療を続ける場合、パートナーの男女ともに仕事との両立で時間・経済的に大きな負担が生じていることは以前から指摘されてきている。厚生労働白書によると、1990年代に専業主婦世帯と共働き世帯はほぼ同数になり、2000年代以降では、共働き世帯が専業主婦世帯を上回って、さらに増加する傾向がつづいている。実際、20-30代女性の約7割が就労しており(総務省労働力調査)、結婚・妊娠・出産・育児というライフイベントを男女ともに仕事をしながら迎えることが一般的な時代である。遠藤源樹准教授(順天堂大学大学院)らによるJ-FEMA studyが明らかにしてきたわが国の不妊治療と仕事の両立に関する分析(不妊治療医療機関に通院する女性1,727人に対する調査)<sup>10)</sup>からは、不妊治療クリニック受診中の女性のうち約7割が就労しており、一般団女性と就労率に大きな差をみとめていない。今年から保険適用になったとはいえ、高額な医療費の負担が発生する不妊治療だからこそ、仕事を続けながら治療をつづける女性が多いことが浮き彫りとなる。しかし、不妊治療開始時に就



労していた女性でも、そのうち 17 %は治療開始後に離職していた。そして離職に関連する要因として、非正規社員（正社員に比べて離職リスクは 2.6 倍）、不妊治療についての職場からのサポートがない（ある場合に比べて離職リスクは約 2 倍）、大卒未満の女性（大卒以上に比べて離職リスクは 1.6 倍）、不妊期間が 2 年以上（2 年未満の女性に比べて離職リスクは 1.8 倍）といった要因が抽出されてきた（図 2）。

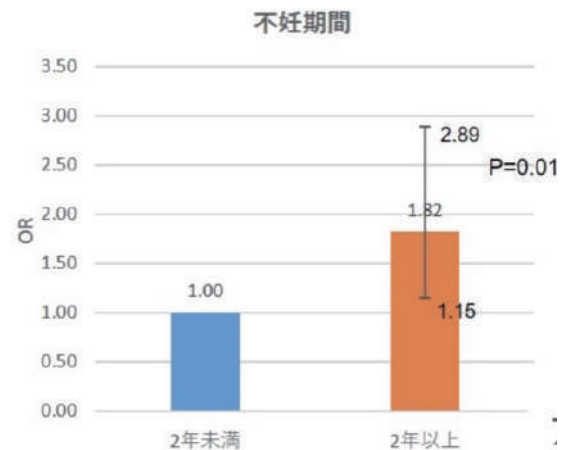
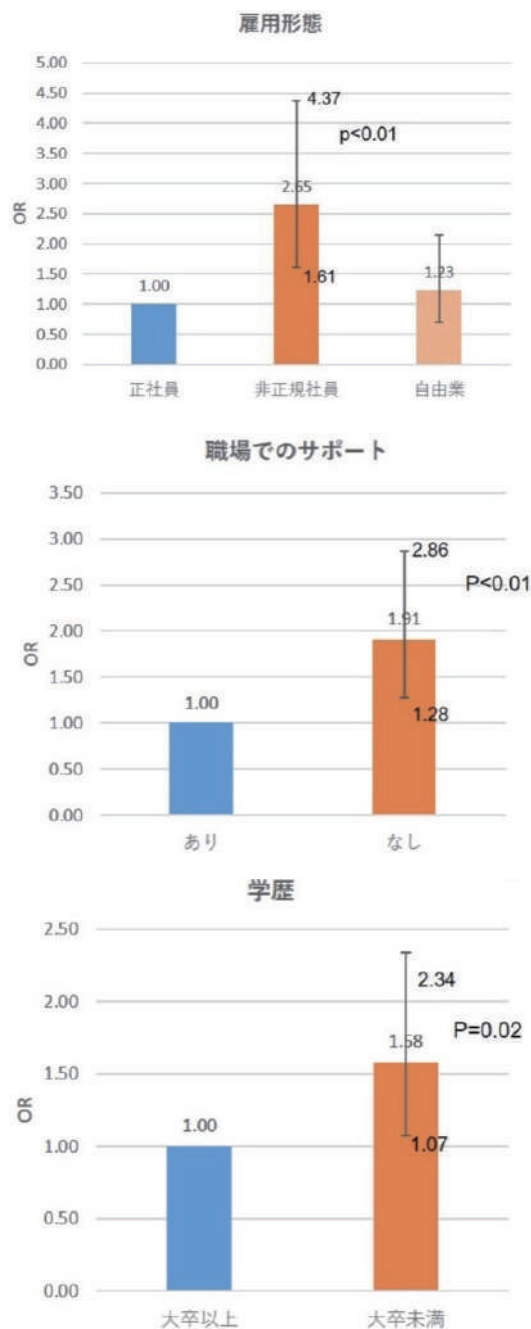


図 2 不妊治療開始後の離職リスクの大きさ：要因別の分析（雇用形態・職場のサポート・学歴・不妊の期間）

不妊治療と仕事の両立の特徴の一つとして、不妊治療では、女性の月経周期や卵子発育状況にあわせた頻繁な通院が必要なことから、通院による仕事の休みが計画しづらく、職場側から見ると突発的に休まざるを得ないことが挙げられる（図 3）。実際、J-FEMA Study 調査では、約 6 割の女性が月に 2 日以上 of 突発休を経験していた。一方で、職場に対して不妊治療中であることを告げているカミングアウト率は約 6 割であり、両立に困難さを感じている女性は 8 割にのぼることも明らかとなっている。これらのことから、いま企業に期待される支援とは、不妊治療休暇制度やフレックスタイム制度など、治療期間中限定で適用される柔軟な働きかたの仕組みづくりであろう。またその活用にむけた、不妊治療や妊孕性についてのリテラシー教育が、特に男性を中心とする管理職教育として必要な時代がすでに到来している。

