

厚生労働省労災疾病臨床研究事業費補助金

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

令和2年度～令和4年度 総合研究報告書

研究代表者 江口 尚

令和5(2023)年3月

目 次

I. 総合研究報告	
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. 総合分担研究報告	
1. 事業場において治療と仕事の両立を支援するための配慮とその決定プロセスに関する研究：インタビュー調査と事例収集	
江口 尚, 堤 明純, 須賀万智, 森田哲也, 梶木繁之, 武藤 剛, 井上彰臣	37
2. がん薬物療法専門医を対象としたがん患者の治療と仕事の両立支援に関する意識と医療提供体制の現状に関する調査	
佐々木治一郎, 江口 尚	58
3. 産業保健総合支援センターにおける治療と就労の両立支援の取組	
渡辺 哲	79
4. 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両立支援に関わる要因の分析と経営者向け広報資料の開発	
山内貴史, 島崎崇史, 須賀万智	84
5. 聖マリアンナ医科大学病院における両立支援の新たな取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	92
6. 横浜市立大学附属病院での取り組み（消化器疾患での両立支援（難病を含む））	
斉藤 聡	104
7. 肝疾患に関する専門的助言と大学病院との連携 ー肝疾患コーディネーターにおける両立支援の取り組みと大学病院における取組ー	
古屋博行	109
8. 労働者個々の症状をベースにした両立支援に関する労使間の合意形成に関する標準的なプロセスの検討と運用ツールの開発	
梶木繁之	115
9. 仕事と治療の両立支援を促進する組織文化の尺度開発に向けて	
北居 明	233
10. 「事業場における治療と仕事の両立の支援」に関連する経営学領域の文献研究	
森永雄太	263
11. 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	
井上彰臣, 梶木繁之, 森田哲也, 武藤 剛, 加来佐和子, 平岡 晃, 江口 尚	274
12. 心血管・がん・難病等の両立支援にむけた職域（中小企業） ー地域連携モデル構築と実践	
武藤 剛	313

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)
総合研究報告書

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。

1年目は、先行研究レビュー、関係者のニーズ・事例収集と分析、組織レベル、個人レベルの標準的な合意形成プロセス案の作成に必要な情報収集を行った。難病患者の治療と仕事の両立支援（以下、両立支援）に関する先行研究のレビューを行い、標準的な合意形成に必要な要素が抽出できた。がん薬物療法専門医に対してがん患者の就労支援に対する調査を行い、がん薬物療法専門医のがん患者の就労支援に対する意向を把握した。社会保険労務士や産業医から良好事例を収集した。聖マリアンナ医科大学、北里大学、横浜市立大学から両立支援に関する良好事例を収集した。職場の協働的風土ならびに労働者の被援助に対する態度に着目し、中小企業の労働者において、両立支援の申出意図を促進し得る要因を収集した。職場の協働的風土ならびに労働者の被援助に対する態度に着目し、中小企業の労働者において、両立支援の申出意図を促進し得る要因を収集した。肝疾患コーディネーターにも肝疾患患者の両立支援をする上で役割が担えることが明らかになった。産業医の選任のない事業場においても、両立支援に関する労使間の合意が得ることができるようシステム作りにも着手できた。経営学分野においても、両立支援に応用可能な先行研究があることが確認でき、労使間の合意形成プロセスを検討する上で活用できることが確認できた。先行研究による開発され田中小企業を主眼とした治療と仕事の両立推進のための事業場内環境整備達成チェックリスト30の妥当性検証することにより、本研究班での成果物を作成する際の留意点が明確になった。先行研究のレビューにより、事業場における治療と仕事の両立支援に係る労使間の合意形成プロセスを評価するため指標を開発に必要な情報の整理を行った。

2年目は、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た（URL：<https://www.chiryou-sapo.com/> ユーザー名：chiryou パスワード：sapo2022）。難病患者の就労に関する研究のレビューを行い、モデルに資する情報を抽出した。その結果を、産業医学レビュー誌（令和3年5月号）にて報告した。また、経営学に関する先行研究から、治療と仕事の両立支援に役立つ概念として、ウェルビーイング経営、リーダーシップ、ジョブ・クラフティング、ワーク・エンゲイジメント、解決志向マネジメント、アプレシエイティブ・インクイリーについてのレビューをまとめ、産業保健と看護誌に報告した。産業医科大学病院、東海大学医学部付属病院、横浜市立大学附属病院、聖マリアンナ医科大学病院、北里大学病院の医療相談窓口や両立支援外来からの事例の収集を行った。横浜市立大学付属病院においてはリーフレットの作成、聖マリアンナ医科大学においては両立支援外来を分院でも開設した。また、神奈川産業保健総合支援センター主催で神奈川県内の4大学病院及び2労災病院（横浜労災病院、関東労災病院）が事例の共有をする場として神奈川モデル

の連絡会を開催し、事例の共有を行った（2021 年 10 月）。産業保健総合支援センターにおいては、神奈川県全てのがん診療連携拠点病院/指定病院（31 件）との間での協定締結が完了し、各病院からの相談対応実施件数が増大した（約 90 件）。事業者等に対する個別訪問支援を行った（10 件）。このような活動を通じて事例収集を行った。初年度に抽出・整理した、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に、研究代表者及び研究分担者の分担研究から得られた内容を追加し、情報の拡充を図るとともに、教示文の追加とチェックリスト形式へのレイアウト編集を行い、評価指標案を作成した。

3 年目は、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。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アップ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。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。

本研究班では 3 年間の研究期間において、多くの成果を出すことができた。これらの成果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。また、本研究班の成果については、第 96 回日本産業衛生学会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」で報告予定である。

注※当研究班の成果物の多くは以下の URL のホームページに掲載をしている。

URL : <https://www.chiryou-sapo.com/> ユーザー名 : chiryou パスワード : sapo2022

・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・講師）

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）。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、神奈川県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。

以上により、本研究は、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、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の提案を目的とした。また、産業保健職が選任されていない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ツールの開発をしたいと考えた。

B. 研究方法

【1年目】

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

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

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

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

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

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

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

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

また消化器疾患における両立支援の相談を受けた事例の詳細を解析した。

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

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

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

献レビューを行った。

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

平成29年度厚生労働省 労災疾病臨床研究事業費補助金「治療と就労の両立支援のための事業場内外の産業保健スタッフと医療機関の連携モデルとその活動評価指標の開発に関する研究」（研究代表者：堤 明純）において、自身が実施した文献レビューの中から、事業者、人事労務担当者、管理監督者の両立支援の取組内容について記述された箇所を抽出するとともに、必要に応じて「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」を参照し、不足している情報の埋め合わせを行った。その後、抽出した情報を「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」の「5両立支援の進め方」に記載されている流れに準拠し、①両立支援を必要とする労働者からの情報提供、②治療の状況等に関する必要に応じた主治医からの情報収集、③就業継続の可否、就業上の措置及び治療に対する配慮に関する産業医等の意見聴取、④休業措置、就業上の措置及び治療に対する配慮の検討と実施の4段階に分けて整理することとした。尚、④については、入院等による休業を要すると判断した場合、休業に関連する情報が必要となるため、別途、整理することとした。

【2年目】

1) 企業内における合意形成プロセスに資する支援システムの構築/モデル案及びマニュアル案の作成

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た上で、本人の「自覚症状」と「職場の業務特性」の内容を充実させた。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た。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な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。そのうえで、試作したシステムに対するユーザビリティ調査とシステム利用説明のための動画の作成を行った。

合意形成プロセスを評価するための活動評価指標については、昨年度に抽出・整理した情報（井上ら，2021）に、研究代表者及び研究分担者の分担研究から得られた内容を追加し、情報の拡充を図るとともに、教示文の追加とチェックリスト形式へのレイアウト編集を行い、評価指標案を作成した。

2) 好事例収集と分析

神奈川産業保健総合支援センターでは、両立支援活動の普及、拡大のため神奈川県内4大学病院（北里大学、東海大学、横浜市立大学及び聖マリアンナ医科大学）と連携した「神奈川モデル」を構築し、ワンストップで支援を繋ぐサービスを進めた。両立支援を実際の医療機関で広めるため、神奈川県癌診療連携拠点病院との連携を図るため、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を締結した。神奈川県との連携事業として、かながわ治療と仕事の両立支援推進企業の認定を行った。

2021年10月、中小企業勤務の20歳～64歳の正社員で、病気による就業制限の経験がなく、両立支援について内容を把握していない労働者モニター3,200人を対象としてオンライン調査を実施した。対象者はわが国の業種・従業員規模別の就業人口割合の縮図となるようサンプリングされた。まず、回答者ががんや脳卒中などに罹患し、主治医から通常勤務は難しいと指摘された場面を想定させ（情報提供「前」）、このような状況下での両立支援の申出意図を尋ねた。次に、両立支援のリーフレットを提示し概要を把握させたうえで（情報提供「後」）、再度両立支援の申出意図を尋ねた。協働的風土および被援助への肯定的態度を主たる説

明変数、両立支援の申出意図を目的変数とした2項ロジスティック回帰分析を実施した。

聖マリアンナ医科大学においては、両立支援を医療システムの中に実装することが重要と考え、2020年度から「両立支援外来」を新設し、担当医師3名・MSW・看護師から成る両立支援外来チームを発足させた。また新たに5名の両立支援コーディネーター認定者を養成し、計7名の体制を構築した。さらに2021年度では当院分院である東横病院にも同様の「両立支援外来」を新設し、分院での体制を構築した。

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。2020年4月～2021年3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疾患、③就労状況、④雇用形態、⑤産業医の有無、⑥両立支援の相談の紹介元。2021年度については相談室に訪れた時期（治療との関係）についても評価した。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性別、②疾患、③就労状況、④雇用形態、⑤産業医の有無、⑥両立支援の相談の紹介元、⑦2020年11月11日に行った医療者向け「両立支援を考える会 in Yokohama」前後の相談数の変化。また消化器疾患における両立支援の相談を受けた事例の詳細を解析した。

東海大学医学部付属病院肝疾患医療センター主催で肝疾患コーディネーター研修会（神奈川県認定）がWebセミナー形式で実施した。東海大学医学部付属病院における治療と仕事、就労に関する相談事例に関する聞き取り調査を行った。東海大学付属病院AYA世代がん診療支援チームに対する就労、両立支援の啓発を行った。

北里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たなかで（神奈川両立支援4大学連携モデルの一部）、がん・循環器・難病に加えて全診療科の性年齢別ニーズを把握した。

3) 先行研究のレビュー

仕事と就労の両立を支援する組織文化に

について調査するため、わが国の事例研究についてレビューを行った。治療と仕事の両立のための支援の要請」について経営学の先行研究をレビューした。具体的には人事施策の実践プロセスにおいて管理者に求められるリーダーシップや役割についての先行研究の知見を概観した。

【3年目】

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足立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. 横浜国立大学附属病院での取り組み

横浜国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、横浜国立大学附属病院で「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。

(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) 経営者向け広報資料の開発

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⑥（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 年目】

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

がん薬物療法専門医 146 名から回答を得た（回答率 10.0%）。主治医としての患者の就業に関する意識については、「そうだ」「まあそうだ」と回答した割合が 50%以下の項目は、「休職した患者の復職のタイミングを検討する際に、新型コロナウイルス感染症の流行状況を考慮する」「外来で患者の仕事の相談にのる時間はない」「患者の仕事についてアドバイスをすることは難しい」であった。所属している医療機関の体制について

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

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

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

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

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

肝疾患コーディネーター研修会（神奈川県認定）での両立支援に関するアンケート調査結果を得た。C 型肝炎患者の治療前後の労働生産性と薬剤師による支援に関する文献調査から、C 型肝炎患者の病状に伴う労働生産性の変化や HCV 治療における薬剤師によるアドヒアランス向上支援に関する情報を得た。当院総合相談室における 2020 年度 1 月末までののべ相談回数（同一患者さんの複数回相談も別としてカウント）は、社会復帰支援に関する相談が 457 件、その中で

がん相談支援センターにおける就労相談は 77 件で、コロナ禍でも 2019 年度と同程度の件数が認められた。特に、就労に関して神奈川県及び神奈川産業保健総合支援センターから派遣された社会保険労務士による相談は 6 件と 2019 年度と同程度であった。また、ハローワーク平塚から派遣された職員による相談件数は、新型コロナのため相談を中止したため、12 件にとどまり前年度より少なかった。

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

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

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

育児（や介護）との両立制度が構築されて

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

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

【2年目】

1) 企業内における合意形成プロセスに資する支援システムの構築/モデル案及びマニュアル案の作成

「自覚症状」と「業務特性」の組み合わせで両立支援に必要となる「就業上の配慮事項」のリスト一覧を作成した。一定の条件下で事業者の「安全配慮義務」に該当すると思われる事項を選定した。両立支援を希望する社員からの申し出を受け、人事総務担当者、上司、本人（がん患者）による話し合いを経た結果を記入し、主治医に持参するための書類のテンプレートを作成した。これらの情報を統合して、合意形成プロセスを支援するためのシステム（通称：「治療サポ」）を開発した。「治療サポ」の利用意向については前向きな回答が多かったが、コンセプトの分かりづらさや、事前に確認のためのツールの追加、産業保健職だけではなく人事担当者もいない職場への対応、配慮事項の自動転記、両立支援の事例の内容や数への要望などが挙げられた。「治療サポ」の利用意向については前向きな回答が多かったが、コンセプトの分かりづらさや、事前に確認のためのツールの追加、産業保健職だけではなく人事担当者もいない職場への対応、配慮事項の自動転記、両立支援の事例の内容や数への要望などが挙げられた。さらに、

システムの利用方法を説明するための動画を作成した。

新たな事項を追加・整理した情報の一覧に教示文の追加とチェックリスト形式へのレイアウト編集を行い、評価指標案を作成した。評価指標案では、列挙した項目以外にも労使間の合意形成の際に収集・提供した情報や実施した事項を記録できるよう、各セクションに自由記入欄を設けた。

2) 好事例収集と分析

神奈川産業保健総合支援センターの今年度の相談件数は、出張相談窓口、関東・横浜労災病院をあわせて 154 件であった。その内訳を見ると、出張相談窓口（病院）での相談が相談全体の 3 分の 2 を占めるため、労働者（患者）からの相談が 81% と多くなっていた。また、相談者の所属する事業場の規模をみると、50 人未満の小規模事業場が多かった。事業所への個別訪問支援は 12 件。令和 2 年度から横浜市健康経営認証制度の項目に治療と仕事の両立支援メニューが入り、当センターの訪問支援希望する事業所を訪問している。個別訪問支援の内容としては、両立支援に関する情報提供（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）がほとんどであった。

インターネット調査では、2,531 人（79.7%）が両立支援を「情報提供前・後ともに申し出る」と回答した一方で、情報提供前に「申し出ない」と回答した 586 人のうち 173 人は情報提供後に「申し出る」と回答が変化していた。「情報提供前・後ともに申し出ない」を参照カテゴリとした 2 項ロジスティック回帰分析において、産業保健スタッフや柔軟な勤務・休暇制度の有無などの要因とは独立して、協働的風土が強く職場内での支援の先例がある場合には両立支援の申出意図の報告が多かった。とりわけ、情報提供「前」に両立支援を「申し出ない」と回答した者のうち、従業員数が 50 人～299 人の事業場に勤務し、協働的風土が良好で社内に支援の先行事例がある者では、情報提供「後」に支援を「申し出る」への回答の変化が有意に多かった。

聖マリアンナ医科大学病院では、両立支援専門外来開設後、2020 年度の両立支援（就

労)に関する相談件数は84件(月7.0件ペース)、2021年度も2021年4月～2021年12月末までではあるが、すでに114件(月12.7件ペース)と、2019年度までと比較して月あたりの両立支援相談件数は著明に増加し、当院における2020年度の療養・就労両立支援指導料算定件数も、7件(算定割合8.3%)、2021年度も2021年12月末時点ですでに6件(算定割合5.3%)と顕著な増加を認め、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・トゥース病などの様々な指定難病や、⑤脳梗塞・⑥脳出血などの脳卒中、⑦悪性リンパ腫⑧大腸がん⑨胃がんなどの代表的ながんと幅広い疾患領域から算定した。これらの結果を受け、さらに、2021年5月からは、聖マリアンナ医科大学東横病院(分院)においても同対象に対して毎月第2木曜日(午後2時から)に脳神経内科外来枠での両立支援外来を開設した。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た。

横浜市立大学病院の取り組みでは、リーフレットの配布後は症例の微増につながるのみであった。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%と増加している。就労状況では昨年度と同様に、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ることには変化がなかった。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2020年度と同様に2021年度も約半数であった。興味深いことに紹介元は2020年度に比較して2021年度

は医師からが増加傾向にあった。2021年度の相談者で診断書の作成まで至ったのは3症例のみであった。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。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20%であった。

東海大学で実施した肝炎コーディネーター研修会での調査では、「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」(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が21人(35.6%)であり、昨年度までと同様の結果であった。東海大学医学部附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は2件行えた。

北里大学病院において、入院(全員)、外来(任意提出)患者から回収する苦痛スクリーニングシートのうち、「仕事で相談したいことがある」のYes回答を分析すると、全体で男性の2.9%、女性の3.7%に相談希望があった。年齢階級別では、男性の26-65歳で、女性の16-55歳で、ともに5%以上の相談希望をみとめた。男性の最多は30台後半の9.5%、女性の最多は30台前半の9.3%だった。診療科別には、最多は救急・急性期病棟の7%であり、それ以外に3%以上の相談ニーズをみとめたのは、一般内科・膠原病内科・腎臓内科・泌尿器科・婦人科・眼科・整形外科・皮膚科・COVID病棟であった。予想に反し、女性とくに若年女性の就労支援相談ニーズが一定割合存在し、急性期やCOVID病棟など、急に仕事との両立を余儀なくされた患者の相談ニーズ割合も高かった。両立支援で重点項目とされるがん・難病・肝・糖尿病・循環器等の疾患以外にも、感覚器疾患や急性期疾患など疾病や治療による仕事への影響が直接的な診療科にも両立支援ニーズがあることが判明した。

3) 先行研究のレビュー

文献に掲載された事例を分析した結果、治療と就労の両立支援に関わる組織文化として、支援を得られる文化、病気に対する見方、柔軟な働き方、の3つの次元が抽出された。人的資源管理論における人事施策の

実践プロセスに注目する文献をレビューした結果、管理者の役割の重要性和従業員自身の施策に対する認識を変えていくことの重要性が明らかになった。

【3年目】

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年後の効果を検証するため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、MSW3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、リハビリ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

がんや難病等これまでの両立支援の医療機関側での取り組みに加え、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アリングを行い、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) 経営者向け広報資料の開発

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、今すぐできることがあります

【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年目】

10例の良好事例からは、両立支援を進め

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

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

障害者職業センターにおける研究は、わが国の難病対策に基づくもので、難病それぞれの持つ多様性を包含した観察研究であった。一方で、海外の研究は、それぞれの疾患の症状に応じて研究の内容も大きく異なっていることがわかった。炎症性腸疾患であれば消化器症状、多彩な症状を呈する多発性硬化症については、日本と比べて桁違いに患者数が多いため就労に関する研究数も多く、特に認知機能障害にフォーカスした介入研究も行われていた。関節リウマチについては、特に生産性や機能障害に関する研究や、様々なプログラムの介入研究が行われていた。パーキンソン病については、

介入研究は認めず、観察研究や質的研究が主であった。また、就労に影響する要因には、疲れやすさや痛みといった共通の部分と、消化器関連の症状、認知機能障害、筋骨格器関連の症状など疾患特異的な部分があることが分かった。産業保健職がこのような研究の知見についてある程度の情報を持つことは、具体的な事例に遭遇した時に、就労継続のリスクファクターや見通しなどを踏まえた対応ができる。その結果、当事者にとっても、事業場にとってもより有意義な対応ができると考えられた。

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

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

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

がん診療連携拠点病院との連携を図るモデルとして、神奈川県下の4大学病院との連携を始めた（神奈川県両立支援モデル）。この連携を通して当センターに相談のあった事例が少しずつ増えてきた。さらにこの4大学モデルを参考に、連携する病院を増やす努力をしてきた。初めはいくつかの病院との個別の連携を図ってきたが、その後神奈川県と協議し、がん診療連携拠点病院に、当方から社労士を両立支援促進員として派

遣する方試みを始めた。従来神奈川県は、がん診療連携拠点病院に定期的に社労士を派遣していたが、今回社労士を当センターの両立支援促進員として当センターから随時派遣する事となった。この流れとして、県下のがん診療連携拠点病院と社労士派遣の協定を結ぶこととなった。現在 28 の病院と協定を結んでいる。このような取組を通して、当センターの認知度を上げるとともに、両立支援の啓発に繋がるものと期待している。

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

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

今回行った、今年度の両立支援の相談は自主的にソーシャルワーカーを訪れたケースが多いことが分かったが、紹介されて訪れたケースは医師からの紹介が少なく、診療し患者に接している医師へのさらなる啓発が必要であることが判る。また両立支援の必要な情報の提供のやり取りは企業では産業医が中心となることが予測されるが、

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

【2年目】

1) 企業内における合意形成プロセスに資する支援システムの構築/モデル案及びマニュアル案の作成

今年度はがん患者の「自覚症状」と一般的な就業環境の「業務特性」による組み合わせで両立支援に有用と思われる「就業上の配慮項目」を選出するためのアルゴリズムを作成した。38項目の「就業上の配慮項目」の選出には、産業医経験の異なる様々な研究協力者からの意見を集約し活用することで一定の網羅性・多様性を持った仕組みが構築されたものと思われた。

またこのアルゴリズムが組み込まれたウェブシステム（治療サポ）により、産業医がいない50人未満の中小零細企業でも、人事総務担当者や上司が主体となって、両立支援に必要な最低限の対応ができるようになったと考えられた。

38の「就業上の配慮項目」中で、事業者の安全配慮義務もしくは両立支援の観点で特に重要な項目については、重要マークを表

示することで事業者の責務も果たすことができるような工夫を行った。さらに本システムの利便性を向上させるため、「就業上の配慮項目」については視認性の高いピクトグラムを導入するとともに、解説文と具体的な例を記すことでよりわかりやすくなったと考えた。

事業者側の担当（人事総務担当者・上司）が本人の「自覚症状」と就労予定職場の「業務特性」を選択（入力）することで、必要な「就業上の配慮項目」を選出できるこのウェブシステムは、一連の入力作業とその過程で交わされる関係者（人事総務担当者・上司・本人）間での会話により、事業場内の両立支援に必要な知識を各人が学ぶ機会としても応用が可能と考える。またそれらの過程が、労使間の合意形成に関する標準的なプロセスにも該当するものと思われた。

患者（本人）が病院受診の際に持参し、主治医に確認・追記をいただく書類（治療と仕事の両立支援に関する企業から主治医への就業配慮情報の提供のお願い（案））の中には、関係者間（人事総務担当者・上司・本人）での合意形成を経て、事業場で対応が可能と思われる「就業上の配慮項目」が記されている。両立支援に不慣れな主治医にとっては、このようなプロセスを経て記された「就業上の配慮項目」の中から、両立支援に有用と思われるものを選択することは心理的にも知識的にも容易になることが予想される。

今回作成したインターネット上のウェブシステムは、システム内のインストラクションに従い人事総務担当者や上司と本人が話し合いを進めることで、自然と合意形成が得られるように工夫されている。両立支援は通常、企業側の担当者と本人及び主治医との連携によって実施されるものであるが、中小零細企業においては、企業側の担当者に医学的な判断を行うための知識が十分でないことが多く、また 50 人以上の事業場では選任されている産業医の関与も得られない。しかし、本システムを活用することで、産業医などの専門的な支援を得られなくても、人事総務担当者や上司の協力により、必要最低限の両立支援に必要な就業上の配慮項目を知り、就労を望む社員の意思に少しでも沿うことができるようになると考えられた。

今回作成したウェブシステムは今後、利用が想定される対象群へのヒアリングや使用感などの定量的・定性的な調査を行った上で、改定する予定である。また、関係者間での話し合いや、ウェブシステムへのデータ入力の過程で分かりづらい箇所への対応法を、簡単なインストラクション（説明文章）や動画などで充実させることができると考えた。

情報開示の支援、情報共有の方法、検索結果の自動転記、人事担当者いない前提での事例の進め方、事例の工夫、病名での検索、動画を使った使い方の説明、アルゴリズムの不具合などの改善ポイントが示された。改善項目はシステム上の改善とコンテンツ上の改善に分けて検討する必要がある。

現在の仕様は「がん」を対象としたものとなっている。当初の研究計画では、対象疾患を広げる予定であったが、現状でも多くの課題があるため、まずは、「がん」を対象に、症状ベースで合意形成を進めるためのシステムの開発を進め、より完成度を上げていく必要があると考えられた。

動画作成のために、産業医がいない事業場での設定でロールプレイを行うことは、合意形成のプロセスそのものについて理解を深める機会となり、そのことをシステムにフィードバックすることにつながった。この動画コンテンツは、単にシステムの利用方法の説明に使えるだけではなく、産業保健職が介在をしない形での面談の「型」を提供でき、認定産業医の研修会などで活用できる可能性があった。

今年度は、事業場における治療と仕事の両立支援に係る労使間の合意形成プロセスに必要な情報の追加・拡充を行い、整理した情報に基づいて評価指標案を作成した。

分担研究報告書から抽出された情報は、昨年度に抽出・整理した情報では不足していた「実際の現場で行われている工夫点」等を含むものであり、評価指標に含めるべき項目の拡充を図ることができたと考えられるが、実際の現場では、抽出した項目以外にも労使間の合意形成の際に収集・提供が行われている情報や、実施している事項が含まれている可能性があるため、評価指標案の作成にあたっては、これらの情報を記録できるよう、各セクションに自由記入欄を

設けることにした。そのため、本評価指標は、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漏れなく収集・提供したかを確認するチェックリストとしてだけでなく、実際に実施したことを記録する備忘録としても活用することができると考えられた。

2年目までに作成した評価指標案は、前述したウェブシステムに掲載し、本システムを利用しながら労使間で合意形成を進める際の事前準備資料として活用できるようにした。3年目は、評価指標のウェブシステム上での効果的な活用方法について検討したいと考えた。

2) 好事例収集と分析

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

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

がん診療連携拠点病院との連携を図るモデルとして、神奈川県下の4大学病院との連携を始めた（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。今年度県下の31の全がん診療連携拠点病院と社労士派遣の協定を結ぶこととなった。両立支援の啓発に繋がるものと期待した。

横浜市とは健康経営認証制度に当センターが協力することとなり、その関係で当センターへの相談件数も少しずつ増えてきた。このように、4大学モデルから始まり、神奈川県、横浜市などの行政機関との連携を進めた。

相談者の内訳では、圧倒的に労働者本人からの相談が多く、会社側からの相談が少ない。両立支援を進めるためには、労働者、会社双方の理解が必要である。そのため、いろいろな機会を通して事業主に対する啓発活動が必要であると考えられた。

中小企業の労働者において、リーフレットを用いた情報提供前・後で両立支援の申出意図に顕著な変化は見られず、約8割が「情報提供前・後ともに申し出る」と回答した。協働的風土が良好で社内に支援の先行事例がある者では、情報提供「後」に支援を「申し出る」への回答の変化が有意に多かった一方で、被援助に対する肯定的態度と両立支援の申出意図との間には有意な関連は認められなかった。本研究の結果から、協働的風土や支援事例の有無などの職場環境要因が、両立支援に関する情報提供の有用性や両立支援の申出意図を高めることが示唆された。

聖マリアンナ医科大学病院、分院での取組から、本院で2020年8月に開設した両立支援外来では、2021年12月末時点まで（約17ヶ月間）で、計12名の患者が活用した。それら患者の、初診時年齢・性別・疾患名・職業に関するリストを示す。この両立支援外来受診患者12件の内12件全例で療養・就労両立支援指導料を算定している。さらに、2021年5月から新設した東横分院においては、2022年1月末時点まで（約9ヶ月間）ではあるものの、計10名の患者が外来を活用し、この両立支援外来受診患者10件の内7件で療養・就労両立支援指導料を算定している。その結果、本院と東横分院の両立支援外来患者を合計すると計22名の外来通院患者のうち19件の算定につながっている。症例をさらに蓄積した上で、どのよ

うな患者が両立支援につながるか等の検討の必要性を考察した。

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。その理由としては、①会社に迷惑をかけたくない、②先が見えずに治療の副作用が心配である、③通院の時間が気になる、などが挙げられる。これは2020年度、2021年度ともに共通していた。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った。今年度も多くの患者は仕事を辞めており、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ことが最も必要である。これは2020年度と同様に、疾患の告知をする医師が最初の段階で仕事と治療の両立が可能であることについて触れる必要があると思われる。また両立支援の情報提供は治療前から行えば離職するチャンスは低下すると考えられた。

今回行ったリーフレット配布によりみられた変化に、医師からの紹介で相談を勧められた患者数が増えたこと、がん患者からの相談が増えたことなどが挙げられる。その理由の一つとしてリーフレットの配布場所に化学療法室があることが考えられた。リーフレットを置くことで患者、医師ともに両立支援を認知するチャンスが増えた可能性がある。本研究班の中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行っており、多くの神経内科の患者相談につながっている。このことから当院でもリーフレットの配置を神経内科、循環器内科、内分泌糖尿病内科などのブースに置くことで患者のみならず医師への両立支援の周知を行うことが相談症例の増加につながると考えられた。

今回、当院での消化器疾患の好事例では患者の勤務情報提供書をもとにプランを立て、その後見直しすべき期間を明記した。しかしながら産業医からその後のプランについて連絡が返ってくることはなかった。今後は産業医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考えられた。

病院薬剤師は、入退院時に患者さんに関わるのに対し、調剤薬局薬剤師は慢性疾患治療中の患者さんに長く関わるが多い

ため、治療と仕事の両立支援のきっかけに遭遇する機会が、病院薬剤師に比べ多いと考えられる。病院薬剤師は、医療機関の相談支援センターや主治医と連絡がとり易いと考えられるが、調剤薬局薬剤師が医療機関の相談支援窓口にどのように繋げていくかが課題と考えられた。

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、治療を躊躇する事例が認められた。C型肝炎ウイルスに対するDAA（直接作用型抗ウイルス剤）製剤による経口治療はウイルスを体内から排除（SVR）することが可能で、治療後の復職は可能である。B型肝炎ウイルスに対しては副作用の少ない新しい治療薬が承認されており、より治療し易い状況となっている。このような情報を提供することも患者さんが治療を受けるのに重要と考えられる。偏見差別の解消については、教育啓発1-3）も重要だが、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HP1）で公開予定であり、相談対応に役立つことが期待された。

「中小企業または非正規雇用」といった、そもそも病休制度がほぼないに等しい労働者の場合は、両立支援の前に契約解除（労働契約継続打切り）となる仕組みになっていることが否めず、特にこのような非正規労働者の契約更新における出勤率条件については、何らかのレスキュー制度を早急に検討する必要性が示唆された。

3) 先行研究のレビュー

遠藤(2019)は、事例性と疾病性を区別し、治療側は経営側に対して事例性に基づいた報告を行うことが重要であると述べる。遠藤(2019)によれば、『事例性』とは、業務を遂行する上で支障となる客観的事象のことで、『1日に10回ほど、トイレで離席する』『毎月3日以上の特発休を認める』など、通常の業務管理上の『日ごろからのずれ』に関する事項である。『疾病性』とは疾病、症状等のことで、『下痢』『食欲がほとんどない』等である。がん罹患社員を管理する会社側としては、『事例性』をベースに服薬管理・配慮等の対応を行い、『疾病性』に関しては、主治医や産業医等に意見を求め（『ボール』を投げ）、医療職から意見書等で意見を収集

（『ボール』を返してもらう）した後に対応を検討するという、「治療と就労の両立支援」の基本を守るべきである。そのためには、『事例性』と『疾病性』に関する対応方法の区別化が肝要である(95 頁)」と述べる。経営者は、がんに関わった労働者に対し、どのような支援をすればいいかわからないことも多い。その場合、治療する医師や看護師から、「事例性」に基づいた序言をすることが、適切な支援や働き方の提供に結びつくと考えられる。すなわち、治療と就労の両立支援文化の形成には、経営者側の努力だけでなく、経営側と治療側の協力が必要であることが示唆された。

近年では、従業員のウェルビーイングに影響を与える人的資源管理と管理者がそれぞれの職場で働く役割の 2 つの影響を統合的に理解するための理論的・実証的知見が蓄積されるようになってきている (Fu, Flood, Rousseau & Morris, 2020; Gill, Gardner, Claeys & Vangronsveld, 2018; Leroy, Segers, Van Dierendonck & Den Hartong, 2018; Nishii & Paluch, 2018)。本稿で注目する仕事と治療の両立を可能にする人事施策についてもこれらの一連の研究群の知見に基づき、理解していくことが有益であると考えられる。しかし、人事管理論における人事施策の実践に関する研究はまだまだ限定的である。多岐にわたる様々な人的資源管理論における個別の施策の実践に関する研究はまだまだ十分に行われているとはいえず、本稿で注目している安全・衛生の施策全般や仕事と治療の両立に関する施策に特化した実践プロセスに関する実証研究も十分な蓄積があるとは言えない。また、施策の実践が従業員行動に与える影響についても一部の例外 (例えば、部分的に安全衛生施策についても質問している Nishii, Lepark & Schneider, 2008) を除いて十分に検討されているとは言えない。今後は安全衛生や仕事と治療の両立施策に領域を限定した上で、施策の実践プロセスに影響を与える要因に関する実証的研究を蓄積していくことが課題になると考察した。

【3 年目】

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た。

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とした。

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。

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り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 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。

1-5. 北里大学病院での取り組み

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った。

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、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。

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ム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。

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、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。3年間の研究期間において、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。また、本研究班の成果については、第96回日本産業衛生学会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」で報告予定である。

本研究班では3年間の研究期間において、多くの成果を出すことができた。これらの

成果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。

【謝辞】

当研究の実施にあたっては、研究協力者以外にも、社会保険労務士、産業医、人事担当者、システム開発会社(株式会社カルテポスト)、動画作成会社(アクシス株式会社)、労働者健康安全機構の関係者の皆様、等、多くの方々にご支援をいただきました。また、当研究室の事務スタッフの働きが当研究班の活動を縁の下で支えてくれました。ここに当研究班の活動に関わったすべての皆様に感謝申し上げます。

F. 健康危険情報

該当せず。

G. 研究発表

1. 論文発表

1. 江口尚. 難病患者における治療と仕事の両立支援に関する研究の現状. 産業医学レビュー. 2021年34巻1号 p. 51-76.
2. Inoue A, Tsutsumi A, Eguchi H, Kachi Y, Shi-mazu A, Miyaki K, Takahashi M, Kurioka S, Enta K, Kosugi Y, Totsuzaki T, Kawakami N. Workplace social capital and refraining from seeking medical care in Japanese employees: a one-year prospective cohort study. BMJ Open 2020; 10(8): e36910.
3. 武藤剛. どう進める?両立支援【第3回】両立継続を支えるための社内外のリソースの活用. 安全と健康(中央労働災害防止協会). 46-48, Vol. 23(3), 2022.
4. 武藤剛. どう進める?両立支援【第2回】がんリテラシーと企業の持続可能性を高める. 安全と健康(中央労働災害防止協会). 35-37, Vol. 23(2), 2022.
5. 武藤剛. どう進める?両立支援【第1回】両立支援を、働く人の健康危機管理として捉え、実践する国内外の動向. 安全と健康(中央労働災害防止協会). 40-43. Vol. 23(1), 2022.
6. 武藤剛. 患者の治療と仕事の両立支援(総論・前編)—仕事を考慮した治療選択の提示で、働く患者への社会的処方. プラ

- イマリ・ケアの理論と実践. 日本プライマリ・ケア連合学会監修（分担執筆）. 日本医事新報社. 2021.
7. 武藤剛. 患者の治療と仕事の両立支援（総論・後編）—医療用語を仕事の作業の言語に翻訳した主治医意見書が鍵. プライマリ・ケアの理論と実践. 日本プライマリ・ケア連合学会監修（分担執筆）. 日本医事新報社. 2021.
8. 武藤剛, 片桐諒子, 大矢めぐみ, 後藤温, 福田洋, 遠藤源樹, 横山和仁: 健診後受療行動予測モデルの開発—健診・レセプトビッグデータに AI を適用する試み—. 産業医学ジャーナル 44: 64-68, 2021.
9. 武藤剛: 特集: がん患者の就労継続 産業医としてどう関わるか 主治医との連携に向けた職場づくり. 月刊保団連 6月号: 29-35, 2021.
10. Eguchi H, Sasaki J, Inoue A, Tateishi S. Factors related to oncologists' use of the treatment and employment support guidance fee. J UOEH 2021; 43(4): 427-432.
11. 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 印刷中.
12. Kusumoto A, Kajiki S, Anan T, Nagata T, Nagata M, Fujino Y, Mori K. Changes in Presenteeism Six Months After Returning from Sick Leave Due to Mental Illness. J UOEH. 2021;43(4):385-395.
13. Anan T, Kajiki S, Oka H, Fujii T, Kawamata K, Mori K, Matsudaira K. Effects of an Artificial Intelligence-Assisted Health Program on Workers With Neck/Shoulder Pain/Stiffness and Low Back Pain: Randomized Controlled Trial. JMIR Mhealth Uhealth. 2021 Sep 24;9(9):e27535.
14. Sakai K, Nagata T, Nagata M, Kajiki S, Fujino Y, Mori K. Relationship between impaired work function and coping behaviors in workers with low back pain. J Occup Health. 2021 Jan;63(1):e12272.
15. Nagata T, Ito D, Nagata M, Fujimoto A, Ito R, Odagami K, Kajiki S, Uehara M, Oyama I, Dohi S, Fujino Y, Mori K. Anticipated health effects and proposed countermeasures following the immediate introduction of telework in response to the spread of COVID-19: The findings of a rapid health impact assessment in Japan. J Occup Health. 2021 Jan;63(1):e12198.
16. 守田祐作, 石澤哲郎, 梶木繁之, 櫻木園子, 澤田有喜子, 種市摂子, 武藤 剛, 神田橋宏治. 新型コロナウイルス感染拡大に伴う緊急事態宣言中の産業保健活動. 産衛誌 2022; 64 (1) : 42-51.
17. 加未佐和子, 宮田佳代子, 土屋雅子, 日下祥子, 小板橋美帆, 諸井夏子, 清水 理恵子, 清水麻理子, 荒井麻理, 薮本 麻紗子, 松永直子, 前田亮子, 岩佐悟, 堀之内秀仁, 里見絵理子. がん専門病院における就労相談・支援内容の実態調査. 産衛誌 2021. 印刷中.
18. 簗原里奈, 小林祐一, 古屋佑子, 絹川千尋, 立石清一郎, 渡辺聖二, 森晃爾. 治療と仕事の両立支援の手続きの中で産業医から主治医に提供された情報および助言内容の質的研究. 産衛誌 2021; 63(1): 6-20.
19. 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.
20. 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)
21. 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.
22. 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.

23. 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.

24. 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.

25. 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.

26. 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。
27. 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。

28. 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>

29. 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.

30. 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.

31. 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.

32. 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.

33. 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.

34. 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.

2. 学会発表

1. 武藤剛, 遠藤源樹: UHC 国際展開に向けた、健康経営による国民皆保険制度の有効活用基盤構築の評価解析: Beyond next health policy —a prediction model for maximizing UHC utilization through healthy companies movement against NCDs in Japan. 第28回ファイザーヘルスリサーチフォーラム, 12/11-12(Web 開催), 2021.

2. 武藤剛:乳がん患者への「社会的処方箋」の国内外の動向 - 就労意見書作成支援ソフトによる、医師業務軽減と処方スキルの標準化 -. 第29回日本乳癌学会学術総会, 横浜, 7/1-3, 2021.

3. 大森由紀, 武藤剛, 早坂由美子, 左右田哲, 堀口兵剛, 堤明純:大学病院両立支援外来の開設 - がん・難病・循環器の多職種連携による取り組み(第2報). 第94回日本産業衛生学会, 松本(Web 開催), 5/18-21, 2021.

4. 武藤剛, 黒沢美智子, 小嶋俊久, 水谷祐子, 小嶋雅代:高齢の関節リウマチ患者の健康寿命延伸をめざした、社会参加の実態と認知機能低下/うつ傾向との関連分析. 第65回日本リウマチ学会総会・学術集会, 神戸(Web 開催), 4/26-28, 2021.