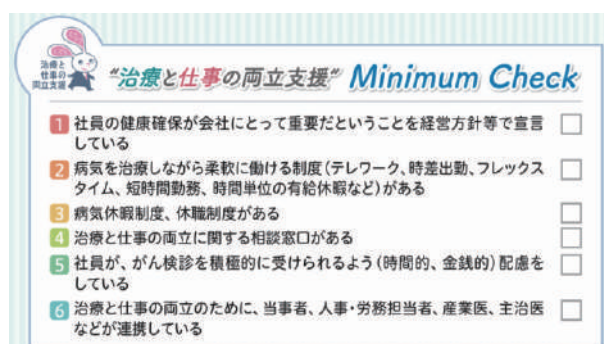
- Aさん：不妊治療の現状を知ってほしい。社会は子供を作れといけれど、制度、理解がなさすぎる。
- Bさん：学校や会社で、妊孕性や不妊治療に関する教育をもっと充実させるべき。  
夫も35歳以上はひとつのボーダーだと知識がなく、何度説明しても理解してもらえない。
- Cさん：不妊治療は突発的に休みを取る可能性があるので、職場の理解、サポートがほしい。
- Dさん：会社に不妊治療している事を伝えた方がいいのかもしれないが周りの人も気を遣うし、内緒にして不妊治療を頑張っています。キャリアをあきらめて、妊活に専念すべきか、悩んでいます。

図 3 不妊治療と仕事の両立の当事者の声<sup>10)</sup>

| 治療     | 月経周期ごとの通院日数目安                                             |                        |
|--------|-----------------------------------------------------------|------------------------|
|        | 女性                                                        | 男性                     |
| 一般不妊治療 | 診療時間1回1～2時間程度の通院:2日～6日                                    | 0～半日<br>※手術を伴う場合には1日必要 |
| 生殖補助医療 | 診療時間1回1～3時間程度の通院:4日～10日<br>+<br>診療時間1回当たり半日～1日程度の通院:1日～2日 | 0～半日<br>※手術を伴う場合には1日必要 |

図4 不妊治療の周期と通院の時間的負担<sup>10)</sup>

産業医非選任小規模事業場等での両立支援風土の特徴を抽出するために実施した中小企業調査からは、両立支援環境整備が進んでいることと、女性割合が高い・特定の業種（金融保険（OR 5.4）、情報通信（同 2.7）製造業（同 2.1））等の有意な関連をみとめた。これらに共通する業界・職場風土として、テレワークや時差出勤・時短勤務といった、作業方法の柔軟度（通勤負担が少なく、治療による時間や身体的制約に対する適応度の高さ）や就業時間の柔軟度の高さに対する親和性が示唆された。両立支援整備の30項目を簡略化した下記6項目を提案する。



治療と仕事の両立支援 Minimum Check

- 1 社員の健康確保が会社にとって重要だということを経営方針等で宣言している ☐
- 2 病気を治療しながら柔軟に働ける制度（テレワーク、時差出勤、フレックスタイム、短時間勤務、時間単位の有給休暇など）がある ☐
- 3 病気休暇制度、休職制度がある ☐
- 4 治療と仕事の両立に関する相談窓口がある ☐
- 5 社員が、がん検診を積極的に受けられるよう（時間的、金銭的）配慮をしている ☐
- 6 治療と仕事の両立のために、当事者、人事・労務担当者、産業医、主治医などが連携している ☐

## D. 考察

小規模零細事業場は社員と顔が一致するほどの近い関係性もあり、社長直下で両立支援機運が高まると機動的に対応が進むことは想像に難くない。一方、企業規模が大きく社内に両立支援体制を整備していても、非正規雇用の社員には3～6か月程度の病休期間の身分保障さえなかったり、あっても正規雇用社員と明確な格差が存在することは非常に多い。医療機関側からの両立支援の取組みも、雇用形態の差によって病休権利や時短勤務取得権利に大きな格差があり、就労継続をめざす両立支援の運用におい

て大きな障壁が課題となることが浮き彫りとなってきた。「同一労働同一賃金」というスローガン同様、「同一労働同一安全衛生」の取組みを実現することが、誰も取り残されない両立支援を推進するうえで不可欠と考える。米国 Massachusetts 州法などで運用される、働く人が抱える自身の治療・家族の治療や、介護・育児といったプライベートの課題を包括して両立支援を実現する労働法制が参考になる。

この10年で、大企業の正社員を中心に、両立支援を求める社員に対する社内外の整備は大きく進んできた。一方で、制度があり、産業保健スタッフに支援の意向があり、人事部門が配慮を検討するような疾病や障害が社員に発生しても、社員自身が支援を望まない場合は、両立支援はスタートしない。あくまで、「社員本人から両立支援の申し出がある」ことがスタート地点である。同様の問題は医療機関側でも指摘でき、両立支援にむけた医療機関—職域連携が診療報酬上評価されてきても、実際の運用がなかなか進んでいない。医療機関側では、患者の仕事上の課題に介入する時点が、休職中や復職後（雇用継続）、退職後（これから仕事を探す）等様々なフェーズがある（図1）ことから、その状態に応じたニーズをどのように掬い上げるか、様々な取組みが模索される。職域に加えてこのような医療機関側からの取組みがあいまって、「自分は今のところ仕事上で困っていないし配慮も不要」と考える患者が、「復職後に実際には想像以上に体力や気力がもたず、復職前と同様の働き方を調整せざるをえない」場合に、自身が支援を受け入れ（受援）、制度を活用してみるきっかけになることが期待される。入院中は治療に専念し、退院後は外来通院があっても大して仕事に影響はでないと考える社員は、特に病前から猛烈に働くサラリーマンには少なくない。しかし集中力や体力、気力の面から、持続可能な働き方を模索する必要性を感じ始めたとき、周囲のサポートを活用する「受援力」を職場で普段から育てておくことが、今後の両立支援の

活用には不可欠である。高年齢就労者が増え、持続可能な働き方と疾病治療を両立する時代に、少しでも受援力をつけた社員とそれを育む土壌を整える事業者の二つが両輪となり、両立支援の仕組みづくりと運用のPDCAが回っていくと考えられる。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表・学会発表

##### 雑誌総説・書籍

1. 武藤剛. 治療しながら安心して働く！ 治療と仕事の両立支援 BOOK. (中央労働災害防止協会) 2022.
2. 武藤剛. どう進める？両立支援【第8回】不妊治療と仕事の両立を社内外で支える取り組み. 安全と健康(中央労働災害防止協会)43-35, Vol.23(8), 2022.
3. 武藤剛. どう進める？両立支援【第6回】受援力を高め、誰も取り残されない産業保健をめざす. 安全と健康(中央労働災害防止協会)46-48, Vol.23(6), 2022.
4. 武藤剛. どう進める？両立支援【第5回】健康経営と医療機関のトータルサポートで両立支援を推進. 安全と健康(中央労働災害防止協会)79-81, Vol.23(5), 2022.
5. 武藤剛. どう進める？両立支援【第4回】両立支援の推進は、現場の中長期視点の戦略から. 安全と健康(中央労働災害防止協会)40-42, Vol.23(4), 2022.