5. Inoue A, Tsutsumi A, Eguchi H, Kachi Y, Shimazu A, Miyaki K, Takahashi M, Kurioka S, Enta K, Kosugi Y, Totsuzaki T, Kawakami N. Workplace social capital and refraining from seeking medical care in Japanese employees: a one-year prospective cohort study. 16th International Congress of Behavioral Medicine, 2021 年 6 月, Glasgow, UK.
6. Inoue A, Eguchi H, Kachi Y, Tsutsumi A. Adaptation to management philosophy and refraining from seeking medical care in Japanese employees: a one-year prospective cohort study. 33rd International Congress on Occupational Health, 2022 年 2 月, Melbourne, Australia and Rome, Italy.
7. 山内貴史, 須賀万智, 柳澤裕之. 中小企業における治療と仕事の両立支援を促進し得る要因の探索. 第 94 回日本産業衛生学会, 長野, 2021. 5. 18-21.
8. 山内貴史, 須賀万智, 柳澤裕之. 中小企業における治療と仕事の両立支援の申出意図と協働的風土: 従業員規模別の分析. 第 80 回日本公衆衛生学会総会, 東京, 2021. 12. 21-23.
9. 江口尚. 治療と仕事の両立支援—中小零細企業における課題—. 第 19 回日本臨床腫瘍学会. シンポジウム 27. チームで取り組むがん患者の就労支援—切れ目のない支援を目指して—. 2022. 京都.
10. 梅田絵理子, 梶木繁之, 平岡晃, 加未佐和子, 木村登哉, 伊藤直人, 大崎陽平, 垣本啓介, 古屋佑子, 江口尚. 小規模事業場における治療と仕事の両立支援を支援するシステムの開発 (第 1 報) -配慮事項リストの作成-. 第 95 回日本産業衛生学会 (高知) 2022 年 5 月発表予定
11. 木村登哉, 梶木繁之, 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, 江口尚. 治療と仕事の両立支援システムの開発 (第 2 報) -配慮事項の優先順位に関する検討-. 第 95 回日本産業衛生学会 (高知) 2022 年 5 月発表予定
12. 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

13. 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

14. 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.

15. 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.

16. 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

17. 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

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 要
https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/r03-46-50_kekka-gaiyo01.pdf
2. 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
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—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.

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)
総合分担研究報告書

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

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

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

A. 研究目的

疾病の治療と就労を両立させるために、事業場における治療と仕事の両立支援（以下、両立支援）のためのガイドラインが策定され（厚生労働省 2016）、毎年内容が改訂されてきた（厚生労働省 2019）。また、両立支援の取組事例集の作成（立石 2019, 労働者健康安全機構 2018）、両立支援のための事業場内外の産業保健スタッフと医療機関の連携モデルとその活動評価指標の開発（堤 2019）、医療機関における両立支援の取組に関する研究（中村 2019）など、多くの研究によりガイドラインが示す両立支援の普及につながる具体的な成果が蓄積され

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

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

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

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

事例集について、現場に役立つものとするための意見収集のために実施する。

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

B. 研究方法

1. ヒアリング調査

1)対象者の選定方法（募集方法、選択基準・除外基準・中止基準等）

①募集方法

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

②選択基準

治療と仕事の両立支援の受益者となる患者、および支援者となる医療機関の主治医及び医療相談窓口の医療ソーシャルワーカー

一、産業医、社会保険労務士、両立支援促進員（産業保健総合支援センター）、両立支援コーディネーター（労災病院治療就労両立支援センター）、人事労務担当者（キャリアコンサルタント）等とした。

③除外基準・中止基準
特に設けなかった。

2)研究デザイン

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

3)研究の具体的方法

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

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

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

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

3. 難病患者の治療と仕事の両立支援に関する文献レビュー

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

（倫理面への配慮）

本研究については、本学の倫理委員会で承認済みである（R2-031）（2020年9月18日）。

C. 研究結果

1. ヒアリング調査

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

その結果以下の事例を収集した。

★事例1

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

★事例2

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

★事例3

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

★事例4

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

★事例5

- ・建設業 全体 210人 事業所 8人
- ・膀胱がんの手術後で、膀胱ストマを装着した例。
- ・安全帯着用が前提の職場だが、それ以外の業務で対応継続した。
- ・職場も受け入れは良好であった。

★事例 6

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

★事例 7

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

★事例 8

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

★事例 9

- ・製造業 従業員規模 10 名程度
- ・脳梗塞 50 代男性、3 か月間の入院後、後遺症として右片麻痺が残ったが、リハビリ（作業療法）で右上肢の機能はかなり改善したが、下肢の機能が不十分であったため、杖歩行にて復職した。杖歩行については、職場復帰時に、製造ラインの責任者が転倒を懸念したため、職場内では杖を使って歩行

することとなった。

- ・もともと製造で立ち仕事をしていたが、製造ラインの改造により、座って仕事ができるようにした。仕事内容は、右上肢には若干の麻痺が残るが、元の仕事ができる程度には改善していた。作業の生産性としては、休職前の 80%程度であった。
- ・社内の制度としては、特に整備はされていないが、上司とのやり取りの中で、半日有給を使ったり、出勤扱いにしたりしてもらいながら月に 2 回の通院をこなしていた。

★事例 10

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

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

150 件の申請書を確認した。今回の申請にあたって導入した制度として、

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

その他は、職場復帰支援プラン制度、半日単位の年次有給休暇、通院休暇制度・勤務日数削減制度、治療休暇・失効した年次休暇の積み立て、休職制度・半日単位の年次有給休暇、従業員の調子を細かくチェックする、失効年次有給（休暇積立）、スキルアップ研修・訓練参加への支援、であった。

就業規則の詳細については、別添資料 1 に示した。

3. 難病患者の治療と仕事の両立支援に関する文献レビュー

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

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

D. 考察

「インタビュー調査と事例収集」の目的は、本研究班の最終的な目標である成果物（合意形成のプロセスのモデルとそのプロセスの評価指標、合意形成のためのマニュアル、事例集）を作成するための基礎的な資料となる情報の収集であった。先行研究のレビューにより治療と仕事の両立支援に必要な要因を検討した。「うまくいった」事例を 10 例収集した。また、治療と仕事の両立支援に対する助成金の申請内容を確認することにより、両立支援に対する体制整備へ

の中小企業のニーズを把握した。

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

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

障害者職業センターにおける研究は、わが国の難病対策に基づくもので、難病それぞれの持つ多様性を包含した観察研究であった。一方で、海外の研究は、それぞれの疾患の症状に応じて研究の内容も大きく異なっていることがわかった。炎症性腸疾患であれば消化器症状、多彩な症状を呈する多発性硬化症については、日本と比べて桁違いに患者数が多いため就労に関する研究数も多く、特に認知機能障害にフォーカスした介入研究も行われていた。関節リウマチについては、特に生産性や機能障害に関す

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

該当せず。

I. 文献

なし

E. 結論

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

F. 健康危険情報

該当せず。

G. 研究発表

1. 論文発表

江口尚. 難病患者における治療と仕事の両立支援に関する研究の現状. 産業医学ジャーナル 2021 年 34 巻 1 号 p. 51-76

2. 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

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

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

別添資料 1 就業規則の具体的な内容

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

する医師の診断書の提出を命じた場合の費用については、会社が負担する

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

の申し出により下記の時間において短時間勤務適用する場合がある。1回の申し出につき、短時間勤務は6カ月までとする。4 短時間勤務をしようとする職員は短時間勤務に際し主治医からの症状、治療の状況、就業継続可否に関する意見、就業上必要な配慮等の助言等の資料を事務所へ提出を行う。事務所は資料に基づき対象職員、所長及び両立支援コーディネーターを交えた面談のうえ短時間勤務適用の可否を判断する。6. 短時間勤務中に体調の変化、治療状況の変化等があった場合は随時所長及び両立支援コーディネーターへ報告を行うものとする

- 治療と仕事の両立支援規定の作成 就労支援担当の設置
- 短時間制社員制度
- 時差出勤制度の対象者は、全従業員を対象とし、ガン等の反復・継続して治療が必要となる傷病を抱える従業員についても対象となる
- 治療と就労の両立支援に関する労働協約
- 法人は、がん、脳卒中、心疾患、糖尿病、肝炎などの反復・継続して治療を行う必要がある傷病を負った社員の治療と仕事の両立を支援するため、社員の申し出により、下記制度による勤務を選択することができる①時差出勤制度②短時間勤務制度③試し出勤制度
- 病気の療養・通院を要する従業員は、申し出により、第11条の所定労働時間について、必要に応じて短縮することができる。その際の具体的な所定労働時間、始業・終業時刻は個別に決定するものとする
- (治療と仕事の両立支援制度) 会社は、治療と仕事の両立を支援する制度として短時間勤務制度を設ける。2. 本条に定める短時間勤務制度は、自己の傷病のため反復・継続して治療を行う必要がある従業員であって、雇用保険の一般被保険者になっている者に適用する。3. 制度の利用を希望する場合は、主治医の意見書を添えて総務部に申し出ることとする 4. 主治医の意見書に関する費用が発生する場合は、会社がその全額を負担する 5. 短時間勤務の利用期間、短縮する勤務時間、短縮後の始業・終業時刻等については、両立支援コーディネーターを活用し両立支援プランを策定し決定する
- がん、脳卒中、心疾患、糖尿病、肝炎などの反復・継続して治療が必要となる傷病を負った社員は、会社に申し出ることにより、会社と申出者との協議により、勤務時間及び休憩時間並びに始業と就業の時刻を変更することができる 前項の短時間勤務制度の適用を受けた社員は、別途定める賃金規定に基づく労務提供のなかった時間分に相当する額を控除した基本給と諸手当の全額を支給する。また、賞与については、その算定対象期間に本制度の適用を受ける期間がある場合においては、短縮した時間に対応する賞与は支給しない
- 労働者が私的な負傷又は疾病（がん、脳卒中、心疾患、糖尿病）のため療養する必要があるその勤務しないことがやむを得ないと認められる場合、本人からの申し出があった場合は病気休暇（無給）を1日与える。
- 難治性疾患に罹患した従業員の短時間勤務
- 会社は、治療と仕事の支援制度として短時間勤務制度を設ける。但し、入社3年以上かつ満60歳以上の従業員を対象とする
- 在宅勤務規定に「本人から反復・継続して治療が必要となる疾病（がん、脳卒中、心疾患、糖尿病、肝炎、その他難病等）の治療と仕事の両立支援の申出があり、医師からの

在宅勤務での就労が可能と認められた者」との記載有

- 「がん等罹患社員就労支援規程」の作成 就労支援担当はキャリアコンサルタント
- 傷病（がん、脳卒中、心疾患、糖尿病、肝炎等）を負った従業員が反復・継続する治療が必要となった場合、本人からの傷病休暇、病気休暇取得の請求により、業務より優先した休暇を与えるものとする 傷病休暇、病気休暇の期間については無給とする
- 本制度は、持病や傷病などにより定期的または反復的に治療のための通院を必要とする従業員に対し、通院と就業の両立を推進するためのものである。
- 治療と仕事の両立支援に関する規程 両立支援コーディネーターは当該従業員の回復を第一に考え、予め当該従業員と協議の上、定めた確認方法、頻度で当該従業員の体調、治療の経過、見通しなど両立支援に必要な情報を確認するものとする
- フレックスタイム制度の対象者に「医師より定期的または反復的な通院が必要と証明された者」が追記された
- 労働者が私的な負傷又は疾病のため療養する必要がある、その勤務をしないことがやむを得ないと認められる場合に、病気休暇を3ヵ月与える
- 治療と就労の両立支援に関する規程（ひな型に準じたもの）を別途定めている
- 前条（年次有給休暇）で付与された年次有給休暇のうち2年の時効により消滅する有給急があった場合、時効に関わらず無期限で傷病休暇として保有することができる。ただし、上限は60日とし、利用できるのは、がん、脳卒中、心疾患、糖尿病、肝炎などの反復・継続して治療が必要となる傷病に限るものとする 3 会社は傷病の程度、治療の計画など、両立支援コーディネーターを通じて従業員に、診断書等必要な書類を求めることがある。この場合、従業員は会社の求めに応じて書類を提出しなければならない。 4 傷病休暇については、通常の賃金を支払う
- 第28条の定めにより付与された年次有給休暇のうち、付与後2年間を経過し時効により消滅する当該休暇について、40日を累計限度日数として積み立てすることができる。積み立て年次有給休暇の使用対象者は、次の各号のいずれかに該当する者とする。1 週間以上にわたる本人の疾病
- 労働者が私的な負傷又は疾病のため継続的に通院し療養する必要がある、その勤務をしないことがやむを得ないと認められる場合に、病気休暇を10日与える
- がん、脳卒中、心疾患、糖尿病、肝炎等の病状が発覚した場合は会社が認める範囲で、1年6ヵ月の間傷病休暇を与えるものとする。傷病休暇については無給とする 前項の理由で休暇をしていた者が、復帰する場合は会社が認める範囲で、週1~6勤務の範囲内で、短時間勤務、隔日出勤、隔週出勤ができるようにする。 前各号の職員に対しては会社並びに会社に置いた両立支援コーディネーターが綿密に話をし、各従業員の安定を図るようにするものとする
- 治療と就労の両立支援に関する規程（ひな型に準じたもの）を別途定めている
- 会社は、医師の診断書に基づき、傷病または病気のための療養を要する者について、傷病休暇または病気休暇を与える。ただし、この休暇については無給とする
- 本制度を適用できる期間は、原則として1年間とする。但し、医師が引き続き治療が必要と認める場合には、期間を延長できることとし、又、当該期間が終了した後再度治療が必要となった場合は、改めて適用の申請を行うことができる。但し最初の適用開始から通算5年間を限度とする

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

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

Field Study

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

Jiro Moriguchi¹  | Yuko Nyuhara² | Fumiko Ohashi¹ | Hisashi Eguchi³ | Akizumi Tsutsumi⁴ 

¹Occupational Health Research Center, Kyoto Industrial Health Association, Kyoto, Japan

²Kyoto Industrial Health Association (previous position), Kyoto, Japan

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

⁴Department 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 employees¹⁾. 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, Japan²⁾. 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 cancer³⁾.

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 resources⁴⁾. It has been reported that small-scale enterprises also have a limited budget for mental health activities⁵⁾. 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: jiro6612@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 enterprises⁶⁾. There has been a governmental report about support balancing treatment and the occupational life of employees in enterprises, focusing on enterprise size⁷⁾, but most scientific studies have not focused on small enterprises⁸⁾. If enterprises appoint an occupational physician (OP), this OP should play an important role in support activities⁹⁾. However, the Industrial Safety and Health (ISH) Law in Japan¹⁰⁾ 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 problems⁵⁾. 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 Law¹⁰⁾ 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	% ^a	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.

^a 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	(%) ^a
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

^a 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 guidelines²⁾ 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 test	Total (n = 74)	
	Small (n = 26)		Medium (n = 24)		Large (n = 24)				
	Cases	(%) ^a	Cases	(%) ^a	Cases	(%) ^a	<i>p</i> -value ^b	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

^a Percentage of yes answer by number of each size of organization.

^b 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

^a 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	(%) ^a	Cases	(%) ^a	p -value ^b
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.

^a Percentage of 75 OHS organizations.

^b 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 illness¹⁰.

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 Netherlands¹¹, 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 Limborg¹² 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 Japan¹³. 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 SSEs¹⁴. 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 enterprises¹⁰. 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 research¹⁵⁾. 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 2017¹⁵⁾. 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 guidelines²⁾, 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. 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. 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. 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_Committee.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. 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>

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

研究分担者 佐々木治一郎 北里大学医学部臨床腫瘍学・教授

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

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

A. 研究目的

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

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

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

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

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

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

B. 研究方法

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

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

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

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

統計手法は、各調査項目についての記述統計を算出した。

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

(倫理面への配慮)

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

C. 研究結果

146名から回答を得た(回答率10.0%)。

(1) 主治医としての患者の就業に関する意識について

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

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

(2) 所属している医療機関の体制について

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

(3) 患者の勤務先との患者の就労に関する連携について

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

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

(4) 属性について

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

D. 考察

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

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

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

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

E. 結論

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

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

F. 健康危険情報

該当せず。

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

該当せず。

I. 文献

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

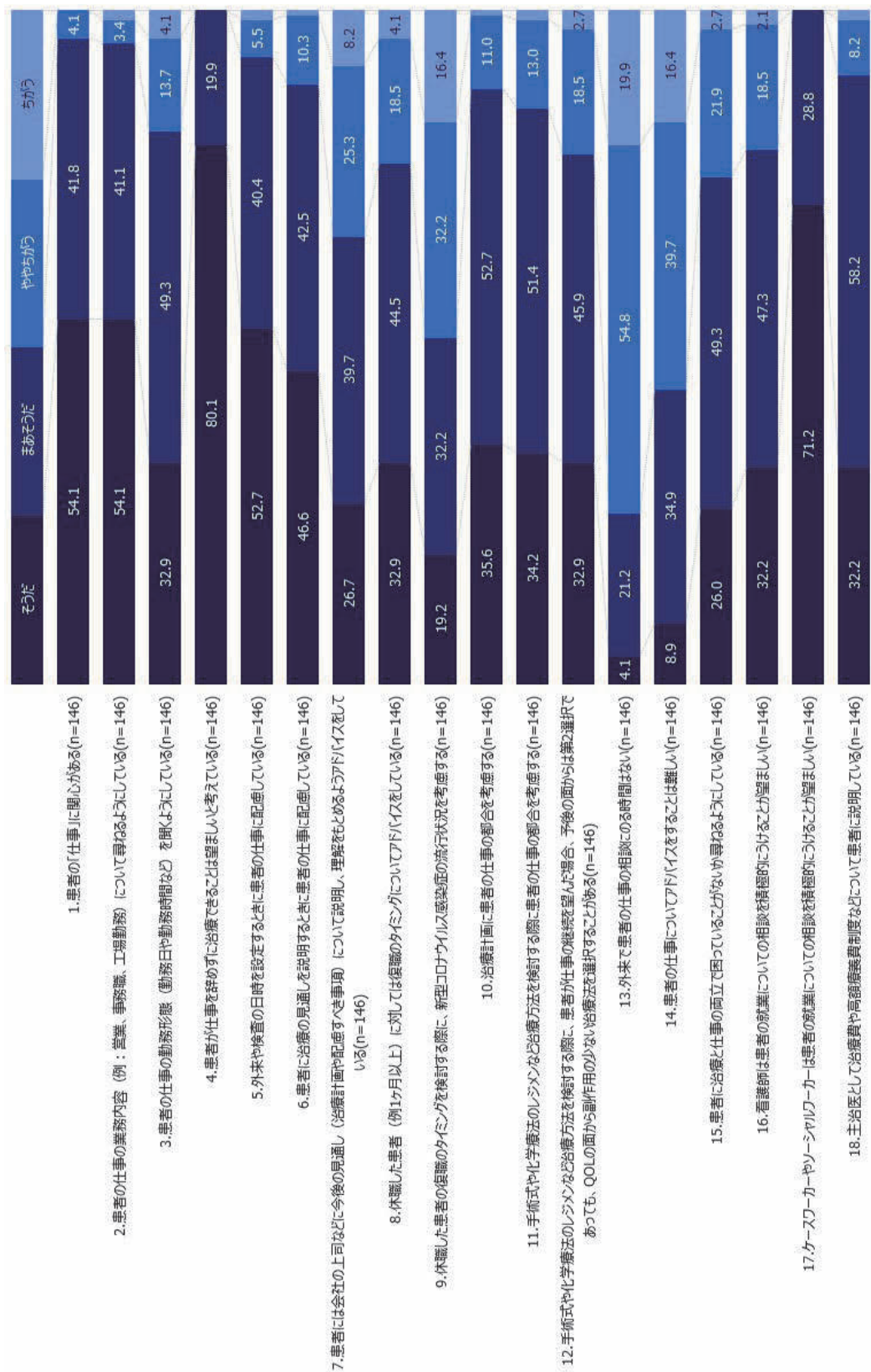


図 1 主治医としての患者の就業に関する意識について

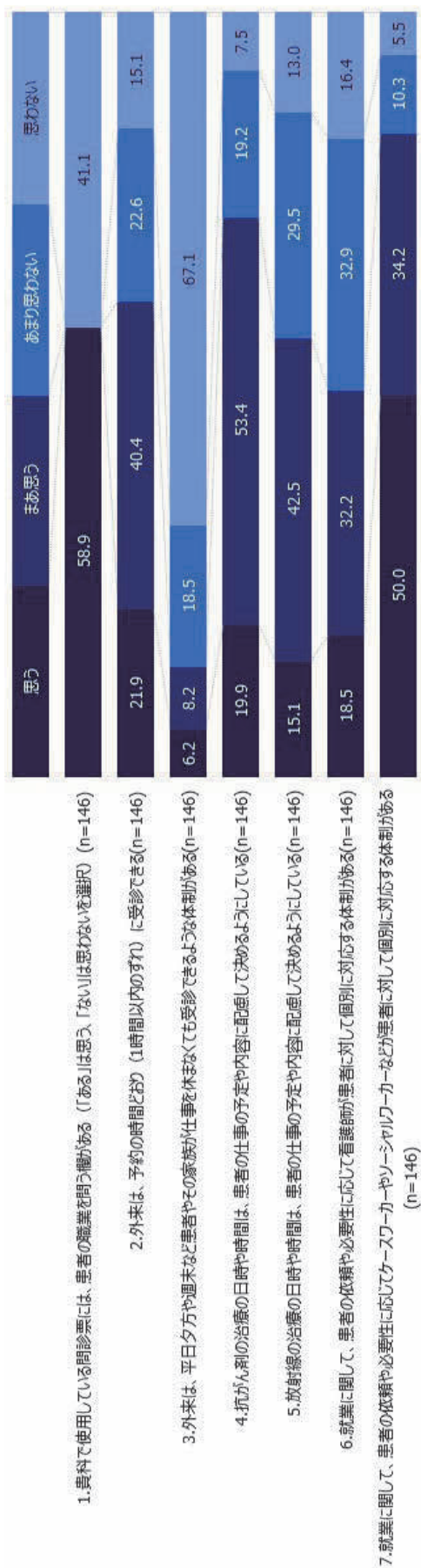


図 2 所属している医療機関（複数ある場合には最も勤務日の多い医療機関）の体制について

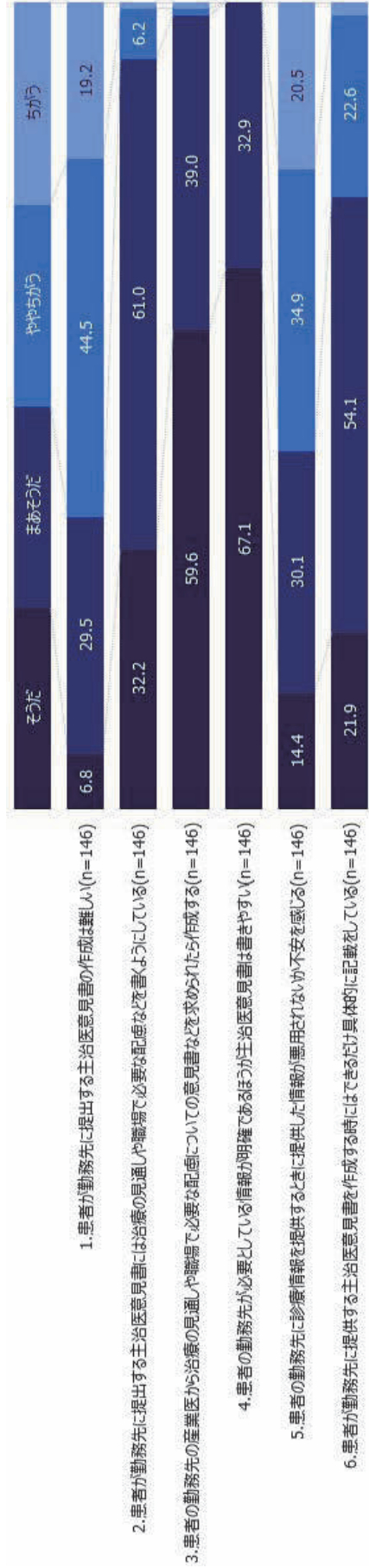
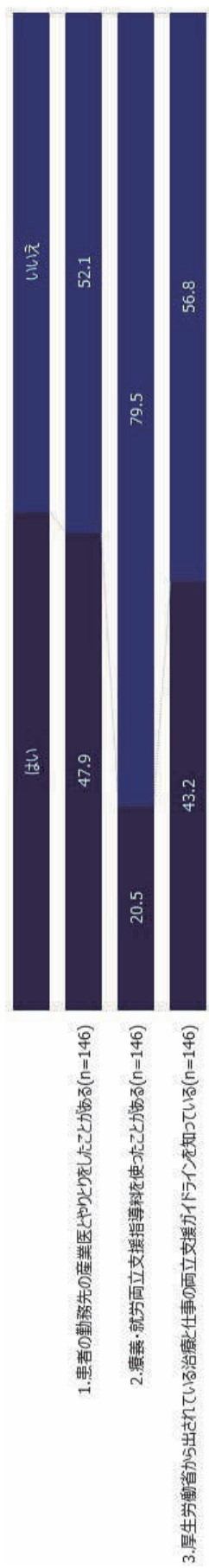
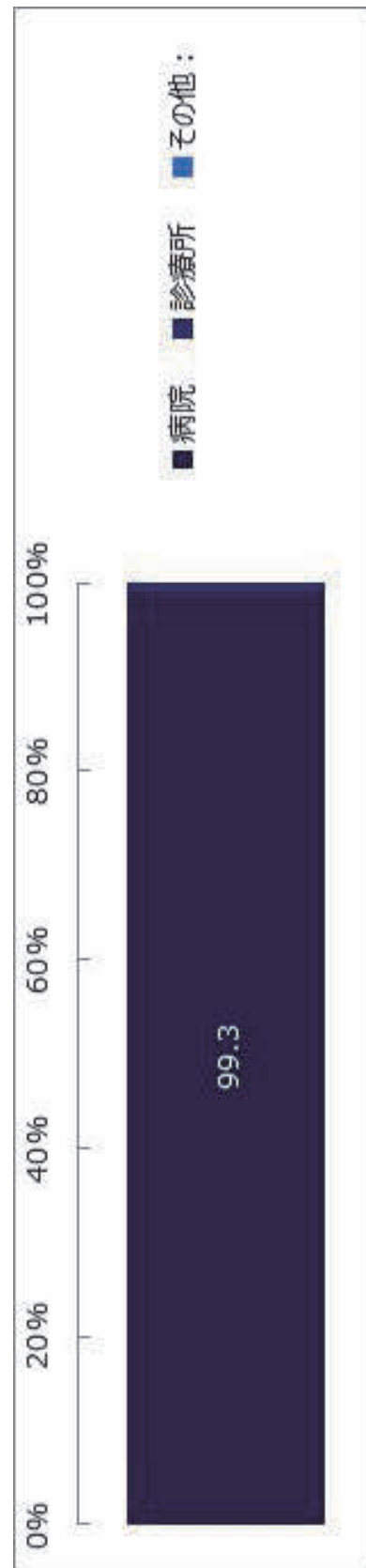
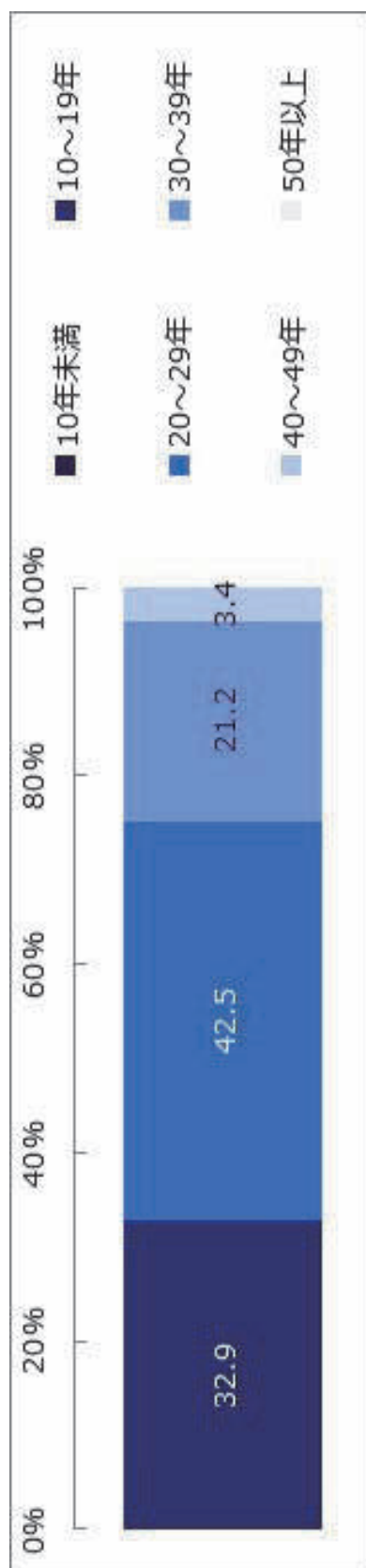
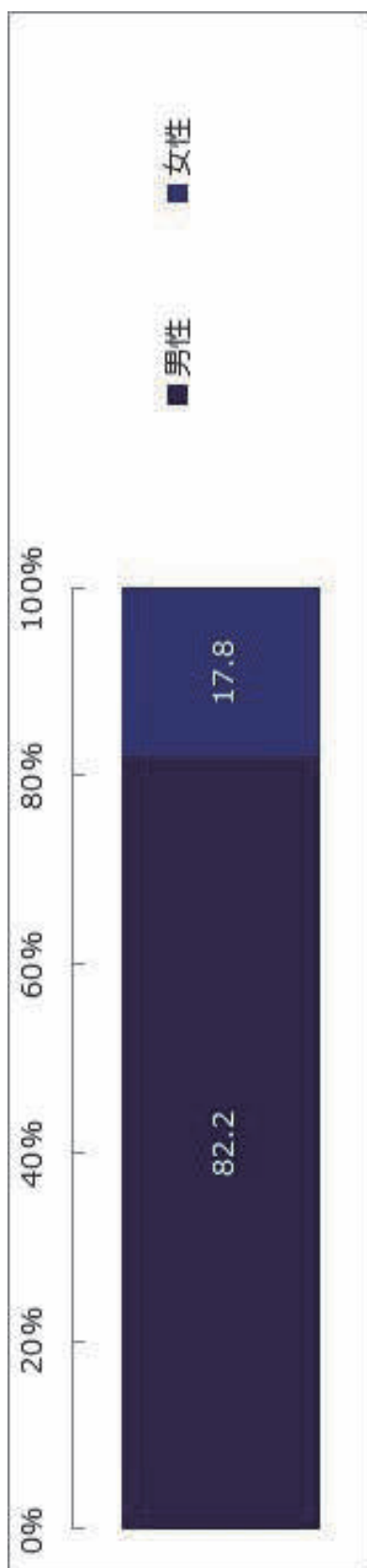
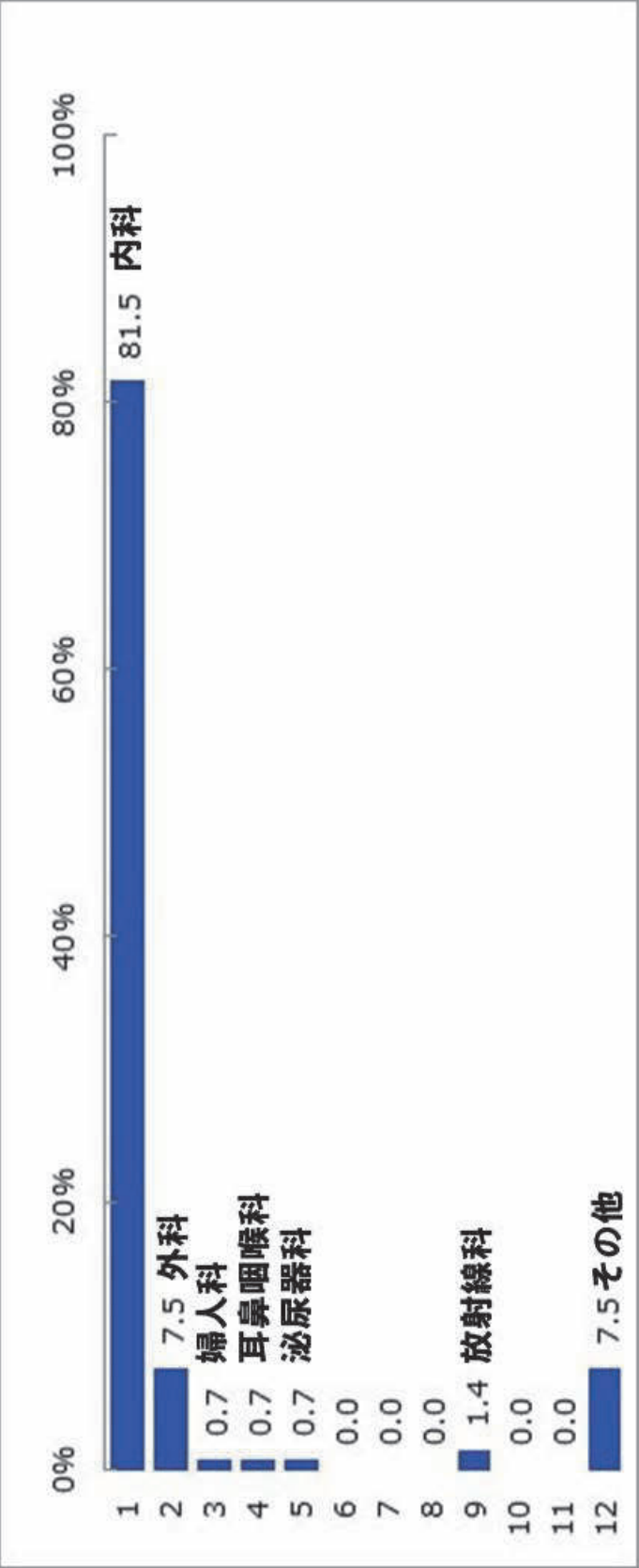
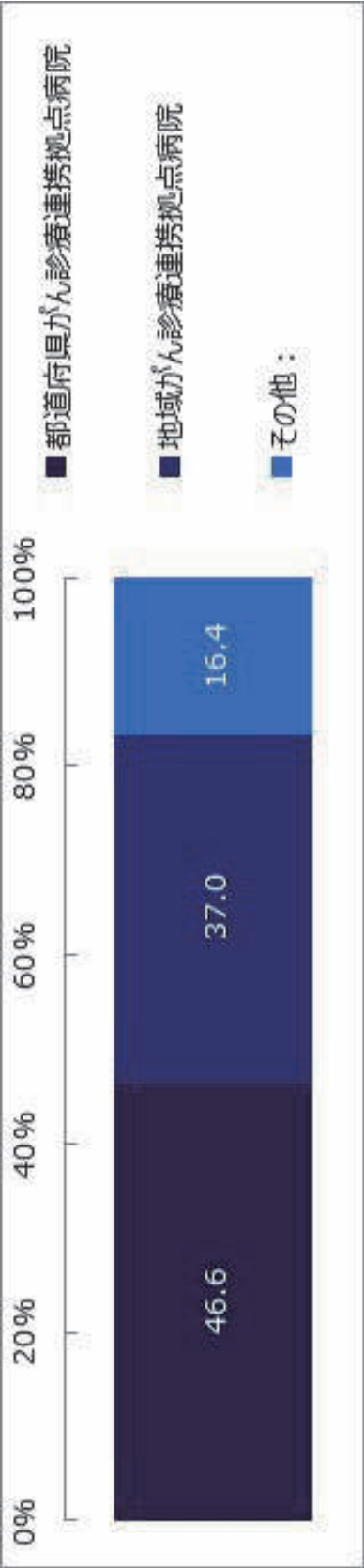
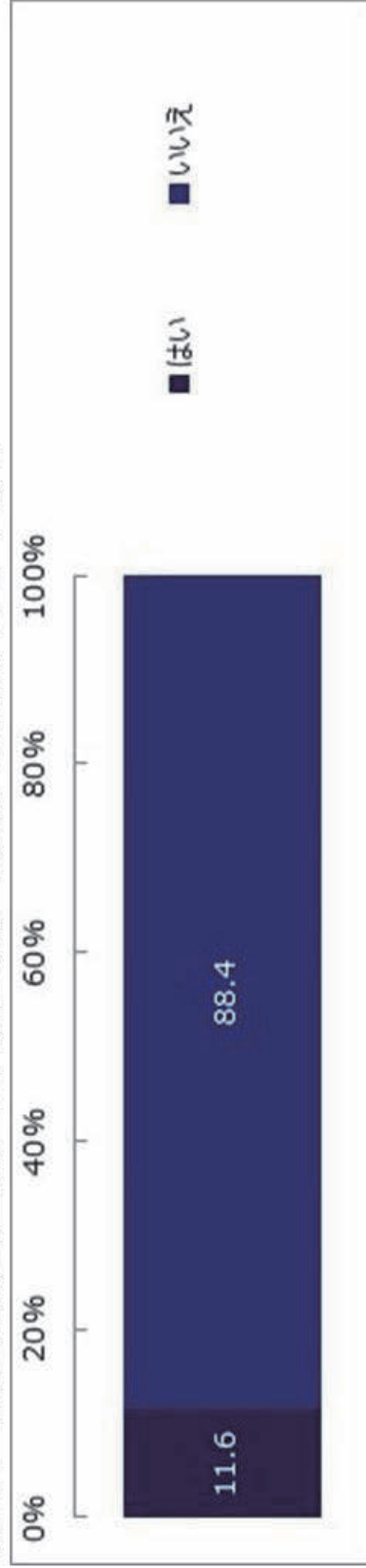


図 3 患者の勤務先との患者の就労に関する連携について





日本医師会認定産業医等の産業医資格をお持ちですか。



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

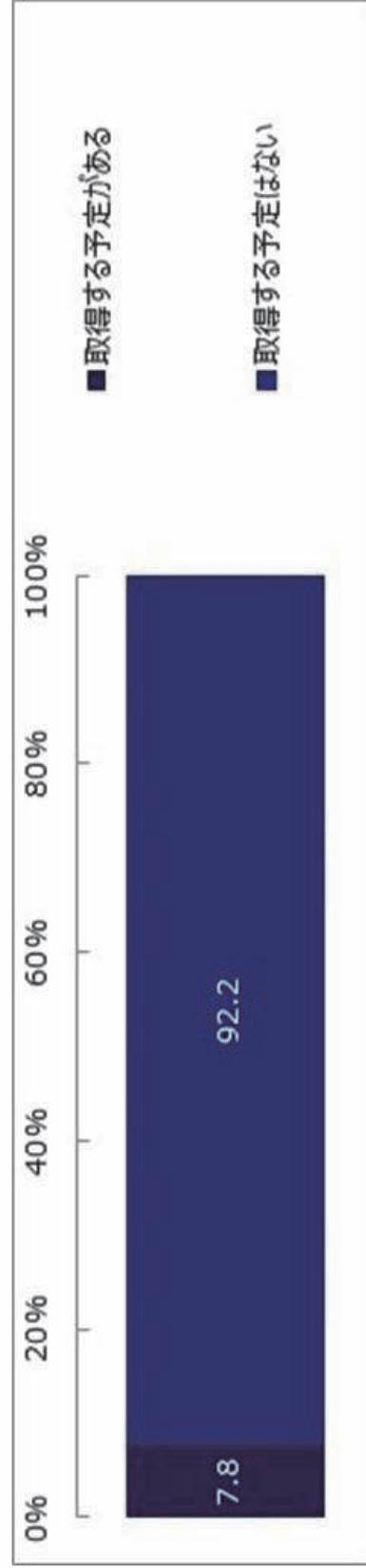


図 4 属性について

がん薬物療法専門医・指導医各位

配信用のメールに掲載
する文章です。

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

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

拝啓

時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

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

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

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

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

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

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

なお、本調査は、産業医科大学倫理委員会の承認を得て、厚生労働省労災疾

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

ご参加をいただきますよう、よろしくお願い申し上げます。

敬具

アンケート調査に関する問い合わせ先

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

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

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

本調査への参加に同意頂ける場合は、以下の□にチェックしてください。

- ☐ 本研究への参加に同意します
- ☐ 本研究への参加に同意しません

I. 主治医としての患者の就業に関する意識について

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

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

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

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

Ⅲ. 患者の勤務先との患者の就労に関する連携について

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

Ⅳ. 自由記入

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

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

V. 最後に、先生ご自身についてお伺い致します

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

2. 性別をお答え下さい。

☐₁ 男性

☐₂ 女性

3. 医師として何年目ですか。

☐₁ 10 年未満

☐₂ 10～19 年

☐₃ 20～29 年

☐₄ 30～39 年

☐₅ 40～49 年

☐₆ 50 年以上

4. 主に勤務している医療機関の種類をお答えください。

(複数の場合は勤務日の多い医療機関)

☐₁ 病院

☐₂ 診療所

☐₃ その他 ()

4-a. 主に勤務している医療機関の設置分類をお答えください。

☐ 都道府県がん診療連携拠点病院 ☐ 地域がん診療連携拠点病院

☐ その他 ()

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

☐₁ 内科

☐₂ 外科

☐₃ 婦人科

☐₄ 耳鼻咽喉科

☐₅ 泌尿器科

☐₆ 整形外科

☐₇ 皮膚科

☐₈ 脳神経外科

☐₉ 放射線科

☐₁₀ 眼科

☐₁₁ 小児科

☐₁₂ その他 ()

6. がん薬物療法専門医の認定を受けた年月を教えてください。

年 月

7. 日本医師会認定産業医等の産業医資格をお持ちですか？

☐ はい

☐ いいえ (→☐取得する予定がある☐取得する予定はな

い)

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

[Short Report]

Factors Related to Oncologists' Use of the Disease Treatment and Employment Support Guidance Fee

Hisashi EGUCHI^{1*}, Jiichiro SASAKI², Akiomi INOUE³ and Seiichiro TATEISHI⁴

¹ Department of Mental Health, Institute of Industrial Ecological Sciences, University of Occupational and Environmental Health, Japan. Yahatanishi-ku, Kitakyushu 807-8555, Japan

² Research and Development Center for New Medical Frontiers, Kitasato University School of Medicine. Minami-ku, Sagami-hara 252-0374, Japan

³ Institutional Research Center, University of Occupational and Environmental Health, Japan. Yahatanishi-ku, Kitakyushu 807-8555, Japan

⁴ Department of Occupational Medicine, Hospital of the University of the Occupational and Environmental Health, Japan. Yahatanishi-ku, Kitakyushu 805-8556, Japan

Abstract : The purpose of this study is to examine the factors related to oncologists' use of the disease treatment and employment support guidance fee in Japan. A cross-sectional online survey was conducted in January 2021 among all the diplomates of the subspecialty board of medical oncology in the Japanese Society of Medical Oncology (n = 1,452), using the official mailing list. Logistic regression analysis was used to investigate the association between demographic and other factors and use of the disease treatment and employment support guidance fee. In total, 146 individuals participated in the study (response rate 10.0%). Experience of using the fee was associated with medical specialty and knowledge of the Guideline for Workplace Patient Coordination and Disease Treatment. It may be possible to increase the use of the disease treatment and employment support guidance fee among oncologists by raising awareness of the Guideline for Workplace Patient Coordination and Disease Treatment.