##### 学会発表

1. 武藤剛: がん患者の就労継続支援に関する国内外の動向と、医療機関－職域連携の診療報酬収載（就労両立支援指導料）の実践. 第28回日本癌治療学会教育セミナー, 神戸, 10/22, 2022.
2. 大森由紀, 武藤剛, 近藤まゆみ, 早坂由美子, 宮本竜也, 左右田哲, 堀口兵剛, 堤明

純, 江口尚: 大学病院の両立支援外来の運用と発展 (第3報) —診療科・性年齢階級別ニーズ分析. 第95回日本産業衛生学会, 高知, 5/25-28, 2022.

#### 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/>

8. 武藤剛. どう進める？両立支援【第5回】健康経営と医療機関のトータルサポートで両立支援を推進. 安全と健康(中央労働災害防止協会)79-81, Vol.23(5),2022.
9. 武藤剛. どう進める？両立支援【第4回】両立支援の推進は、現場の中長期視点の戦略から. 安全と健康(中央労働災害防止協会)40-42, Vol.23(4),2022.
10. 武藤剛. どう進める？両立支援【第8回】不妊治療と仕事の両立を社内外で支える取り組み. 安全と健康(中央労働災害防止協会)43-35, Vol.23(8), 2022.



どう進める?

# 両立支援

## 第4回

両立支援の推進は、  
現場の中長期的視点の  
戦略から



北里大学 医学部衛生学  
講師

武藤 剛

MUTO Go

### Profile

2007年千葉大学医学部卒業。2014年慶應義塾大学大学院修了。順天堂大学医学部衛生学特任助教、日本医師会武見国際フェロー Harvard 大学より帰国後、千葉大学予防医学センター/すみだ Design Research Institution 特任助教を経て、現職。日本内科学会総合内科専門医、社会医学系指導医、日本産業衛生学会専門医、労働衛生コンサルタント、第二種作業環境測定士。

### 疾病診断・休業時からの 時間軸を意識した戦略を

本連載2月号で紹介した映画「生きる」で描かれたように、「治療を続けながら働く」ことは、「病気と共に自身はどう生きていくか」という人生の選択にほかならない。そこには、経済的な観点のもとより、自身が仕事を自分の人生の中でどのように捉え、これからどのように生きていきたいかという人生哲学が大きく関わってくる。

究極的には、「生命予後は最善だが離職は避けられない治療」と「生命予後はやや劣るが、今の仕事を続けられる治療」のどちらを選ぶのか、患者自身が選択できる時代が到来している。治療技術の進歩で予後は改善してきているが、新薬で高騰する治療費を払うために仕事をやめられない場合もある。治療効果と現

職継続の両方が実現できるよう、最大限努力することが職場側に期待され、そのことが福利厚生を超え、経営戦略として評価され得る状況になっている。

仕事を続ける選択肢を社員が望む場合、その意思を可能な限り支え合う仕組みづくりが、3月号までに紹介した両立支援に向けた職場の体制整備である。しかし、職場の就業規則改正で柔軟な働き方を可能にしたり、産業保健スタッフが復職時に関わる仕組みを導入したりすることは、両立支援を進める必要条件ではあっても、両立支援推進の十分条件ではない。

筆者らが2017年に行った産業医への実態調査（研究代表者：横山和仁 順天堂大学教授）からは、①疾病がある程度制御されており（主治医から復職可能診断書が出されるレベル）、②本人の復職意思や、知力（自身の疾病を理解し職場



でどのように伝えるか整理がついている)・体力・気力(休業前の7割程度が目安とされる)の要素が満たされ(図1)、③両立支援制度の実際の運用手順が社内に周知され、④休業開始時から(人事部門主導で)復職に向けたプランを想定して心づもりをしている、ことが重要な要素として浮かび上がってきた。

①、②はメンタルヘルス不調からの職場復帰でもしばしば指摘されてきたことである。③は会社が制度を整えても、社員や上司がその制度を知らなかったり誤解したりしていると、せっかくの制度が使われずに終わってしまうことがある、という失敗事例からの教訓である。

多職種の連携の中でも、まずは社内の職場—人事部門—産業保健スタッフという連携を構築すること、例えば休業の診断書情報を速やかにその3部門で共有することなどが重要である。そのためには当然、社員の健康情報の取り扱いに関する取り決めが前提となる。④は、多くの企業でみられることだが、職場復帰後の方針について、復職可能診断書が主治医から発行される段階になって初めて検討を始めるものの、その段階からの検討では復職が間に合わなかった(休業期間満了など)失敗事例からの教訓である。

両立支援で想定される、治療が長く継続される慢性疾患では、復職はゴールで

はなく、スタートである。通院時間の確保や治療関連症状の発現時の一時的な勤務軽減など、必要となる配慮がどの程度のもので、同僚の負担や追加人員配置がどの程度必要となるか、その調整には、復職時からの検討では間に合わないことがあることを想定しておきたい。休業中の治療専念時には、治療方針のボールは主治医(医療機関)側にあるが、その後の職場復帰を見据えて、いつごろどのような対応が必要となりそうか、中長期的な視点から、時間軸を意識した両立支援の戦略が重要となる(図2)。

### 難病と診断されても、働き続けることを支えるために

平成30年度に、両立支援における医療機関(主治医)—職域(産業保健スタッフ)連携の推進を後押しするべく新設された診療報酬「療養・就労両立支援

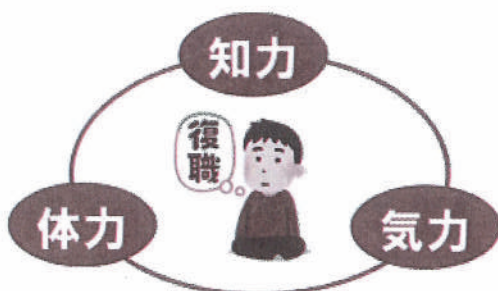


図1 安定した職場復帰に必要な3要素<sup>1)</sup>

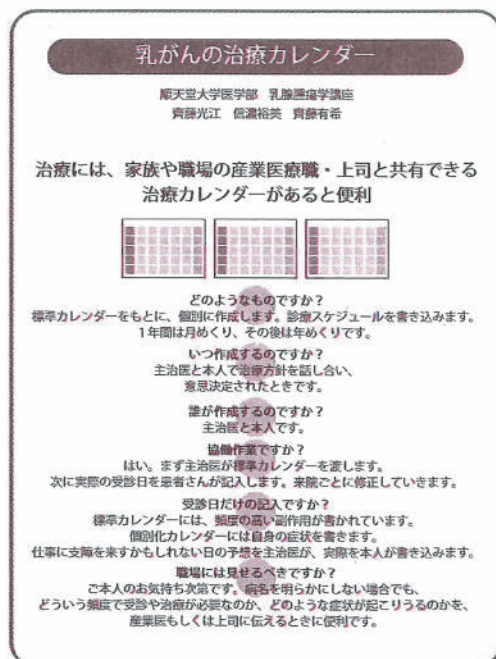


図2 がん種別治療モデルカレンダー：治療の見通しを職場に伝えることで、両立支援の中長期的戦略が実現する<sup>2)</sup>



指導料」は、令和2年度改定で、対象疾患が拡大された。その一つに指定難病が含まれる。難病法（平成26年）によると、難病とは、「発病の機構が明らかでなく、かつ、治療方法が確立していない希少な疾病であって、当該疾病にかかることにより長期にわたり療養を必要とすることとなるもの」とされる。

わが国における難病対策の開始は、昭和47年の難病対策要綱にさかのぼる。平成26年には、特定疾患として56疾患、医療費の受給者証交付は92万件を超えていた。現在では、指定難病の対象疾病は300を超えているが、同時に難病を抱えながら仕事を続けることに対する支援ツールも増えてきている<sup>3)</sup>。

難病には多くの自己免疫疾患や神経変性疾患が含まれる一方で、多くの疾患で、難病患者でも男性の60%以上、女性の40%以上が仕事についている実態が明らかとなってきた（図3）。疾患ごとにさまざまな症状や障害があり、それに応じて個々の作業でどのような配慮が必要か検討していくことが重要である。

近年は、IoT（モノのインターネット）やロボット技術の進展とともに、新たな働き方の提唱も行われている。例えば分身ロボットカフェ<sup>4)</sup>では、移動が難しい疾病を抱えた人でも、自宅や病室からロボット（写真）を操作し、カフェで接客を行う試みが始まっている。技術（art）と心（heart）の両面から、難病の両立支援が広がっていくことを願ってやまない。

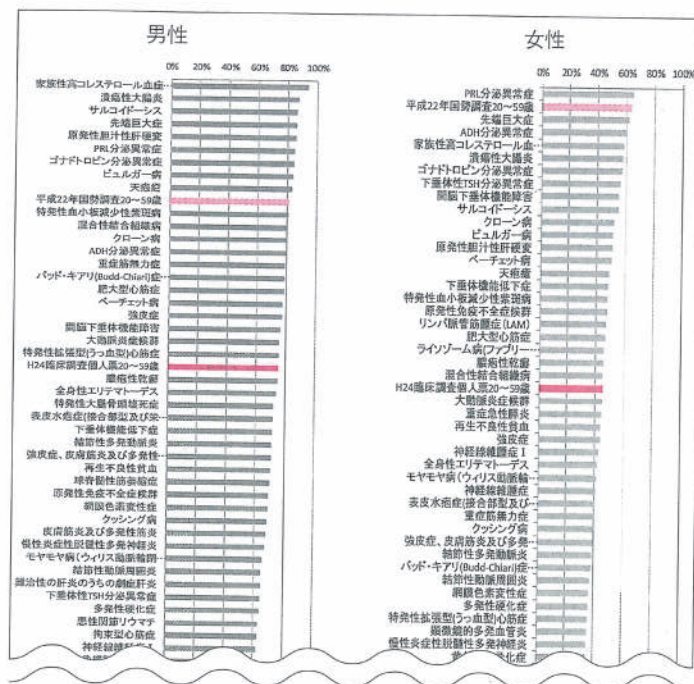


図3 難病（旧特定疾患）患者（20-59歳）の性・疾患別就労率（2012年）<sup>3)</sup>

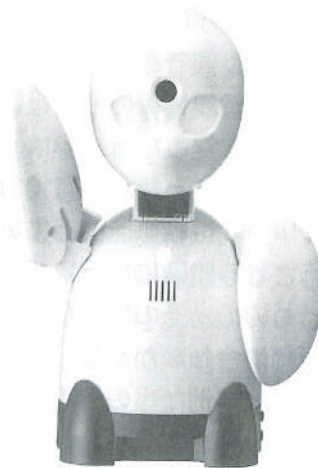


写真 分身ロボット

#### 参考文献

- 1) 江口尚ほか 仕事とがん治療の両立お役立ちノート Ver.4、北里大学病院トータルサポートセンター
- 2) 齊藤光江、遠藤源樹ほか がん治療と就労の両立支援ガイド—Cancer and Work— <https://www.juntendo-caw.com/tool04.php>
- 3) 黒澤美智子ほか 難病のある人の就労支援、産業医学ジャーナル、41 (6) : 99-103、2018
- 4) 分身ロボットカフェ DAWN ver. β (㈱オリイ研究所) <https://dawn2021.oriylab.com/>



どう進める？

# 両立支援

## 第5回

健康経営と医療機関の  
トータルサポートで  
両立支援を推進



北里大学 医学部衛生学  
講師

武藤 剛

MUTO Go

### Profile

2007年千葉大学医学部卒業。2014年慶應義塾大学大学院修了。順天堂大学医学部衛生学特任助教、日本医師会武見国際フェロー Harvard 大学より帰国後、千葉大学予防医学センター / すみだ Design Research Institution 特任助教を経て、現職。日本内科学会総合内科専門医、社会医学系指導医、日本産業衛生学会専門医、労働衛生コンサルタント、第二種作業環境測定士。

### 診療報酬改定で 両立支援対象疾患が拡大

令和4年度の診療報酬改定では、両立支援関連で大きな進展があった。一つ目は、社会的にも注目される、不妊治療の保険適用である（図1）。

不妊の原因には男性側要因・女性側要因の両方が存在し、20～40代の就労世代で治療を続ける場合、パートナーの男女ともに仕事との両立で時間的・経済的

に大きな負担が生じていることは以前から指摘されてきた。順天堂大学の遠藤源樹准教授が率いる J-FEMA (Japan-Female Employment and Mental health in ART) study における不妊治療と仕事の両立分析班のデータからは、全国で不妊治療と仕事を両立する女性の約16～20%が離職を経験し、特に非正規雇用でその割合が多い実態が浮かび上がっている<sup>2)</sup>。