Keywords : cancer, employee support, treatment, Japan, oncologist.

(Received May 27, 2021, accepted June 24, 2021)

Introduction

Several Western countries have adopted policies to improve employment opportunities for people with chronic illnesses [1]. The Japanese government has been promoting work-style reforms in recent years. The reforms include the first legal limit on overtime hours, rules to improve the working conditions of non-regular employees, the establishment of the principle of “equal pay for equal work”, and the introduction of

a new system that allows some company employees to be paid based on their performance rather than on the hours they work in the workplace. Improved employment support for people with chronic illnesses is also part of the package of reforms [2].

The Japanese Ministry of Health, Labour and Welfare launched the Guideline for Workplace Patient Coordination and Disease Treatment (Guideline) in 2016 [3]. This Guideline aimed to ensure that employees with chronic illnesses would not have their conditions

*Corresponding Author: Hisashi EGUCHI, MD, MBA, PhD, Department of Mental Health, Institute of Industrial Ecological Sciences, University of Occupational and Environmental Health, Japan. 1-1 Iseigaoka, Yahatanishi-ku, Kitakyushu 807-8555, Japan, Tel: +81-93-691-7475, Fax: +81-93-692-5419, E-mail: eguchi@med.uoeh-u.ac.jp

aggravated by their work. The Guideline mentions that workers need to take the first step in the process of managing their treatment and work. They should, for example, “report to the workplace (e.g., manager, human resource department, occupational physician) about the diseases” and “ask the workplace for support to balance disease treatment and work (to continue working while treating an illness)”. The Guideline also recommends that they should ask their attending physician to support their request to combine treatment and work.

The government introduced a disease treatment and employment support guidance fee in the National Health Insurance system in 2018 to encourage attending physicians to communicate with employers about people with cancer. The fee initially covered only people with cancer, but has now been extended to cover other chronic conditions [4]. The purpose of this study is to examine the factors related to the use of the disease treatment and employment support guidance fee among oncologists.

Materials and Methods

Participants and survey method

A link to a cross-sectional online survey was sent to all diplomates of the subspecialty board of medical oncology in the Japanese Society of Medical Oncology ($n=1,452$) in January 2021, using the official mailing list. The questionnaire included questions about knowledge, awareness, and behavior related to supporting patient employment, and the presence of relevant support measures in the medical institutions with which they were affiliated. Each question was answered using a four-point Likert-type scale with responses of “strongly agree”, “agree”, “disagree”, and “strongly disagree”.

Outcome measures (use of the disease treatment and employment support guidance fee)

Use of the disease treatment and employment support guidance fee was determined by participants' responses to the following question: “Have you ever used the disease treatment and employment support guidance fee?” Responses were measured on a two-point scale: 0=no; and 1=yes.

Covariates

The questionnaire included demographic questions about sex, years of experience as an oncologist, the size and scale of the medical institutions in which the physician worked (prefectural cancer treatment cooperation base hospital, regional cancer treatment cooperation base hospital, non-base hospital, and clinic), information about the occupation of the patients in the medical questionnaire used at the initial examination, specialties (internal medicine, and others), and being qualified as a certified occupational physician. We evaluated the attitude of the participants' medical institutions with regard to balancing treatment and work among patients by the following question: “Is there a system that allows patients and their families to see a doctor without having to take time off from work, such as appointments on weekday evenings and on weekends?” We evaluated the attending doctors' feelings about potential misuse of medical information provided to employers by the question: “Do you feel uneasy about potential misuse of medical information provided to a patient's employer?” Responses were initially measured on a four-point scale (1=strongly agree; 2=agree; 3=disagree; 4=strongly disagree) and then dichotomized to 0=no (disagree and strongly disagree) and 1=yes (agree and strongly agree) to ensure sufficient answers for analysis. We evaluated knowledge about the Guideline for Workplace Patient Coordination and Disease Treatment by the question: “Are you aware of the Guideline for Workplace Patient Coordination and Disease Treatment?” Responses were measured on a two-point scale: 0=no; and 1=yes.

Ethical approval

The aims of the study and the protocol were approved in 2020 by the University of Occupational and Environmental Health Medical Ethics Organization (R2-035). All study procedures were consistent with the ethical standards of the responsible committees on human experimentation (institutional and national) and with the Helsinki Declaration of 1975, as revised in 2000. Informed consent to participate in this study was obtained from all of the participants, who were informed in advance that their participation was strictly voluntary and that all information provided would remain confidential. Those who consented to participate

were able to access a designated website to verify their personal information, and then they could complete the survey online. Participants had the option of not responding to any part of the questionnaire and could discontinue participation at any point.

Statistical analysis

We used chi-square analyses with logistic regression to calculate crude and adjusted odds ratios (ORs) and 95% confidence intervals (CIs) for the associations between the factors and the outcome of interest (use of the disease treatment and employment support guidance fee). Crude ORs were calculated individually for all variables. Adjusted ORs were adjusted for sex, years of experience as a doctor, hospital type, specialty, being a qualified and certified occupational physician, knowing about the Guideline for Workplace Patient Coordination and Disease Treatment, feeling uneasy about potential misuse of medical information provided by the attending doctor to the employer, and having a system that allows patients and their families to see a doctor without having to take time off from work. The medical questionnaire used during the initial examination also included information about the patients' occupation.

Results

In total, 146 individuals participated in the study (response rate 10.0%). Their background characteristics are shown in Table 1. Of these, 20.5% reported that they had used the treatment and employment support guidance fee. Slightly less than half of the participants (42.9%) reported that they knew about the Guideline for Workplace Patient Coordination and Disease Treatment.

Table 2 shows the results of the multiple logistic regression analyses of the associations between the factors and the use of the disease treatment and employment support guidance fee. The main associated factors were specialty and knowledge of the Guideline for Workplace Patient Coordination and Disease Treatment (odds ratio; 11.77, 95% confidence interval; 3.71–37.33).

Discussion

In total, 146 oncologists participated in the study, of whom 20.5% reported that they had used the dis-

ease treatment and employment support guidance fee. Slightly less than half the participants (42.9%) reported that they knew about the Guideline for Workplace Patient Coordination and Disease Treatment. Use of the fee was associated with being an oncologist and having knowledge of the Guideline for Workplace Patient Coordination and Disease Treatment.

A previous study conducted in Italy found that the expansion and application of operational guidelines and standardized procedures of communication would improve collaboration between occupational physicians and general practitioners [5]. The Japanese Guideline, therefore, might play an important role in standardizing communications between attending and occupational physicians in Japan. This, in turn, might lower the barriers to using the disease treatment and employment support guidance fee. It may be helpful to raise awareness of the Guideline among oncologists to increase the use of the disease treatment and employment support guidance fee.

Oncologists with a specialism in internal medicine were less likely to have used the disease treatment and employment support guidance fee. Previous studies have found that sick leave for recovering from an operation is more likely to be organized by surgeons than by internal medicine physicians [6]. The timing of the return to work is an opportunity for the attending physician to provide an opinion. A previous study showed that a return-to-work meeting with the employer and advice from doctors about a patient's work are both factors positively associated with the ability of cancer survivors to return to work [7]. Surgeons might therefore have more chances to provide their opinion as attending physicians than physicians specializing in internal medicine.

The response rate in this study was lower than in previous studies [6, 8]. This may have been affected by the specialty of the participants. In previous studies, for example, all [6] or more than half [8] of the participants were surgeons. Oncologists who are specialists in internal medicine may be less interested in their patients' ability to coordinate work and treatment.

This study had some limitations. First, it was cross-sectional, and therefore no causal associations could be determined. It is possible that knowing about the Guideline promoted the use of the disease treatment

Table 1. Characteristics of participants (n = 146)

	Experience of the treatment and employment support guidance fee				<i>P</i> ^a
	Yes (n=30)		No (n=116)		
	n	(%)	n	(%)	
Sex					
Male	27	(22.5)	93	(77.5)	0.210
Female	3	(11.5)	23	(88.5)	
Years of experience as a doctor					
19 or fewer	9	(18.8)	39	(81.3)	0.921
20–29	13	(21.0)	49	(79.0)	
30 or more	8	(22.2)	28	(77.8)	
Hospital type					
Prefectural cancer cooperation base hospital	44	(64.7)	24	(35.3)	0.827
Regional cancer treatment cooperation base hospital	32	(59.3)	22	(40.7)	
Others	15	(62.5)	9	(37.5)	
Speciality					
Internal medicine	67	(56.3)	52	(43.7)	0.002
Others	24	(88.9)	3	(11.1)	
Being a qualified certified occupational physician					
Yes	5	(29.4)	12	(70.6)	0.336
No	25	(19.4)	104	(80.6)	
Knowledge of the Guideline for Workplace Patient Coordination and Disease Treatment					
Yes	47	(74.6)	16	(25.4)	0.008
No	44	(53.0)	39	(47.0)	
Feeling uneasy about misuse of medical information					
Yes	42	(64.6)	23	(35.4)	0.610
No	49	(60.5)	32	(39.5)	
Having a system to allow patients and family members to see a doctor without having to take time off from work					
Yes	70	(65.4)	38	(34.6)	0.202
No	21	(53.8)	18	(46.2)	
Information about the patient's occupation was included in the medical questionnaire used for the initial examination					
Yes	51	(59.3)	35	(40.7)	0.366
No	40	(66.7)	20	(33.3)	

a: Chi-square test

and employment support guidance fee. Second, some respondents may have provided socially desirable responses. Response bias may therefore have suggested circumstances better than the actual conditions reflected in the results. Third, the low response rate may have caused selection bias. The result should therefore be generalized with caution.

Conclusion

To increase use of the disease treatment and employment support guidance fee, it may be helpful to raise awareness among oncologists of the Guideline for Workplace Patient Coordination and Disease Treatment.

Table 2. Logistic regression analysis of the factors related to experience of using the treatment and employment support guidance fee (n = 146)

	Crude		Adjusted	
	OR ^c	(95%CI ^b)	OR ^d	(95%CI ^b)
Sex				
Male	ref		ref	
Female	0.45	(0.13–1.61)	0.27	(0.06–1.30)
Years of experience as a doctor				
19 or fewer	ref		ref	
20–29	1.15	(0.45–2.97)	0.97	(0.31–3.09)
30 or more	1.24	(0.43–3.61)	0.43	(0.11–1.69)
Hospital type				
Prefectural cancer cooperation base hospital	ref		ref	
Regional cancer treatment cooperation base hospital	0.60	(0.24–1.48)	0.74	(0.26–2.12)
Others	0.60	(0.18–2.00)	0.86	(0.19–3.96)
Speciality				
Others	ref		ref	
Internal medicine	0.54	(0.21–1.39)	0.26	(0.07–0.90)
Being a qualified certified occupational physician				
No	ref		ref	
Yes	1.73	(0.56–5.37)	0.55	(0.13–2.28)
Knowledge of the Guideline for Workplace Patient Coordination and Disease Treatment				
No	ref		ref	
Yes	10.26	(3.64–28.91)	11.77	(3.71–37.33)
Feeling uneasy about misuse of medical information				
No	ref		ref	
Yes	0.79	(0.35–1.79)	0.69	(0.31–2.16)
Having a system to allow patients and family members to see a doctor without having to take time off from work				
No	ref		ref	
Yes	2.22	(0.81–6.11)	1.46	(0.42–5.13)
Information about the patient's occupation was included in the medical questionnaire used for the initial examination				
No	ref		ref	
Yes	2.23	(0.92–5.43)	2.36	(0.84–6.67)

b: CI: confidence interval, OR: odds ratio, c: Each factor was entered into the univariable model separately, d: All factors were entered into the multivariable model simultaneously.

Acknowledgments

This work was supported by Ministry of Health, Labour and Welfare (Industrial Disease Clinical Research Grants: Grant Numbers 200201-01). We thank Melissa Leffler, MBA, from Edanz (<https://www.jp.edanz.com/ac>) for editing a draft of this manuscript.

Conflicts of Interest

The authors declare no conflict of interest.

Funding

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

References

1. Haafkens J, Moerman C, Schuring M & van Dijk F (2006): Searching bibliographic databases for literature on chronic disease and work participation. *Occup Med (Lond)* 56(1):39–45
2. Ministry of Health, Labour and Welfare (2017): Annual Health, Labour and Welfare Report 2017. <https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/17/index.html> (accessed May 27, 2021) (in Japanese).
3. Ministry of Health, Labour and Welfare (2016): The Guideline for Workplace Patient Coordination and Disease Treatment. <https://www.mhlw.go.jp/content/11200000/000760961.pdf> (accessed May 27, 2021) (in Japanese).
4. Ministry of Health, Labour and Welfare (2020): The treatment and employment support guidance fee. https://chiryoutoshigoto.mhlw.go.jp/formedical/#section_3 (accessed May 27, 2021) (in Japanese).
5. Persechino B, Fontana L, Buresti G *et al* (2017): Collaboration of occupational physicians with national health system and general practitioners in Italy. *Ind Health* 55(2): 180–191
6. Akahane K, Tsunoda N, Murata T *et al* (2014): An awareness survey of surgeons involved in breast cancer treatment regarding their patients returning to work. *Nagoya J Med Sci* 76(3–4): 315–322
7. Pryce J, Munir F & Haslam C (2007): Cancer survivorship and work: symptoms, supervisor response, co-worker disclosure and work adjustment. *J Occup Rehabil* 17(1): 83–92
8. Wada K, Ohtsu M, Aizawa Y, Tanaka H, Tagaya N & Takahashi M (2012): Awareness and behavior of oncologists and support measures in medical institutions related to ongoing employment of cancer patients in Japan. *Jpn J Clin Oncol* 42(4): 295–301

J UOEH 43(4): 427 – 432 (2021)

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)
総合分担研究報告書

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

神奈川産業保健総合支援センターでは、平成 28 年 10 月より治療と職業生活の両立支援をセンターの事業として始めた。神奈川県下の 4 大学病院と連携する神奈川モデルを確立し、その運用を進めるとともに、両立支援窓口の拡充とともに、地域との連携による事業も開始した。両立支援モデルの拡充を図るため、神奈川県下全てのがん診療連携拠点病院/指定病院および神奈川リハビリテーション病院と協定を結び、相談窓口を開設し、必要に応じ社労士を派遣する個別調整支援を行った（33 医療機関）。

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。

現在わが国では、労働人口の約 3 分の 1 に相当する約 2,076 万人が、疾病を抱えながら就業している。中には当該疾病の治療と就業に両立に関する種々の問題を抱えている者が少なくない。

病気と就労の両立支援を進めることは、労働者や事業主にとって重要課題であると共に、国の働き方改革やがん対策策基本計画を推進する上でも効果のある対策が望まれる。

そこで本研究では、病気の治療を受けながら働く人の支援（治療と仕事の両立支援）について、産業保健総合支援センターの立場から、望ましい支援のあり方を検討することを目的とする。

B. 研究方法

当センターは、独立行政法人労働者健康安全機構に所属し、その方針で重点目標として治療と仕事の両立支援事業があげられる。1. 当センターの両立支援事業として ①産業保健関係者に対する専門的研修、事業場向け啓発セミナー、②事業場への個別訪問支援、③労働者と事業場の個別調整支援、④労働者・事業場か

らの相談対応があげられる。これらの4つの事業を進めるとともに以下の取り組みを行った。

1. 両立支援活動の普及、拡大のため神奈川県内4大学病院（北里大学、東海大学、横浜市立大学及び聖マリアンナ医科大学）と連携した「神奈川モデル」を構築し、ワンストップで支援を繋ぐサービスを進める（図1）。

2. 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が重要であり、そのために随時相談窓口の設置と社会保険労務士の随時派遣による相談体制確立のための協定を締結する。

3. 治療と仕事の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. 両立支援の認知、推進のためのセミナー開催

5. 医療機関、行政機関、関係団体等への治療と仕事の「両立支援カード」の作成・配布

C. 研究結果

1. 産業保健総合支援センターでの相談件数

3年間の相談件数は、令和2年161件、令和3年244件、令和4年220件の計762件であった。出張相談窓口、関東・横浜労災病院をあわせて154件であった。

2. 事業所への個別訪問支援

事業所への個別訪問支援は、令和2年92

件、令和3年17件（新型コロナのため激減）、令和4年度28件の計137件であった。令和2年度までは行政主催の集合型研修の場を多く活用していたが、令和3年度からは横浜健康経営認証との連携により実施する多指症が増加した。

個別調整支援は令和2年度のみ5回実施した。

3. 両立支援随時相談窓口開設状況

がん患者の両立支援をサポートする目的で、がん診療連携拠点病院を中心に協定を締結し、必要に応じて社会保険労務士を随時派遣する体制を整えた。3年間で神奈川県下の全がん診療連携病院/指定病院（33医療機関）との間で、出張相談窓口にかかる協定締結が完了した。さらに、神奈川リハビリテーション病院との間でも必要に応じて社会保険労務士を派遣する協定を結んだ。

4. 治療と仕事の両立支援に関するセミナー開催状況

令和2年度は14回、令和3年度は1回、令和4年度は2回の計17回セミナーを開催した。その他、認定産業医研修において治療と仕事の両立支援をテーマとした研修を年2回ずつ6回実施した。

5. 治療と仕事の両立支援コーディネーターのための事例検討会

令和3年度に、医療機関の両立支援コーディネーター基礎研修修了者を対象に、事例検討会を1回開催した。

6. 神奈川両立支援モデル（4大学）担当者連絡会議

神奈川県内の4大学病院の両立支援担当者との間で、情報交換のための事例検討会を行った。各年度2回ずつ合計6回開催した。

7. 神奈川産業保健総合支援センター独自の取組

両立支援カードを医療機関、行政機関、関係団体等に配布した。3年間で合計33,350枚配布した。

治療を受けながら仕事を続けるには、フレキシブルな働き方が必要であり、場合によっては会社の就業規則を変更する必要がある。これから両立支援を行おうとする会社の手助けとなるように、両立支援のための就業規則規定例集を作成した(図3)。これは当センターのホームページよりダウンロード可能である。

D. 考察

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

厚生労働省は、平成28年2月に事業場における仕事の両立支援のためのガイド

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

がん診療連携拠点病院との連携を図るモデルとして、神奈川県下の4大学病院との関係を始めた(神奈川両立支援モデル)。この連携を通して当センターに相談のあった事例が少しずつ増えてきた。さらにこの4大学モデルを参考に、連携する病院を増やす努力をしてきた。初めはいくつかの病院との個別の連携を図ってきたが、その後神奈川県と協議し、がん診療連携拠点病院に、当方から社労士を両立支援促進員として派遣する方試みを始めた。今年度県下の33の全がん診療連携拠点病院/指定病院と社労士派遣の協定を結ぶこととなった。両立支援の啓発に繋がるものと期待している。

横浜市とは健康経営認証制度に当センターが協力することとなり、その関係で当センターへの相談件数も少しずつ増えてきた。

このように、4大学モデルから始まり、神奈川県、横浜市などの行政機関との連携を進んでいる。

相談者の内訳では、圧倒的に労働者本人からの相談が多く、会社側からの相談が少ない。両立支援を進めるためには、労働者、会社双方の理解が必要である。そのため、いろいろな機会を通して事業主に対する啓発活動を進めている。

E. 研究発表

なし

F. 知的財産権の出願・登録状況

なし

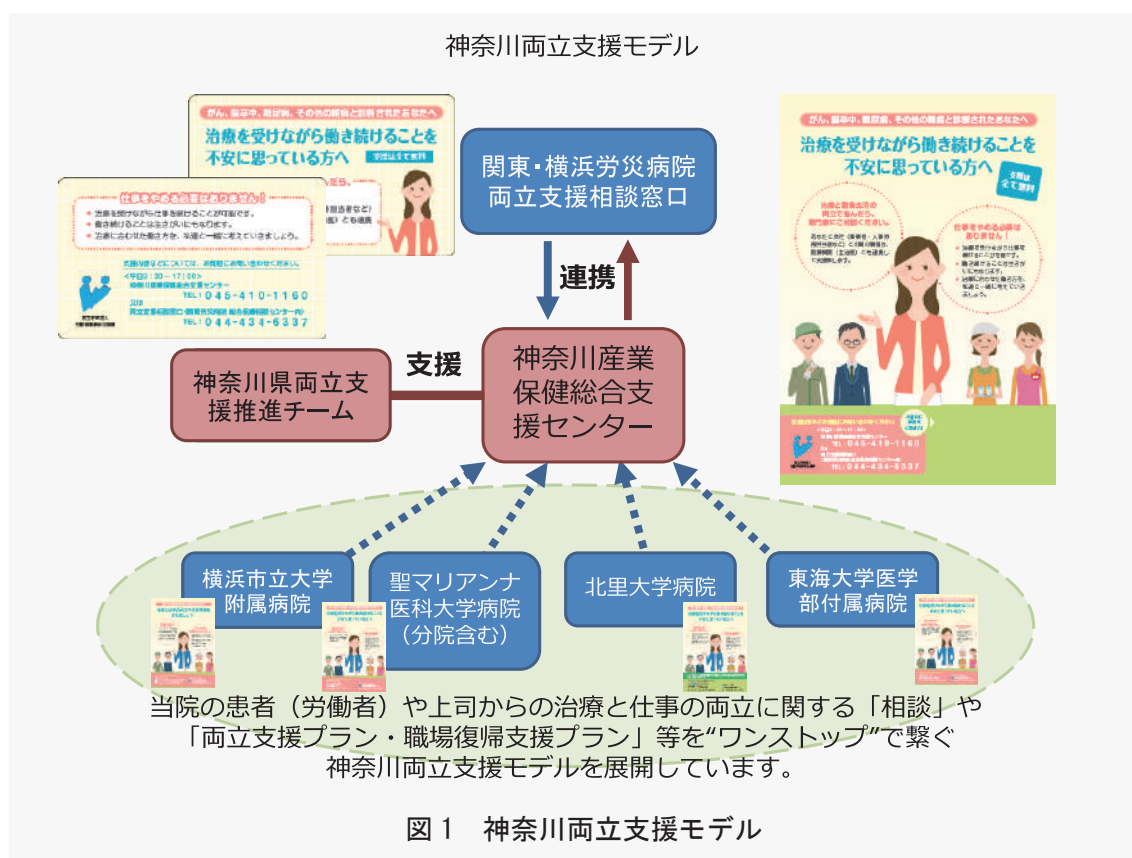


図 2 両立支援カード

治療と仕事の両立のための 就業規則 規程例集

2019 年 8 月

時間単位の年次有給休暇制度から病気休暇、失効年次有給休暇付与制度、時差出勤制度、フレックスタイム制度、テレワーク制度、短時間勤務／短時間正社員制度、試し出勤・リハビリ出勤制度、ジョブ・リターン制度まで、『治療と仕事の両立支援』のために望ましい就業規則等の規程例を掲載しました。



独立行政法人 労働者健康安全機構

神奈川県産業保健総合支援センター

図 3 就業規則 規定例集

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)
総合分担研究報告書

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
両立支援に関わる要因の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】2020 年度研究では、中小企業の労働者において治療のため通常勤務が難しいことの申出意図と職場風土の関連を検討した。2021 年度研究では、中小企業の労働者を対象とし、協働的風土と、情報提供前・後の両立支援の申出意図の変化との関連を分析した。2022 年度研究では、中小企業の経営者向けに、両立支援の促進を見据えた職場の協働的風土醸成の重要性を伝える広報資材を開発した。

【方法】2020 年度研究および 2021 年度研究では、調査会社が保有するアンケートパネルを用い、中小企業の労働者（それぞれ 3,286 人および 3,117 人）を対象としたオンライン質問票調査を実施した。職場風土としての「協働的風土」および両立支援の申出意図を主たる調査項目とした。2022 年度研究では、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、中小企業の経営者 1,050 人にオンライン質問票調査を実施した。

【結果】2020 年度研究では、両立支援の概要を認知してもなお申出に積極的でない者も全体の 25%ほど見られた。多変量解析の結果、産業保健スタッフや柔軟な勤務・休暇制度の有無などの要因とは独立して、協働的風土や被援助への肯定的態度が強い場合に両立支援の積極的申出意図が強いという関連が確認された。2021 年度研究では、両立支援の申出意図のうち「情報提供前・後ともに申し出ない」を参照カテゴリとした 2 項ロジスティック回帰分析において、産業保健スタッフや柔軟な勤務・休暇制度の有無などの要因とは独立して、協働的風土が強く職場内での支援の先例がある場合には両立支援の申出意図の報告が多かった。とりわけ、情報提供「前」に両立支援を「申し出ない」と回答した者のうち、従業員数が 50 人～299 人の事業場に勤務し、協働的風土が良好で社内に支援の先行事例がある者では、情報提供「後」に支援を「申し出る」への回答の変化が有意に多かった。2022 年度研究では、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、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。

【結論】中小企業の労働者において、産業保健スタッフや勤務・休暇制度の有無などの要因とは独立して、職場の協働的風土が両立支援の申出意図を高める可能性が示された。また、協働的風土が良好で社内に支援の先行事例がある者では、情報提供「後」に支援を「申し出る」への回答の変化が有意に多かったことから、協働的風土や支援事例の有無などの職場環境要因が、両立支援に関する情報提供の有用性や両立支援の申出意図を高める可能性が示唆された。さらには、中小企業の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

厚生労働省による「治療と仕事の両立支援（以下、「両立支援」とする）」の概要をまとめたリーフレット（附録 1）にも明記されているように、両立支援は労働者側からの支援の申出という援助希求行動を端緒とする制度である。われわれは両立支援に関する一連の研究において、(1) 労働者における両立支援の概念・制度の認知度が低いとともに、事業場側でも就業制限を要する労働者が利用できる多様な勤務・休暇制度の整備が遅れていること、(2) 従業員数 300 人未満の中小企業、特に産業医や衛生管理者の選任義務がない 50 人未満の企業では両立支援の認知度が低く、体制整備も進んでいないことを明らかにしてきた。

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

以上を踏まえ、本研究は以下の 3 点を目的とした。

【2020 年度研究】中小企業の労働者において、治療のため通常勤務が難しいことの申出意図（以下、「両立支援の申出意図」）と職場風土の関連を検討する。

【2021 年度研究】中小企業の労働者を対象とし、協働的風土と、情報提供前・後の両立支援の申出意図の変化との関連を分析する。

【2022 年度研究】中小企業経営者向けに、両立支援の促進を見据えた職場の協働的風土醸成の重要性を伝える広報資材を開発する。

B. 研究方法

【2020 年度研究】

2020 年 10 月下旬～11 月上旬に株式会社クロス・マーケティングが保有するアンケートパネルを用いたオンライン質問票調査を実施した。適合者は、(1) 20～64 歳、(2) 正社員、(3) 日本標準産業分類に基づく勤務先の業種（大分類）が「農業・林業・漁業」「鉱業・採石業・砂利採取業」「公務」「分類不能」以外、(4) 勤務先の従業員数が 300 人未満、(5) 病気による就業制限を受けた経験なし、の全てを満たす者とした。3,286 人（女性 950 人、男性 2,336 人）を最終分析対象者とした。

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

両立支援の申出意図については、まずウェブ画面上にて治療と仕事の両立支援のリーフレットを提示し（附録 1）、以下の教

示文を付して回答者に概要を把握させた。

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

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

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

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

このほか、被援助に対する態度、事業場の従業員数、産業保健スタッフ（産業医、看護師・保健師、衛生管理者・推進者）の有無、経営トップの健康関連指針の有無、勤務先の経営状況、柔軟な勤務・休暇制度（半日または時間単位の年次有給休暇、短時間勤務、裁量労働制、フレックスタイム制、時差出勤制、および在宅勤務・テレワーク制度）の有無、相談窓口の有無、相談相手の有無、ならびに基本属性（性別、年齢、配偶関係、世帯所得）を尋ねた。

【2021 年度研究】

2020 年 10 月上旬に楽天インサイト株式会社保有するアンケートパネルを用いたオンライン質問票調査を実施した。適合者は、(1) 20～64 歳、(2) 正社員、(3) 日本標準産業分類(大分類)に基づく勤務先の業種が「農業・林業・漁業」「鉱業・採石業・

砂利採取業」「公務」「分類不能」以外、(4) 勤務先の従業員数が 300 人未満、(5) 病気による就業制限の経験なし、(6) 厚生労働省の両立支援について「知らない」または「聞いたことがない」、を満たす者とした。3,117 人（女性 1,030 人、男性 2,087 人）を最終分析対象者とした。

調査項目として、職場風土については、田村らによる「協働的風土の認知尺度」の項目文を、2020 年度研究と同様に一部改変して用いた。

両立支援の申出意図については、情報提供「前」条件として、まず以下の教示文を提示し、回答者ががんや脳卒中などに罹患し、主治医からこれまで通りの勤務は難しいと指摘された場面を想定させた。

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

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

一方、情報提供「後」条件としては、ウェブ画面上にて厚生労働省の「両立支援」のリーフレットを提示し（附録1）、以下の教示文を付して回答者に概要を把握させた。

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

次いで、情報提供「前」条件と同じ教示文・選択肢を提示し、研究参加者が主治医から病気により通常勤務は難しいと指摘された場面を想定させたうえで、勤務先への申出意図を回答させた。

【2022 年度研究】

中小企業経営者向けの職場の協働的風土醸成の重要性を伝える広報資材を開発するため、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。インタビューは2日間に分けて、1時間ずつ実施した。

1) 両立支援推進のための課題（2022 年 5 月 23 日）

参加者：江口、梶木、高山、武藤、森永
主たる討論テーマ：中小企業経営者の両立支援に対する考え方、両立支援推進の阻害要因、有効な情報提供法など

2) 組織風土構築のための課題（2022 年 6 月 1 日）

参加者：江口、梶木、北居、高山、武藤
主たる討論テーマ：中小企業で組織風土を改善するメリット、経営者に求められる態度、経営者が利用可能な配信媒体

グループインタビュー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。各項目に対応するキャッチフレーズ6種類を作成し、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制作した。

リーフレット6種類について、中小企業の経営者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①（②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②（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）

※リーフレット①②の詳細については2022年度分担研究報告書を参照のこと。

（倫理面での配慮）

本研究は東京慈恵会医科大学倫理委員会の承認を受けて実施された(32-273(10355)、33-212(10829)、34-263(11415))。

C. 研究結果

【2020 年度研究】

両立支援についてのリーフレット（付録1）を提示され、概要を認知してもなお申出に積極的でない者も全体の25%ほど見られたものの、約75%の者は両立支援について積極的に申し出ると回答した。また、多変量解析の結果、産業保健スタッフや柔軟な勤務・休暇制度の有無などの要因とは独立して、協働的風土や被援助への肯定的態度が強い場合に両立支援の積極的申出意図が強いという関連が確認された。ただし、従業員数50人未満の層では被援助への肯定的態度と両立支援の申出意図との関連は有意でなく、協働的風土の強さのみが両立支援の申出意図と有意に関連していた。

【2021 年度研究】

リーフレットを用いた情報提供前・後で両立支援の申出意図を報告した者の割合に顕著な変化は確認されず、約8割の者が「情報提供前・後ともに申し出る」との回答であった。また、両立支援の申出意図のうち「情報提供前・後ともに申し出ない」を参照カテゴリとした2項ロジスティック回帰分析において、産業保健スタッフや柔軟な勤務・休暇制度の有無などの要因とは独立して、協働的風土が強く職場内での支援の先例がある場合には両立支援の申出意図の報告が多かった。とりわけ、情報提供「前」に両立支援を「申し出ない」と回答した者のうち、従業員数が50人～299人の事業場に勤務し、協働的風土が良好で社内に支援の先行事例がある者では、情報提供「後」に支援を「申し出る」への回答の変化が有意に多かった。

【2022 年度研究】

グループインタビュー「両立支援推進の

ための課題」の結果から、7つのテーマ（経営者の過去の経験、人間観、労働者観、経営観、事業所の状況、外的要因、組織風土）が抽出された。グループインタビュー「組織風土構築のための課題」については、ソーシャルマーケティングの4Pに基づく分析に基づき、4つのテーマ（Product：対象者が獲得すべき健康行動（あるいは停止すべき不健康行動）、Price：対象者が、望まれる行動変容を起こす際に直面するバリア要因、Place：対象者が、健康づくり情報やサービスを利用する場所、日頃から良く集まる場所、Promotion：対象者に対して健康づくり情報を効果的に伝達・普及することが可能な経路）について12のサブテーマを抽出した。

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。

D. 考察

【2020年度研究】

研究参加者の約25%は両立支援についてのリーフレット提示後であっても両立支援を「積極的には申し出ない」と回答した。中小企業の労働者が両立支援について認知してもなお支援の申出に消極的である背景には相談窓口や産業保健スタッフの不在などの要因が考えられるが、本研究で着目した職場の協働的風土も考慮すべきである。治療で通常勤務が難しい状況になっても居づらくならない、迷惑ではなくお互い様と言いつけるような職場風土であると労働者本

人に認知されていないことが、両立支援の申出をためらわせる一要因となっている可能性が考えられる。逆に、困難な状況にある同僚を支援しようという風土、悩みを安心して相談でき適切な助言や配慮を受けられるような協働的風土を醸成することで、支援の申出の閾値を下げ得る可能性が考えられる。本研究の結果は、両立支援の制度について認知してもなお支援の申出に積極的でない労働者に対しては、例えば集団分析や職場環境改善プログラムによる協働的風土の改善によって両立支援の申出を促進し得る可能性があることを示唆するものと考えられる。

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

【2021年度研究】

両立支援のリーフレット（附録1）で概要を認知してもなお支援の申出に積極的でない者も全体の15%ほど見られたものの、約85%の者は両立支援について積極的に申し出ると回答し、結果として約8割が「情報提供前・後ともに申し出る」との回答であった。本研究では厚生労働省の両立支援につ

いて「知らない」または「聞いたことがない」者を調査対象とした。その結果、中小企業の労働者で、かつ両立支援の制度について把握していなくとも、8割以上が治療のため通常勤務が難しいことを勤務先に申し出る意図を有していた。さらには、リーフレットによる情報提供後も、申出意図を報告する者の割合はほぼ同水準であった。したがって、両立支援の認知度を向上させることだけで労働者の申出意図を高めることは困難であることが示唆される。

一方、協働的風土が強く職場内での支援の先例があると報告した者では両立支援の申出意図の報告が有意に多かった。とりわけ、情報提供「前」に両立支援を「申し出ない」と回答した者のうち、協働的風土が良好で社内に支援の先行事例がある者では、情報提供「後」に支援を「申し出る」への回答の変化が有意に多かった。対象者全体では少数であるものの、両立支援に関する情報を把握したことで支援の申出意図が変化した労働者が少なからず存在することが示唆される。協働的風土が良好であったり、社内に支援の先行事例があるような職場に勤務している労働者には、制度の認知度向上が申出への障壁を下げ得る可能性がある。情報提供のみでなく、制度が周知された際にそれを活用できるような職場側の要因、すなわち協働的風土に代表されるような環境要因が労働者の両立支援の申出意図により強く影響すると考えられる。両立支援の認知度向上は引き続き進めつつも、制度が周知された際の労働者の支援の申出が促進されるような職場環境改善などを併行して推進していくことが、中小企業の労働者における両立支援の申出意図を高める可能性が示唆される。

逆に、制度は認知しつつも積極的に支援を申し出ないと回答した労働者の背景のひとつとして、相談窓口や産業保健スタッフの有無などの要因とともに、協働的風土が醸成されていないことが考えられる。本研究の結果は、協働的風土や支援事例の有無などの職場環境要因が、両立支援に関する

情報提供の有用性を高める可能性があることを示唆するものと考えられる。

【2022 年度研究】

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。（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。

E. 結論

中小企業に勤務する労働者において、産業保健スタッフや柔軟な勤務・休暇制度の有無などの要因とは独立して、職場の協働的風土が両立支援の申出意図を高める可能性が示された。また、協働的風土が良好で社内に支援の先行事例がある者では、情報提

供「後」に支援を「申し出る」への回答の変化が有意に多かったことから、協働的風土や支援事例の有無などの職場環境要因が、両立支援に関する情報提供の有用性や両立支援の申出意図を高める可能性が示唆された。さらには、中小企業の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。

(参考文献)

- 1) 田村修一，水野治久，石隈利紀．教職志望者の被援助志向性を規定する要因－教育実習場面に焦点をあてて－．カウンセリング研究 2012;45:29-39.

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．産衛誌．2022;64:69-80.
- 2) 山内貴史，島崎崇史，柳澤裕之，須賀万智．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．産衛誌．印刷中.

2. 学会発表

- 1) 山内貴史，須賀万智，柳澤裕之．中小企業における治療と仕事の両立支援を促進し得る要因の探索．第94回日本産業衛生学会，長野，2021.5.18-21.
- 2) 山内貴史，須賀万智，柳澤裕之．中小企業における治療と仕事の両立支援の申出意図と協働的風土：従業員規模別の

分析．第80回日本公衆衛生学会総会，東京，2021.12.21-23.

- 3) 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．第95回日本産業衛生学会，高知，2022.5.25-28.
- 4) 山内貴史，島崎崇史，須賀万智，柳澤裕之．治療と仕事の両立支援の情報提供が支援の申出意図に奏功しない中小企業労働者の特徴．第33回日本疫学会学術総会，浜松，2023.2.1-3.

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

働きながら受けられる治療方法って
ないのかな……

仕事は続けたいけれど、会社に
どう切り出せばいいのだろう……

病気のことを会社に知らせる
のもためらいが……

どうしよう？ 仕事…

©弘兼憲史／講談社

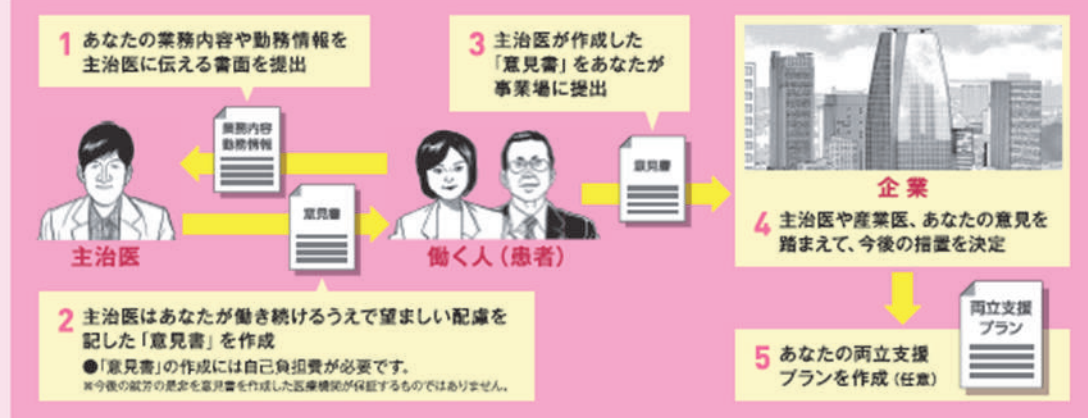


ご存じですか？ 治療と仕事の両立支援

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

働き続けたいあなたを、医療機関と医療ソーシャルワーカーがサポート。

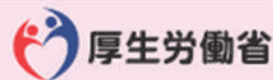
診断を受けた後の人生にも輝きを。あなただけの治療計画、私たちが一緒に考えます。



詳しくは

「治療と仕事の両立支援ポータルサイト」まで。

「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」をご活用ください。



治療 両立

検索

附録 1. 両立支援の情報提供に用いた資料（出典：厚生労働省）

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)
総合分担研究報告書

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。以上より、両立支援を真に医療に根付かせるためには「両立支援外来の設置」が必須であり、設置した医療機関へのインセンティブを設けることが、今後の両立支援活動の普及に重要であることを提言したい。今後は、患者・家族・医療従事者のみならず、事業者に対して継

続的に広報周知をすすめて連携体制を構築し、両立支援推進の環境整備を推進していききたい。

A. 本取組の背景・目的

治療と仕事の両立支援とは、病気を抱えながらも、働く意欲・能力のある労働者が、仕事を理由として治療機会を逃すことなく、また、治療の必要性を理由として仕事の継続を妨げられることなく、適切な治療を受けながら生き生きと働き続けられる社会を目指す取り組みである。本邦においては、治療と仕事の両立支援は働き方改革の一貫として、2016年2月に厚生労働省が示した「事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン」を基に、各医療機関において本格的に着手された。このガイドラインでは、がん・脳卒中・心疾患・糖尿病・肝炎・難病など、反復・継続して治療が必要となる疾病を対象に、労働者が治療を続けながら働くことができる職場環境づくりを支援（無料）することを目指している。特に就労「がん」患者に対しては、働き方をサポートするため第7次医療計画において、「仕事と治療の両立支援や就職支援、がん経験の就労継続支援の取組をがん患者に提供できるように周知すること」とされ、2018年度からはがん疾患を対象に療養・就労両立支援指導料として新規に保険適応・算定されるようになり、社会実装された。さらに2020年度からは、算定対象が拡大し新たに脳卒中、肝疾患、指定難病が、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。

B. 当院における両立支援開始の経緯

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

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

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

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

C. 当院の両立支援のこれまでの現状

2017年度（平成29年度）、両立支援コーディネーター研修を受けた認定者2名

（がん担当 1 名、非がん担当 1 名）をはじめに養成した。さらに、2020 年度からは新たに 3 名、2021 年度からは新たに 2 名の認定者を加え、計 7 名の両立支援コーディネーター認定者を養成し活動している（2022 年 12 月末時点）。

2018 年 1 月からは、神奈川産業保健総合支援センターを中心とした当院を含む神奈川県内 4 か所の医系大学病院（北里大学病院、聖マリアンナ医科大学病院、東海大学医学部付属病院、横浜市立大学附属病院）や労災系病院（関東労災病院、横浜労災病院）の各医療機関における患者（労働者）や上司からの「相談」、「個別訪問支援」及び「個別調整支援」の具体的な事例や各医療機関での両立支援促進方法を情報共有する「神奈川両立支援モデル」と称した両立支援活動に参加した。本モデル活動では、年 2 回の両立支援担当者会議に出席し、積極的に事例紹介・現状や課題を共有し、神奈川県全体の両立支援促進に努めている。2022 年 12 月 6 日の担当者会議では、神奈川産業保健総合支援センター主催のオンライン会議で当院からは療養・就労両立支援指導料算定まで至った好事例や 2022 年度に新たに「両立支援外来」を構築した横浜市西部病院（分院）の取組を他大学病院や労災病院に紹介し、神奈川県全体に情報共有した。

さらに 2018 年度、本モデル事業の一環として、医療機関オリジナルの「両立支援カード」「両立支援ポスター・ボード」

（図 1）を作成し、院内広報周知活動を実施した。当院では、両立支援に関するポスターの院内掲示のみならず、教育棟（医学部学生向け）や医学部棟（職員向け）にも

ポスター・ボードを設置し、若手医師や医学生を対象とした広報周知活動を行い、継続的に広報周知活動に努めている。

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

2018 年 11 月 5 日には、両立支援を患者に効果的に周知するため、「治療と仕事の両立支援チラシ（図 2）」を入院時の案内冊子に入れるようにし、入院患者全員への周知を試みた。その結果、当院における就労に関する相談件数は軽度増加し、特に、がん以外の疾病別の内訳では難病で明らかに増加したことから、両立支援チラシの挿入効果はあったと考えられた。この結果をうけ、当院では両立支援案内のチラシ（白黒複写）を入院患者全てに継続的に配布している。

さらに、両立支援の啓蒙活動として、2018 年度から、当院両立支援コーディネーターが成人がん患者・家族を対象とした院内勉強会や、両立支援専門家を招いて職員向けの院内勉強会を開催し、患者家族のみならず、院内職員に対する啓蒙活動を積極的に行った。また、2019 年度は神奈川産業保健総合支援センター主催の神奈川県の中小企業の事業主・担当者向けの両立支援セミナーで最新のがん治療について講演協力し、両立支援活動を活性化させた。しかしながら、2020 年度～2022 年度は新型

コロナウイルス感染症の影響で、講演会活動は実施できていない現状がある。

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

当学は、2018年度から医学部3年生を対象として「治療と職業生活の両立支援」の内容で医学生講義を開始した。コロナ渦である2020年度、2021年度もWebClassを介したオンライン講義を実施し、2022年度は同講義を対面とオンラインでのハイブリッド講義を継続した。

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

D. 当院のこれまでの取り組みの課題

このように当院では2018年1月から、

- ①両立支援ポスター・ボードの掲示
- ②両立支援カードの配布
- ③患者・職員・事業主向け勉強会の実施
- ④両立支援チラシの配布

等を行い、当院における両立支援（就労）に関する相談件数は、2018年度51件（月4.3件）から2019年度57件（月4.8件）と軽度の増加傾向を認めたが、療養・就労

両立支援指導料算定件数は、2018年度2件（算定割合3.9%）、2019年度1件（算定割合1.8%）（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3）（図4）。

E. 当院の両立支援への新たな展開

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

具体的には、両立支援外来を毎週水曜日（午後2時から）に本院から開設し、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5）。

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

興味深いことに、両立支援専門外来開設後、当院における両立支援（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3）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4）、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・トウス病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4）。

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5）。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7）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。

F. 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）。今後は症例をさらに蓄積した上で、どのような対象患者が両立支援につながるか等についてさらに明らかにしていきたい。

G. まとめ

治療と就労の両立支援に対する当院の新たな展開である「両立支援外来」の設置とその効果、ならびに両立支援好事例創出（個別症例については、令和4年度分担研究報告書を別途参照されたい）についての取組を総括報告した。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) 両立支援ポスターとカード

カードポケット付きポスター (A3サイズ)

がん、脳卒中、糖尿病、その他の難病と診断されたあなたへ

治療を受けながら働き続けることを不安に思っている方へ

治療と職業生活の両立で悩んだら、専門家に相談ください。

あなたと会社（事業者・人事労務担当者など）との間の調整は、医療機関（主治医）とも連携して支援致します。

仕事をやめる必要はありません！

- 治療を受けながら仕事を続けることが可能です。
- 働き続けることは生きがいにあります。
- 治療にあわせて働き方を、私達と一緒に考えていきましょう。



TEL: 044-977-8111
TEL: 045-410-1160

両立支援カード (名刺サイズ 55×91 mm)

がん、脳卒中、糖尿病、その他の難病と診断されたあなたへ

治療を受けながら働き続けることを不安に思っている方へ (表)

治療と職業生活の両立で悩んだら、専門家に相談ください。

あなたと会社（事業者・人事労務担当者など）との間の調整は、医療機関（主治医）とも連携して支援致します。



仕事をやめる必要はありません！

- 治療を受けながら仕事を続けることが可能です。
- 働き続けることは生きがいにあります。
- 治療にあわせて働き方を、私達と一緒に考えていきましょう。

支援内容などについては、お気軽にお問い合わせください。

<平日8:30～17:00> (裏)

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
がん相談支援センター
TEL: 044-977-8111

又は、神奈川県産業保健総合支援センター
TEL: 045-410-1160

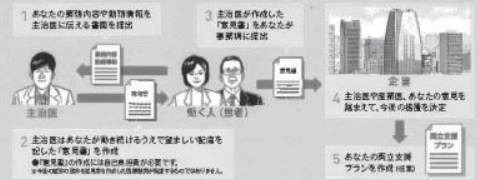
(図2) 両立支援チラシ (左図: 旧チラシ 右図: 新チラシ)

どうしよう? 仕事...

治療と仕事の両立支援

「治療と仕事の両立支援」とは、治療を受けながら、仕事を続けることです。主治医から両立可能な意見を得られ、あなたの気持ちや現実とすり合わせて相談してください。両立支援は、あなたが会社へ申し出ることはありません。

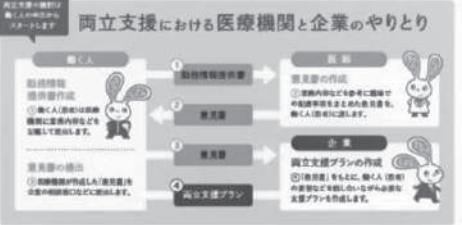
働き続けたいあなたを、医療機関と医療ソーシャルワーカーがサポート。



詳しくは「治療と仕事の両立支援ポータルサイト」まで。

ご相談の希望がある方は
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」あるいは「がん相談支援センター」へお電話ください。
(平日 8:30～17:00 電話番号: 044-977-8111)

両立支援における医療機関と企業のやりとり



都道府県ごとに産業保健総合支援センターをご活用ください。専門の相談員が「治療と仕事の両立支援」をお手伝いします。

療養・就労両立支援指導科

次の①～④で治療と仕事の両立支援を進めた場合、保険適用になります。

- ① 企業への相談窓口と相談しながら勤務情報を記載した文書（勤務情報提供書）を作成
- ② 勤務情報提供書も主治医に提出
- ③ 勤務情報提供書の内容を踏まえ、主治医が企業への療養上の指導とともに、企業の産業医等に治療と仕事の両立に必要な情報提供を行う（意見書など）
- ④ その他、経過に応じて、仕事の状況を考慮して療養上の指導を実施（1か月を限度として月1回程度）

ポータルサイト「治療と仕事の両立支援ナビ」



厚生労働省

(図3) 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 センター (MSC)	がん相談支援 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 (%)
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

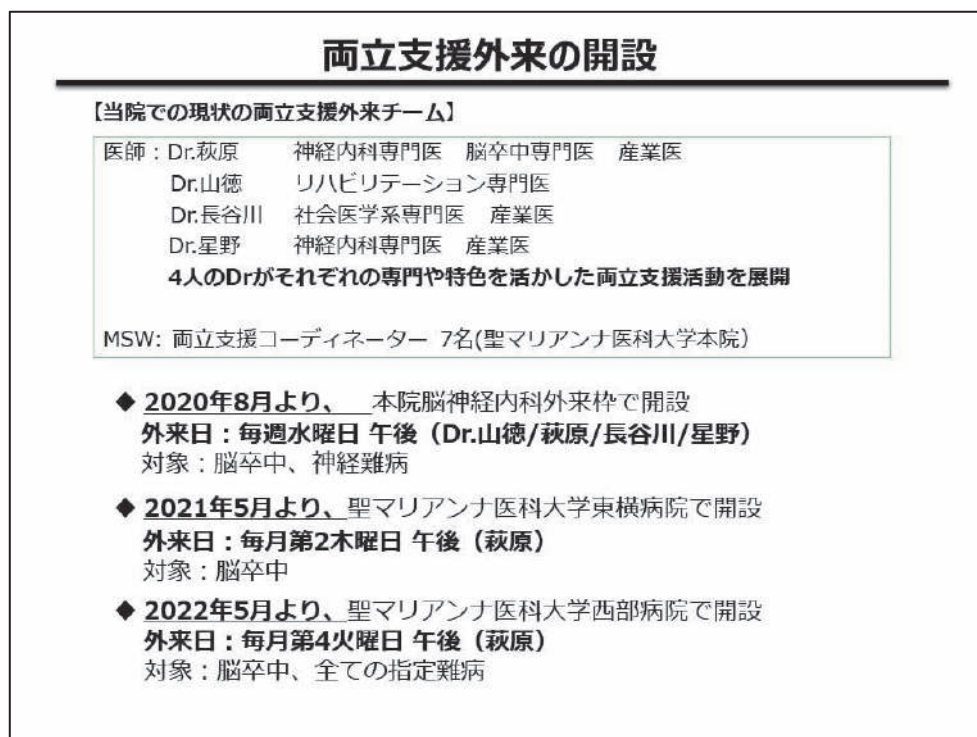
両立支援相談件数はがん患者のみならず、がん以外でも増加している傾向である。

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。

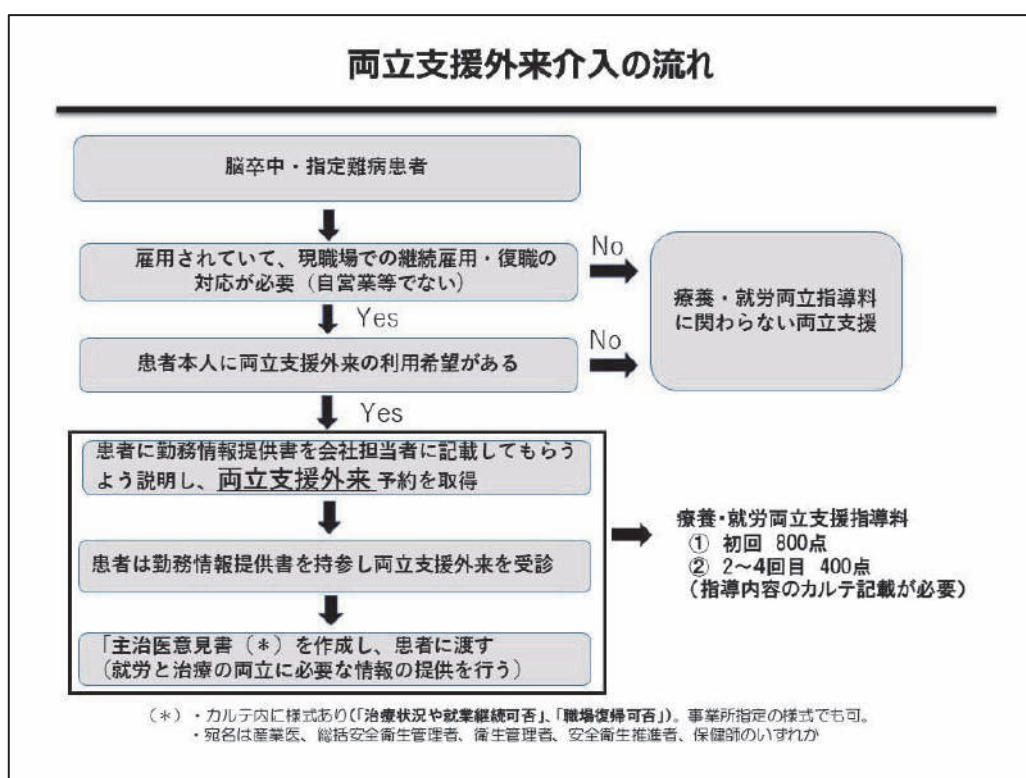
(図4) 療養・就労両立支援指導料算定件数と内訳 (2018—2022 年度 本院)

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)		
④ 60代 脳卒中 (脳出血) ⑤ 50代 脳梗塞 ⑥ 40代 重症筋無力症		
⑦ 50代 キャスルマン病 (難病) ⑧ 50代 脳梗塞 ⑨ 50代 多発性硬化症		
⑩ 60代 脳梗塞 ⑪ 50代 脳梗塞 ⑫ 50代 パーキンソン病		
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		
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)		
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		
(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5) 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6) 当院本院における両立支援外来フロー



(図 7) 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 治療内容				
就労基本情報	職種				
	雇用形態	☐ 正社員 ☐ 契約社員(有機労働契約) ☐ 嘱託社員 ☐ パートタイム ☐ 出向社員 ☐ 派遣労働者 ☐ 臨時的雇用者 ☐ その他()			
		_____ 時 _____ 分 ~ _____ 時 _____ 分(休憩 _____)			
		週 _____ 日勤務/週休 _____ 日			
通勤関係	☐ 電車 ☐ 自動車 ☐ 自転車 ☐ 徒歩 ☐ その他() 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	☐ 専属配置 ☐ 嘱託配置 ☐ なし			
	職場復帰支援プログラムの設置	☐ あり ☐ なし ☐ 不明			
	復職相談窓口	☐ 上司 ☐ 専門窓口 ☐ 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））

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た (Fig. 2)。



表面



裏面

Fig. 2 : 横浜市立大学附属病院のリーフレット

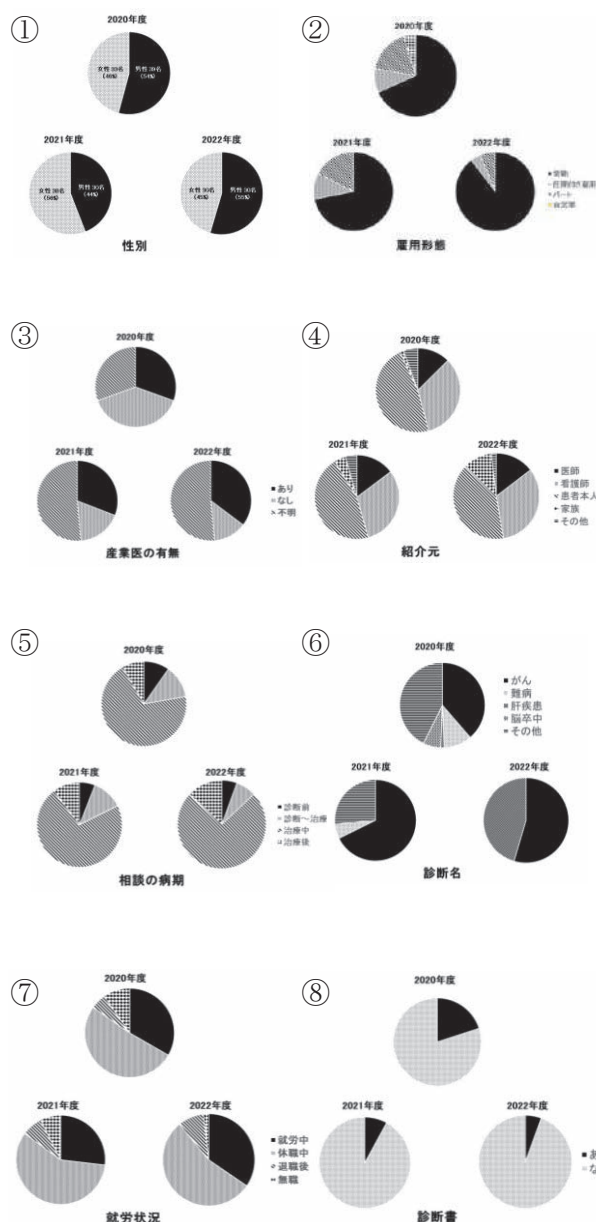
リーフレットは主に以下の4か所と各医師、看護師が個別に配布することで患者への周知を試みた。

- 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

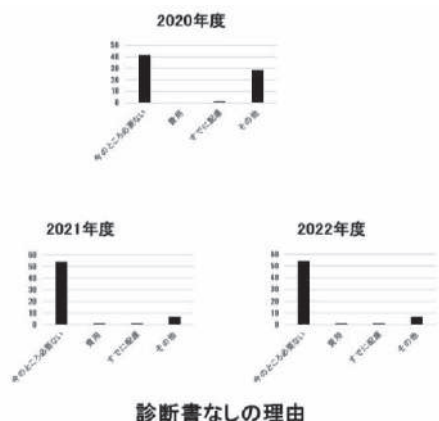
④ 病院3階化学療法室

2) リーフレット配布の効果を含め2020年度から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。
2020年度: 72件 (平均6.0件/月) - 配布前
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2020年度から2022年度を比較して示す (Fig. 3)。



⑨



⑩

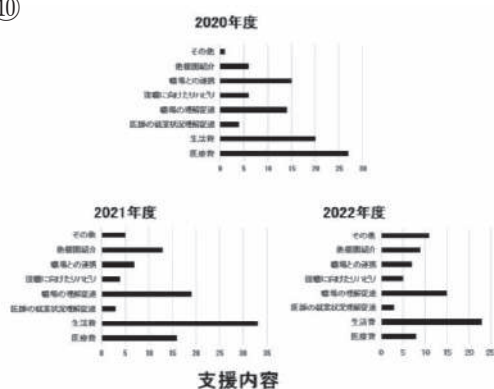


Fig. 3：ソーシャルワーカーが介入した症例の内訳

本解析から、まずリーフレットの配布による症例の増加は明らかではなかった。しかしながら配布直後の、2021年4月以降の4か月間は7症例/月と一時的に増加していた。ただし年間通しては大きな増加にはつながっておらず繰り返し啓発を続ける必要が有ると考える。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%と半分以上を占めている。この一つの原因として化学療法室にリーフレットを設置したことにより、このシステムを知ったことも関与している可能性がある。就労状況では、3年連続して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を訪れた方は、紹介ではなく自主的に患者本人が訪れたケースが3年とも約半数であった。医師からの紹介は同程度で増加していない。

3年通して両立支援のための診断書は最終的には必要ない方が大半であった。相談したのちに現段階では診断書までは必要ないといった結論づけた方が多かったようである。またすでに仕事について配慮している職場もあった。相談に訪れたのは大半が治療開始後が多く、3年連続で治療前に相談に訪れた患者は20%以下であった。

3) 両立支援のいくつかの事例を示す。

ケース：消化器内科疾患

肝障害の女性（難病）

初回

- ① 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。
- ② 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)。

その後

- 6カ月前に出した意見書からは労働状況は変化なし。
- 本人としてはもう少し仕事をしたい。
- 産業医からは受診先からの指示がないと変更は出来ないと言われていた。
- 先方からは業務の変更などについての問い合わせなどはない。

2回目

- ③ 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あった。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も希望された。
- ④ 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。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。

本症例のまとめ

- 初回の主治医意見書に3カ月後の見直しの期間を設定していたが、企業側からの連絡はなかった。
- 2回目の書類作成が初回から6カ月以上たっていた。
- 主治医から勤務状況を確認することで患者の希望が明らかになった。
- 2回目の主治医意見書にも見直し期間を設定しているが、改めて主治医側から現状を確認する必要がある。
- 2回目以降には企業側の担当者の名前なども記載されており、両立支援のシステムの存在が認識されている可能性がある。

婦人科疾患の症例：婦人科の悪性腫瘍

職種：販売員（正社員）

通勤：電車

特記事項：長時間の立ち仕事に不安有り

- 主治医より
復職当初の1か月は半日勤務からスタートし、体調面を確認しながらフルタイム勤務へ移行することで職場と合意形成にいたった。
- 事務職への配置転換については職場との話し合いの結果、難しかったが患者自身もそれほど強い希望ではなく、同じ販売員として人員配置が多い部門への配置転換も並行して希望していたため大きな不安なく復職できた。

血液内科の症例：血液の悪性腫瘍

主治医より

- 復職開始から3か月間は時短かつ隔日勤務
- フルタイム勤務は3か月经過以降

復職に向け職場から提示された待遇や業務内容には納得いかないことが多くソーシャルワーカーへ相談。スムーズな相談を行うために社労士介入。社労士からのアドバイスにより、要配慮事項を満たすための職場側の復職条件を確認。患者は職場と相談し、時短勤務や隔日勤務など配慮を得るために、一旦パート勤務に変更して復職を進めていくこととなった。両立支援のための診断書作成には至らなかった。

D. 考察

3年間の研究の中で両立支援のシステムを周知することためにリーフレットなどの活用も有用であるが、継続して周知する必要がある。また労働の意向を調べたところ仕事を続けたい、復職したい、就職したいを合わせると3年連続で治療を受けながら仕事をするを75%以上で希望していた。このことから治療を継続しながら仕事を継続するためには、疾患の診断がつき治療が始まる前から両立支援を受けられることを周知する必要があると考えられる。

いくつか挙げた症例から見ても、早い時期からの両立支援の相談がよりスムーズに仕事復帰に役立つことが窺えた。産業医からの就労のプランなどはまだ受け取れていないが、主治医意見書を出すことで企業側にこのシステムの存在を周知するチャンスにはつながっているようである。

E. 結論

仕事と治療の両立支援を希望されるケースは、がん患者からの相談が多く認められた。また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、早い時期より仕事と治療の両立支援についての情報を伝え、患者が

仕事を辞める前に両立支援のシステムにつなげる必要があることが改めて確認できた。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、人事担当者にもこのシステムの啓発が必要であると考えている。

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、肝炎を中心に治療と仕事の両立支援への取組も進めて来た。調剤薬局薬剤師は、肝炎の他、がん、糖尿病の患者から相談も受けており、薬局薬剤師から両立支援窓口にどのようにつなげるかが課題と考えられた。医薬品流通関係の職域でのコーディネーター研修では両立支援に関する認知度は低く、販売先の薬局や医療機関にどのように両立支援の啓発を行うかが課題として認められた。

A. 研究目的

肝疾患コーディネーターは身近な地域や職域あるいは病院等、それぞれの所属領域に応じ、肝炎に関する基礎的な知識や情報の提供、肝炎への理解の浸透、相談に対する助言や相談窓口の案内により、肝炎の「予防」、「受検」、「受診」、「受療」が促進されることが期待される。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開始され、所属機関が県ホームページに公開されている。県のコーディネーターの認定には、研修会の受講と認定試験に合格する必要がある、調剤薬局薬剤師も多く登録されている。認定期間は 3 年となっている。2020 年度から 2 年間の薬剤師・医療職向けと 2022 年度の職域向けの肝疾患コーディネーター研修会参加者を対象に、これまでの相談状況を調査した。

さらに、医療機関における両立支援の取り組みとして東海大学医学部付属病院総合相談室の相談員から肝炎患者を中心に両立支援に関する相談事例や啓発活動について聞き取り調査を行った。

B. 研究方法

(1) 東海大学医学部付属病院肝疾患医療センター主催で肝疾患コーディネーター研修会（神奈川県認定）が新型コロナウイルス

流行のため Web セミナー形式で実施された（図 1-図 3）。研修会参加者に対して両立支援に関する相談状況について調査を行った。2020 年度 151 名、2021 年度 59 名、2022 年度は職域を対象に 140 名の参加者があった。また、調査票に加え厚労省の最新の両立支援周知リーフレットも同封し、調査と合わせて啓発を行った。

(2) 東海大学医学部付属病院における治療と仕事、就労に関する相談事例に関する聞き取り調査

当院の総合相談室の相談員に両立支援に関わる相談状況と事例について聞き取り調査を行った。

(3) 東海大学付属病院における両立支援の啓発

療養・就労両立支援指導料算定について令和 4 年度の改訂もあり、医師向けの啓発も行われた。

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

（倫理面への配慮）

当院での臨床研究審査は取得済み（東海大学 20R296）（2021 年 1 月 13 日）で両立支援、就労支援に関する相談件数に関して調査を行い、その結果を受けて令和 3 年度から事例の聞き取り調査を実施した。

C. 研究結果

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

１）薬剤師を対象とした肝炎医療コーディネーター研修会

2020 年度の肝炎医療コーディネーター研修会参加者 151 名の勤務先は、薬局が 87 人（57.6%）、病院が 57 人（37.7%）で、その他、製薬企業が 1 名であった。2021 年度の研修会参加者 59 名の勤務先は、薬局が 32 人（54.2%）、病院が 14 人（23.7%）であり、調剤薬局薬剤師が多かった。

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、2020 年度で 49 人（32.5%）であった、2021 年度は 28.5%と前年度より低かった。

これら 49 人について、相談に役立った知識として、複数回答で①病気についての知識が 40 人（81.6%）、②公費助成に関する知識が 30 人（61.2%）、③治療機関に関する知識が 7 人（14.3%）であった。2021 年度も同様な結果の順であった。

具体的に相談を受けた場面として、複数回答可で、2020 年度は①薬剤指導時あるいは検査時が 24 人（49%）、②患者等から直接相談を受けた時 27 人（55.1%）、③患者・市民向けのセミナー等の時が 3 人と、患者等から直接相談を受ける機会が多いことがわかり、2021 年度も同じ結果であった。

相談内容としては、2020 年度が①治療内容・方法が 37 人（75.5%）と最も多く、次いで②経済的問題が 26 人（53.1%）、③治療機関に関するものが 10 人（20.4%）、④就労問題が 6 人（12.2%）であった。2021 年度も同様であった。

肝炎に限らず「仕事と治療の両立」について相談の有無は、実際に相談受付のあった人が 2020 年度 29 人（19.2%）、2021 年度 22.2%であった。相談のあった 29 人について、複数回答でどのような疾患があったか聞いたところ、①がんが 17 人（58.6%）、②糖尿病が 8 人（27.6%）、③肝炎が 8 人（27.6%）と同数で、④難病が 4 人（13.8%）であった。今回は肝炎医療コーディネーターが対象であり、肝炎患者からの相談を受けやすいことで高い割合であったと考えられる。疾患の順位は 2021 年度も同様であった。

「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と両立支援に役立つ事例があることについて知っている人は、2020 年度 21 人（13.9%）、2021 年度は 35.6%であったが、厚生労働省による両立支援の取り組みについて医療関係職への周知が十分でない可能性が示唆された。

2021 年度は「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」（厚労省 HP）について知っている人は薬局薬剤師 32 人中で 8 人（25%）、病院薬剤師 14 人中 4 人（29%）であり同程度であったことから、周知については薬局と病院の両方に必要と考えられた。

今後、肝疾患を含む患者さんへ治療と仕事の両立支援を行うために必要な知識、課題については、主治医との連携、労働者への配慮方法があがっていた。

２）医薬品流通関連の職域に対する肝炎医療コーディネーター研修会

2022 年度の職域向け肝炎医療コーディネーター研修会では 140 名の参加者の中 93 名から回答があった。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。

「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。それ以外の一般社員では両立支援についてあまり知られていなかった。

（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

１）2020 年度

2020 年度 1 月末までののべ相談回数（同一患者さんの複数回相談も別としてカウ

ト)は、社会復帰支援に関する相談が 457 件、その中でがん相談支援センターにおける就労相談は 77 件で、コロナ禍でも 2019 年度と同程度の件数が認められた。特に、就労に関して神奈川県及び神奈川産業保健総合支援センターから派遣された社会保険労務士による相談は 6 件と 2019 年度と同程度であった。また、ハローワーク平塚から派遣された職員による相談件数は、新型コロナのため相談を中止したため、12 件にとどまり前年度より少なかった。その中には患者さんではなく MSW がハローワーク職員と相談しつつ支援した事例もあった。

2) 2021 年度

2021 年度もコロナ禍のため、相談件数自体伸び悩み、ハローワーク職員による就労相談も中断せざるを得ない状況であった。今年度、相談員からの聞き取り調査で肝炎患者さんから仕事との両立に関連した事例が 2 事例あった。

① 肝炎治療のため一カ月程度の療養希望の職場に申し出たところ、職場から雇用継続困難を言われた事例

対応：病気理由が解雇理由にならないことや、復職に当たり就業規則がありその確認が必要であること。労働相談や専門機関の窓口への紹介が可能であることを伝えた。

② 肝炎治療により職場に疾病があることが心配なため治療に踏み切れない事例

対応：保険者から疾病情報が職場に行くことはないとの助言で、治療を完遂することが出来た。

3) 2022 年度

①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には、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。

② ハローワークの出張相談

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) 東海大学付属病院における両立支援の啓発

1) 2021 年度

総合相談室では東海大学付属病院 AYA 世代がん診療支援チームでの就労、両立支援の啓発を行った。当院の支援チームは、治療医、精神科医、リハビリテーション科医、緩和ケア科医、看護師、薬剤師、栄養士、診療情報支援担当員、がん相談支援員、ソーシャルワーカーの多職種に渡っており、支援内容として就学支援、妊孕性温存支援、就労支援がある。これまで看護師等を中心に神奈川県下での大学病院での両立支援の取組事例を紹介しているが、コロナ禍のため具体的な活動は出来てなく、動機付けの段階でとどまっている。治療医として 7 診療科があり、両立支援に協力的な診療科を探すという課題もあった。

2) 2022 年度

院内定期開催のキャンサーボードで、総合相談室による「がん患者さんのための社会資源」の講演が行われた。

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

C 型肝炎治療の経口薬である「ソバルディ」は新薬として保険適用が承認された当初は一錠約 6 万円と高額であり、費用対効果については高い関心があった。そのためアウトカムの中に労働生産性が含まれている。承認前の臨床試験や製販後調査において労働生産性指標 WPAI、HCV に特化した WPAI:HCV¹⁾ (図 4、5) が使用され報告されている。

HCV 慢性肝炎、肝硬変により労働時間の有意な減少と労働生産性の有意な低下を認めている。また、治療前後での変化については、Younossi ら²⁾による最近の研究でも、HBV 治療前後では WPAI による労働生産性の改善を認め、HCV 治療前後では absenteeism に改善を認めたと報告している。Younossi ら³⁾は、初回プラセボ投与群に対して HCV 治療後に absenteeism 以外で有意な改善認めたと報告している。以上文献からは両立支援で治療を完遂することでその後の労働生産性の向上が期待できる。

D. 考察

病院薬剤師は、入退院時に患者さんに関わるのに対し、調剤薬局薬剤師は慢性疾患治療中の患者さんに長く関わるが多いため、治療と仕事の両立支援のきっかけに遭遇する機会が、病院薬剤師に比べ多いと考えられる。病院薬剤師は、医療機関の相談支援センターや主治医と連絡がとり易いと考えられるが、調剤薬局薬剤師が医療機関の相談支援窓口にどのように繋げていくかが課題と考えられる。

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、治療を躊躇する事例が認められた。C 型肝炎ウイルスに対する DAA（直接作用型抗ウイルス剤）製剤による経口治療はウイルスを体内から排除（SVR）することが可能で、治療後の復職は可能である。B 型肝炎ウイルスに対しては副作用の少ない新しい治療薬が承認されており、より治療し易い状況となっている。このような情報を提供することも患者さんが治療を受けるのに重要と考えられる。偏見差別の解消については、教育啓発⁴⁻⁶⁾も重要だが、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 HP⁶⁾で公開しており、相談対応に役立つことが期待される。

令和 3 年「労働安全衛生調査（実態調査）」⁷⁾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。2022 年度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%、と少なくとも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⁸⁾。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 HP⁹⁾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。

E. 結論

肝疾患コーディネーター研修会参加者への調査から、薬剤師が肝炎の他、がん、糖尿病患者から両立支援に関連した相談を受けていた。「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と両立支援に役立つ事例があることについて知っている人は 13.9-35.6%で、周知の工夫が必要である。

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のきっかけとなる可能

性があるものの、両立支援の相談窓口にどのようなにつなげるか、主治医との連携が課題として残った。肝炎については職域での偏見差別の解消の取組や相談対応もまだまだ重要と考えられる。

2022 年度は、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。

F. 健康危険情報

該当せず。

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

該当せず。

I. 文献

- 1) Samp JC, Perry R, Piercy J, Wood R, Baran RW. Patient health utility, work productivity, and lifestyle impairment in chronic hepatitis C patients in France. Clin Res Hepatol Gastroenterol. 2015 Jun;39(3):307-14.
- 2) Younossi ZM, Stepanova M, Younossi I, Papatheodoridis G, Janssen HLA, Agarwal K, Nguyen MH, Gane E, Tsai N, Nader F. Patient-reported outcomes in patients chronic viral hepatitis without cirrhosis: The impact of hepatitis B and C viral replication. Liver Int. 2019 Oct;39(10):1837-1844. doi:
- 3) Younossi ZM, Stepanova M, Reddy R, Manns MP, Bourliere M, Gordon SC, Schiff E, Tran T, Younossi I, Racila A. Viral eradication is

required for sustained improvement of patient-reported outcomes in patients with hepatitis C. Liver Int. 2019 Jan;39(1):54-59.

4) 八橋 弘 厚生労働行政推進調査事業費補助金（肝炎等克服政策研究事業）

総括研究報告書「ソーシャルメディア等を活用した肝炎ウイルス感染者の偏見差別の解消を目指した研究」https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/202021005A-sokatsu.pdf

5) B型肝炎の教育資料 国立国際医療センター肝炎情報センターHP

https://www.kanen.ncgm.go.jp/cont/160/b-kanen_kyouzai.html

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

7) 令和3年「労働安全衛生調査（実態調査）」結果概要

https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/r03-46-50_kekka-gaiyo01.pdf

8) https://www.nicho.co.jp/corporate/newsrelease/20211028_nr1/

9) https://jsite.mhlw.go.jp/tokyo-roudoukyoku/hourei_seido_tetsuzuki/anzen_ei-ei/newpage_00253.html

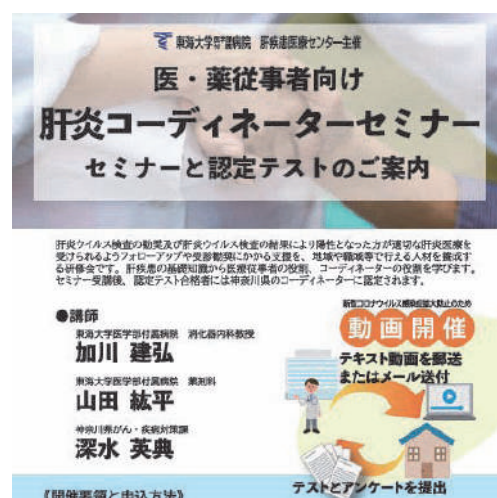


図1. 2020年度研修会

東海大学付属病院 肝疾患医療センター主催

医・薬従事者向け 肝炎コーディネーターセミナー セミナーと認定テストのご案内

肝炎ウイルス検査の普及及び肝炎ウイルス検査の結果により陽性となった方が適切な肝炎医療を受けられるようフォローアップや必要に応じての支援、地域や職場等でできる人材を養成する研修会です。肝炎の基礎知識から医療従事者の役割、コーディネーターの役割を学びます。セミナー受講後、認定テスト合格者には神奈川県のコーディネーターに認定されます。

●講師
東海大学医学部付属病院 消化器内科教授
加川 建弘
東海大学医学部付属病院 薬理科
祖父江 佳奈
神奈川県がん・医療対策課
深水 英典

新型コロナウイルス感染拡大防止のため
動画開催
テキスト動画を郵送
またはメール送付

テストとアンケートを提出

【開催要領と申込方法】
①申込書を FAX または メールにて提出（裏面をご確認ください）
②申込者に資料等を指定の住所に送付。
③動画内のキーワードを記載し、テスト回答用紙とアンケート用紙を提出。
④テスト合格者に神奈川県コーディネーター認定証を送付。
※コーディネーターの任期は3年です。

図 2. 2021 年度研修会

東海大学付属病院 肝疾患医療センター主催

企業の方向け肝炎コーディネーター養成セ ミナーと認定テストのご案内

肝炎ウイルス検査の普及及び肝炎ウイルス検査の結果により陽性となった方が適切な肝炎医療を受けられるようフォローアップや必要に応じての支援、地域や職場等でできる人材を養成する研修会です。肝炎の基礎知識から医療従事者の役割、コーディネーターの役割を学びます。セミナー受講後、認定テスト合格者には神奈川県のコーディネーターに認定されます。

●講師
東海大学医学部付属病院 消化器内科教授
加川 建弘
神奈川県産業保健総合支援センター
渡辺 哲
神奈川県がん・医療対策課
高橋 修

新型コロナウイルス感染拡大防止のため
動画開催
テキスト動画を郵送
またはメール送付

テストとアンケートを提出

【開催要領と申込方法】
①申込書を FAX または メールにて提出（裏面をご確認ください）
②申込者に資料等を指定の住所に送付。
③テスト回答用紙とアンケート用紙を提出。
④テスト合格者に神奈川県コーディネーター認定証を送付。

図 3. 2022 年度研修会

C型肝炎患者の病態と労働生産性に関する文献調査

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

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

^a Among employed and unemphasized persons.