不妊治療者は心理的な負担も多く<sup>3)</sup>、

|                                                                   |         |                                                                 |  |
|-------------------------------------------------------------------|---------|-----------------------------------------------------------------|--|
| 一般不妊治療                                                            | タイミング法  | 排卵のタイミングに合わせて性交を行うよう指導する。                                       |  |
|                                                                   | 人工授精    | 精液を注入器で直接子宮に注入し、妊娠を図る技術。主に、夫側の精液の異常、性交障害等の場合に用いられる。比較的安価。       |  |
| 生殖補助医療<br><small>※令和4年3月までは助成金の対象。助成金事業では「特定不妊治療」という名称を使用</small> | 体外受精    | 精子と卵子を採取した上で体外で受精させ（シャーレ上で受精を促すなど）、子宮に戻して妊娠を図る技術。               |  |
|                                                                   | 顕微授精    | 体外受精のうち、卵子に注射針等で精子を注入するなど人工的な方法で受精させる技術。                        |  |
|                                                                   | 男性不妊の手術 | 射精が困難な場合等に、手術用顕微鏡を用いて精巣内より精子を回収する技術（精巣内精子採取術（TESE））等。→顕微授精につながる |  |

図1 令和4年4月から新たに保険適用となった不妊治療<sup>1)</sup>



突発休率は50～60%ほどと指摘されている。治療のタイミングが事前に予測しづらい不妊治療と仕事の両立において、職場側が今後どのようなサポート体制を整えていくかなど、課題は多い。

二つ目は、平成30年の診断報酬改定から設置された「療養・就労両立支援指導料」の対象疾患が、従来のがん・脳卒中・肝疾患・指定難病に加え、心疾患・糖尿病・若年性認知症にまで拡大されたことである(図2)。心疾患・糖尿病といった生活習慣病が、両立支援のカテゴリーに医療機関側からの連携枠組みとして評価されたことで、両立支援の定義の一部である「仕事を理由に治療機会を逃すことなく」(本連載1月号)に該当する多くの生活習慣病に、企業としてどのように取り組むかが課題となる。

心疾患(心不全・心筋梗塞・不整脈)や糖尿病といった生活習慣病に対する取り組みとしては、本連載2月号で触れた健康経営®の考え方が想起されよう。しかし健康経営®が目指す、未病や0次予防といった疾病発症を防ぐ上流の職場環境整備に加えて、疾病の早期発見(健診)と事後措置という古典的な健康管理の取り組みに、まだ改善の余地があることが、最近の健保レセプト(診療報酬明細)を使った大規模データ解析から明らかになってきている(図3)。

未受療者の血糖高値(HbA1c8.4%以上)では、約半数が健診後1年以内に最低1回は受療するが、脂質(LDL-cho160mg/dl以上)高

値の場合は3割に満たない。産業保健機能が届きにくい中小規模の事業場を中心に、事後措置という身近な取り組みを、両立支援の前提として意識してもらいたい。

なお、同データベースの分析からは、健診で法の最低限の項目のみ検査している健保に比べ、BUN/Creといった腎機能や尿酸値を検査し健診に投資している健保では、受療行動が男性で1.1倍、女性で1.5倍良い傾向が認められた。健康に対する投資が、健診後の適切な受療行動という形で、生活習慣病の両立支援に反映されることが示唆されている。

不整脈によるICD(植え込み型除細動器)の埋込みや糖尿病によるインスリン治療では、事業者が運転などの機械操作の安全性に不安をもつことがある<sup>5)</sup>。ICDの場合は作業場の電磁干渉、インスリンの場合はシックデイ(体調不良時)

#### 療養・就労両立支援指導料における対象患者及び連携先の拡大

▶ 治療と仕事の両立を推進する観点から、療養・就労両立支援指導料について対象疾患及び主治医の診療情報提供先を見直す。

・対象となる疾患に心疾患、糖尿病及び若年性認知症を追加

図2 令和4年診療報酬改定における療養・就労両立支援指導料の見直し<sup>1)</sup>

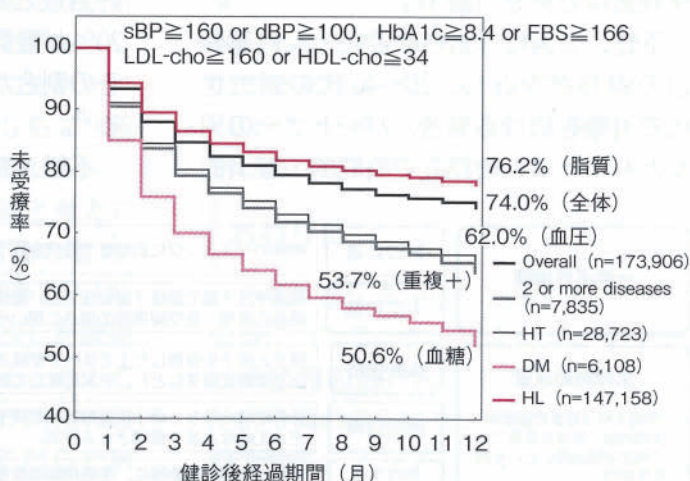
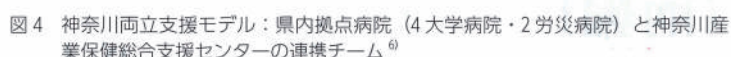


図3 約80の企業健保(350万人規模)における定期健診後の医療機関受療行動の実態<sup>4)</sup>



中小事業場の  
取り組みへの期待と  
医療機関側の  
産業保健機能

産業保健サービスが及びにくい小規模事業場や非正規雇用等の労働者には、医療機関が両立支援の役割を担う場合がある。筆者が担当する北里大学病院総合診療科専門外来：トータルサポートセンターでは、病棟・外来の通院患者のうち、仕事に関する困りごとを抱える人に対する支援を行っている（図4）。事業場から



## 参考文献

- 1) 令和4年度診療報酬改定の概要（厚生労働省）  
<https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/tokaihokuriku/000231285.pdf>
- 2) Imai Y and Endo M et al. Occup Environ Med. 78 (6):426-432, 2020
- 3) Ikemoto Y and Endo M et al. Arch Gynecol Obstet. 304 (1):253-261, 2021
- 4) 武藤剛ら、産業医学ジャーナル、4 (4)、64-68、2021
- 5) 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（厚生労働省、令和4年3月版）  
<https://chiryoutoshigoto.mhlw.go.jp/dl/download/guideline.pdf>
- 6) 神奈川産業保健総合支援センター  
<https://www.kanagawas.johas.go.jp/relays/download/108/467/139/823/?file=/files/libs/823/201808241512469653.pdf>



どう進める?