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

図 5. C型肝炎患者の病態と労働生産性

Work Productivity and Activity Impairment (WPAI:HCV)

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

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

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

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

CIRCLE A NUMBER

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

図 4. WPAI:HCV¹⁾

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)
総合分担研究報告書

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

広島大学医学部公衆衛生学 客員准教授

産業医科大学産業生態科学研究所産業保健経営学 非常勤講師

研究要旨

本研究は、中小零細企業でも利用可能な治療と仕事の両立支援のための運用ツール（ウェブシステム）の開発を目的としている。

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

2 年目は、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た上で、本人の「自覚症状」と「職場の業務特性」の内容を充実させた。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た。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。

3 年目は、「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

目的：1年目

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

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

1) ウェブ（インターネット）上で入力できる

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

3) 産業医が不在もしくは関与が少ない中小零細企業での利用も想定する

4) 過去（既存）の研究成果を活用し、不足する部分を補う仕組みとする

5) 両立支援に必要な項目の選択（主治医による意見の提案）を容易にする仕組みとする

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

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

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

目的：2年目

産業医経験の異なる複数の研究協力者を加えた上で、本人の「自覚症状」と「職場の業務特性」の内容を充実させるとともに、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することを目的①とした。

また「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（表示）され、事業者の安全配慮事項に

あたるものも利用者に容易に認識されるような工夫を行うことを目的②とした。

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（治療と仕事の両立支援のための書類）を作成することを目的③とした。

社内で主に両立支援を担当する「人事労務担当者」や「当該社員の上司」を主な利用者と想定し、両立支援を希望する社員を加えたやりとり（合意形成のプロセス）の中で、必要な情報を、インターネット上で利用できるようウェブシステムを整備することを目的④とした。

目的：3年目

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

方法：1年目

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

1年目は主にごがん患者の両立支援のための合意プロセスとウェブシステムの概要を検

討することとし、ツールの構想案を最初に分担研究者が作成の上、研究班のメンバーの意見を加えて修正を行った。

① ウェブシステムのコンセプトに沿った過去の先行事例について情報収集を行う

がん患者の両立支援をサポートする既存の成果物の1つとして、「がん制度ドック」が挙げられた。そこで、当該サービスの開発者である特定非営利活動法人がんと暮らしを考える会事務局の賢見卓也氏に、遠隔によるインタビューを行い、ウェブ上で労働者が利用可能な簡易なシステムを作成する際の開発の経緯や作業プロセスや留意点、課題などについてヒアリングを行った。

また、我々の研究班が想定しているウェブ上のコンテンツツール（案）を紹介し、協力の可能性がある制作会社の紹介を依頼した。

② 具体的な両立支援の事例を用いて、会社内（人事や上司）と本人及び主治医とのやりとりの見える化を行う

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

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

主治医へ提出する書面には、「企業と主治医との連携がスムーズになるような対象者の病名・病状・症状、治療に関する情報、社

員自身が勤務を希望する職務の特徴、業務遂行に必要な力量など」も記載することとした。

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

これらの取り組みを分担研究者がオブザーバーを務める京都府医師会産業保健委員会において紹介した。当委員会では、2019年度から20年度にかけて、「がんを抱える労働者の両立支援に対する現状やその課題について、両立支援に関わる様々な職種からヒアリングを行い整理する取り組み」が進められていた。2020年10月の委員会で、

「中小企業における両立支援の取り組み：企業から主治医へ提供する診療情報提供依頼書ウェブ(仮)：両立支援ツールの開発」と題した講演を分担研究者が行い、その後参加メンバー(主治医、産業医、両立支援促進員、ソーシャルワーカー、社会保険労務士、両立支援コーディネーター)から、本人・上司・人事担当者・主治医との間でどのようなやりとりを行うと、中小企業においても治療と仕事の両立が可能となるか意見交換を行い、シナリオを修正した。

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

1年目はまず、職場復帰を希望する労働者をがん患者と仮定し、病気や治療の影響を受け発生する「自覚症状」と労働者が復帰を希望する職場の「業務の特徴」を加えて、職場での「就業上の配慮」が必要と思われる項

目を列挙した。

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

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

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

方法：2年目

本人の「自覚症状」と「業務特性」の内容を充実させるため、機縁法により研究協力者を新たに追加した。その上で、がん患者に想定される「自覚症状」と、一般的な就業環境で職場での配慮が必要になると考えられる「業務特性」を過去の両立支援に関する研究報告書などを参考に抽出し、「自覚症状」と「業務特性」の組み合わせで必要となる「就業上の配慮事項」をパターン別に整理した。(方法①)

整理の手順は、研究協力者を経験年数がバラつくよう3つのグループに均等に分けたのち、それぞれのグループで「自覚症状」と「業務特性」に応じて必要になると思われる「就業上の配慮事項」を抽出し、タイトルをつけ(ステップ1)その後、研究協力者全体で各グループから抽出された結果を確認の上、異なる意見については全員の同意が得られるまで議論を重ねて意見を統一した(ステップ2)。また利便性を向上させるた

め「就業上の配慮事項」のタイトルにふさわしいピクトグラムを選択するとともに、それぞれに配慮内容の解説文を付記した。「自覚症状」と「業務特性」の2軸からなる情報を入力することで、両立支援に必要な「就業上の配慮事項」が選出される一覧表を作成した（ステップ3）。

上記により自動的に選出される「就業上の配慮事項」には、事業者の「安全配慮義務」に相当するものが含まれた。そこで一定の条件下で事業者の「安全配慮義務」に該当すると思われるものを研究者で話し合った上で特定し、それらが企業側の担当者にもわかるような工夫を講じることとした。（具体的には、就業上の配慮事項の中で「安全配慮義務」に該当するものには特別の表示を施すこととした）。（方法②）

両立支援を希望する事例が発生した際に、関係者（人事総務担当者・上司・本人）が集まって社内での合意形成プロセスを経たのち、本人が主治医に持参する書類（治療と仕事の両立支援のための書類）のテンプレートを、過去の研究報告書を参考に作成した。この書類の記入者（人事総務担当者・上司・本人）が必要な情報を容易に加筆・修正できるよう、テンプレートの記入箇所に解説を加えた記入例（サンプル）を準備した。（方法③）

上記全てを、インターネット上（ウェブシステム）で利用できるよう、専門業者の協力のもとホームページを作成し、想定利用者（人事総務担当者・上司・本人）が使いやすくなるための種々の工夫を行った。（方法④）

上記の取り組みは、2021年4月以降およそ1ヵ月に1～3回程度の頻度で、2022年2月まで計15回以上にわたり実施した。各

回の打ち合わせや作業は、1時間から2時間を要した。

方法：3年目

「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年目

① ウェブシステムのコンセプトに沿った過去の先行事例についての情報収集

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

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

A1-1) 開発・作成の経緯

- ・がん患者の困りごとと、もしもの備えにギャップあり、そこをどう埋めるかと考えた際にこのようなツールがあると良いと思ったのがきっかけ。
- ・これまでの経験上、関連する情報を提供しても使いこなせる患者は少ないと感じていた。
- ・患者自身が利用できる制度がわからないと言った声もあり、ツールの開発に踏み切った。
- ・いろんな本はあるが、書かれている内容が自分には使えないと言って諦める患者もいる(徒労に終わる)ことから取り組みを始めた。

A1-2) 作成時の留意点

- ・がん患者さんのステージごとに使える制度を整理した。
- ・自身が入っている健康保険がわかっても制度をしっかりと利用できるわけではないことを意識しておく。
- ・サービス全体の流れや個々の情報との関

連図を作る。

- ・ツールを利用する患者が自分の条件に合ったものだけが表示されるようにする。(該当するもののみを見せる)
- ・遺族年金などは大事だが、治療を開始したばかりの人には見せない。(不要な情報は見せない)
- ・ツールでは質問と回答の形式としたが、質問の設定の仕方が難しい。社労士さんと一緒にやったが、最低導き出せる条件を選定することが大事である。
- ・使えるかもしれない制度(可能性)を紹介するウェブサイトであり、必ず使える制度を示すものではないことを注記している。
- ・条件付け(条件の入力)と結果がすぐにわかるようにした。
- ・個別具体的な情報を、「抽象化」という作業が大事であった。
- ・がんの制度について「キーワード」を知っていれば自分で調べられる人たちを想定した。(利用する際、一定の習熟は必要)
- ・重要なサービスであっても忌み嫌う人がサービス提供者にもいる。サービスとしての制度は認識しているが、普及する際にキーワードが悪いと言われたことを意識した。
- ・こういったサービスが欲しい、という人向けの制度にした(例:主治医から余命の話ができたときに本人から選べるようにした)
- ・ウェブサイトを作るにあたり、社労士3名、フィナンシャルプランナー3名、生命保険担当者1名、弁護士1名、看護師1名で、朝から夕方まで2日くらい拘束して行った。
- ・ツールのたたき台を一人が作成した。
- ・利用できる制度をまずは列挙し、定型の項目に記事を作ってもらい(専門家に協力を依頼)、その原稿を全員で読み合わせをし

て修正した（2日間ほど）。

- ・その項目を患者に見せることを想定し、記事を出すための条件を組んだ。
- ・質問項目を作り、横軸に全ての質問を並べ、該当した場合に出す、という形にした。現在、質問項目は22項目。疾患名など選択肢が15-20項目などある。
- ・不動産検索サイトを参考に、条件を入れてピックアップする仕組みとした。
- ・掲載する記事は専門家に依頼し、条件付けやエンドユーザーへの見せ方を一人が担当した。
- ・いろんな人が使うので、がん患者ではない人が選択しても良いようにした。
- ・がんと診断されていない場合のクレーム対応も想定して準備した。選択肢がないという声には配慮した。
- ・奥さんがご主人のがんについて調査することなども想定した。まずは何がんか、最初に入力するようにした。
- ・診断されない限り制度は使えないことを表記した。

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

- ・広く、いつでも、どのタイミングでも、利用できる、をモットーにしている。
- ・費用に関してあまり関係ないと思われる、生活保護の方は対象から外した。
- ・利用者には、医療従事者（ソーシャルワーカー、がん対策支援センター）も想定した。
- ・患者さんに情報を届ける際に、必ず通るのが「病院」のソーシャルワーカーも公的な制度には詳しいものの、民間の制度には縁遠くなる人が多い。住宅ローン、生命保険などには詳しくない方もいる。リビングニー

ズ特約を使った方がいいは、ソーシャルワーカーからは言いだしにくい。そのため、彼らも免責としてシステムが提案した情報（しずらい質問）をカバーできると良いと考えた。

- ・ソーシャルワーカーががん患者さんに聞きづらい質問をこの制度を使ったことで聞き出し、患者に提案できるようにした。
- ・病院で保険の話は倫理的にも言い出しにくい背景があることを意識した。
- ・患者、家族、医療従事者が使えるウェブサイトにした。
- ・税金の控除などは病院では提案しない（初期）。傷病手当金、法的な制度を使い切れてないことが当初はあったため、少しずつ修正し、取りこぼしのないようにしている。
- ・5年前は利用できる制度があっても使っていない人（患者）がいた。

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

- ・1年半くらいはβ（ベータ版）として運用し、改訂したのち正式版としてリリースした（2014年の冬）。その後は、掲載されている記事や金額を修正している。
- ・2015年に「考え方」をコラムで表示した。
- ・利用者に実際にインタビューしその内容を改定の際に利用した。
- ・コメントとして、「全部知っていた。役にたたない」「使っているものが全部出てきた、確認に利用できた」などのコメントも得られた。
- ・作成当初はあまりアクセスがなかったので、利用者への個別インタビューが情報源であった。

Q4) システム構築の際に業者との間で特に気をつけた点は？

- ・構想として出来上がったものを出すのではなく、参考になるサイトやイメージを提示した。(占いのサイトなどの提示をしてイメージを共有した)
- ・業者のイメージがしやすい状況を作った。
- ・ブレインストーミングに業者さんにも参加してもらった。
- ・ワードプレイスを利用した。

Q5) 一番大変だったことは？

- ・最初の 2 日間で、まだ見たことのないものを専門家（一緒に作業に関わってくれたメンバー）に説明することが大変だった。
- ・当初は完成系のイメージが湧かない方が多かった。仕組みが出来上がってやっとわかった人が多かった。
- ・作業に関わってもらった方々の時間確保が大変だった。

当研究チームが作成するウェブシステムへの応用のアイデア

- ・自覚症状を言語化する。
- ・利用者が必要な時期に必要なアクションで欲しい情報が得られるように工夫する。
- ・関連図のような全体像を作成する。
- ・作成後に社会状況が変わったら、定期的な頻度で書き直すことを前提とする。
- ・入力したデータは、情報の id を入力することで、過去に入力したデータに簡単にアクセスでき、改訂が簡単に行えるようにする。(前回のデータを利用できるようにする)
- ・一方で、個人情報外部データセンターに保存されることの違和感があるとの意見

もあり情報管理については、継続して検討する。外部のサーバーに暗号化されたデータを保管する方法も検討する。

- ・主治医向けの様式は PDF など出力できるものとする。
- ・情報セキュリティについても確認の上適切な対応をする。
- ・URL を開けると「作成した資料」が開けるようにできないか検討する。
- ・個人名、会社名などの個人プロフィールは「手書き」としてもらうことを考慮する。
(個人情報保護の視点から)

・ストレスチェック のシステム (集団分析の結果を分析できるパッケージのようなもの) に類似したものを作れば良いのではないか。

- ・社内のパソコンにダウンロードして使うようなイメージも考慮する。

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

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

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

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

また、京都府医師会産業保健委員会でもシナリオに沿ったやりとりや開発中のウェブ

システムは、嘱託産業医に負担をかけず両立支援を可能にする良い取り組みであるとの意見が多数であった。当該委員会では、両立支援に関する課題と対策について「答申書」を作成した。（別添資料1）

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

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

自覚症状（例）

だるさ・疲れやすさ

記憶力の低下や集中力の低下

吐き気・嘔吐

配慮が必要な業務特性（例）

重量物取扱い（作業）

長時間の立位（作業）

暑熱箇所での（作業）

④ 上記のプロセスで整理した両立支援に必要な情報の入出力のウェブ画面の作成

かん制度ドックの情報を参考に、ウェブシステムのトップページのデザインを作成した。（資料7）さらに、がん患者を想定して入力した情報を参考に、ウェブシステム

の入出力のデザインを作成した（資料8）。いずれも上記①～③で入手および作成した資料をもとにした。

結果：2年目

① 「自覚症状」と「業務特性」の組み合わせで両立支援に必要となる「就業上の配慮事項」のリスト一覧

就業上の配慮項目を選出するため、がん患者の主な「自覚症状」（22項目）と一般的な就業環境で職場での配慮が必要になると考えられる「職務の特徴（業務特性）」（16項目）を抽出した。

自覚症状（身体の症状）

1. だるさ・疲れやすさ
2. 記憶力低下や集中力の低下
3. 吐き気・嘔吐
4. 食欲低下
5. 体重減少
6. ほてり・のぼせ・発汗
7. 手足のしびれ・痛み
8. 手足のむくみ
9. 人工肛門・人工膀胱
10. 下痢・頻便・便失禁
11. 頻尿・尿漏れ
12. 皮膚の荒れ・爪の変化
13. 脱毛
14. 視力の低下
15. 聴力の低下
16. 声の出しにくさ・しゃべりにくさ
17. 免疫力の低下（感染しやすさ）
18. 気分の落ち込み
19. 骨転移の痛み
20. 放射線照射部の皮膚の違和感
21. 手術部位の傷の痛み
22. ダンピング症候群

業務特性（職務の特徴）

1. 重量物取り扱い
2. 長時間立位
3. 暑熱作業
4. 寒冷作業
5. 高所作業
6. 車の運転
7. 機械の運転・操作
8. 対人業務
9. 遠隔地出張
10. 海外出張
11. 単身赴任
12. 交代制勤務
13. 上肢作業
14. コンピューター作業
15. 通勤
16. 屋外作業

「就業上の配慮項目」には 38 項目が挙げられた。配慮内容についての解説（下記参照）と具体的な配慮の例を加えた。

配慮項目の特徴を踏まえて全体を労働衛生の 4 管理（総括管理、作業環境管理、作業管理、健康管理）にカテゴリ分けし、利用者の理解を促すため、各カテゴリにも説明文を付記した。

就業上の配慮項目

総括管理：社内ルールの新規作成や本人の選択権の確保などにより両立支援を行いやすくする配慮です。

- 1) 余裕のある（自分のペースで活動できる）スケジュール

業務スケジュールや納期に余裕を持たせたり、仕事のペース配分を労働者が決められ

るようにするための配慮

- 2) 遠隔地の出張や単身赴任への対応
移動による身体的負担の軽減やパートナーなどの支援を受けやすくするための配慮
- 3) 特定の症状に対する対処
病気や治療法に特有の症状や合併症があってもなるべく仕事を続けるための配慮
- 4) 職場メンバーでの会食への見合わせ
周囲に気を使ったり、無理して飲食をしないようにするために配慮
- 5) 日勤業務・交代勤務の制限
症状を安定させるために必要な規則正しい生活を維持するための配慮
- 6) 外見（容姿）への気遣い
治療による影響で外見に変化があり、それを他人に見られたくない場合に行う配慮
- 7) 通勤手段の裁量度アップ
症状により本人に負担の少ない通勤手段や時間帯を選択できる配慮
- 8) フレックス制度の活用
症状により本人に負担の少ない出退勤時間を選択できる配慮
- 9) 在宅勤務制度の活用
症状により本人に負担の少ない勤務場所を選択できる配慮
- 10) 勤務時間・勤務間隔の裁量度アップ
勤務終了後、次の勤務までに一定時間以上の「休息時間」を設け、症状の回復や睡眠時間等を確保する配慮
- 11) 交代要員・支援員の配置
体調不良時に休みを取れたり、周囲からの支援を受けやすくするための人員配置などに関する配慮
- 12) 内容物の表示
運搬作業時に、取り扱う前に中身がわかる

ようにする配慮

13) かかりつけ医(緊急連絡先)の確保
緊急時にすぐに相談や診療を依頼できるか
かかりつけ医の確保のための配慮

作業環境管理：働く環境や福利厚生施設の
新規増設や改修などの作業環境を工夫する
ことで両立支援を行いやすくする配慮です。

14. 就業時間中の食事や水分の摂取環境
の整備

所定の時間や場所以外においても症状軽減
のために食事や水分を摂取できるようにす
るための配慮

15. 暑熱・寒冷環境への対応
作業環境の温度を適切に保ち、体調不良時
も体温調節を可能にするための配慮

16. プライベートエリアの確保
症状を管理するため、身体のケア(血糖測定
や皮膚ケア等)を行えるスペースを確保す
るなどの配慮

17. 屋外作業の回避
症状の悪化や身体的負担を軽減するために、
屋外作業を可能な限り避ける配慮

18. オストメイトトイレの活用
人工肛門により、定期的に排泄物の処理を
する必要がある作業員への設備面での配慮

19. ディスプレイの工夫
痛みが生じにくい作業姿勢になるようなデ
ィスプレイ(視覚情報端末)の設置につい
ての配慮

20. トイレにアクセスしやすい職場への
配置
病気の症状や副作用によって起こる頻回な
トイレ利用をしやすくするための配慮

21. 転倒転落防止
転倒、転落の危険性への配慮

作業管理：作業の仕方や保護具の利用方法、
作業による身体への負荷などを見直すこと
で両立支援を行いやすくする配慮です。

22. 連続作業時間の制限・休憩場所や機会
の確保

作業中の小休止や休憩を適宜取れるように
したり、休憩の場所を確保するための配慮

23. 暑さ・寒さ対策のための衣類・手袋等
体温調整のしやすい作業着や手袋など、労
働者が自身の体調にあった服装を選択でき
るための配慮

24. 痛みケアのための作業着
治療内容等によって起こりうる皮膚炎等
の症状に対して、服装を選択できるための配
慮

25. 立位作業の制限・座位作業の励行
立位作業による身体への負担が大きい場合
などへの配慮

26. 複数名での作業
仕事による身体的負担が大きい場合に、複
数名で対処することで作業継続を可能にす
る配慮

27. 重量物取り扱い・より身体的負担の少
ない作業への転換

重量物の取り扱いがない作業やより身体的
負担の少ない作業に従事するための配慮

28. 症状が軽くなる作業姿勢
術後の後遺症や治療によって起こる症状を
軽減するために必要な作業姿勢に対する配
慮

29. 腕に負担のかからない業務を与える
上肢(腕)に症状がある場合に、同部位への
作業負担を軽減するための配慮

30. 高所作業の回避
症状等で転倒や転落の可能性がある作業員

を高所で作業させない配慮

31. 遮光ツールの利用

まつ毛の脱毛により目にほこりが入らないようにするために、保護のためのゴーグルの利用についての配慮

32. 習熟作業への配置

やり慣れた作業への配置により、集中力などが低下していてもトラブルや事故を起こさないための配慮

33. 聴覚を要しない業務への配置

内服薬の副作用や病気自体の影響で、聴力低下を伴う作業への配慮

34. 聴覚障害（片側/両側）への留意

作業仲間でのコミュニケーション低下に伴う作業性の低下を防止したりや安全を確保するための配慮

35. 運転業務の禁止

車などの運転や機械の操作を避ける配慮

健康管理：作業員自身の体調に合わせた支援を行うことで両立支援を行いやすくする配慮です。

36. 食事直後の業務回避

食後に特に発生しやすい症状（合併症）を回避するための配慮

37. 体調確認

体調不良の際、本人がすぐに周りへ伝えられない場合に備えて、周囲が定期的に体調を確認するなどの配慮

38. 一般的な感染対策

免疫力の低下など感染しやすい状態にある場合や予防接種の確認、推奨などに関する配慮

「自覚症状」と「業務特性」の組み合わせにより選出される「就業上の配慮項目」のパタ

ーンは膨大な数にのぼる。組み合わせによってどのように配慮項目が選出されるかを確認するための対比表（表示の関係で一部を参照として列挙）を添付①に記す。

38 項目の「就業上の配慮項目」を視覚的にわかりやすく認識するための工夫として作成したピクトグラムの表示を添付②に記す。

② 一定の条件下で事業者の「安全配慮義務」に該当すると思われる事項

アルゴリズムにより選出された「就業上の配慮事項」の中で、事業者の「安全配慮義務」に該当すると思われる特に「重要」な配慮事項は以下の7つとし、配慮事項に「重要」の表記を行った。

2. 遠隔地の出張や単身赴任への対応

13. かかりつけ医（緊急連絡先）の確保

14. 就業時間中の食事や水分の摂取環境の整備

17. 屋外作業の回避

22. 連続作業時間の制限・休憩場所や機会の確保

30. 高所作業の回避

35. 運転業務の禁止

③ 社内での合意形成プロセスを経たのち、本人が主治医に持参する書類（治療と仕事の両立支援のための書類）のテンプレート
両立支援を希望する社員からの申し出を受け、人事総務担当者、上司、本人（がん患者）による話し合いを経た結果を記入し、主治医に持参するための書類のテンプレートを作成した。

このテンプレートは、「治療と仕事の両立支援に関する企業から主治医への就業配慮情報の提供のお願い（案）」とした。企業担

当者から主治医に宛てた挨拶文、確認事項、会社の立ち位置、個人情報の社内での取り扱いなどを説明した鏡文（1 ページ目）と、仕事に関する情報（現在もしくは今後就労する職場の状況）として、社員の氏名・生年月日・住所・職種・職務内容・勤務形態・勤務時間・通勤方法/通勤時間・休業可能期間・有給休暇日数・その他の特記事項・利用可能な社内制度・本人署名を含む用紙（2 ページ目）、治療の状況や就業継続の可否等についての主治医からの意見書（診断書と兼用）として、現在の症状・治療の予定・退院後/治療中の就業継続の可否・業務内容について職がで配慮したほうが良いこと（望ましい就業上の措置：選択制）・その他の配慮事項（自由記述）・上記の措置期間と本人の署名・主治医の署名欄からなる用紙（3 ページ目）、主治医の意見をもとに必要に応じて作成するもの「両立支援プラン／職場復帰支援プラン」（4 ページ目）、の 4 枚で構成され、過去の研究成果を一部転用した。

また、各用紙に誰が（人事総務担当者、上司、本人）どのような内容を記入すれば良いかを解説した「入力見本」（添付③）を作成した。

④ 両立支援に取り組む企業の担当者（人事総務担当者・上司・本人）が利用できるウェブサイト

上記全てをインターネット上（ウェブシステム）で利用できるよう、ホームページを作成した。（添付④）ホームページ上に準備された画面のタイトル・キーワードは以下の通りである。

- ・ホームページタイトル：治療サポ
- ・URL：<https://www.chiryou-sapo.com>

- ・タイトルページ表示
- ツールを使う
- 使い方・機能
- 配慮事項を検索する（アルゴリズム内蔵）
- 配慮事項一覧（38 項目）
- 両立支援の事例
- お問い合わせ
- よくあるご質問
- 治療サポについて
- 主治医に持参する書類
- 利用規約
- 個人情報保護方針
- ・ホームページ内のキーワード
- 本人の思い、上司の期待、人事の願いを 1 つに
- 主治医の理解と支援を引き出すサポートツール
- 配慮に関する話し合いを支援します
- 主治医用の文章の作成をサポート
- 職場で配慮したほうが良いこと
- 治療サポの使い方
- 質問に答えるだけで「アドバイス」がもらえます
- 話し合いを支援する検索システム
- 主治医に提出する専用フォーマット
- 導入事例一覧
- 身体症状（22 項目）
- 職務の特徴（16 項目）

結果：3 年目

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ら
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。

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、どのようなメリット(長所)があると感じですか。

・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)の責任者をしていた。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がわからない」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

でも、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）」のウェブサイトの中
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。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。

・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うきそう。

・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ますので、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があっても良い。

・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が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。

・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、ということをも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される。

・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。みんなふわっとなりがち。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っておくことが重要。

・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。

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。

(<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

考察：1 年目

ウェブ上で利用する類似の先行事例

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

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

中小零細企業の課題とそれに対応する工夫

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

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

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

本人、上司、人事担当者が想定しない配慮事項への対処

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

両立支援に必要な「就業上の配慮事項」を導き出す工夫

今回検討しているウェブ上のツールは、が

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

本ウェブシステムの可能性

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

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

る。

本ウェブシステムの課題

課題としてこのウェブシステムは、「労働者本人と受け入れる職場の上司並びに人事部門の合意の上で対応可能な配慮事項を主治医が選択する」という形式をとっているが、状況によっては「会社側が提示できる就業上の配慮がなく、復職ができない」といった事態も想定される。その場合、労働者本人と人事部門の担当者さらには異なる職場の上司による再度の話し合いやすり合わせが必要になる。

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

主治医からの返書が届いた後の流れ

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

シナリオが保有する4つの特徴

ウェブシステムの検討のために作成した5つの事例では、がん患者からの職場復帰への申し出をもとに「事前の主治医とのやりとり」、「受け入れ（予定）先の職場の上司とのやりとり」、「人事担当者とのやりとり」、

「その後の主治医への情報提供書の雛形の作成と主治医からの返書の受け入れ」までを1連の流れとして示した。

ウェブシステムの利用過程で期待される学習効果

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

主治医が記載する様式（返書）の改訂

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

考察：2年目

2年目はがん患者の「自覚症状」と一般的

な就業環境の「業務特性」による組み合わせで両立支援に有用と思われる「就業上の配慮項目」を選出するためのアルゴリズムを作成した。38項目の「就業上の配慮項目」の選出には、産業医経験の異なる様々な研究協力者からの意見を集約し活用することで一定の網羅性・多様性を持った仕組みが構築されたものと思われる。

またこのアルゴリズムが組み込まれたウェブシステム（治療サポ）により、産業医がいない50人未満の中小零細企業でも、人事総務担当者や上司が主体となって、両立支援に必要な最低限の対応ができるようになったと考える。

38の「就業上の配慮項目」中で、事業者の安全配慮義務もしくは両立支援の観点で特に重要な項目については、**重要**マークを表示することで事業者の責務も果たすことができるような工夫を行った。さらに本システムの利便性を向上させるため、「就業上の配慮項目」については視認性の高いピクトグラムを導入するとともに、解説文と具体的な例を記すことでよりわかりやすくなったと考えている。

事業者側の担当（人事総務担当者・上司）が本人の「自覚症状」と就労予定職場の「業務特性」を選択（入力）することで、必要な「就業上の配慮項目」を選出できるこのウェブシステムは、一連の入力作業とその過程で交わされる関係者（人事総務担当者・上司・本人）間での会話により、事業場内の両立支援に必要な知識を各人が学ぶ機会としても応用が可能と考える。またそれらの過程が、労使間の合意形成に関する標準的なプロセスにも該当するものと思われる。

患者（本人）が病院受診の際に持参し、主

治医に確認・追記をいただく書類（治療と仕事の両立支援に関する企業から主治医への就業配慮情報の提供のお願い（案））の中には、関係者間（人事総務担当者・上司・本人）での合意形成を経て、事業場で対応が可能と思われる「就業上の配慮項目」が記されている。両立支援に不慣れな主治医にとっては、このようなプロセスを経て記された「就業上の配慮項目」の中から、両立支援に有用と思われるものを選択することは心理的にも知識的にも容易になることが予想される。今年度作成したインターネット上のウェブシステムは、システム内のインストラクションに従い人事総務担当者や上司と本人が話し合いを進めることで、自然と合意形成が得られるように工夫されている。両立支援は通常、企業側の担当者と本人及び主治医との連携によって実施されるものであるが、中小零細企業においては、企業側の担当者に医学的な判断を行うための知識が十分でないことが多く、また 50 人以上の事業場では選任されている産業医の関与も得られない。しかし、本システムを活用することで、産業医などの専門的な支援を得られなくても、人事総務担当者や上司の協力により、必要最低限の両立支援に必要な就業上の配慮項目を知り、就労を望む社員の意思に少しでも沿うことができるようになると考えられる。

作成したウェブシステムは今後、利用が想定される対象群へのヒアリングや使用感などの定量的・定性的な調査を行った上で、改定した、関係者間での話し合いや、ウェブシステムへのデータ入力のプロセスで分かりづらい箇所への対応法を、簡単なインストラクション（説明文章）や動画などで充実させ

ることができると思う。

考察：3 年目

3 年目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。

（添付①：修正後トップページ）

「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、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。

「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。

F. 研究発表

1. 論文発表

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

of China. *Sangyo Eiseigaku Zasshi*. 2020 Mar 25;62(2):72-82.

- 4) Kimura K, Nagata T, Ohtani M, Nagata M, Kajiki S, Fujino Y, Mori K. Cardiovascular and cerebrovascular diseases risk associated with the incidence of presenteeism and the costs of presenteeism. *J Occup Health*. 2020 Jan;62(1):e12167.
- 5) 神田 橋 宏治, 石澤 哲郎, 梶木 繁之, 武藤 剛, 守田 祐作, 大神 明. 遠隔機器を用いた労働者の健康管理：産業保健領域における遠隔機器を用いた健康管理のシステムティックレビューと遠隔産業医面接に関する法制度の現状 産業医学レビュー33 巻（2020-2021）1 号
- 6) 永田 智久, 梶木 繁之, 森 貴大, 永田 昌子, 森 晃爾. 糖尿病を有する労働者への対応と支援：産業保健スタッフに求められる役割. *日本職業・災害医学会誌* 68(5), 255-261, 2020-09.
- 7) Kusumoto A, Kajiki S, Anan T, Nagata T, Nagata M, Fujino Y, Mori K. Changes in Presenteeism Six Months After Returning from Sick Leave Due to Mental Illness. *J UOEH*. 2021;43(4):385-395.
- 8) Anan T, Kajiki S, Oka H, Fujii T, Kawamata K, Mori K, Matsudaira K. Effects of an Artificial Intelligence-Assisted Health Program on Workers With Neck/Shoulder Pain/Stiffness and Low Back Pain: Randomized Controlled Trial. *JMIR Mhealth Uhealth*. 2021 Sep

24;9(9):e27535.

- 9) Sakai K, Nagata T, Nagata M, Kajiki S, Fujino Y, Mori K. Relationship between impaired work function and coping behaviors in workers with low back pain. J Occup Health. 2021 Jan;63(1):e12272.
- 10) Nagata T, Ito D, Nagata M, Fujimoto A, Ito R, Odagami K, Kajiki S, Uehara M, Oyama I, Dohi S, Fujino Y, Mori K. Anticipated health effects and proposed countermeasures following the immediate introduction of telework in response to the spread of COVID-19: The findings of a rapid health impact assessment in Japan. J Occup Health. 2021 Jan;63(1):e12198.
- 11) 守田祐作, 石澤哲郎, 梶木繁之, 櫻木園子, 澤田有喜子, 種市摂子, 武藤剛, 神田橋宏治. 新型コロナウイルス感染拡大に伴う緊急事態宣言中の産業保健活動. 産衛誌 2022; 64(1): 42-51.
- 12) 加来佐和子, 宮田佳代子, 土屋雅子, 日下祥子, 小坂橋美帆, 諸井夏子, 清水理恵子, 清水麻理子, 荒井麻理, 藪本麻紗子, 松永直子, 前田亮子, 岩佐悟, 堀之内秀仁, 里見絵理子. がん専門病院における就労相談・支援内容の実態調査. 産衛誌 2021. 印刷中.
- 13) 簗原里奈, 小林祐一, 古屋佑子, 絹川千尋, 立石清一郎, 渡辺聖二, 森晃爾. 治療と仕事の両立支援の手続きの中で産業医から主治医に提供された情報および助言内容の質的研究. 産衛誌 2021; 63(1): 6-20.
- 14) 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.
- 15) 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.
- 16) 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) 梅田絵理子, 梶木繁之, 平岡晃, 加来佐和子, 木村登哉, 伊藤直人, 大崎陽平, 垣本啓介, 古屋佑子, 江口尚. 小規模事業場における治療と仕事の両立支援を支援するシステムの開発 (第1報) -配慮事項リストの作成-

第 95 回日本産業衛生学会（高知）
2022 年 5 月

- 2) 木村登哉、梶木繁之、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、江口尚. 治療と仕事の両立支援システムの開発（第 2 報）-配慮事項の優先順位に関する検討-. 第 95 回日本産業衛生学会（高知） 2022 年 5 月
- 3) 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
- 4) 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

- 1) 大河原眞、梶木繁之、楠本朗 et al. 精神科主治医からの情報提供を充実させるために産業医が依頼文書に記載すべき要素の検討. 産衛誌 2018; 60(1): 1-14.
- 2) 中小企業のメンタルヘルス対策「こころの”あんしん”プロジェクト」. ツール 5: 医療機関の診療を受ける時に役立つメモ. あんしん財団.
<https://www.anshin-okoro.com/tool5.html>

「大腸ガンで入院加療後、自宅にて療養していた社員の両立支援プロセス：例」

社員数：45名、配管工事施工会社

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

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

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

「くも膜下出血後記憶障害、業務内容調整で治療と仕事の両立を目指す事例」

社員数：50名、電子部品メーカー 子会社

事例：50歳男性 資材管理部門 事務職

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

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

「1型糖尿病で入院加療後、自宅にて療養していた社員の両立支援プロセス：例」

社員数：48名、電子部品製造会社

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

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

25	社員	ありがとうございます。		
26	人事担当者	では、こちらの書類を持って主治医を受診し、意見（両立支援に関する主治医の意見書：意見書）をもらってきてください。		
27	社員と主治医とのやりとり（本人と会社からの情報をもとに意見書を作成する）			
28	社員（患者）	会社に復帰の希望を伝えたところ、「仕事と治療の両立支援」に基づく書類を提出してもらいました。 <u>記載内容の作成時には、私の意見も概ね聞いてもらってます。</u> 先生の意見をこちらの書類に追記いただけますか。		
29	主治医	わかりました。会社はBさんの復帰を前向きに支援してくれていますね。		
30		私から意見を加筆するにあたり、何か気がかりなことはありませんか。また、要望があればお聞かせください。		
31	社員	通院のため、定期的に会社を休む必要があるのと、時々調子が悪くなるのでその際に、休ませてもらえれば大丈夫です。後は先生にお任せします。		
32	主治医	わかりました。		
33		会社は今までと同様、事務業務（経理と総務）をやって欲しいんですね。大丈夫ですか。		
34	社員	元々やっていた業務なので、問題ありません。大丈夫です。		
35	主治医	わかりました。では主治医の立場で、両立がうまくいくような意見を提案しましょう。いただいた書類に追記しますね。		
36	①	a) 工事監督の業務の実施は差し支えない。（会社からの提示内容）	就業配慮への返答	7
37		「提示業務に問題あり □、提示業務で問題なし ■」	就業配慮への返答	7
38	②-1	推奨される配慮（避けたほうが良い取り組み）：以下は例示	配慮事項への返答	8
39		「就業時間制限 □、残業時間制限 □、休日出勤制限 □・・・」	配慮事項への返答	8
40		「車両運転業務制限 □、重量物取り扱い作業制限 □・・・」	配慮事項への返答	8
41		「立ち作業制限 □、・・・」	配慮事項への返答	8
42	②-2	推奨される配慮（実施が支援される取り組み）：以下は例示	配慮事項への返答	8
43		「自由記述：通院時に休暇が必要となるため、配慮ください、など」	配慮事項への返答	8
44	③	推奨される社内制度：以下は例示	社内制度への返答	5
45		「時間単位の年次有給休暇制度 □、疾病・病気休暇制度 ■・・・」	社内制度への返答	5
46		「フレックス勤務制度 ■、時間短縮勤務制度 ■・・・」	社内制度への返答	5
47		症状が変化したり、仕事が辛くなったら早めに連絡ください。		
48		ではこちらを会社に提出ください。		

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

社員数：100名、百貨店グループ会社

事例：46歳女性、百貨店で店頭販売員（パートタイマー）として勤務

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

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

「肺がんと診断後、通院による治療と仕事の両立支援プロセス：例」

社員数：45名、工務店勤務

事例：45歳男性、建設の事業計画・施工管理のとりまとめを行う部署。

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

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

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

職場で配慮したほうがいいこと

職場で配慮すべき事項の代表的なものです。



重作業



長時間立位



車の運転



通勤



重作業



長時間立位



車の運転



通勤

配慮事項の一覧

両立支援の事例

※写真 or ロゴ

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

企業名をいれる企業名をいれる企業名をいれる企業名をいれる企業名をいれる

※写真 or ロゴ

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

企業名をいれる企業名をいれる企業名をいれる企業名をいれる企業名をいれる

※写真 or ロゴ

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

企業名をいれる企業名をいれる企業名をいれる企業名をいれる企業名をいれる

導入事例一覧 >

よくあるご質問

利用するにあたって費用は発生しますか？



利用するにあたって費用は発生しますか？



利用するにあたって費用は発生しますか？



※数が多ければFAQページを別途設ける

お知らせ

2021年4月1日 ○○○○○○○○○○○○○○○を更新しました。

2021年4月1日 ○○○○○○○○○○○○○○○を更新しました。

2021年4月1日 ○○○○○○○○○○○○○○○を更新しました。

2021年4月1日 ○○○○○○○○○○○○○○○を更新しました。

2021年4月1日 ○○○○○○○○○○○○○○○を更新しました。

[お知らせ一覧 >](#)

[利用規約](#) [個人情報保護方針](#) [お問い合わせ](#)



© xxxxtool. All Rights Reserved.

利用する

[お問い合わせ](#)

[利用規約](#)

[個人情報保護方針](#)

© xxxxtool. All Rights Reserved.

あなたの情報を入力してください

質問1 あなたの情報を選んでください（複数選択可）

☒ だるさ・疲れやすさ	☐ 記憶力低下や集中力の低下
☒ 吐き気・嘔吐	

質問2 あなたの仕事の特徴を選んでください（複数選択可）

☐ 重量物取り扱い	☒ 長時間立位
☐ 暑熱作業	

検 索

[お問い合わせ](#)

[利用規約](#)

[個人情報保護方針](#)

© xxxxtool. All Rights Reserved.

配慮すべき事項の検索結果

安全配慮

重量物の取扱いはできるだけ避け必要最小限にする

この配慮事項をコピーする

合理的配慮

小休止や休憩を自分のペースで取れる職場に配置する。

この配慮事項をコピーする

横になって休める休憩所を設置する。

この配慮事項をコピーする

交代制、複数名の業務とすることで連続作業時間を制限する。

この配慮事項をコピーする

[お問い合わせ](#)

[利用規約](#)

[個人情報保護方針](#)

© xxxxtool. All Rights Reserved.

◎ 産業保健委員会答申 2019-2020

1) はじめに

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

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

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

2) 関係機関の立場より現状と考察

(ア) 両立支援促進員の立場より

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

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

きながら両立支援プランを立てる、という流れである。

センターでは今年の4月から11月までの8か月の間に、労働者、事業場から29件の両立支援の初回相談を受けた（労働者18件、事業場11件）。そのうち、13件は労働者数が50人以上の事業場であった（労働者8件、事業場5件）。この13件中、7件は「産業医はいるが機能していない。」という状況であった（労働者4件、事業場3件）。

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

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

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

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

1) 産業医個人に依る課題（時間的な課題、技術的な課題、認識の課題）

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

2) 事業場の環境整備の課題

① 大企業の縦割り

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

② 中小企業において産業医との連絡がとれていない。

- ・両立支援は診断の報告を受けた時点で産業医を交えて取り組むことが望まし

いが、休職期間満了間際に本人又は事業場からセンターへ相談してくる事例がある。

3) 両立支援の位置づけ

・長時間労働者、高ストレス者の面接指導は産業医の職務として明記されている（安衛則第14条第1項）が、両立支援についてのガイドラインはあるものの、明確な規定はされていない。そのため、労働者が両立支援を申出しても、産業医面談まで到達できないことがある。

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

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

(イ) 両立支援コーディネーターの立場より

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

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

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

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

(ウ) 病診連携室・社会福祉士（ソーシャルワーカー）の立場より

がん診療連携拠点病院等に設置されているがん相談支援センターでは、診断時から治療中、終末期とあらゆる時期のがん患者やその家族から多くの相談が寄せられる。少し前までは、がん患者の多くは自身の就労の問題について、治療している医療機関の医師やスタッフに相談することを躊躇していた。しかし、がん治療と就労の両立支援が社会的にも大きな課題となり、産業保健委員である社会福祉士が所属する病院でも 2014 年よりハローワークの長期療養者就職支援事業の一環としてハローワーク就職支援ナビゲーターによる出張相談が始まり、また 2017 年からは産業保健総合支援センターの両立支援促進員による出張相談が開始された。さらに 2018 年には厚生労働省から「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」²⁾ が公表された。

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

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

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

実際のところ、医療機関としてはまだまだ医師の両立支援に対する認識不足とい

う面は否めない。外来診察の短い時間では治療の方針や症状の対応などを話し合うのが精一杯で、患者の仕事の内容や勤務形態などについてまで話題にする余裕がないというのも事実である。事業場の処遇に関するコメントをするのは医療者の業務を超えると考える者も少なくなく、また主治医の意見を書面で残すことで、事業者に配慮を強制してしまうのではないかと記載を躊躇する医師もいる。また、会社や産業医側としても負担が大きくなることは避けられないため、医療者と同様に書面に残すことに抵抗を感じているケースも少なくないように思われる。しかし主治医と事業場が連携することで、事業場と患者である労働者の双方が納得した形で就労継続することが可能になる。そしてその事業場において産業医は、患者である労働者の自己保健義務と事業者の安全配慮義務がそれぞれ適切に実行されるための支援者であり、両者をつなぐ大切な役目を担っている。

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

(エ) 社会保険労務士の立場より

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

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

病気休暇制度がある企業割合は 22.4%（平成 25 年）という報告⁶⁾がある。また、時間単位の年次有給休暇がある企業の割合は 16.2%（平成 27 年）という報告⁷⁾がある。勤務制度において短時間勤務制度を導入している企業割合：14.8%（平成 26 年）という報告⁸⁾や在宅勤務（テレワーク）を導入している企業割合：11.5%（平成 26 年）と

いう報告⁸⁾があるが、いずれも決して多くの企業が導入はしていない現状がある。
以下に規程されると良いと思われるものを挙げておく。

① 治療のための休職制度

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

② 失効年次有給休暇付与制度

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

③ 再雇用制度

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

④ 復帰後の時短勤務等

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

⑤ 有給休暇の半日・時間単位付与

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

⑥ 時差出勤制度、フレックスタイム制度

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

⑦ テレワーク制度

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

⑧ がん罹患従業員用就業規則

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

3) 臨床医の立場からの現状と考察

(ア) 背景

がん患者が治療に臨む場合は、身体的な悩みのみならず一人では解決困難な多くの

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

(イ) 現状 ～臨床医の立場から～

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

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

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

2020 年度療養・就労両立支援指導料の対象者は、産業医のみならず総括安全衛生管理者・衛生管理者・安全衛生推進者・保健師が専任されている事業場の就労者に拡大された。

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

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

先述の相談支援加算 50 点を取得するには、「十分な体制」が算定要件とされている。

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

（ウ）考察 ～臨床医の立場から～

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

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

4) 産業医の立場からの現状と考察

① 嘱託産業医の現状

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

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

分¹⁹⁾と考えられている。

産業医の実働数については、平成 28 年の日本医師会産業保健委員会答申からの推計 3 万人が引用されているが、平成 22 年の労働安全衛生基本調査と平成 26 年の経済センサスによれば、労働者が 50 人～999 人の事業場数は 162,401 事業場であり、産業医選任率から算定される選任産業医数は 140,894 人となる。未だに「実働 3 万人」だとすれば、産業医 1 人当たり平均 4.7 事業場を担当していることになる（表 1、表 2）が、調査から 10 年近く経過した現在においては、産業医の実働数は認定産業医数の増加とともに増えていると考えられることから、現在の実働数はさらに多いと考えられる。産業医活動の現状把握は、治療と仕事の両立支援だけでなく、嘱託産業医の抱える様々な課題に対応するためにも必須である。

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

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

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

② 専属産業医の場合

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

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

③ 嘱託産業医の場合

i) 業務全体における両立支援の位置づけ

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

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

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

ii) 技術的な課題：嘱託産業医の支援体制の整備

嘱託産業医(臨床医や開業医)にとって、産業医の職務に対する苦手意識は根強く、嘱託産業医活動の弊害になっていると考えられる²¹⁾。産業医の職務は、職場巡視や衛生委員会への参加などのルーチンワーク以外に、長時間勤務者やストレスチェックにおける高ストレス者への面接指導など、労働者を取り巻く環境の変化とともにその範囲が広がってきた。治療と仕事の両立支援において、

事業場や労働者を熟知した産業医は両立支援コーディネーターの働きに大きく影響を及ぼす存在であるが、嘱託産業医が自らの業務を効率的・効果的に実践するためには、それぞれの業務に対する従来の教科書的な研修だけではなく、彼らが直面する多様な事例に的確に対処するためには産業医のスキルアップが不可欠であると考える。またそのためには産業保健総合支援センターを中心とした産業医の支援体制を整備することが必要である。現在の労働安全衛生分野の専門相談員だけでなく、労働法や労使調停などの法律専門家等も加えて相談範囲を拡充し嘱託産業医のニーズに総合的に対応できる体制づくりや実地研修の強化も急務であると考える。

iii) 時間的な課題 : 社会的ネットワーク、クリニックの存在で解決

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

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

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

5) 学術的な整理

① 日本におけるがん就労者の両立支援に関する研究

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

高橋らは^{26),27)}、「働くがん患者と家族に向けた包括的就業支援システムの構築に関する研究：患者/家族・人事労務担当者・産業保健担当者の 3 者の視点を生かした支援リソースの開発、評価、普及啓発法の検討」の中で、がん患者の就労の種々の関係者を対象とした実態調査と、その知見に基づいた支援リソースを開発している。

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

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

若尾らは³⁰⁾「医療機関におけるがん患者就労支援の包括的な仕組みの構築」に向け、就労支援の共通基盤となるべき基本的要素を検討するとともに、働くがん患者が治療の時間軸の中で、「いつ離職を考慮しているのか」を明らかにし、それぞれの時期における有用な支援を解明している。探索因子分析では多職種アプローチにより「患者の職場での心身のセルフケア能力を高める」、「治療と仕事を両立できるように患者の職場環境の支援獲得能力を高める」の 2 因子 26 項目を抽出している。また、治療時期により変化する支援ニーズとして、「診断初期の患者は利用可

能な支援制度の情報ニーズや、治療に要する時間等の標準的ながん治療の情報に対するニーズ」が高く、「診断から時間がたつごとに制度や医学的情報では解決困難な他の患者の工夫を知る場を求めている」ことを明らかにしている。さらに「仕事と治療の両立お役立ちノート draft 版」（平成 30 年度作成）も発行している³¹⁾。

遠藤らは³²⁾、がん患者のがん種別の復職率、退職率、がん罹患前後の検診結果等进行分析し、疾病により業務に影響が生じたと回答があった事例を検証し、「車輛運転の困難さ」が最多であることや業務遂行に影響した体調の変化で、「体力低下、痛み、動作への影響、思考力の低下、メンタルヘルス不調」などが上位であることを報告している。その他、退職・転職のリスクファクターとして、「ステージⅡ,Ⅲ,Ⅳ」「正社員でない」「職場の人にがんであることを伝えていない」「立ち作業がベースの職場環境」「管理職でない」に有意な結果が認められたと報告している。がん種によって年齢構成や雇用形態、治療内容に違いがあり、それらが就労継続の可否に影響を及ぼしていることや、事業場の規模と就労形態が離職に影響を与えていること、両立に関する相談相手は、「上司、主治医、院内相談室」の順であり、「産業医の役割」に関する周知が課題であることなども報告している。また「がんと就労のエビデンスブック」「がん患者就労支援ガイドンス」「就労意見書作成支援ソフト（がん共通版）」といった研究成果（ツール集）をホームページ上に公表している³³⁾。また、「がん患者の就労実態に関するエビデンス（循環器疾患と比べ、がんでは禁煙率が低い傾向にあること、いずれの疾患による病休後も禁煙率は6割を超えていたこと）」を明らかにしている。

② 国や行政による「治療と職業生活の両立支援」の推進と産業医への期待

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

6) 提言として

① 周知と顔の見える関係づくり

須賀ら（2019）は、全国の一般企業の労働者 2,000 名と経営者 1,000 名を対象としたアンケート調査で、厚生労働省の両立支援の取り組みを知っている者は、労働

者調査で 6 %、経営者調査で 15%にとどまったと報告している³⁴⁾。

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

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

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

② 成功事例(研修等で紹介・活用)や活用すべきものの整理

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

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

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

③ 社会資源の整理(産業医から企業への提言も必要)

両立支援は、前述にもあるように多職種が様々な関与をしていくことが必要かつ重要で、産業保健、臨床医学の範囲にとどまるものではない。その主体はあくまで事業場であり、また産業医自身がすべての配慮をしていくことは非常に難しい

ことである。両立支援に対する様々な機能や必要性について産業医は情報や知識を整理しておき、機会があるごとに事業場に提案していくことが重要である。病気の治療と仕事の両立に関する実態調査でも配慮事項としてあげている³⁸⁾「通院のための休暇」、「仕事内容の変更」、「労働時間の短縮」など、職場制度も労働者である患者にとっては重要なこととなる。こうした情報や知識は社会保険労務士が欠かさないが、両立支援コーディネーターとの協働や産業保健総合支援センターの助言など、外部資源も活用し社内制度の見直しを推進していくよう進言することも産業医の重要な一つの手段となる。

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

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

④ インフラツール等の活用

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

そのほか、2020 年のコロナ禍では衛生委員会等や医師面接にオンラインを導入した企業も増えたと考えられ^{39),40)}、嘱託産業医にとっては安全衛生委員会への出席や様々な面談や相談業務が遠隔でも行えるようになったことも時間的な課題を解決する一つの手段となる可能性は高い。一方、導入費用の問題や電子機器に不慣れな産業医も少なくないことについては何らかの支援が必要となると思われる。

今まで面談時間の確保が難しかった忙しい労働者や産業医にとっても時間を有効に使えるメリットも多く、今後の広がり期待したい。

7) 今後の課題

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

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

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

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

8) おわりに

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

解を示すことが困難になるかもしれない。

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

参考文献

- 1) 首相官邸 働き方改革の実現
- 2) 厚生労働省. 事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン 2020 年 3 月改訂
- 3) 厚生労働省 第 13 次労働災害防止計画について 2018 年 3 月 19 日公示
- 4) 中小企業事業者のために産業医ができること- 目指せ健康経営-
<https://www.johas.go.jp/Portals/0/data0/sanpo/material/download/sangyouikatuyouseminer.pdf>
- 5) 独立行政法人労働政策研究・研修機構 第 103 回労働政策フォーラム「病気の治療と仕事の両立に関する実態調査」調査結果の概要（2019 年 6 月 28 日）
https://www.jil.go.jp/event/ro_forum/20190628/resume/02-kenkyu-okuda.pdf
- 6) 厚生労働省. 平成 25 年就労条件総合調査結果の概要
- 7) 厚生労働省. 平成 27 年就労条件総合調査結果の概要
- 8) 厚生労働省. 平成 26 年就労条件総合調査結果の概要
- 9) 独立行政法人労働政策研究・研修機構. メンタルヘルス, 私傷病などの治療と職業生活の両立支援に関する調査. (2013)
(<https://www.jil.go.jp/institute/research/2013/112.html>)
- 10) 厚生労働省. 治療と職業生活の両立等の支援の現状について.
(<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000023wrx-att/2r98520000023wzb.pdf>)
- 11) 厚生労働省. 平成 30 年 労働安全衛生調査（実態調査） 結果の概況.
(<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/h30-46-50b.html>)
- 12) 立石清一郎. 産業医科大学病院での治療と仕事の両立支援の実践. 肺癌 60(3): 215, 2020
- 13) 厚生労働省. 治療と仕事の両立について
(<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000115267.html>)
- 14) Nishikido N. Sense of difficulty in providing support for balancing cancer: Treatment and work among occupational health nurses. Jpn J Health & Human Ecology 86(2): 65-75, 2020
- 15) 独立行政法人労働者健康安全機構. 両立支援コーディネーターマニュアル.
(https://www.johas.go.jp/Portals/0/data0/kinrou/ryouritu/ryouritumanyuaru_2020_4.pdf)
- 16) 石崎雅浩. がん患者における両立支援の現状と今後. 日本職業・災害医学会会誌. 67(4):284-288, 2019

- 17) 加藤宏一. 治療就労両立支援モデル事業報告 がん分野. 日本職業・災害医学会会誌 67(4): 289-293, 2019
- 18) 厚生労働省. 両立支援ナビ 両立支援の取り組み事例
(<https://chiryoutoshigoto.mhlw.go.jp/case/index.html>)
- 19) 堤明純. 治療と就労の両立支援のための事業場内外の産業保健スタッフと医療機関の連携モデルとその活動評価指標の開発に関する研究 産業医学ジャーナル Vol.42 No.4 2019 5-9
- 20) 森洋一. 現在の産業医制度に対する産業医の意識に係る調査研究 京都産業保健総合支援センター
- 21) 日本医師会. 産業医活動に対するアンケート調査の結果について 平成 27 年 9 月 25 日
- 22) 内閣府平成 28 年度 がん対策に関する世論調査
- 23) 高橋都. 働くがん患者と家族に向けた包括的就業支援システムの構築に関する研究：患者/家族・人事労務担当者・産業保健担当者の 3 者の視点を生かした支援リソースの開発、評価、普及啓発法の検討 (H22-がん臨床-一般-008)
<https://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.do?resrchNum=201221007B>
- 24) 独立行政法人 労働政策研究・研修機構. 病気の治療と仕事の両立に関する実態調査 (企業調査) JILIP 調査シリーズ No.181 2017
- 25) 志岐直美. 治療と仕事の両立支援のさらなる普及に向けた課題と提言～中小企業にけるガイドラインの認知度調査の結果から～みずほ情報総研レポート vol.17 2019
- 26) 高橋都. 働くがん患者と家族に向けた包括的就業支援システムの構築に関する研究：患者/家族・人事労務担当者・産業保健担当者の 3 者の視点を生かした支援リソースの開発、評価、普及啓発法の検討 (H22-がん臨床-一般-008)
<https://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.do?resrchNum=201221007B>
- 27) 高橋都. 働くがん患者の職場復帰支援に関する研究－病院における離職予防プログラム開発評価と企業文化づくりの両面から (H26-がん政策-一般-018)
<https://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.do?resrchNum=201607017B>
- 28) がん患者の就労支援等に関する研究 (各種支援ツール)
https://www.ncc.go.jp/jp/cis/divisions/05survivor/05survivor_01.html
- 29) がん治療と就労の両立支援度チェックと改善ヒント
<https://www.ncc.go.jp/jp/cis/divisions/05survivor/check/index.html>
- 30) 若尾文彦. がん患者の就労継続及び職場復帰に資する研究 (H29-がん対策-一般-011)
<https://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.do?resrchNum=201808011A>
- 31) 働く世代のあなたに 仕事とがん治療の両立お役立ちノート Draft Ver.4
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000204876.pdf>
- 32) 遠藤源樹. がん患者の就労継続及び職場復帰に資する研究 (H29-がん対策-一般-012)
<https://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.do?resrchNum=201908012B>
- 33) 順天堂発・がん治療と就労の両立支援ガイド - Cancer and Work-

<https://www.juntendo-caw.com/index.php>

34) 須賀万智.「治療と仕事の両立支援の現状と課題 ～労働者と経営者に対するアンケート調査」 産業衛生学雑誌 (2019)

https://www.jstage.jst.go.jp/article/sangyoeisei/61/2/61_2018-032-B/_pdf/-char/ja)

35) 須賀万智.「治療と仕事の両立支援に関する全国労働者調査～支援制度の認知と利用申出の意識」 産業衛生学雑誌 2020;62(6):261-270) (2020)

36) サッポロビール株式会社ホームページ

https://www.sapporobeer.jp/news_release/0000009277/

37) がんアライ部ホームページ

<https://www.gan-ally-bu.com/>

38) 独立行政法人労働政策研究・研修機構. 第 103 回労働政策フォーラム「病気の治療と仕事の両立に関する実態調査」調査結果の概要 (2019)」

https://www.iil.go.jp/event/ro_forum/20190628/resume/02-kenkyu-okuda.pdf

39) 厚生労働省. 情報通信機器を用いた医師による面接指導の実施について ～令和 2 年 11 月 19 日付通達～

<https://www.mhlw.go.jp/hourei/doc/tsuchi/T201124K0010.pdf>

40) 厚生労働省. 情報通信機器を用いた安全委員会等の開催について ～令和 2 年 8 月 27 日付通達～

<https://www.mhlw.go.jp/hourei/doc/tsuchi/T200901K0020.pdf>

図1 職場復帰の可否等について主治医の意見を求める際の様式例¹³⁾

勤務情報を主治医に提供する際の様式例

(主治医所属・氏名) 先生

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

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

上記内容を確認しました。
令和 年 月 日 （本人署名）
令和 年 月 日 （会社名）

図2 治療状況や就業継続の可否等について主治医の意見を求める際の様式例¹³⁾

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

患者氏名		生年月日	年	月	日		
住居							
病名	(複製や集積銀行に記録も取りし得る診療や薬の処方内容)						
現在の症状							
治療の予定	(入院治療・経口治療の必要性、今後のスケジュール（4年以内、月1回の診察が必要、等）						
退院後/治療中の就業継続の可否	☐ 可 (職務の継続への影響は考えられない) ☐ 条件付きで可 (就業上の配慮があれば可能) ☐ 現時点で不可 (療養の継続が望ましい)						
業務の内容について職場で配慮したほうがよいこと(望ましい就業上の配慮)	※ 働く日の数ではない。働く場所での作業は避ける、車の運転は不可、残業を避ける、業務の効率や振り回しを避ける、など。 ※ 継続された勤務時間と就業先、就業の環境から必要と考えられる勤務上の配慮をお知らせします。						
その他配慮事項	※ 通勤時間を短縮する、休養期間を短縮する、など。 ※ 治療のために必要と考えられる就業上の配慮をお知らせします。						
上記の診断書期間	年	月	日	～	年	月	日

上記内容を確認しました。
令和 年 月 日 （本人署名）

上記のとおり、診断し、就業継続の可否等に関する意見を提出します。
令和 年 月 日 （主治医署名）

〔注〕この書状は、患者が請求を提出することなく医師と病院を両立できるよう、職場での対応を検討するにあたり使用するためのものです。この書状は、患者本人から会社に提供され、プライバシーに十分配慮して管理されます。

図 3 職場復帰の可否等について主治医の意見を求める際の様式例 ¹³⁾

職場復帰の可否等について主治医の意見を求める際の様式例

患者氏名		生年月日	年	月	日
住所					
職場に関する意見	☐ 復帰可 ☐ 条件付き可 ☐ 現時点で不可 (休業：～ 年 月 日)				
業務の内容について職場で配慮したほうがよいこと (望ましい就業上の措置)	例：重いものを扱えない、暑い場所でも作業は避ける、車の運転は不可、残業を避ける、長距離の送迎や夜勤は避けよう など 注：提供された診断結果を基に、患者の状況から必要と考えられる配慮等の記載をお願いします。				
その他配慮事項	例：通院が頻りに発生する、休職期間を短縮する など 注：転院のために必要と考えられる配慮等の記載をお願いします。				
上記の措置期間	年 月 日 ～ 年 月 日				
上記内容を確認しました。 令和 年 月 日 (本人署名)					
上記のとおり、職場復帰の可否等に関する意見を提出します。 令和 年 月 日 (主治医署名)					

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

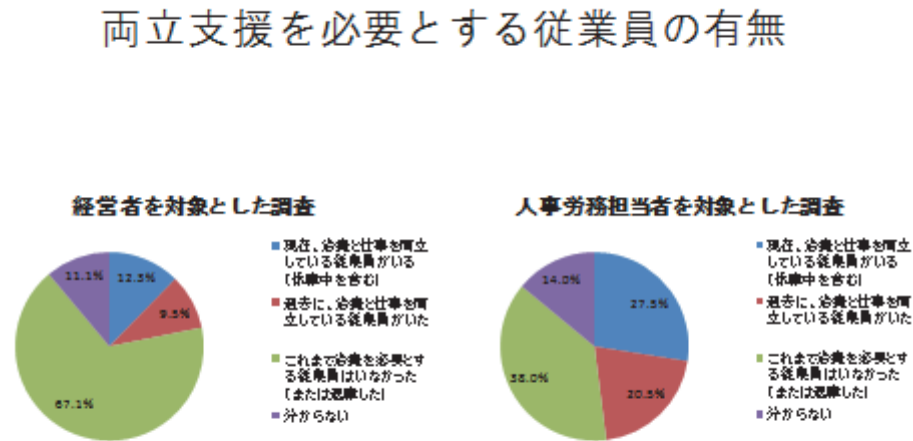
図 4 両立支援/職場復帰支援プランの作成例 ¹³⁾

両立支援プラン/職場復帰支援プランの作成例

作成日： 年 月 日

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

図5 両立支援を必要とする従業員の有無



志岐直美 みずほ情報総研レポート vol.17 2019より

表1 産業医の選任義務がある事業場における産業医の選任状況

事業場規模	事業場数	労働者数	産業医選任率
1000人以上	1, 944	3, 774, 310	99. 80%
500～999人	3, 973	2, 752, 037	98. 70%
50～499人	158, 428	18, 154, 574	86. 50%
合計	164, 345	24, 680, 921	87. 00%

平成22年労働安全衛生基本調査。平成26年経済センサス

表2 産業医の養成研修・講習を修了した医師の数（厚生労働省調べ）

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

表3 京都府における産業医の実働状況 ²⁰⁾

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

表 4 産業医活動を行うに当たっての課題 ²¹⁾

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

表 5 過去 3 年間の休業者人数 ²³⁾

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

過去3年間の休業者人数（SA、単位=%）

配慮番号	条件1	条件2	条件3	条件4	条件5	条件6	条件7	条件8	条件9	条件10	条件11
1	1-1&2-1	1-1&2-2	1-1&2-3	1-1&2-4	1-1&2-5	1-1&2-6	1-1&2-7	1-1&2-8	1-1&2-9	1-1&2-10	1-1&2-12
2	1-1&2-3	1-1&2-16	1-2&2-3	1-3&2-3	1-3&2-7	1-3&2-11	1-3&2-16	1-4&2-1	1-4&2-2	1-4&2-3	1-4&2-7
3	1-1&2-3	1-1&2-4	1-1&2-16	1-2&2-3	1-2&2-4	1-2&2-16	1-3&2-3	1-3&2-4	1-3&2-16	1-4&2-3	1-4&2-4
4	1-1&2-3	1-1&2-16	1-2&2-3	1-3&2-3	1-4&2-3	1-5&2-3	1-5&2-16	1-6&2-1	1-6&2-2	1-6&2-3	1-6&2-4
5	1-3&2-7	1-3&2-8	1-3&2-9	1-3&2-12	1-3&2-13	1-3&2-14	1-19&2-2	1-19&2-3	1-19&2-4	1-19&2-5	1-19&2-12
6	1-20&2-3	1-20&2-4	1-20&2-13	1-20&2-16							
7	1-1&2-2	1-1&2-7	1-1&2-8	1-1&2-9	1-1&2-10	1-1&2-12	1-1&2-13	1-1&2-14	1-2&2-2	1-3&2-2	1-3&2-12
8	1-1&2-6	1-1&2-7	1-1&2-8	1-1&2-9	1-1&2-10	1-1&2-11	1-1&2-12	1-2&2-6	1-2&2-7	1-2&2-8	1-2&2-9
9	1-1&2-1	1-1&2-3	1-1&2-4	1-1&2-5	1-1&2-6	1-1&2-7	1-1&2-9	1-1&2-10	1-1&2-12	1-1&2-13	1-1&2-14
10	1-1&2-8	1-1&2-9	1-1&2-10	1-1&2-11	1-2&2-9	1-2&2-10	1-2&2-11	1-3&2-9	1-3&2-10	1-3&2-11	1-4&2-11
11	1-22&2-9	1-22&2-10	1-22&2-15								
12	1-4&2-9	1-4&2-10									
13	1-1&2-12	1-2&2-12	1-3&2-12	1-4&2-12	1-5&2-12	1-6&2-12	1-18&2-12				
14	1-1&2-3	1-1&2-4	1-1&2-5	1-1&2-7	1-1&2-16	1-2&2-3	1-2&2-4	1-2&2-5	1-2&2-7	1-2&2-12	1-2&2-13
15	1-5&2-8	1-6&2-8	1-13&2-12	1-13&2-16	1-13&2-3	1-13&2-8					
16	1-1&2-15	1-2&2-15	1-3&2-15	1-4&2-15	1-5&2-15	1-6&2-15	1-14&2-6	1-14&2-15	1-15&2-6	1-15&2-15	1-17&2-6
17	1-1&2-7	1-1&2-9	1-1&2-15	1-2&2-15	1-3&2-9	1-3&2-15	1-4&2-15	1-5&2-15	1-6&2-15	1-9&2-1	1-9&2-2
18	1-1&2-8	1-2&2-10	1-1&2-14	1-1&2-15	1-2&2-14	1-3&2-14	1-6&2-15				
19	1-4&2-12	1-5&2-12	1-6&2-12								
20	1-1&2-1	1-1&2-7	1-2&2-1	1-3&2-1	1-5&2-1	1-5&2-13	1-6&2-1	1-7&2-1	1-7&2-4	1-7&2-5	1-7&2-7
21	1-19&2-8	1-21&2-8									
22	1-20&2-1	1-20&2-7	1-20&2-13	1-20&2-16							
23	1-22&2-1	1-22&2-2	1-22&2-3	1-22&2-4	1-22&2-5	1-22&2-6	1-22&2-7	1-22&2-8	1-22&2-12		
24	1-1&2-6	1-1&2-7	1-2&2-7	1-3&2-6	1-3&2-7	1-8&2-6	1-20&2-3	1-20&2-4			
25	1-3&2-3	1-20&2-3	1-20&2-16								
26	1-1&2-7	1-3&2-7	1-19&2-6	1-19&2-7							
27	1-19&2-6	1-21&2-6	1-21&2-7								
28	1-20&2-1	1-20&2-8	1-20&2-13								
29	1-3&2-9	1-3&2-10	1-4&2-9	1-4&2-10	1-5&2-10	1-5&2-11	1-5&2-9	1-19&2-9	1-19&2-10	1-21&2-9	1-21&2-10
30	1-4&2-13	1-5&2-13	1-6&2-13	1-8&2-1	1-19&2-13	1-21&2-13					
31	1-1&2-2	1-3&2-1	1-3&2-7	1-3&2-12	1-3&2-13	1-3&2-14	1-3&2-16	1-9&2-1	1-9&2-2	1-9&2-3	1-9&2-4
32	1-9&2-1	1-9&2-2	1-9&2-3	1-9&2-4							
33	1-1&2-5	1-2&2-5	1-3&2-5	1-7&2-5	1-8&2-5	1-9&2-5	1-14&2-5	1-18&2-5	1-19&2-5	1-22&2-5	
34	1-9&2-6										
35	1-13&2-1										
36	1-14&2-1										
37	1-14&2-1										
38	1-13&2-15										
39	1-1&2-12	1-2&2-12	1-14&2-12								
40	1-2&2-7	1-2&2-14	1-6&2-14	1-14&2-7	1-14&2-13	1-14&2-14	1-15&2-7				
41	1-2&2-7	1-6&2-6	1-6&2-7	1-14&2-7	1-15&2-7						
42	1-2&2-8	1-2&2-13	1-2&2-14	1-2&2-16	1-14&2-14						
43	1-6&2-8	1-15&2-8	1-16&2-8								
44	1-2&2-7	1-15&2-1	1-15&2-2	1-15&2-3	1-15&2-4	1-15&2-5	1-15&2-7	1-15&2-8			
45	1-1&2-9	1-1&2-10	1-2&2-10	1-2&2-8	1-2&2-9	1-2&2-14	1-15&2-8	1-16&2-8			
46	1-15&2-4	1-16&2-2	1-16&2-3	1-16&2-4	1-16&2-5	1-16&2-16					
47	1-1&2-7	1-16&2-3									
48	1-17&2-10										
49	1-17&2-1	1-17&2-2	1-17&2-3	1-17&2-4	1-17&2-5	1-17&2-7	1-17&2-8	1-17&2-9	1-17&2-10	1-17&2-11	1-17&2-12
50	1-1&2-11	1-1&2-15	1-2&2-11	1-2&2-15	1-3&2-15	1-17&2-9	1-17&2-10	1-17&2-11			

条件12	条件13	条件14	条件15	条件16	条件17	条件18	条件19	条件20	条件21	条件22	条件23
1-1&2-13	1-1&2-14	1-1&2-16	1-2&2-1	1-2&2-2	1-2&2-3	1-2&2-4	1-2&2-5	1-2&2-6	1-2&2-7	1-2&2-8	1-2&2-9
1-4&2-8	1-4&2-9	1-4&2-10	1-4&2-11	1-4&2-12	1-4&2-13	1-4&2-14	1-4&2-16	1-5&2-1	1-5&2-2	1-5&2-3	1-5&2-11
1-4&2-16	1-5&2-3	1-5&2-4	1-5&2-16	1-6&2-1	1-6&2-2	1-6&2-3	1-6&2-16	1-7&2-3	1-8&2-3	1-9&2-3	
1-6&2-7	1-6&2-12	1-6&2-13	1-6&2-14	1-6&2-16	1-7&2-1	1-7&2-3	1-7&2-4	1-8&2-1	1-8&2-3	1-8&2-4	1-9&2-1
1-19&2-16	1-20&2-2	1-20&2-3	1-20&2-4	1-20&2-5	1-20&2-9	1-20&2-11	1-20&2-12	1-20&2-14	1-21&2-3	1-21&2-4	1-21&2-9
1-3&2-13	1-3&2-14	1-4&2-2	1-4&2-3	1-4&2-8	1-4&2-12	1-5&2-2	1-5&2-3	1-5&2-8	1-5&2-12	1-6&2-2	1-6&2-12
1-2&2-10	1-2&2-11	1-2&2-12	1-3&2-6	1-3&2-7	1-3&2-8	1-3&2-9	1-3&2-10	1-3&2-12	1-3&2-14	1-4&2-6	1-4&2-7
1-1&2-16	1-2&2-1	1-2&2-2	1-2&2-4	1-2&2-5	1-2&2-6	1-2&2-7	1-2&2-8	1-2&2-9	1-2&2-10	1-2&2-11	1-2&2-12
1-5&2-9	1-5&2-10	1-5&2-11	1-6&2-9	1-6&2-10	1-6&2-11	1-7&2-9	1-7&2-10	1-8&2-9	1-8&2-10	1-9&2-9	1-9&2-10
1-2&2-14	1-3&2-4	1-3&2-5	1-3&2-7	1-3&2-12	1-3&2-16	1-5&2-16	1-6&2-16	1-7&2-6	1-7&2-7	1-8&2-7	1-9&2-4
1-17&2-15	1-19&2-15	1-21&2-15	1-22&2-8	1-22&2-15							
1-9&2-3	1-9&2-4	1-9&2-7	1-9&2-8	1-17&2-15	1-19&2-15	1-21&2-15	1-22&2-3	1-22&2-4	1-22&2-15		
1-8&2-1	1-8&2-5	1-8&2-7	1-9&2-1	1-12 & 2-1	1-19 & 2-1	1-19&2-2	1-19&2-5	1-19&2-6	1-19&2-7	1-19&2-13	1-21 & 2-1
1-9&2-7	1-9&2-8	1-10 & 2-1	1-10&2-2	1-10&2-3	1-10&2-4	1-10&2-5	1-10&2-6	1-10&2-7	1-10&2-8	1-10&2-16	1-11 & 2-1
1-17&2-13	1-17&2-14	1-17&2-16									

配慮番号	1-01& 2-1	1-01& 2-10	1-01& 2-11	1-01& 2-12	1-01& 2-13	1-01& 2-14	1-01& 2-15	1-01& 2-16	1-01& 2-2	1-01& 2-3	1-01& 2-4	1-01& 2-5	1-01& 2-6	1-01& 2-7	1-01& 2-8	1-01& 2-9	1-02& 2-1
1	1	1		1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2								1		1							
3								1		1	1						
4								1		1							
5																	
6																	
7		1		1	1	1			1					1	1	1	
8		1	1	1									1	1	1	1	
9	1	1		1	1	1		1		1	1	1	1	1		1	1
10		1	1												1	1	
11																	
12																	
13				1													
14								1		1	1	1		1			
15																	
16							1										
17							1							1		1	
18						1	1								1		
19																	
20	1													1			1
21																	
22																	
23																	
24													1	1			
25																	
26														1			
27																	
28																	
29																	
30																	
31									1								
32																	
33												1					
34																	
35																	
36																	
37																	
38																	
39				1													
40																	
41																	
42																	
43																	
44																	
45		1														1	
46																	
47														1			
48																	
49																	
50			1				1										
(空白)																	
総計	3	6	3	6	3	4	4	6	3	6	4	4	4	10	5	7	3

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

1-07& 2-8	1-07& 2-9	1-08& 2-1	1-08& 2-10	1-08& 2-13	1-08& 2-14	1-08& 2-15	1-08& 2-2	1-08& 2-3	1-08& 2-4	1-08& 2-5	1-08& 2-6	1-08& 2-7	1-08& 2-8	1-08& 2-9	1-09& 2-1	1-09& 2-10	1-09& 2-2
1		1		1	1		1	1	1	1	1	1	1		1		1
								1									
								1									
		1						1	1						1		1
1							1						1				1
	1		1			1					1	1	1	1		1	
								1			1						
	1		1											1		1	
												1					
															1		1
		1								1		1			1		
2	2	4	2	1	1	1	2	5	2	3	4	4	3	2	6	2	6

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

1-19& 2-7	1-19& 2-8	1-19& 2-9	1-20& 2-1	1-20& 2-10	1-20& 2-11	1-20& 2-12	1-20& 2-13	1-20& 2-14	1-20& 2-16	1-20& 2-2	1-20& 2-3	1-20& 2-4	1-20& 2-5	1-20& 2-6	1-20& 2-7	1-20& 2-8	1-20& 2-9
1	1				1	1		1	1	1	1	1	1	1			1
					1	1		1		1	1	1	1				1
							1		1		1	1					
1		1															
						1							1				
		1		1													
1																	
	1																
			1				1		1						1		
											1	1					
									1		1						
1																	
			1				1									1	
		1															
4	2	3	2	1	2	3	3	2	4	2	5	4	3	1	1	1	2

[illegible]

1-22& 2-11	1-22& 2-12	1-22& 2-13	1-22& 2-14	1-22& 2-15	1-22& 2-16	1-22& 2-2	1-22& 2-3	1-22& 2-4	1-22& 2-5	1-22& 2-6	1-22& 2-7	1-22& 2-8	1-22& 2-9	総計
1	1	1	1		1	1	1	1		1	1	1	1	207
1		1	1		1	1	1	1				1	1	49
														22
														50
														28
														4
						1								30
										1	1		1	109
	1								1		1			69
														32
				1									1	3
														2
														7
														30
														6
				1								1		16
				1			1	1						21
														7
														3
														28
														2
														4
	1					1	1	1	1	1	1	1		9
														8
														3
														4
														3
														3
														11
														6
														31
														4
									1					10
														1
														1
														1
														1
														1
														3
														7
														5
														5
														3
														8
														8
														6
														2
														1
														14
														8
2	3	2	2	3	2	4	4	4	3	3	4	4	4	896

配慮事項一覧

総括管理



余裕のある
(自分のペースで
活動できる)
スケジュール



遠隔地の出張や
単身赴任への対応



特定の症状に
対する対処



職場メンバーでの
会食への見合わせ



日勤業務・
交代勤務の制限



外見（容姿）
への気遣い



通勤手段の
裁量度アップ



フレックス制度
の活用



在宅勤務制度
の活用



勤務時間・
勤務間隔の
裁量度アップ



交代要員・
支援員の配置



内容物の表示



かかりつけ医
(緊急連絡先)
の確保

作業環境管理



就業時間中の
食事や水分の
摂取環境の整備



暑熱・寒冷環境
への対応



プライベートエリア
の確保



屋外作業の回避



オストメイトトイレ
の活用



ディスプレイ
の工夫



トイレにアクセス
しやすい職場
への配置



転倒転落防止

作業管理



連続作業時間の
制限・休憩場所や
機会の確保



暑さ・寒さ対策の
ための衣類・手袋等



痛みケアのため
の作業着



立位作業の制限・
座位作業の励行



複数名での作業



重量物取り扱い・
より身体的負担
の少ない作業への
転換



症状が軽くなる
作業姿勢



腕に負担の
かからない業務
を与える



高所作業の回避



遮光ツールの利用



習熟作業への配置



聴覚を要しない
業務への配置



聴覚障害
(片側 / 両側) へ
の留意



運転業務の禁止

健康管理



食事直後の
業務回避



体調確認



一般的な感染対策

治療と仕事の両立支援に関する企業から主治医への
就業配慮情報の提供のお願い(案)

病院
先生殿

氏名	(歳)
確認事項	

確認事項

この度は、弊社の上記社員に対する「治療と仕事の両立支援」について、主治医の先生のご意見をお伺いいたしご連絡いたしました。当該社員が、後ほどお示しする業務・職場で就業(復職)するにあたり、治療と仕事の両立をスムーズに行うため、社内が必要と思われる「配慮」などについて、主治医の立場から、ご意見をいただけると幸いです。ご協力、よろしくお願いいたします。

会社の立ち位置

弊社では厚生労働省が作成した「[治療と仕事の両立支援ガイドライン](#)」を参考に、病気を持ちながらも働きたい社員の「治療と仕事の両立を支援する仕組み」を導入し、社内での支援体制を整え、経営層・上司・人事総務部門・産業保健スタッフが連携して、なるべく社員本人の働く意欲を尊重した就労の機会を提供したいと考えております。具体的な職場の状況や就労条件、利用が可能な社内制度などは、次ページ以降を参照ください。

情報の取り扱いについて

この依頼書を通じて主治医の先生よりいただいた情報は、社員本人・上司・人事総務部門内の担当者のみで共有し、「治療と仕事の両立支援」を目的とした取り組みに限定して利用することを約束いたします。また、両立に必要な対応については、社内のできる限り対応することをお約束いたします。

つきましては、ご多忙のところ大変恐縮ですが、両立支援に必要な就業上の配慮に関するご意見のほどよろしくお願いいたします。(次ページ以降に詳細記載)

年 月 日
担当:
連絡先:

人事担当者記入箇所

人事担当者が、上司・本人と話し
合いをした上で記入する

人事担当者記入箇所

変更が必要な場合は、
人事担当者が修正する

人事担当者記入箇所

仕事に関する情報(現在もしくは今後就労する職場の状況)