# 両立支援

## 第6回

受援力を高め、  
誰も取り残されない  
産業保健を目指す



北里大学 医学部衛生学  
講師

**武藤 剛**

MUTO Go

### Profile

2007年千葉大学医学部卒業。2014年慶應義塾大学大学院修了。順天堂大学医学部衛生学特任助教、日本医師会武見国際フェロー Harvard 大学より帰国後、千葉大学予防医学センター / すみだ Design Research Institution 特任助教を経て、現職。日本内科学会総合内科専門医、社会医学系指導医、日本産業衛生学会専門医、労働衛生コンサルタント、第二種作業環境測定士。

### 持続可能な事業活動継続を 目指す時代の要請

2015年9月の国連サミット以降、持続可能な開発目標（SDGs: Sustainable Development Goals）という言葉が国内外、官民間問わず、耳にすることが多い。そしてSDGs実現のためのスローガンとして、“No one will be left behind”（誰一人取り残さない）というフレーズがしばしば用いられている。産業衛生の分野でこのフレーズを実現する取り組みは、かねて小規模零細事業場での産業保健活動として進められてきた。

近年、特にCOVID-19パンデミックを機に、スマートフォンを活用した飲食配達事業者はじめ、フリーランスやギグワーカーとして働く人が増えてきている。このような単発・非定常型の働き方では、そうでない労働者に比べて、軽症

労災（けが）が約3倍、重症労災が約8倍多いというわが国の最新の報告もある<sup>1)</sup>。また、外国人労働者についても同様の健康課題が指摘されている<sup>2)</sup>。

働き方の多様化が進む現在、SDGsの8番目の目標「働きがいも 経済成長も」（図1）で掲げられている「すべての人々のための持続的、包摂的かつ持続可能な経済成長、生産的な完全雇用およびディーセント・ワークを推進する」ため

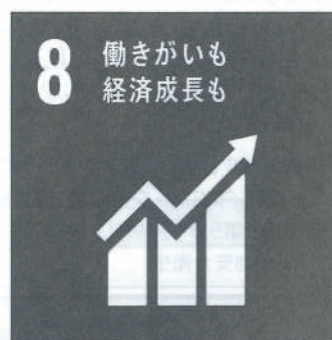


図1 SDGsの8番目の目標



に、両立支援が必要になった際、あらゆる職場ですぐに実践できるように、これまでの本稿でその準備等を紹介してきた。

小規模零細事業場での両立支援については、厚生労働省のポータルサイトで、全国のさまざまな取り組みを紹介している<sup>3)</sup>。規模が小さな事業場では、社長が全社員の顔と名前を一致させられるほど距離が近い関係性もあり、社長直下で支援の機運が高まると、機動的に対応が進むことは想像に難くない。

一方、企業規模が大きく社内に両立支援体制を整備していても、非正規雇用の社員には3~6カ月程度の病休期間の身分保障さえなかったり、保障があっても正規雇用社員と明確な格差が存在していたりすることが多い。

本連載5月号で紹介したような医療機関側からの両立支援の取り組みも、雇用形態の差によって病休権利や時短勤務取得権利に大きな差があり、就労継続を目指す両立支援の運用において大きな障壁となっていると筆者は日々感じている。「同一労働同一賃金」と同様に、「同一労働同一安全衛生」の取り組みについて、腰を据えて産官学、労使で取り組むことが、誰も取り残されない両立支援を推進する上で不可欠でないだろうか。本連載1月号で紹介した米国マサチューセッツ州法などでは、そういった格差を少なくするとともに、働く人が抱える自身の治療・家族の治療や、介護・育児といったプライベートな課題を包括

して両立支援を実現する労働法制の試みを垣間見ることができる。

### 両立支援の活用には 社員の「受援力」向上が不可欠

この10年で、大企業の正社員を中心に、両立支援を求める社員に対する社内外の体制整備は大きく進んできた。一方で、制度があり、産業保健スタッフに支援の意向がある上で、人事部門が配慮を検討するような疾病や障害が社員に発生しても、社員自身が支援を望まない場合は、両立支援はスタートしない。あくまで、「社員本人から両立支援の申し出がある」ことがスタート地点だからである。

同様の問題は医療機関側でも指摘されており、両立支援に向けた医療機関-職域連携が診療報酬上評価（本連載1、5月号）されてきても、実際の運用がなかなか進んでいない実態がある。医療機関側では、患者の仕事上の課題に介入する時点が、休職中や復職後（雇用継続）、退職後（これから仕事を探す）などさまざまなフェーズであることから、その状態に応じたニーズをどのようにすくい上げ

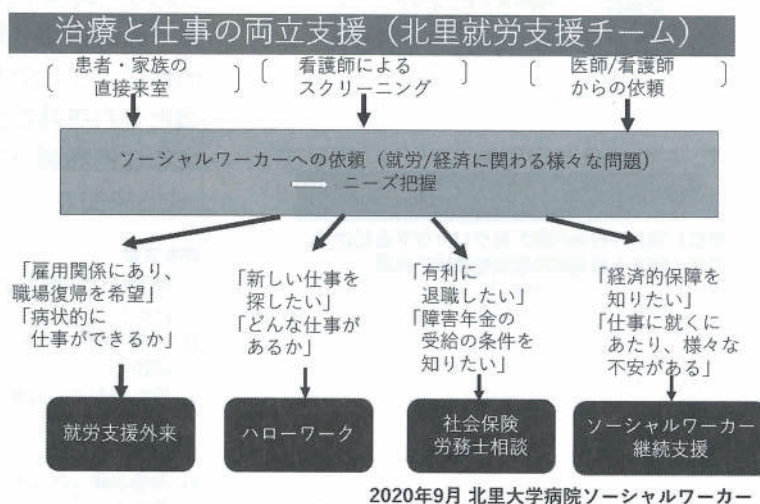


図2 北里大学病院の、患者の仕事のフェーズに応じた介入



るか、さまざまな取り組みが模索されている。

筆者が所属する北里大学病院では、各病棟および外来のソーシャルワーカー(MSW) チームが、痛みや困りごとに関するスクリーニングシートの中で「仕事で困っていることがある」と答えた患者を相談外来につなげている(図2)。

また国立がん研究センターでは、早期介入チェッカーを用いた両立支援ニーズの拾い上げを開始している(図3)。医療機関や主治医が両立支援に取り組むことで発生する負担を軽減する、電子カル