従業員氏名	山田花子	生年月日	1976 年 11 月 29 日
住所	～～		
職 種	百貨店の店頭販売員(パートタイマー)		
職務内容	作業場所・作業内容: ○○百貨店の4階で婦人服の店頭販売をしている。基本的に立ち仕事。勤続7年目。 勤務時間は10時～19時だが、早番遅番もある。体を使う作業としては、商品の段ボールを運ぶ程度。 本社に嘱託産業医が1名おり、月1回会社に来訪し、従業員の面談等を行っている。 ☐体を使う作業(重作業) ☒体を使う作業(軽作業) ☐長時間立位 ☐暑熱場所での作業 ☐寒冷場所での作業 ☐高所作業 ☐車の運転 ☐機械の運転・操作 ☐対人業務 ☐遠隔地出張(国内) ☐海外出張 ☐単身赴任		
勤務形態	☐ 常勤勤務 ☒ 二交替勤務(早番、遅番) ☐ 三交替勤務 ☐ その他		
勤務時間	10 時 00 分 ～ 19 時 00 分(休憩 1 時間。週 4 日間。) 時間外・休日労働の状況:(基本的になし。繁忙期は月 20 時間程度。) 国内・海外出張の状況:()		
通勤方法	☐ 徒歩 ☒ 公共交通機関(着座可能) ☐ 公共交通機関(着座不可能) ☐ 自動車 ☐ その他()		
通勤時間	通勤時間:(30)分		
休業可能期間	〇 年 〇 月 〇 日まで(〇日間) (給与支給 ☒有り ☐無し 傷病手当金 〇%)		
有給休暇日数	残 〇 日間		
その他特記事項	・できるだけ負荷のかからないよう配慮したいと思いますが、店頭販売業務以外に事務作業があるものの、仕事としては限られた状況です。・ご家族も病氣療養中であり、家庭でのサポートは難しいと聞いております。・治療や体調が安定すれば、将来的に、通常通りに近いペースでお願いしたいと考えておりますが(ご本人も希望しております)いかがでしょうか。等		
利用可能な制度	☐ 時間単位の年次有給休暇 ☐ 傷病休暇・病氣休暇 ☒ 時差出勤制度 ☒ 短時間勤務制度 ☐ 在宅勤務(テレワーク) ☐ 試し出勤制度 ☐ その他()		

上記内容を確認しました。

年 月 日 (本人署名)
年 月 日 (会社名)

本人記入箇所

人事担当者記入箇所

専門用語を避け、できるだけ具体的に書きましょう。産業医の設置の有無や体制についても記載するとベターです。

ご本人が病氣であとどれ位休むことができるか、どのくらいの期間休むと制度上解雇になってしまうかお書きください。

そのほか、職場の体制やご本人の状況で気になる事をお書きください。

本人記入箇所

治療の状況や就業継続の可否等についての主治医からの意見書
(診断書と兼用)

従業員氏名	山田花子	生年月日	1976 年 11 月 29 日
住所	～～		
病名	乳がん		
現在の症状	～～		
治療の予定	～～		
退院後／治療中の就業継続の可否	☐ 可（職務の健康への悪影響は見込まれない） ☐ 条件付きで可（就業上の措置があれば可能） ☐ 現時点で不可（療養の継続が望ましい）		
業務の内容について職場で配慮したほうがよいこと（望ましい就業上の措置）	記入方法）本人及び会社との事前相談により、職場で対応可能な配慮事項を記しています。主治医の立場で必要と思われる事項にチェックを付けてください。 ☐ 余裕のあるペースで作業 ☐ 交代要員支援員の配置 ☐ かかりつけ医の確保 ☐ プライベートエリアの確保 ☐ 連続作業時間の制限休憩時間や機会の確保 ☐ 複数名での作業 ☐ 重量物より扱い・より身体的負担の少ない作業 ☐ 腕に負担のかからない業務を与える		
その他配慮事項			
上記の措置期間	年 月 日 ～ 年 月 日		

上記内容を確認しました。

年 月 日 （本人署名）

上記のとおり、治療と仕事の両立に必要な配慮について意見を提出します。

年 月 日 （主治医署名）

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

本人記入箇所

医師記入箇所

主治医の判断により、省略可能

主治医により、通勤や業務遂行に影響を及ぼし得る症状や薬の副作用等を記述（省略可）

主治医により、入院治療・通院治療の必要性、今後のスケジュール（半年間、月 1 回の通院が必要等を記述

主治医が、当てはまる項目にチェックを入れる

人事担当者 転載箇所

「治療サポート」の検索結果をこちらに転載した上で、主治医にチェックを付けてもらう

医師記入箇所

主治医による自由記述（省略可）

主治医による記述

本人記入箇所

医師記入箇所

両立支援プラン／職場復帰支援プラン
(主治医の意見をもとに必要に応じて作成する)

作成日	20××年 ○月 ○日		
従業員氏名	山田花子	生年月日	性別
		年 月 日	☐ 男 ☐ 女
所属	〇〇部	従業員番号	〇〇〇〇〇
期間	勤務時間	就業上の措置・治療への配慮等	治療等の予定
年 月 ～ 年 月	10 時 30 分 ～ 15 時 30 分 (休憩時間 60 分)	短時間勤務 毎日の通院配慮 残業・休日出勤・重作業禁止	平日毎日通院・放射線治療 (症状:疲れやすさ、免疫力の低下、皮膚のはがれ、むくみ、手術部位(左)の引きつれ)
年 月 ～ 年 月	10 時 00 分 ～ 17 時 00 分 (休憩時間 60 分)	短時間勤務 通院日の時間単位の休暇取得に配慮 残業・休日出勤・重作業禁止	週 1 回通院・薬物療法 (症状:疲れやすさ、免疫力の低下)
年 月 ～ 年 月	10 時 00 分 ～ 19 時 00 分 (休憩時間 60 分)	通常勤務に復帰 通院日の時間単位の休暇取得に配慮 残業・休日出勤・重作業禁止	月 1 回通院・薬物療法 (症状:疲れやすさ、免疫力の低下)
業務内容	基本的には店頭販売を継続するが、治療期間中は時短勤務や時差出勤制度を利用する。体調により長時間の立ち作業が難しい場合は、一部事務作業への切り替えを検討する。		
その他 就業上の 配慮事項	売り場では可能な限り2人以上配置し、体調に応じて休憩を取るようにシフトを調整する		
その他	・治療開始後は、2週間ごとに産業医・本人・総務担当で面談を行い、必要に応じてプランの見直しを行う。(面談予定日:●月●日●～●時) ・労働者においては、通院・服薬を継続し、自己中断をしないこと。また、体調の変化に留意し、体調不良の訴えは上司に伝達のこと。 ・上司においては、本人からの訴えや労働者の体調等について気になる点があればすみやかに総務担当まで連絡のこと。		

人事担当者記入箇所

人事担当者が、上司・本人と話し合いをした上で記入する

・復職直後は、体を慣らすために短時間勤務から始め、様子を見ていく事を推奨します。残業・休日出勤についても同様に、様子を見ながら調整するのがベターです。また、通勤ラッシュによる体力消耗を避けるため、時差出勤制度も有効です。

・治療によっては毎日通院が必要になる場合もあるため、週5日勤務→週4日勤務など勤務日数の配慮も必要です。

職場復帰にあたり元の職場で働くのか、別の職場へ配置転換を行うのか、「本人の希望」「会社でどこまで対応できるか」を本人・職場で話し合う必要があります。がんと診断された後も、元の職位や元の職場で十分にパフォーマンスを発揮している労働者もたくさんいます。過剰な配慮や一方的な決定は職場と本人との軋轢を生むこともありますので、注意が必要です。

復帰後に施行する就業配慮は、体調の回復に応じて適切に運用する事が大切です。配慮内容やいつまで続けるか、という点も復帰後に当該労働者と話し合いながら調整しましょう。

配慮事項を検索する

身体の特徴

業務に影響する本人が困っている症状を選んでください。

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ 1.だるさ・疲れやすさ | ☐ 2.記憶力低下や集中力の低下 | ☐ 3.吐き気・嘔吐 |
| ☐ 4.食欲低下 | ☐ 5.体重減少 | ☐ 6.ほてり・のぼせ・発汗 |
| ☐ 7.手足のしびれ・痛み | ☐ 8.手足のむくみ | ☐ 9.人工肛門・人工膀胱 |
| ☐ 10.下痢・頻便・便失禁 | ☐ 11.頻尿・尿漏れ | ☐ 12.皮膚の荒れ・爪の変化 |
| ☐ 13.脱毛 | ☐ 14.視力の低下 | ☐ 15.聴力の低下 |
| ☐ 16.声の出しにくさ・しゃべりにくさ | ☐ 17.免疫力の低下(感染しやすさ) | ☐ 18.気分の落ち込み |
| ☐ 19.骨転移の痛み | ☐ 20.放射線照射部の皮膚の違和感 | ☐ 21.手術部位の傷の痛み |
| ☐ 22.ダンピング症候群 | | |

職務の特徴

本人の行いうる仕事で該当するものを選んでください。

- | | | |
|-------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ 1.重量物取り扱い | ☐ 2.長時間立位 | ☐ 3.暑熱作業 |
| ☐ 4.寒冷作業 | ☐ 5.高所作業 | ☐ 6.車の運転 |
| ☐ 7.機械の運転・操作 | ☐ 8.対人業務 | ☐ 9.遠隔地出張 |
| ☐ 10.海外出張 | ☐ 11.単身赴任 | ☐ 12.交代制勤務 |
| ☐ 13.上肢作業 | ☐ 14.コンピューター作業 | ☐ 15.通勤 |
| ☐ 16.屋外作業 | | |

検索する

使い方・機能

治療サポの使い方

仕組みは簡単に。

質問に答えるだけで「アドバイス」がもらえます

Step 1



働いている本人が、
症状や働き方など
Web上で回答します。

Step 2



お薦めの配慮が案内
されますので、お互い
に確認し、配慮可能
なものを専用フォー
マットに記載します。

Step 3



両立支援の計画につ
いて主治医に最終確
認をとります。

早速、治療サポを使ってみる

治療サポの主な機能



話し合いを支援する検索システム

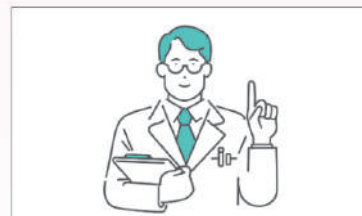
治療と仕事の両立するために、職場で配慮したほうがい
い工夫や取り組みについて話し合いをサポートする検索
システムです。

検索ツール >

主治医に提出する専用フォーマット

治療と仕事の両立するために、職場で配慮したほうがい
い工夫や取り組みについて話し合いをサポートする検索
システムです。

専用フォーマット >



配慮事項一覧

総括管理

社内ルールの新規作成や本人の選択権の確保などにより両立支援を行いやすくする配慮です。

 余裕のある(自分のペースで活動できる)スケジュール

 遠隔地の出張や単身赴任への対応

 特定の症状に対する対処

 職場メンバーでの会食への見合わせ

 日勤業務・交代勤務の制限

 外見(容姿)への気遣い

 通勤手段の裁量度アップ

 フレックス制度の活用

 在宅勤務制度の活用

 勤務時間・勤務間隔の裁量度アップ

 交代要員・支援員の配置

 内容物の表示

 かかりつけ医(緊急連絡先)の確保

作業環境管理

働く環境や福利厚生施設の新規増設や改修などの作業環境を工夫することで両立支援を行いやすくする配慮です。

 就業時間中の食事や水分の摂取環境の整備

 暑熱・寒冷環境への対応

 プライベートエリアの確保

 屋外作業の回避

 オストメイトトイレの活用

 ディスプレイの工夫

 トイレにアクセスしやすい職場への配置

 転倒転落防止

作業管理

作業の仕方や保護具の利用方法、作業による身体への負荷などを見直すことで両立支援を行いやすくする配慮です。

 連続作業時間の制限・休憩場所や機会の確保

 暑さ・寒さ対策のための衣類・手袋等

 痛みケアのための作業着

 立位作業の制限・座位作業の励行

 複数名での作業

 重量物取り扱い・より身体的負担の少ない作業への転換

 症状が軽くなる作業姿勢

 腕に負担のかからない業務を与える

 高所作業の回避

 遮光ツールの利用

 習熟作業への配置

 聴覚を要しない業務への配置

 聴覚障害(片側/両側)への留意

 運転業務の禁止

健康管理

作業者自身の体調に合わせた支援を行うことで両立支援を行いやすくする配慮です。

 食事直後の業務回避

 体調確認

 一般的な感染対策

＼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](#) 



仕事と治療の両立支援を促進する組織文化の尺度開発に向けて

分担研究者 北居 明 甲南大学経営学部・教授

研究要旨

本研究の目的は、仕事と治療の両立支援を促進する組織的特徴について、特に組織文化に注目して明らかにすることにある。2020年度は、先行研究特に定量的研究に関する文献レビューを行い、2021年度は日本における両立支援に関する事例研究から、その特徴について抽出を試みた。2022年度は、これまでの研究に基づいて仕事と治療の両立を支援あるいは阻害する組織文化の測定尺度を開発し、実証研究を試みた。

2020 年度

本年度は、仕事と治療の両立を促進する組織文化について、先行研究のレビューを試みた。しかし、現在のところ仕事と治療の両立を促進する組織文化については、定量的な尺度が開発されていないことがわかってきた。そのため、本年度は類似概念である仕事と家庭の両立を促進する組織文化について、先行研究のレビューを行った。その結果、仕事と家庭の両立を促進あるいは阻害する文化的特徴について、いくつか抽出することができた。

A. 研究目的

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

錦戸(2018)は、中小企業の特徴として、両立支援のガイドラインに対する興味や関心が薄いとしても、なんでも話せる家族的な職場風土が構築されていれば、病気の社員に対してできるだけ配慮を行っている企業も少なくないことを指摘している。さらに錦戸(2018)は、治療と就労の両立支援を進めていく上では、メンタルヘルスの視点が必要であると主張する。なぜなら、がんをはじめとする重い病気の診断を受けたときの精神的動揺、思うように回復しないとき

の気持ちの落ち込みや焦り、職場に迷惑をかけてしまうことへの肩身の狭さなどから、治療に専念するという大義名分もあり、退職の道を選んでしまう人が少なくない。つまり、制度だけではなく、従業員の不安感を軽減するような関係構築が重要である。また、澤田(2020)による日本企業の事例研究でも、制度設計と共に組織文化の醸成が重要であると指摘されている。

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

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

B. 研究対象

家庭と仕事の両立を支援する組織文化の先行研究をレビューした。

C. 結果

1. 両立支援文化の理論的視点

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

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

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

るであろう。その意味では、仕事第一で家庭を二義的に置くような組織では、従業員は境界越境をより困難に感じると考えられる。

三つ目の視点は、Edger E. Schein の組織文化論である。Schein(1990; 1999)によれば、組織文化は3つのレベルから構成されている。第一の表層レベルは文物であり、物理的レイアウト、社史やアニュアルレポートのような文書まですべてを含む。第二レベルは、価値観、戦略、イデオロギーであり、しばしば組織内で説明され、公式の行動や成果目標、「理想的な社員」の性格を形成する。そして最も基本的で深いレベルが、基本的仮定である。これらは当然視され、組織におけるあらゆる知覚、思考プロセス、感情、および行動を規定する。基本的仮定は、当初は価値観として出発するが、徐々に当然視されていき、仮定としての性格を帯びてくるといふ。

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

Lewis(2001)は、両立支援の障害となりうる「男性的仕事モデル(the male model of work)」の4つの基本的仮定について述べている。一つ目は、仕事と家庭および分業に関するジェンダー化された仮定(男は仕事、女は家庭)であり、これが男性労働者あるいは家族に対するコミットが積極的でない労働

者に、大きな価値を置く結果をもたらす。二つ目は、フルタイムの仕事を当然とし、パートタイムを周辺的な仕事と見なす過程である。この仮定の下では、家族を優先する人々は、家族へのコミットメントを目立たないようにしている従業員にくらべ、劣った存在として構築される。三つ目は、職場で時間を費やすことを重視する仮定である。この仮定の下では、家族のために時間を作る人物は、そうでない人物に比べてコミットメントが小さく、生産性が小さいと見なされる傾向がある。最後は、組織が提供する両立支援施策に対して従業員がそれを権利と見なすか、あるいは善意とみなすかという仮定は、従業員の権利意識に影響を与える。

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

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

2. 両立支援文化の経験的研究

2-1. Thompson et al. (1999) の両立支援組

組織文化の尺度開発

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

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

業が両立支援のための施策を用意していたとしても、従業員はそれを利用することが自らの評価を下げ、賞賛される働き方と違うことを認識するため、活用が進まないと考えられる。

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

(表1)

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

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

は 0 で測定された。その合計点が、両立支援施策の利用得点として計算された。

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

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

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

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

(表 2)

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

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

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

えていたが、より障害を知覚する従業員のワーク・ライフバランスは崩れる傾向があった。さらに、両立支援文化は組織コミットメントにも影響していた。

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

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

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

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

リクトや離職意図、メンタルヘルスとは負の関係を示し、職務満足、生活への満足、同僚からのサポートなどとは正の関係を示した。

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

2-3. その他の尺度を用いた経験的研究

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

Allen(2001)は、家族支援的職場環境

¹ 下條・朝倉(2016)が行った両立支援文化尺度の因子分析では、Thompson et al.(1999)のオリジナルの 3 因子ではなく、

経営管理上の支援と、キャリアへの影響と時間的配慮という 2 因子構造という結果になっている。

(Family Supportive Organization Perceptions: FSOP)の程度を測定する14項目からなる尺度を開発した(表3)。

(表3)

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

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

また、Sahibzada et al. (2005)は、家族のタイプを4つに分け、支援制度の利用可能性と職務満足の関係が、組織文化および家族タイプによってどのように異なるのかを研究している。彼らの研究では、家族のタイプは従業員の役割によって、(a)仕事のみ、(b)仕事と老年者のケア、(c)仕事と子供の

ケア、(d)仕事と老年者と子供のケアの4つに分類された。彼らの分析では、両立支援組織文化が職務満足に対して主効果があったことが確認された。さらに、支援的な組織文化の下では、両立支援施策と職務満足の間に関係がなく、支援的ではない組織文化の下で、両立支援施策と職務満足の間に関係が見られた。また、家族タイプとの交互作用については、(b)仕事と老年者のケアと支援制度の利用可能性、組織文化との間に有意な関係が見られた。分析によれば、支援的ではない組織文化の下では、仕事と老年者のケアが必要な労働者の職務満足は、両立支援施策の利用可能性が高まるほど向上していた。また、この家族タイプの職務満足は、支援的な組織文化の下では、両立支援施策の利用可能性が高まるほどわずかに低下する傾向が見られた。Sahibzada et al. (2005)は、このような交互作用が見られた理由として、多くの要因が考えられるとしながらも、仕事と老年者ケアを行うことが必要な労働者にとって、両立支援施策は特に重要であり、それは支援的ではない組織文化の下でより顕著になるためではないかと推測している。一方、支援的な組織文化の下では、こうした労働者の組織への期待は高まるが、老年者ケアに必要な施策があまりない場合、施策の利用可能性はかえって満足度を下げるのではないかと推測されている。彼らが用いた組織文化尺度を、表4に掲げる。

(表4)

Dijkers et al. (2005)は、労働—非労働文化(work-nonwork culture)と、家庭と仕

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

研究対象となったのは、オランダの 2 つの企業（ファイナンスのコンサルタント企

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

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

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

Thompson and Prottas(2005)は、両立支援施策が人々の態度や幸福感に影響する心的プロセスを研究した。彼らはその中で、非公式の影響因として、上司の支援、同僚の支援、そして両立支援文化を挙げている。彼らによれば、公式・非公式の両立支援が人々のコントロールの知覚(perception of control)に影響し、それを媒介として職務満足や離職意図などの態度に影響するとい

うモデルを仮定し、検証している。コントロールの知覚とは、環境を変えることができる能力に関する個人的な信念と定義される。

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

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

（表5）

D. 考察

1. 両立支援組織文化の特徴

以上、家庭と仕事の両立支援文化に関する先行研究についてレビューを行った。

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

Thompson and Prottas (2005)における上司からの支援、同僚の支援などである。一方、障壁次元の例は、Thompson et al. (1999)のキャリアへの影響と時間要求、Allen (2001)のFSOP、Dikkers et al. (2005)のキャリアへの悪影響と時間要求、Thompson and Prottas (2005)の両立支援文化である。これまでの研究を見ると、支援次元は職務満足などに影響が大きく、障壁次元はコンフリクトへの影響が大きいように思われる。

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

2. 課題

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

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

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

E. 結論

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

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

I. 引用文献

Ahmad, A. and Z. Omar, 2010 “Perceived Family-Supportive Work Culture, Affective Commitment and Turnover Intention of Employees”, *Journal of American Science*, Vol. 6 No. 12 :pp. 839-846.

Allen, N. J. and J. P. Meyer, 1990 “The Measurement and Antecedents of Affective, Continuance, and Normative Commitment to The Organization”, *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, Vol. 63 :pp. 1-18.

Allen, T. D., 2001 “Family-Supportive Work Environments: The Role of Organizational Perceptions”, *Journal of Vocational Behavior*, Vol. 58 :pp. 414-435.

Behson, S. J., 2002 “Which Dominates? The Relative Importance of Work-Family Organizational Support and General Organizational Context on Employee Outcomes”, *Journal of Vocational Behavior*, Vol. 61 :pp. 53-72.

Campbell Clark, S., 2000 “Work/Family Border Theory: A New Theory of Work/Family Balance”, *Human Relations*, Vol. 53 :pp. 747-762.

Campbell Clark, S., 2001 “Work Cultures and Work/Family Balance”, *Journal of Vocational Behavior*, Vol. 58 :pp. 348-365.

Dijkers, J. S. E., L. den Dulk, S. A. E. Geurts and B. Paper, 2004 *Work-Life Culture in Two Organizations in The Netherlands*, Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Dijkers, J. S. E., L. den Dulk, S. A. E. Geurts and B. Paper, 2005 “Work-Nonwork Culture, Utilization of Work-Nonwork Arrangements, and Employee-Related Outcomes in Two Dutch Organizations”, in S. A. Y. Poelmans (ed.) *Work and Family: An International Research Perspective*, Routledge. :pp. 147-172.

Francis, V., 2012 “Supportive Organizational Cultures and Their Effect on Male Civil Engineers”, *The*

- Australian Journal of Construction Economics and Building, Vol.4 No.1 :pp.1-10.
- Haas, L., K. Allard and P. Hwang, 2002 “The Impact of Organizational Culture on Men’s Use of Parental Leave in Sweden”, Community, Work and Family, Vol.5 :pp.319-341.
- Kinnunen, U., S. Mauno, S. Geurts and J. Dikkers, 2005 “Work-Family Culture in Organizations: Theoretical and Empirical Approaches”, in S. A. Y. Poelmans (ed.) Work and Family: An International Research Perspective, Routledge. :pp.87-120.
- Lewis, S., 2001 “Restructuring Workplace Cultures: The Ultimate Work-Family Challenge?”, Women in Management Review, Vol.16 :pp.21-29.
- Lyness, K. S., C. A. Thompson, A-M. Francesco and M. K. Judiesch, 1999 “Work and Pregnancy: Individual and Organizational Factors Influencing Organizational Commitment, Time of Maternity Leave and Return of Work”, Sex Roles, Vol.41 :pp.485-508.
- Mauno, S., U. Kinnunen and S. Piitulainen, 2005 “Work-Family Culture in Four Organizations in Finland: Examining Antecedents and Outcomes”, Community, Work and Family, Vol.8 :pp.115-140.
- 錦戸典子 2018 『治療と就労の両立支援の推進に向けた課題とメンタルヘルスの視点—保健師を含めた他職種連携による支援モデルの検討—』 「産業精神保健」第26巻 :49-52頁。
- Rosin, H. M. and K. Kobarik, 1991 “Workplace Variables, Affective Responses, and Intention to Leave among Women Managers”, Journal of Occupational Psychology, Vol.64 :pp.317-330.
- Sahibzada, K., L. B. Hammer, M. B. Neal and D. C. Kuang, 2005 “The Moderating Effects of Work-Family Role Combinations and Work-Family Organizational Culture on the Relationship Between Family-Friendly Workplace Supports and Job Satisfaction”, Journal of Family Issues, Vol.26 No.6 :pp.820-839.
- 澤田幹, 2020 『がん罹患者に対する治療と仕事の両立支援：先進企業事例からの示唆』 「金沢大学経済論集」第40巻第2号 :35-65頁。
- Schein, E. H., 1990 “Organizational Culture”, American Psychologist, Vol.45 :pp.109-119.
- Schein, E. H., 1999 The Corporate Culture Survival Guide -Sense and Non-sense about Culture Change, San Francisco, Jossey-Bass.
- 下條祐也・朝倉京子 2016 『両立支援的組織文化が職務満足度、組織コミットメント及び職業継続意思に及ぼす影響—妻／母親役割を担う看護職を対象とした分析—』 「日本看護科学会誌」第36巻 :51-59頁。
- Takeuchi, T. and Y. Yamazaki 2010 “Relationship between Work-Family Conflict and A Sense of Coherence among Japanese Registered Nurses”

Japan Journal of Nursing Science
Vol.7 No.2 :pp.158-168.

Thompson, C. A., L. L. Beauvais and
K. S. Lyness 1999 “When Work-Family
Benefits Are Not Enough: The
Influence of Work-Family Culture on
Benefit Utilization, Organizational
Attachment, and Work-Family Conflict”
Journal of Vocational Behavior,
Vol. 54 No. 3 :pp. 392-415.

Thompson, C. A. and D. J. Prottas, 2005
“Relationships among Organizational
Family Support, Job Autonomy,
Perceived Control, and Employee well-
Being”, Journal of Occupational
Health Psychology, Vol. 10
No. 5 :pp. 100-118.

表1 Thompson et al. (1999)の組織文化因子と質問項目

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

	flextime. (R)
Organizational time demand (時間要求)	10.To get ahead at this organization, employees are expected to work more than 50 hours a week, whether at the workplace or at home. (R) 4.Employees are often expected to take work home at night and/or on weekends. (R) 6.Employees are regularly expected to put their job before their families. (R) 11.To be viewed favorably by top management, employees in this organization must constantly put their jobs ahead of their families or personal lives. (R)

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

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

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

下條・朝倉(2016)	Thompson et al. (1999)の尺度を日本語訳したもの(Takeuchi and Yamazaki 2010)をもとに12項目	東日本A県内の4つの総合病院に勤務する、既婚あるいは母親の看護職(n=335)
-------------	--	---

表3 FSOPの質問項目

1. Work should be the primary priority in a person' s life. (R) 2. Long hours inside the office are the way to achieving advancement. (R) 3. It is best keep family matters separate from work. (R) 4. It is considered taboo to talk about life outside of work. (R) 5. Expressing involvement and interest in nonwork matters is viewed as healthy. 6. Employees who are highly committed to their personal lives cannot be highly committed to their work. (R) 7. Attending to personal needs, such as taking time off for sick children is frowned upon. 8. Employees should keep their personal problems at home. (R) 9. The way to advance in this company is to keep nonwork matters out of the workplace. (R) 10. Individuals who take time off to attend to personal matters are not committed to their work. (R) 11. It is assumed that the most productive employees are those who put their work before their family life. (R) 12. Employees are given ample opportunity to perform both their job and their personal responsibilities well. 13. Offering employees flexibility in completing their work is viewed as a strategic way of doing business. 14. The ideal employee is the one who is available 24 hours a day. (R)
--

Allen(2001 :p.423)より、筆者作成。

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

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

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

表 5 非公式の影響因の効果

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

数字は基準化回帰係数。 ** p<.01, *** p.<.001。

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

2021 年度

本年度は、日本における両立支援の事例研究を中心にレビューし、仕事と治療の両立支援に独特な文化的特徴を明らかにすることを試みた。その結果、前年度レビューした仕事と家庭の両立支援文化の特徴と共通する点が多いことが明らかになった。同時に、病気に対する考え方が、仕事と治療の両立支援において独特な文化的特徴であることが示唆された。

A. 研究目的

昨年度の報告書では、両立支援に関連する組織文化研究について、主に定量研究の検討を行った。先行研究の組織文化次元を見ると、少なくとも職場レベルの組織文化については支援次元と障壁次元があるように思われる。支援次元とは、両立を積極的に助ける組織文化の特徴を表し、障壁次元は、両立を妨げる組織文化の特徴を表す。これまでの研究を見ると、支援次元は職務満足などに影響が大きく、障壁次元はコンフリクトへの影響が大きいように思われる。

しかし、上述の研究は仕事と家庭の両立支援に関する組織文化研究であり、治療と就労の両立支援に関する研究は見当たらなかった。本年度は、治療と就労の両立支援に関する文献研究を通じ、上述の組織文化に加えられるような、独特の次元を探る。

B. 研究対象

仕事と就労の両立を支援する組織文化について調査するため、わが国の事例研究についてレビューした(表 1)。

C. 結果

文献に掲載された事例を分析した結果、治療と就労の両立支援に関わる組織文化として、以下の 3 次元が抽出された。

1. 支援を得られる文化

これは仕事と家庭の両立支援の次元とほぼ類似した次元である。病気や治療について、相談できる上司や部下の存在は、両立支援を促進する。たとえば、廣川・渡辺・大石・岩田・平松・山下(2020)は、「がんになったこと、がんの治療を受けていることを知っている同僚や上司が自主的、主体的に態度や行動で仕事の負担を軽くしたり、温かいことばをかけたり、いろいろな面で差し伸べる有形無形、多種多様な手助けである〈インフォーマルなサポート〉(311 頁)」が重要であると述べている。インフォーマルなサポートは、フォーマルなサポートでは埋めることのできない部分を支援することができるが、一方でいつ途絶えるかわからないという不確実性もある。小林・長坂・増島(2021)も、「…就労継続の有無にかかわらず、できるだけ早期から信頼できる上司や同僚と話し合う機会を設けるよう促す支援が重要と考える(17 頁)」と述べている。さらにスティグマに対する戦略として、「可能な限り早期に、周囲に相談できる人がいるかを確認し離職後も就労に影響を及ぼさないよう支援を検討することは重要である(17 頁)」と述べている。

これ以外にも、参照したほとんどの事例において、上司や同僚の理解や支援の重要性が指摘されていた。支援を得られる文化は、治療と就労の両立支援においても、必要不可欠な要素であることが示唆されている。

2. 病気に対する見方

2つ目の次元は、「病気に対する見方」である。これは、「がんのような重い病気にかかった人は、治療に専念すべきである」や、「重い病気を抱えながら働くことは、周囲に迷惑がかかる」、あるいは「病気になったことがキャリアに悪影響を与える」という病気観である。こうした見方は、病気を「私病」と見なしてきた伝統的病気観に由来すると思われる。たとえば、向・森岡(2020)は、「がん患者が働くことへの偏見や誤解があると認識している者は、非継続群に多かった(178 頁)」と述べ、症状だけでなくがんと職業生活の両立困難感から離職してしまっている可能性がある」と主張する。

また、八巻(2018)は、治療と就労の両立支援のために、土日や夜間に治療できるような環境を整備すべきという意見が増えていることを踏まえ、「しかし、土日や夜間という、本来ならば休息すべき時間を治療に充てることは、身体的には大きな負荷である。健康な時と同様に働かなければその人のキャリアコースが維持できないことへの懸念により、休日夜間の治療を希望している可能性もある。そうであるならば、休日や夜間の治療の選択肢を増やすよりも、一時的な闘病期間を経てもキャリアコースが維持されるような職場作りの方がより重要

なのではなかろうか(309 頁)」と述べている。

キャリアへの悪影響については、仕事と家庭の両立支援文化でも重要な次元として指摘されていた。病気に対して、個人の責任ではなく「誰でもかかる可能性がある」という認識を共有することが、両立支援にとって重要であることが示唆されている。

3. 柔軟な働き方

3つ目の次元は、「柔軟な働き方」の提供である。病気の症状や進行度は人によって異なる。それぞれの事情にあった働き方のデザインは、両立支援にとって重要である。たとえば、廣川・渡辺・大石・岩田・平松・山下(2020)は、罹患後の働き方を労働者と会社側が相談して決めていく「働き方のカスタマイズ」の必要性を述べている。田中・田中(2012)は、罹患後および治療に伴う体力低下に対応して、仕事の量や時間を調整することが、役割遂行上の困難を克服することにつながると述べる。

また、崎山・錦戸(2019)は、中小企業における両立支援の聞き取り調査から、「療養休暇等の制度の有無にかかわらず、経営者の理解と熱意のもと、本人の働く意欲がある限り、在宅勤務なども活用して、雇用を継続していた事例を複数収集できた(117 頁)」と述べている。

D. 考察

1. 治療と就労の両立支援組織文化の特徴

以上、家庭と仕事の両立支援文化に関する事例研究についてレビューを行った。その結果、①周囲から支援を得られること、

②病気に対する見方、③柔軟な働き方の提供の3つが抽出された。

このうち、①と③は家庭と仕事の両立支援文化でも見られた次元である。②については、病気に対する偏見がある場合、①や③に繋がらないか、あるいはたとえ①と③があったとしても、長続きしないとも考えられる。3つの次元はそれぞれ独立しているというよりも、相互に関連し合っているとみることができるだろう。

また、遠藤(2019)は、事例性と疾病性を区別し、治療側は経営側に対して事例性に基づいた報告を行うことが重要であると述べる。遠藤(2019)によれば、「『事例性』とは、業務を遂行する上で支障となる客観的事象のことで、『1日に10回ほど、トイレで離席する』『毎月3日以上 of 突発休を認める』など、通常の業務管理上の『日ごろからのずれ』に関する事項である。『疾病性』とは疾病、症状等のことで、『下痢』『食欲がほとんどない』等である。がん罹患社員を管理する会社側としては、『事例性』をベースに服薬管理・配慮等の対応を行い、『疾病性』に関しては、主治医や産業医等に意見を求め（『ボール』を投げ）、医療職から意見書等で意見を収集（『ボール』を返してもらう）した後に対応を検討するという、「治療と就労の両立支援」の基本を守るべきである。そのためには、『事例性』と『疾病性』に関する対応方法の区別化が肝要である(95頁)」と述べる。経営者は、がんにかかった労働者に対し、どのような支援をすればいいかわからないことも多い。その場合、治療する医師や看護師から、「事例性」に基づいた序言をすることが、適切な

支援や働き方の提供に結びつくと考えられる。すなわち、治療と就労の両立支援文化の形成には、経営者側の努力だけでなく、経営側と治療側の協力が必要であることが示唆されている。

2. 課題

治療と就労の両立支援文化の事例については、今回は産業保健に関する研究から収集した。しかし、経営に関する研究でも、両立支援文化に関する事例があると思われる。今後は、経営側の研究を収集すると同時に、治療と就労の両立支援文化を構成する次元を明確にし、測定尺度を開発する。

E. 結論

以上、治療と仕事の両立支援文化の事例研究から、われわれの研究に対する示唆を考えてきた。今後は、さらなる事例の収集と共に、治療と就労の両立支援文化を測定する尺度開発を行い、わが国の中小企業を対象とした実証研究を行う予定である。

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

I. 引用文献

遠藤源樹, 2019 「がんサバイバーシップにおける就労支援」 日建教誌, 第 27 巻 第 1 号 :91-98 ページ。

橋爪可織・岩永和・井上真由子・楠葉洋子, 2018 「外来化学療法を受けるがん患者の就労継続を可能にする要因」 保健学研究 第 31 巻 :25-32 ページ。

廣川恵子・渡辺陽子・大石昌美・岩田尚子・平松貴子・山下絹代, 2020 「外来治療が必要ながん患者が復職し治療と就労を継続させていくプロセス」 川崎医療福祉学会誌 第 29 巻 第 2 巻 :305-314 ページ。

小林成光・長坂育代・増島麻里子, 2021 「就労世代のがん患者のがん罹患後から離職に至るまでの体験の過程」 日がん看会誌, 第 35 巻 :10-19 ページ

森岡郁晴・寺下浩彰・宮下和久・生田善太郎・竹下達也・埤田和史, 2019 「がんを抱える労働者の治療と仕事の両立支援の取り組み状況：和歌山県内事業場の規模別比較から」 産業衛生学雑誌, 第 61 巻 第 5 号 :159-169 ページ。

向友代・森岡郁晴, 2020 「がん患者の診断初期の就労継続に関する要因」 産業

衛生学雑誌 第 62 巻 第 5 号 :173-182 ページ。

崎山紀子・錦戸典子, 2019 「産業保健師の産業保健活動から見た中小企業におけるがんを含む疾病を持つ社員の治療と就労の両立支援の現状と課題」 日建教誌, 第 27 巻 第 1 巻 :115-119 ページ。

須賀万智・山内貴史・柳澤裕之, 2020 「治療と仕事の両立支援に関する全国労働者調査」 産業衛生学雑誌

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, 第 61 巻 第 2 号 :59-68 ページ。

田中登美・田中京子, 2012 「初めて化学療法を受ける就労がん患者の役割遂行上の困難と対処」 日がん看会誌 第 26 巻 第 2 号 :62-75 ページ。

和田さくら・稲吉光子, 2013 「外来化学療法を受ける男性消化器がんサバイバーの就労継続の様相」 日がん看会誌, 第 27 巻 第 2 号 :37-46 ページ。

八巻知香子, 2018 「がんの治療と仕事の両立からみた政府主導『働き方改革』の整合性と課題」 日建教誌, 第 26 巻 第 3 巻 :305-312 ページ。

表 1 事例研究に見る組織文化次元

研究	文化次元
田中・田中（2012）	他者に任せることができることは任せる 体力に合わせて仕事量に減らす 仕事にかかる時間配分を変える 体力に合わせて治療合間に仕事を続ける 仕事上の役割について上司に相談する
和田・稲吉（2013）	上司や経営者の理解がある 同僚との関係が良好である 仕事時間を自由に調整できる 仕事内容を調整できる
橋爪他（2018）	治療と仕事が両立できるよう、仕事の量や内容を調整できる がんになっても、今まで通り普通に接してくれる 職場の人が最優先に考えてくれる 誰でも言えば手伝ってくれる 勇気づけてくれる言葉をかけてくれる
八巻（2018）	がんにかかった場合、上司や周りの人に相談できる がんなどの重い病気にかかることが、キャリアに影響しない
遠藤（2019）	がん罹患した場合の業務内容が明確に定められている 「事例性」に基づいた対応ができている
崎山・錦戸（2019）	支援担当者の就業時間や作業負担軽減等に配慮し対応している
須賀他（2019）	がんになっても仕事を続けたいという意思表示ができる
森岡他（2019）	一人一人の事情にあった支援が受けられる
向・森岡（2020）	同僚や上司の理解や支援が得られる がん患者が働くことに対する偏見がない
廣川他（2020）	同僚や上司が、インフォーマルなサポートをしてくれる がん治療をしながら働く「私の働き方」のカスタマイズができる
小林他（2021）	がんになったとき、職場の中にすぐに相談できる上司・同僚がいる 通院や治療のために仕事を休むことで、職場に迷惑がかかる

2022 年度

本年度は、これまでの研究を踏まえ、仕事と治療の両立を支援する組織文化の測定尺度を開発し、実証研究を試みた。インターネット調査を通じたサンプルに基づき、定量研究を行った。その結果、両立を支援する文化と阻害する文化の2次元構造が得られた。また、両立支援制度と上司のリーダーシップがそれぞれの文化の形成に影響していることが示唆された。さらに、両立支援文化およびリーダーシップは、両立の困難感、プレゼンティーズム、組織コミットメントに影響していることが示唆された。

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の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とする。

(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 東大一項目版(<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。図が見にくくなるため、回帰係数は省略してある。R²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

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—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を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、仕事量や仕事を時間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
キャリアへ	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	0.798	-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	0.787	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	0.784	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	0.783	-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	0.767	-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	0.754	-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	0.694	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	0.691	-0.011
長時間労働は出世の道であると思われる	0.686	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	0.653	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	0.643	-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	0.627	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	0.529	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	0.769
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	0.759
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	0.744
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	0.738
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	0.737
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	0.737
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	0.715
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	0.681
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	0.678