テ搭載 AI 意見書作成ツール(図4)も開発されている。

これらの取り組みによって、「自分は今のところ仕事上で困っていないし配慮も不要」と考える患者が、「実際の復職後には想像以上に体力や気力がもたず、復職前と同様の働き方を調整せざるを得ない」場合に、支援を受け入れ(受援)、制度を活用してみるきっかけになることが期待される。

実際、筆者が産業医として、乳がん治療中の管理職からの面談の申し出を受け、就業上の配慮につなげた事例もそうであった。入院中は治療に専念するが、退院後は外来通院があっても、仕事には大して影響は出ないと考える社員は、特に病前から猛烈に働くサラリーマンには少なくない。しかし、実際に復職してみても、集中力や体力、気力の面から、持続可能な働き方を模索する必要性を感じ始める人は多い。そうなったときのために、周囲のサポートを活用する「受援力」を職場で普段から育てておくことが、今後の両立支援の活用には不可欠であろう。

人生100年時代、高年齢労働者が増え、持続可能な働き方と健康を両立する時代に、少しでも受援力を身に付けた社員とそれを育む土壌を整える事業者が増えることを願ってやまない。

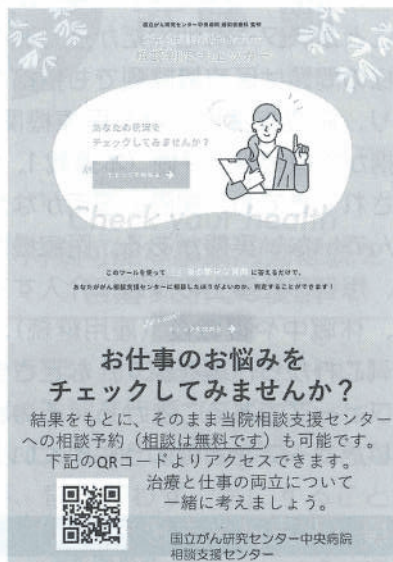


図3 医療機関側からの両立支援推進

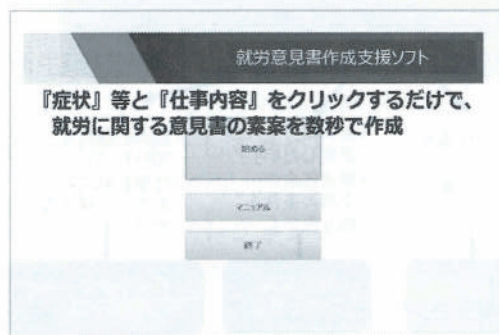


図4 医療機関(主治医)が発行する就業意見書の電子カルテ搭載 AI 作成ツール<sup>4)</sup>

#### 参考文献

- 1) Morita Y and Muto G et al. Ind Health. 2022, in press.
- 2) 武藤剛ら、産業医学ジャーナル、43 (3)、41-46、2020
- 3) 厚生労働省、治療と仕事の両立支援ナビ、両立支援の取組事例  
<https://chiryoutoshigoto.mhlw.go.jp/case/>
- 4) 遠藤源樹、がん治療と就労の両立支援ガイド(順天堂大学)  
<https://www.juntendo-caw.com/tool01.php>



どう進める?

# 両立支援

## 第8回

## 不妊治療と仕事の両立を 社内外で支える 取り組み



北里大学 医学部衛生学  
講師

**武藤 剛**

MUTO Go

### Profile

2007年千葉大学医学部卒業。2014年慶應義塾大学大学院修了。順天堂大学医学部衛生学特任助教、日本医師会武見国際フェロー Harvard 大学より帰国後、千葉大学予防医学センター / すみだ Design Research Institution 特任助教を経て、現職。日本内科学会総合内科専門医、社会医学系指導医、日本産業衛生学会専門医、労働衛生コンサルタント、第二種作業環境測定士。

### 治療に伴う就労・離職の現状

厚生労働白書によると、1990年代に専業主婦世帯と共働き世帯はほぼ同数になり、2000年代以降では、共働き世帯が専業主婦世帯を上回って、さらに増加する傾向が続いている。実際、20~30代女性の約7割が就労しており（総務省労働力調査）、結婚・妊娠・出産・育児というライフイベントを男女ともに仕事をしながら迎えることが一般的な時代である。そのような中、本連載7月号で示されたように、不妊に対して夫婦・パートナー同士で協力して治療に取り組む事例が増えてきている。

順天堂大学の遠藤源樹准教授が率いるJ-FEMA (Japan-Female Employment and Mental health in ART) study が明らかにしてきたわが国の不妊治療と仕事の両立に関する分析（不妊治療医療機

関に通院する女性1,727人に対する調査)<sup>1)</sup>によると、不妊治療クリニック受診中の女性の約7割が就労しており、全国的な調査における女性と就労率に大きな差は認められない。今年から保険適用になったとはいえ、高額な医療費の負担が発生する不妊治療だからこそ、仕事を続けながら治療を続ける女性が多いのではないだろうか。

しかし、不妊治療開始時に就労していた女性でも、そのうちの17%は治療開始後に離職していた。離職に関連する要因としては、非正規社員（正社員に比べて離職リスクは約2.7倍）、不妊治療についての職場からのサポートがない（ある場合に比べて離職リスクは約1.9倍）、大卒未満の女性（大卒以上に比べて離職リスクは約1.6倍）、不妊期間が2年以上（2年未満の女性に比べて離職リスクは約1.8倍）といったものが抽出されて



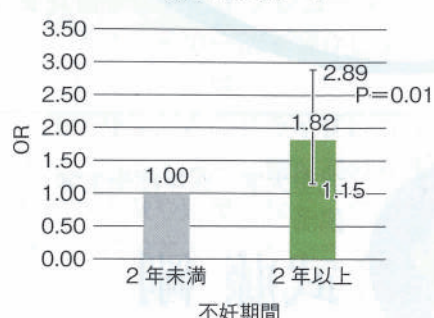
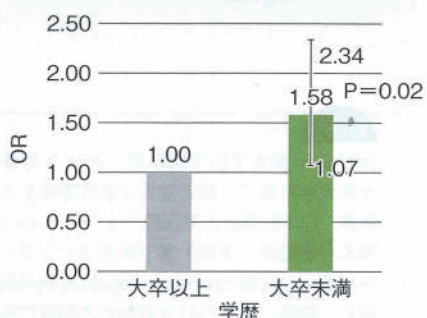
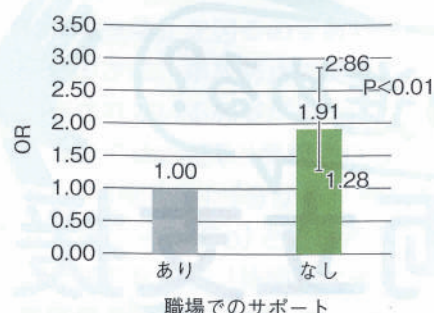
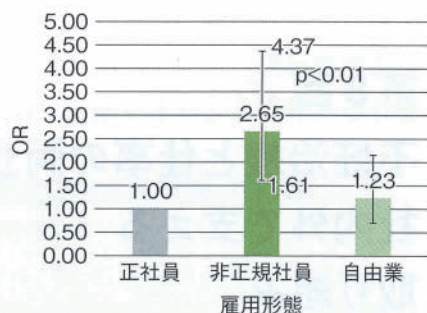


図1 不妊治療開始後の離職リスクの大きさ：要因別の分析（雇用形態・職場のサポート・学歴・不妊の期間）

- Aさん：不妊治療の現状を知ってほしい。社会は子どもを作れというけれど、制度、理解がなさすぎる。
- Bさん：学校や会社で、<sup>にんよう</sup>妊娠性や不妊治療に関する教育をもっと充実させるべき。  
夫も35歳以上はひとつのボーダーだと知識がなく、何度説明しても理解してもらえない。
- Cさん：不妊治療は突発的に休みを取る可能性があるのも、職場の理解、サポートがほしい。
- Dさん：会社に不妊治療している事を伝えた方がいいのかもしれないが周りの人も気を遣うし、内緒にして不妊治療を頑張っています。キャリアをあきらめて、妊娠に専念すべきか、悩んでいます。

図2 働きながら不妊治療を続ける女性からの声<sup>2)</sup>

いる（図1）。また、不妊治療を続ける女性たちからはさまざまな悩みの声が挙げられている（図2）。

### 職場での突発休へのサポート

本連載1～6月号では、がんや難病をはじめとするさまざまな疾病の治療と仕事の両立について考えてきたが、不妊治療と仕事の両立の特徴は何だろうか。

その一つとして、女性の月経周期や卵

子の発育状況にあわせた頻繁な通院が必要なことから、通院による仕事の休みが計画しづらく、職場側から見ると突発的に休まざるを得ないことが挙げられる（図3）。実際、J-FEMAS Study 調査では、約6割の女性が月に2日以上突発休を経験していた。一方で、職場に対して不妊治療中であることを告げているカミングアウト率は約6割であり、両立に困難さを感じている女性は8割にのぼることも明らかとなっている。

これらのことから、いま企業に期待される支援とは、不妊治療休暇制度やフレックスタイム制度など、治療期間中限定で適用される柔軟な働き方の仕組みづくりであろう。また、その活用に向けた不妊治療や妊娠性についてのリテラシー教育が、特に男性を中心とする管理職教育として、必要な時代となっている。

### 医療・企業両面からの前進

2022年は、不妊治療の両立支援に対



| 治療     | 月経周期ごとの通院日数目安                                                              |                          |
|--------|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
|        | 女性                                                                         | 男性                       |
| 一般不妊治療 | 診療時間 1 回 1～2 時間程度の通院 : 2 日～6 日                                             | 0～半日<br>手術を伴う場合には 1 日必要  |
| 生殖補助医療 | 診療時間 1 回 1～3 時間程度の通院 : 4 日～10 日<br>+<br>診療時間 1 回 当たり 半日～1 日程度の通院 : 1 日～2 日 | 0～半日<br>※手術を伴う場合には 1 日必要 |

図3 不妊治療のスケジュールと通院の時間的負担<sup>3)</sup>

する大きな一歩が踏み出された年である。医療側からの支援として、本連載 5 月号でも紹介したように、本年 4 月から不妊治療の保険適用化が実現したことで、当事者の女性やパートナーの経済的負担軽減が期待できる。そして、両立におけるもう一つのハードルである仕事の時間的拘束負担については、コロナパンデミックに伴うテレワークやフレックスタイム制度など、柔軟な働き方の広がりや相まって、社内にサポート体制を整える企業が増えてきている。

本年 3 月に厚生労働省から公開された「事業主・人事部門向け不妊治療を受けながら働き続けられる職場づくりのためのマニュアル」<sup>3)</sup>には、両立に向けた社内整備や導入企業の良好事例はもとより、社内での情報の取り扱いに、より一層の繊細さを要する不妊治療という話題に対して、どう取り組んでいくことが望まれるか、そのヒントが盛り込まれている。そして、当事者を中心に治療スケジュール調整や職場での配慮を円滑に推進するための、医療機関と事業場の情報連携「不妊治療連絡カード」も紹介されている。

次世代育成支援対策推進法（次世代法）では、常時雇用する労働者が 101 人以上の企業に対し、「労働者の仕事と子育てに関する行動計画」を策定し労働局に届け出ることを義務付けている。そし

て、男性の育休取得率や女性の継続就業率といった計画の目標を達成できた場合に、「くるみん認定・プラチナくるみん認定」を受けることができる仕組みがある。2022 年 4 月、企業側からの不妊治療両立支援の一つとして、くるみんのさらに上をいく「くるみんプラス」認定が導入された<sup>4)</sup>。これは従来の妊娠・育児と仕事の両立支援に加えて、不妊治療の両立支援に取り組む企業を評価認定していく取り組みである。

くるみん・プラチナくるみんの認定企業は増えてつつあるが、くるみんプラス認定を取得する企業が増えることで、両立を行う本人や管理職上司、そしてこれから働く新卒の学生を含め、社会全体で妊娠と育児についてどのように支え合っていくか、社内外の取り組みが進む起爆剤となることを願っている。

#### 文献

- 1) Imai Y and Endo M et al. Occup Environ Med. 2020.
- 2) 遠藤源樹 総監修、不妊治療と就労の両立支援情報サイト、PEARL（パール）  
<https://jpearl.jp/index.php>
- 3) 厚生労働省、事業主・人事部門向け 不妊治療を受けながら働き続けられる職場づくりのためのマニュアル  
<https://www.mhlw.go.jp/bunya/koyoukintou/pamphlet/dl/30k.pdf>
- 4) 厚生労働省、くるみん認定／プラチナくるみん認定／くるみん認定プラスの新しい認定基準（令和 4 年 4 月）  
<https://www.mhlw.go.jp/content/11900000/jisedai.pdf>