図1 企業規模と組織文化の関係

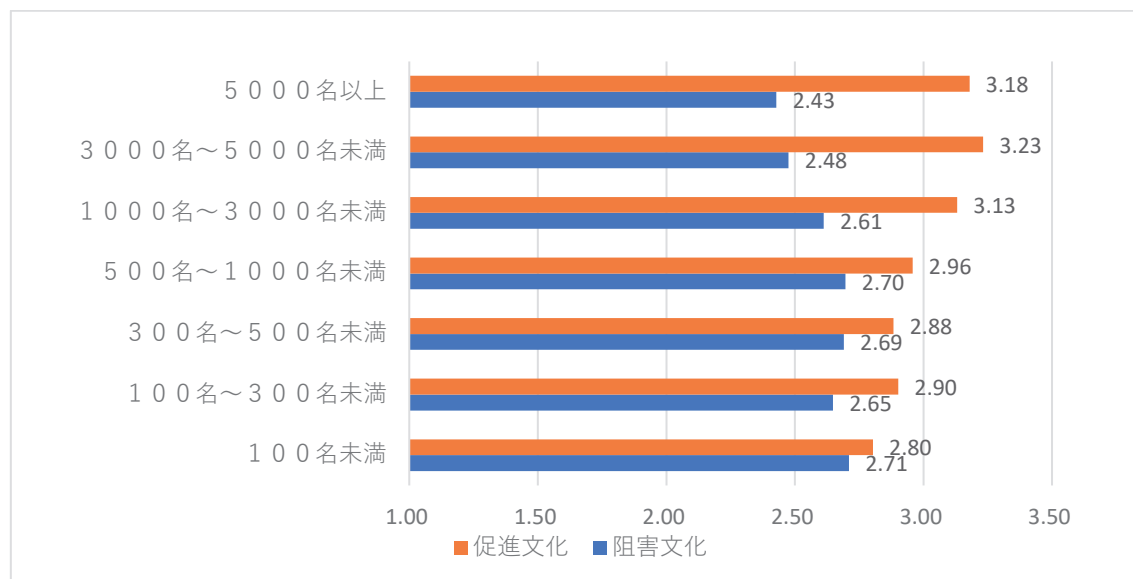


表3 分析に用いた両立支援制度

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

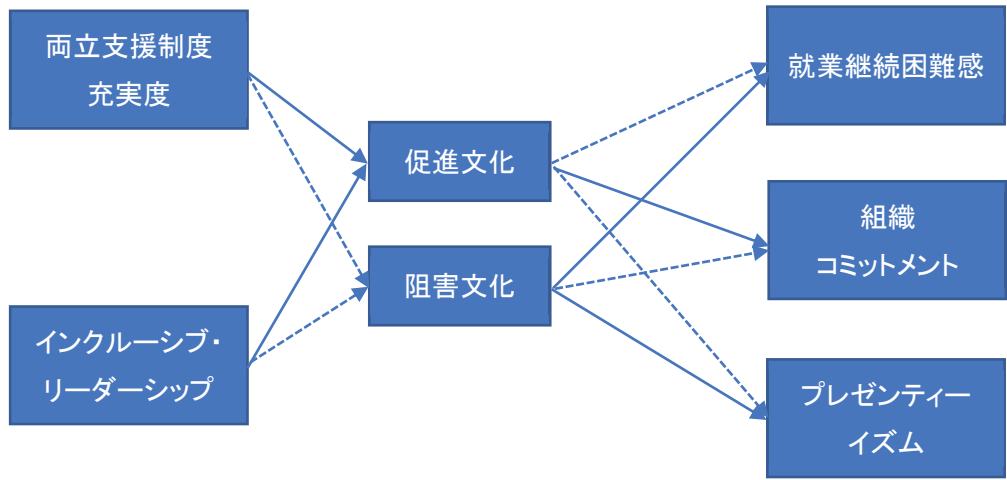
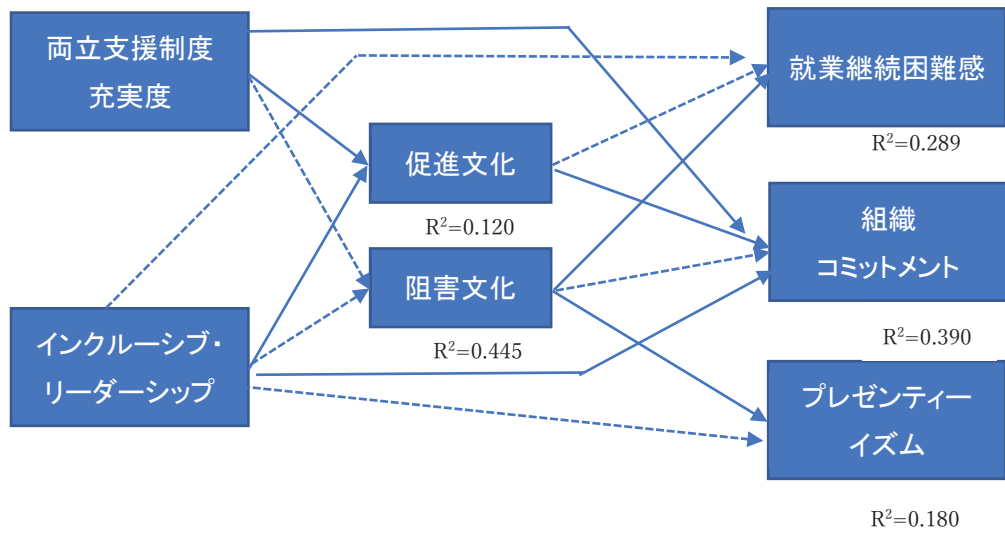


図3 回帰分析の結果



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)
総合分担研究報告書

「事業場における治療と仕事の両立の支援」に関連する経営学領域の文献研究

分担研究者 森永雄太（武蔵大学経済学部・教授）

研究要旨

本研究は、「事業場における治療と仕事の両立の支援」に関連する経営学領域の文献研究を行った。研究の初年度（令和 2 年度）は、経営学の治療と仕事の両立に関連する幅広い研究のレビューを行った。その結果、経営学領域で蓄積されつつある援助要請という概念が、事業場における治療と仕事の両立を実現するプロセスで求められる「治療と仕事の両立に関する支援の要請」を考える上で有効である可能性が指摘された。また、治療の必要な従業員が仕事を辞めることなく活躍し続けることができるマネジメントについて多様性推進の観点から研究が蓄積され始めていることも明らかになった。このことから、ダイバーシティ推進の観点から治療と仕事の両立の支援について検討を進めていくことの有効性が示唆された。

研究の 2 年目（令和 3 年度）は、援助要請を促すマネジメントの実践プロセスに注目した文献レビューを行った。仕事と治療の両立を実現するためには、施策を策定したり制度を整えたりするだけでなく、施策を職場内に浸透させていく必要がある。その理由は、制度があっても必ずしも制度が認知されていたり、利用されていたりするとは限らないからである。そこで、人的資源管理論の最新動向の 1 つであるピープル・マネジメント論に注目し、援助要請を従業員に実際に促す要因として人事制度とリーダーシップすることにした。このうち令和 3 年度は、特に前者に注目した文献レビューを行った。その結果、20 世紀終盤から盛んに蓄積されてきた戦略的人的資源管理論では、従業員のウェルビーイングに十分に関心を示していなかったものの、2010 年代後半から改めて従業員ウェルビーイングを考慮したマネジメントを志向することの重要性が指摘されるようになっていくことが明らかになった。さらに、同じ施策に対しても従業員は異なる認識や意味を見出すことが明らかになった。人事施策に込められた意図を経営者や制度策定者が発信することや、実際の実践プロセスにおける管理者の振る舞いが重要になることが指摘された。

研究の 3 年目（令和 4 年度）は、援助要請を促すマネジメントのうち、特にリーダーシップに注目して文献レビューを行った。研究初年度に指摘されたダイバーシティ推進の観点および、そのような観点から有望と思われるインクルーシブ・リーダーシップに注目した文献レビューを行った。その結果、まずインクルーシブ・リーダーシップ研究は、国内外で定量的な研究が蓄積されつつあること、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、新た

な理論的背景にもとづく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。また、インクルーシブ・リーダーシップ研究では、チームリーダーレベルのインクルーシブ・リーダーシップ研究が主流だが、シニア・リーダーの研究も存在することが分かった。

これらを踏まえると、本研究の結論は以下となる。事業場における治療と仕事の両立の支援を進めていくための課題として、従業員が治療と仕事の両立に関する支援の要請を行わないことがあげられる。この課題を乗り越えるためには、組織側が従業員のウェルビーイングや多様性推進を重視する人事制度を充実させていくことに加えて、上司がインクルーシブ・リーダーシップを発揮することが重要である。このうち、人事課題の解決を考える際にリーダーシップの観点が抜け落ちがちである。この点については最新の人的資源管理論でも指摘されており、注意が必要である。

A 研究背景と目的

本研究では、「事業場における治療と仕事の両立の支援」に関連する経営学領域の文献研究を行った。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)。

そこで本研究では、「事業場における治療と仕事の両立の支援」について経営学の位置付けるために既存研究のレビューを行った。従業員が「治療と仕事の両立」を実現することの価値そのものに異論をはさむ人は少ないだろう。しかしながら現実的にはなかなか実現できない現実があるとするならば、どのような現実的な課題があるのだろうか。当該イシューを経営学の文脈に位置付けることで、事業の継続と従業員の治療の仕事の両立との「両立」をいかに実践すべきかに関する知見を提供することが期待できるだろう。

B 調査の方法

本研究では、「事業場における治療と仕事の両立の支援」に関する経営学の先行研究をレビューした。研究の初年度(令和2年度)は、経営学の中でもヒト資源のマネジメントに関わる人的資源管理論や組織行動論を対象に限定しつつも、治療と仕事の両立と関連する研究のレビューを幅広く行った。

研究の2年目(令和3年度)は、援助要請を促すマネジメントの実践プロセスに注目し、特に人事制度に関する文献レビューを行った。

研究の3年目（令和4年度）は、援助要請を促すマネジメントのうち、特にリーダーシップに注目して文献レビューを行った。

C 結果

（1）研究初年度の文献レビューの結果

研究の初年度（令和2年度）は、経営学の中でもヒト資源のマネジメントに関わる幅広いトピックの文献レビューを行った。具体的には①健康経営、②ダイバーシティ&インクルージョン、③援助要請、の3つについて文献レビューを行った。その結果、組織が従業員の治療と就労の両立支援を行うプロセスで重要となるものの、十分に促せていない行動である「仕事と治療の両立のための支援の要請」について組織行動論で注目されつつある「援助要請」という概念で取り扱っていくことが有効であることが明らかになった。また、治療に必要な従業員が仕事を辞めることなく活躍し続けることができるマネジメントについて多様性推進の観点から研究が蓄積され始めていることも明らかになった。このことから、ダイバーシティ推進の観点から治療と仕事の両立の支援について検討を進めていくことの有効性が示唆された。以下では、それぞれのレビュー概要について簡潔に紹介する。

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

次に、ダイバーシティ&インクルージョンの文脈でも治療と仕事を両立する従業員の活用が議論されていることがわかった。例えば、矢島(2016)は、がんの治療と仕事の両立をしている従業員に対するweb調査を通じて風土や管理者行動の重要性を明らかにしている。より具体的には、罹患直後の離職を防ぐ要因としては「WLBに配慮する雰囲気」「病気のことを相談できる雰囲気」といった風土の影響が大きいこと、今後の就業継続希望を高める要因としては「業務が偏らない配慮」や「上司とのコミュニケーション」といった管理者行動の影響が大きいことが指摘されている。このように支援の提供を一連のプロセスと捉えれば、人事制度が設計されていたとしても、それが実際に利用されるプロセスによって重要な要因が異なる可能性が示唆されていた。

最後に、援助要請に関する追加レビューを行った。その結果、経営学における援助要請の既存研究は、日常の仕事遂行場面における援助要請を想定しており、治療と仕事の両立のような勤務形態や働き方そのものにまつわる援助要請を想定してきたわけではないこと

が明らかになった。また援助要請を促すマネジメントについて注目した研究は十分に行われていないことが明らかになった。

(2) 2年目の文献レビューの結果

研究の2年目（令和3年度）は、援助要請を促すマネジメントの実践プロセスに注目し、特に人事制度に関する文献レビューを行った。具体的には①人事制度や施策と従業員ウェルビーイングの関係、②人事施策の実践プロセスの組織内分散、③人事施策を実践するプロセスにおける管理者の重要性、についてレビューを行った。その結果、2010年代後半から改めて従業員ウェルビーイングを考慮したマネジメントを志向することの重要性が指摘されているが、人事施策が従業員ウェルビーイングに与える影響は想定するウェルビーイングの種類によって異なることも指摘されていることが明らかにされた。また、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組織内での施策の実践プロセスやそのプロセスにおけるばらつきについて認識することが重要であることが明らかになった。さらに、人事施策の実践を上手に進めるためには、人事施策に込められた意図や意味を正しく伝えるために管理者の役割が重要になることが指摘された。以下では、それぞれのレビュー概要について簡潔に紹介する。

人事制度や施策と従業員ウェルビーイングの関係をレビューした結果、人事施策を考える上で従業員の健康やウェルビーイングに対する配慮が改めて重視されるようになってきていることが指摘された。経営学の古典的研究では、組織業績と従業員のウェルビーイングの両立が模索されていたが、20世紀後半注目されるようになってきた戦略的人的資源管理論においてその傾向は弱まっていた。例えば Pfeffer (1998) では高業績労働施策（群）

（High Performance Work Practice(s)）を実施することで、ヒト資源が成長することによって戦略の実行力が向上することで競争優位の源泉となること、そのような人材面の優位性は、他社がすぐには模倣できないため、競争優位が持続することを主張している。ただし、このような議論で注目される高業績労働施策（群）の多くには、従業員の健康や安全にかかわる人事施策は含まれていなかった。戦略的人的資源管理論における人を重視する人事施策は、能力開発や動機づけを高めることなどに特化しており、やや限定的であったといえる。一方最近では、このような研究動向を反省し、従業員のウェルビーイングやストレスの問題により多大な関心を注ぐべきであるという主張がなされていることが明らかになった（Guest, 2017; Pfeffer, 2019）。

また人事制度を適切に組織内で運用していくために人事施策の「実践プロセス」に注目が集まっている（Jiang & Messersmith, 2018）ことが明らかになった。1つの組織内でも人事施策が異なって実践されたり、従業員によって異なって知覚されたりするという組織内での違いとばらつきに注目することで施策が従業員ウェルビーイングに与える影響が変わるからである。例えば Wright & Nishii (2013)は組織内で展開される人事施策は、意図された人事施策、実際の人事施策、認知された人事施策の3段階でそれぞれ異なること

を主張している。すなわち作成時に意図された人事施策は、実際の実施を担う管理職によって異なって実施されること（実際の施策）や、管理者によって実施された施策が、従業員によって異なって知覚されること（知覚された施策）から、最終的に施策に対する従業員の反応が異なることを指摘している。

このような人事施策の実践プロセスにおけるばらつきとその解消を標榜する視点として2つの観点から研究が蓄積されていることも分かった。第1の潮流は、意図した人事施策の「強い」伝達に注目する研究群である。組織で意図された施策が設計通りに、組織の末端まで伝達されれば、理論的には組織内のすべての従業員が同じように施策を認識したり経験したりするはずである。しかし、実際は組織内での施策の伝達は必ずしもそうはならない。結果として組織内での組織内での施策の経験や認識が異なり、施策から受ける影響が変わってくるのである。Bowen & Ostroff (2004)は、人事施策の実践プロセスに注目し、従業員がどのような行動をとることが期待されているかについて明確なメッセージを送る「強い」シグナルを送ることを通じて人事施策が意図された通りの従業員の態度や行動を引き出すことができると主張している。Bowen & Ostroff (2004)は上記のような人事システムの特徴として「弁別性」「一貫性」「同意性」の3つ要因が重要であると指摘している。そして弁別性に関わる施策の特徴として「可視性」「理解の容易さ」「権限の正当性」「関連性」の4つを、一貫性に関わる施策の特徴として「道具性」と「妥当性」、「一貫した HRM メッセージ」合意性に関わる施策の特徴として「主要な意思決定者間の一致」と「公正性」という合計9つの特徴を挙げている。

第2の潮流は、経験した施策に対する従業員の知覚に注目するものである。従業員は認識した人事施策に対して「組織はなぜこの施策（群）に取り組んでいるのか」という原因帰属を行う。この帰属は従業員がどのように施策を経験するのか、や、従業員自身の価値観によっても異なるため、施策が及ぼす経験が変わってくると考えられる。Nishii, Lepark & Schneider (2008) は、帰属理論を人事施策に応用することで「HR 帰属」という考え方を考慮することの重要性を提唱している。Nishii らの研究では、スーパーマーケットを営む企業におけるマルチレベル分析を通じて、同じ企業で働く従業員であっても自社のHR施策をどのような目的で実施していると帰属するかによって組織コミットメントや職務満足などから構成される従業員の態度への影響が異なることを実証している。具体的には、各種のHR施策について、組織が従業員のウェルビーイングを高め、サービスのクオリティを高めるために実施していると実施している理由を帰属する従業員ほど、高い職務態度を示すことが明らかにされている。一方、組織が従業員からなるべく多くの労働力を引き出し、コスト削減を果たそうとするために施策を実施している、と施策を実施している理由を帰属する従業員の場合は低い職務態度を示すという弱い影響が見られることを明らかにしている。この結果から、企業内の施策が業績に結びつくかどうかは、組織内でもばらつきがあること、従業員がどのような理由で施策を実施していると従業員が認識

しているかによって影響が異なることが示唆されている¹。

既存研究では、このような人事施策実践プロセスにおけるばらつきを解消する上で管理者の振る舞いが重要であることが指摘されていることも明らかになった。そのため、人事施策の設計と管理者のリーダーシップの影響を同時に考慮していくことが重要であることが明らかになった。

(3) 3年目の文献レビューの結果

研究の3年目（令和4年度）は、援助要請を促すマネジメントのうち、特にリーダーシップに注目して文献レビューを行った。具体的には①インクルーシブ・リーダーシップの定義、②インクルーシブ・リーダーシップの研究動向、③日本国内における研究動向、についてレビューを行った。その結果、まずインクルーシブ・リーダーシップ研究は、国内外で定量的な研究が蓄積されつつあること、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、新たな理論的背景にもとづく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。また、インクルーシブ・リーダーシップ研究では、チームリーダーレベルのインクルーシブ・リーダーシップ研究が主流だが、シニア・リーダーの研究も存在することが分かった。シニア・リーダーは、組織レベルのインクルージョンを推進するためのリーダーシップに注目する研究である。わが国では、シニア・リーダーノインクルーシブ・リーダーシップに注目した研究は行われていないことが指摘されるとともに、このような対象者に対する調査や研究が求められることが指摘された。以下では、それぞれのレビュー概要について簡潔に紹介する。

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。後述するようにいくつかの研究潮流があるため、定義もやや異なるが、代表的な定義は以下の2つである。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。もう1つの定義は Carmeli et al. (2010) によるものであり、「フォロワーとの相互作用において、

¹従業員の帰属に関する一連の研究では、従業員の帰属に対して影響を与える要因についての知見も蓄積されつつある。Hewett, Shantz, Mundy (2019)は、英語国の大学教員に対する調査を実施し、従業員の公正感と組織的シニシズムが内的帰属を形成することを促す一方で外的帰属の形成にはそれほど影響を与えないことを明らかにしている。なお、帰属については予備調査として実施したヒアリング調査によって Nishii et al., (2008) とは部分的に異なる独自の5次元（内的次元としてコミットメント、コスト削減、搾取の3つ、外的帰属として労働組合コンプライアンスと外部報告コンプライアンス）を導き出し、オリジナル尺度を作成した上で用いている。

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。最近の実証的研究においてはCarmeli et al. (2010) によって作成された尺度が用いられることが多いため、Carmeli et al. (2010) の尺度も引用されることが増えているようである。

インクルーシブ・リーダーシップの研究動向を調査したところ、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ことがわかった。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。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。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。現段階では主として理論的なモデルの検討にとどまっているが、体系的な整理が行われていることが分かった。

日本におけるインクルーシブ・リーダーシップ研究をレビューした結果、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が明らかにされていることが分かった。特に本研究の開始時点では明らかにされていなかった、インクルーシブ・リーダーシップと「援助要請意図」の関係も部分的に明らかにされるに至っていることも分かった。ただし欧米で蓄積されているシニアリーダーに対するインクルーシブ・リーダーシップの研究が行われていないという課題があることがあきらかになった。

D 考察

経営学領域の文献レビューを踏まえると、従業員の治療と就労の両立支援を行うために従業員サイドから支援要請を行ってもらうためには、人事制度の設計に加えて、従業員の上司が適切なリーダーシップを発揮する必要があることが明らかになった。松下ら (2022) を踏まえると、インクルーシブ・リーダーシップが従業員の援助要請を促す上で有効であると考えられる。Carmeli et al., (2010) ではインクルーシブ・リーダーシップを開放性、アクセシビリティ、可用性の3次元で測定している。このことを踏まえると、リーダーがコミュニケーションにおいて他者の意見や新しいアイディアに開放的であること、困ったときに「力になる」行動をとってみせることで、そもそも相談しやすい状況を作っていることの3点が重要であると考えられた。

ただし先行研究の指摘によると、インクルーシブ・リーダーシップを発揮するようになる

先行研究に関する知見は限定的であるようである。組織が、いかにしてインクルーシブ・リーダーシップを現場で発揮してもらうかや、いかにしてい育成していくのかに関する知見が限られている。これらを明らかにしていくことは今後の課題となるだろう。

またそもそも、企業内でインクルージョンを高めるシニア・リーダーの振る舞いについての日本国内の知見が限定的であることも明らかになった。今後は治療と仕事の両立の支援体制を上手に構築したリーダーに対するヒアリング調査や事例分析を行っていくことが求められるだろう。

E 結論

従業員の治療と就労の両立支援を行うための支援要請を行ってもらうためには、インクルージョンを高めるための人事制度の設計に加えて、従業員の上司がインクルーシブ・リーダーシップを発揮する必要があることが明らかになった。従業員の治療と就労の両立支援という、とかく制度設計や体制づくりに注目が集まりがちである。ただし、本研究の文献レビューでは、管理者の視点が最終的には重要であるということであり、この点を改めて強調して報告書の結びとしたい。

F 研究発表

(学会報告)

森永雄太(2021)「人的資源管理の視点から産業保健活動の成果とその測定を考える」於：第1回産業保健法学会

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

森永雄太(2022)「多様な人材を『活かす』マネジメントとは：インクルージョンへの注目」日本薬学会第142年会

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。

森永雄太(2022)「人的資源管理と産業保健の連携の試み その成果の設定と研究課題」『産業保健法学会』1(1), 234-238.

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(2022)「健康経営・安全衛生」(西村孝史・島貫智行・西岡由美編著『1からの人的資源管理』碩学舎)

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.

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] —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.

G. 知的財産権の出願・登録の状況

H. 参考文献リスト

Bowen, D. E., & Ostroff, C. (2004). Understanding HRM–firm performance linkages: The role of the “strength” of the HRM system. *Academy of management review*, 29(2), 203-221.

江口尚・森永雄太・細見正樹「健康経営および治療と仕事の両立—産業保健学および組織行動論の視点から—」『経営行動科学』, 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.

Guest, D. E. (2017). Human resource management and employee well - being: Towards a new analytic framework. *Human resource management journal*, 27(1), 22-38.

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。
- Nishii, L. H., Lepak, D. P., & Schneider, B. (2008). Employee attributions of the “why” of HR practices: Their effects on employee attitudes and behaviors, and customer satisfaction. *Personnel psychology*, 61(3), 503-545.
- 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.
- Pfeffer, J., & (1998). *The human equation: Building profits by putting people first*. Harvard Business Press.
- Pfeffer, J. (2018). Dying for a paycheck: How modern management harms employee health and company performance—and what we can do about it. (村井章子訳『ブラック職場があなたを殺す』日本経済新聞社、2019 年
- 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.

Wright, P., & Nishii, L. H. (2013) "Strategic HRM and organizational behavior: Integrating multiple levels of analysis," In D. Guest, J. Paauwe & P. Wright (Eds.), *HRM and performance: Achievements and challenges*: 97 –110. Wiley.

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

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1年目は、過去に自身が実施した文献レビューから、評価指標の開発に必要な情報を抽出・整理した。2年目は、1年目に抽出・整理した情報に、研究代表者及び研究分担者の分担研究から得られた内容を追加し、情報の拡充を図るとともに、整理した情報に基づき、評価指標案を作成した。3年目は、2年目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した。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。

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1年目は、過去に自身が実施した文献レビュー（井上ら，2018）から、評価指標の開発に必要な情報を抽出・整理した。2年目は、1年目に抽出・整理した情報に、研究代表者及び研究分担者の分担研究から得られた内容を追加し、情報の拡充を図るとともに、教示文の追加とチェックリスト形式へのレイアウト編集を行い、評価指標案を作成した。3年目は、2年目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「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した。以下、その詳細について説明する。

B. 研究方法

1. 令和2年度の研究概要

両立支援に係る労使間の合意形成のプロセスに必要な情報を抽出する際の情報源として、平成

29 年度厚生労働省労災疾病臨床研究事業費補助金「治療と就労の両立支援のための事業場内外の産業保健スタッフと医療機関の連携モデルとその活動評価指標の開発に関する研究」（研究代表者：堤 明純）において、自身が実施した文献レビュー（井上ら，2018）を活用した。レビューの中から、事業者、人事労務担当者、管理監督者の両立支援の取組内容について記述された箇所を抽出するとともに、必要に応じて「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」を参照し、不足している情報の埋め合わせを行った。その後、抽出した情報を「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」の「5 両立支援の進め方」に記載されている流れに準拠し、①両立支援を必要とする労働者からの情報提供、②治療の状況等に関する必要に応じた主治医からの情報収集、③就業継続の可否、就業上の措置及び治療に対する配慮に関する産業医等の意見聴取、④休業措置、就業上の措置及び治療に対する配慮の検討と実施の4段階に分けて整理することとした。尚、④については、入院等による休業を要すると判断した場合、休業に関連する情報が必要となるため、別途、整理することとした。

2. 令和3年度の研究概要

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追加・拡充する際の情報源として、令和2年度の本研究課題の総括・分担研究報告書のうち、事業場及び労働者を対象に実施した江口班長（江口ら，2021）及び梶木班員（梶木，2021）の分担研究報告書を活用した。江口班長の分担研究では、事業場が治療と仕事の両立支援助成金（環境整備コース・制度活用コース）の申請に際し、新たに設けた社内制度や変更した就業規則に関する情報を収集しており、その中から両立支援に係る労使間の合意形成の際に聴取している情報が記述されている箇所を抽出した。梶木班員の分担研究では、前述のウェブシステムの中で作成された本人、事業者（上司及び人事労務担当者）、主治医とのやりとりを想定したシナリオの中から、労使間の合意形成の際に聴取している情報が記述されている箇所を抽出した。抽出した情報が令和2年度に整理した4段階のうち、どれに該当するかを検討した後、教示文の追加とチェックリスト形式へのレイアウト編集を行い、評価指標案を作成した。

3. 令和4年度の研究概要

令和3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評価指標の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、公表された研究報告書からの情報の抽出・整理、開発を進めたウェブシステムの課題の抽出を目的としたものであり、「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

1. 令和2年度の研究結果

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

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

報が必要な) 事項、就業による病態の著しい悪化の可能性、病気による業務上の危険性であった。

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

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

④において、入院等による休業を要すると判断した場合については、休業開始前、休業期間中、職場復帰判定時の3つの時点に分けて必要な情報を整理した。休業開始前に必要な情報は「本人に伝えるべき事項」として、休業可能な期間、休業期間中の保障内容、休業期間中の過ごし方、会社への定期報告の方法、職場復帰の準備に関する事項、職場復帰を判断する方法、職場復帰後に利用可能な社内制度(試し勤務、在宅勤務、時差出勤、短時間勤務など)が抽出された。休業期間中に必要な情報は「本人から聞き取るべき事項(定期報告時)」と「本人に伝えるべき事項」の2つに大別された。「本人から聞き取るべき事項(定期報告時)」として抽出されたのは、本人の体調や治療の経過、今後の見込み、本人の不安や悩みであった。「本人に伝えるべき事項」として抽出されたのは、活用可能な支援制度、職場復帰に関連する情報であった。職場復帰判定時に必要な情報は

「本人から聞き取るべき・確認しておくべき事項」と「本人以外に意見聴取を行うべき対象」の2つに大別された。「本人から聞き取るべき・確認しておくべき事項」として抽出されたのは、主治医の意見、本人の職場復帰の意向、職場復帰後の社内制度(試行勤務、在宅勤務、短時間勤務など)の利用希望の有無(社内制度がある場合)、主治医から情報を得ることに対する同意であった。

「本人以外に意見聴取を行うべき対象」として抽出されたのは、主治医(本人から聞き取った主治医の意見が不十分な場合)、産業医等(主治医の意見を提供したうえで、職場復帰の可否に関する意見を聴取)、復帰予定の部署であった。

上記の情報について表にまとめた。

2. 令和3年度の研究結果

江口班長の分担研究報告書からは、①両立支援を必要とする労働者からの情報提供の際に「本人から聞き取るべき事項」の「主治医からの情報」として、病状/傷病の程度、治療の状況、治療のスケジュール/治療の計画、治療を必要とする期間、就業継続の可否に関する意見、就業上必要な配慮に関する意見、通勤時に必要な配慮に関する意見が抽出された。このうち、通勤時に必要な配慮に関する意見は、令和2年度の文献レビューから抽出された事項には含まれていなかったため、合意形成に必要な情報として追加した。また、④休業措置、就業上の措置及び治療に対する配慮の検討と実施において、入院等による休業を要すると判断した場合の職場復帰判定時に、社内制度の利用希望の有無を本人から聴取することや、主治医や復帰予定の部署に対して意見聴取を行う旨が抽出された。更に、「就業上の措置を実施している期間に把握すべき事項」として、体調の変化や治療状況の変化が抽出されたが、いずれも令和2年度の文献レビューから抽出された事項に包含される内容であった。

梶木班員の分担研究では、休業から職場復帰する際に活用可能なウェブシステムを開発していたことから、抽出された情報は、いずれも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うち、入院等による休業を要すると判断した場合の職場復帰判定時に必要な情報として追加した。まず、「本人から聞き取るべき・確認しておくべき事項」の中で、主治医の意見の具体的な内容として、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)想定される症状が抽出されたため、これらの内容を「主治医の意見」に括弧書きとして追加した。また、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についても、「本人から聞き取るべき・確認しておくべき事項」として抽出されたため、必要な情報として追加した。更に、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の2点が「本人に伝えるべき事項」として、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）の2点が「主治医に伝えるべき事項」として、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の3点が「主治医に確認すべき事項」としてそれぞれ抽出されたため、「本人に伝えるべき事項」、「主治医に伝えるべき事項」、「主治医に確認すべき事項」の項目を新たに設け、これらの情報を追加・整理した。

以上のプロセスを経て整理した情報の一覧に教示文の追加とチェックリスト形式へのレイアウト編集を行い、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」）の案を作成した。評価指標案では、列挙した項目以外にも労使間の合意形成の際に収集・提供した情報や実施した事項を記録できるよう、各セクションに自由記入欄を設けた。作成した評価指標案を最終版（資料1参照）として、ウェブシステムにアップロードした。

3. 令和4年度の研究結果

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

令和2年度は、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関する評価指標を開発する事前準備として、過去に自身が実施した文献レビューから、必要な情報を抽出・整理した。文献レビューの中から抽出された情報は、いずれも労使間で両立支援の合意形成を進めていく上で不可欠なものと考えられるが、不足している部分については「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」を参照することで、より網羅的に必要な情報を抽出・整理することができた。

令和3年度は、これらの情報を更に拡充し、整理した情報に基づいて評価指標案を作成した。新たに追加した情報は、令和2年度に抽出・整理した情報では不足していた「実際の現場で行われている工夫点」等を含むものであり、評価指標に含めるべき項目の充実を図ることができたと考え

られるが、実際の現場では、抽出した項目以外にも労使間の合意形成の際に収集・提供が行われている情報や、実施している事項が含まれている可能性があるため、評価指標案の作成にあたっては、これらの情報を記録できるよう、各セクションに自由記入欄を設けることにした。そのため、本評価指標は、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漏れなく収集・提供したかを確認するチェックリストとしてだけでなく、実際に実施したことを記録する備忘録としても活用することができると考えられる。

令和4年度は、令和3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, Tsutsumi A, Eguchi H, Kachi Y, Shimazu A, Miyaki K, Takahashi M, Kurioka S, Enta K, Kosugi Y, Totsuzaki T, Kawakami N. Workplace social capital and refraining from seeking medical care in Japanese employees: a one-year prospective cohort study. *BMJ Open* 2020; 10(8): e36910.

Eguchi H, Sasaki J, Inoue A, Tateishi S. Factors related to oncologists' use of the treatment and employment support guidance fee. *J UOEH* 2021; 43(4): 427-432.

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.

2. 学会発表

Inoue A, Tsutsumi A, Eguchi H, Kachi Y, Shimazu A, Miyaki K, Takahashi M, Kurioka S, Enta K, Kosugi Y, Totsuzaki T, Kawakami N. Workplace social capital and refraining from seeking medical care in Japanese employees: a one-year prospective cohort study. 16th International Congress of Behavioral Medicine, 2021年6月, Glasgow, UK.

Inoue A, Eguchi H, Kachi Y, Tsutsumi A. Adaptation to management philosophy and refraining from seeking medical care in Japanese employees: a one-year prospective cohort study. 33rd International Congress on Occupational Health, 2022年2月, Melbourne, Australia and Rome, Italy.

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. 知的所有権の取得状況

なし

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.

江口尚, 堤明純, 須賀万智, 森田哲也, 梶木繁之, 武藤剛, 井上彰臣. 事業場において治療と仕事の両立を支援するための配慮とその決定プロセスに関する研究: インタビュー調査と事例収集. 研究代表者 江口尚. 厚生労働省労災疾病臨床研究事業費補助金「事業場において治療と仕事の両立を支援するための配慮とその決定プロセスに関する研究」令和2年度総括・分担研究報告書. 東京: 厚生労働省, 2021: 11-23.

井上彰臣, 江口尚, 堤明純. 治療と就労の両立支援の活動評価指標の開発: 先行研究のレビューと面接調査. 研究代表者 堤明純. 厚生労働省労災疾病臨床研究事業費補助金「治療と就

労の両立支援のための事業場内外の産業保健スタッフと医療機関の連携モデルとその活動評価指標の開発に関する研究」平成 29 年度総括・分担研究報告書. 東京: 厚生労働省, 2018: 56-87.

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 2 年度総括・分担研究報告書. 東京: 厚生労働省, 2021: 75-129.

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 年度総合研究報告書. 東京: 厚生労働省, 2017: 1-22.

表 治療と仕事の両立支援に係る労使間の合意形成プロセスに必要な情報

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

① 両立支援を必要とする労働者からの情報提供

【労働者（以下、本人）から聞き取るべき事項】

（１）主治医からの情報

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

（２）本人からの情報

- ・主治医からの情報には含まれない、本人の個別状況

【本人に伝えるべき事項】

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

② 治療の状況等に関する必要に応じた主治医からの情報収集

【本人に確認しておくべき事項】

- ・主治医から情報を得ることに対する同意

【主治医に伝えるべき事項】

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

【主治医に確認すべき事項】

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

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

【産業医等に伝えるべき事項】

- ・①～②で本人や主治医から聴取した事項
- ・本人が利用可能な制度

④ 休業措置、就業上の措置及び治療に対する配慮の検討と実施

【本人から聞き取るべき事項】

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

【本人に伝えるべき事項】

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

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

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

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

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

（２）休業期間中**【本人から聞き取るべき事項（定期報告時）】**

- ・本人の体調や治療の経過
- ・今後の見込み
- ・本人の不安や悩み

【本人に伝えるべき事項】

- ・活用可能な支援制度
- ・職場復帰に関連する情報

（３）職場復帰判定時**【本人から聞き取るべき・確認しておくべき事項】**

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

【本人以外に意見聴取を行うべき対象】

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

【就業上の措置を実施している期間に行うべき事項】

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

【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。

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

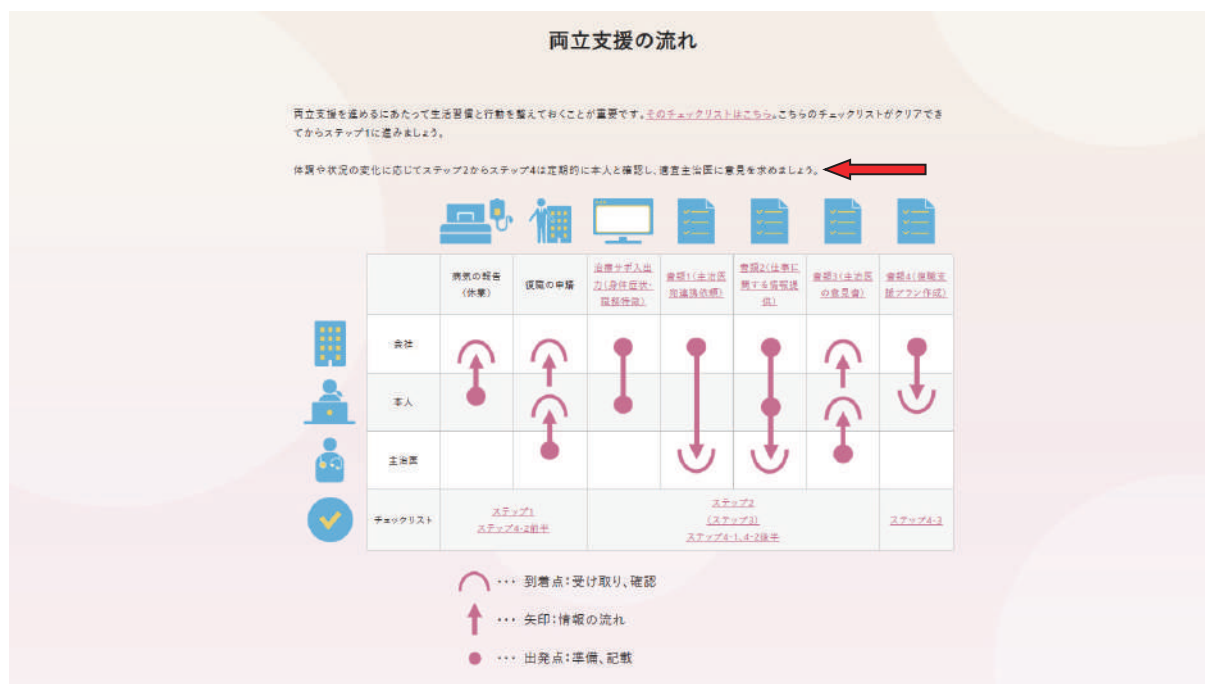
治療サポを効果的に使うためには[情報授受チェックリスト](#)が参考になります。このチェックリストは、治療と仕事の両立支援をスムーズに進めるために、本人や主治医との間で情報の授受が必要な事項をステップ別に整理したものです。本人と合意形成を進める際に、誰からどのような情報を得て、誰にどのような情報を提供したかをチェック・記録することで、必要な情報を漏れなく収集・提供することができます。

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 \(PDF\) >](#)

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

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

To cite: Inoue A, Tsutsumi A, Eguchi H, *et al.* Workplace social capital and refraining from seeking medical care in Japanese employees: a 1-year prospective cohort study. *BMJ Open* 2020;**10**:e036910. doi:10.1136/bmjopen-2020-036910

► Prepublication history and additional material for this paper are available online. To view these files, please visit the journal online (<http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2020-036910>).

Received 10 January 2020
Revised 15 June 2020
Accepted 15 June 2020



© Author(s) (or their employer(s)) 2020. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use. See rights and permissions. Published by BMJ.

For numbered affiliations see end of article.

Correspondence to

Dr Akiomi Inoue;
akiomi@med.kitasato-u.ac.jp

ABSTRACT

Objectives We examined the association of workplace social capital (WSC), including structural and cognitive dimensions, with refraining from seeking medical care (RSMC) among Japanese employees.

Design One-year prospective cohort study.

Setting and participants We surveyed 8770 employees (6881 men and 1889 women) aged 18–70 years from 12 firms in Japan using a self-administered questionnaire comprising the WSC scale and the items on potential confounders (ie, age, educational attainment and equivalent annual household income) at baseline (from April 2011 to March 2013).

Outcome measures At a 1-year follow-up, we measured RSMC using a single-item question ‘In the past year, have you ever refrained from visiting a hospital, clinic, acupuncturist or dentist despite your sickness (including a slight cold or cavity) or injury?’

Results The results of Cox regression with robust variance showed that, after adjusting for potential confounders, the low WSC group (ie, the lowest tertile group) had a significantly higher relative risk (RR) of RSMC compared with the high WSC group (ie, the highest tertile group) among both men and women (overall WSC: RR 1.09 (95% CI 1.01 to 1.17) and 1.20 (95% CI 1.06 to 1.37); structural dimension: RR 1.13 (95% CI 1.04 to 1.22) and 1.25 (95% CI 1.07 to 1.45); and cognitive dimension: RR 1.11 (95% CI 1.03 to 1.20) and 1.21 (95% CI 1.06 to 1.38), respectively). Trend analysis using a continuous score of the WSC scale also showed a significant association of low WSC with a higher risk of RSMC among both men and women.

Conclusions Our findings suggest that the lack of social capital in the workplace is associated with RSMC among Japanese employees.

INTRODUCTION

Access to medical care is an essential determinant of health.¹ Delayed access to medical care, often caused by refraining from seeking medical care (RSMC, ie, reluctance to seek or avoidance of medical care),² has been reported to have effects on reduced quality

Strengths and limitations of this study

- This is the first study examining the association of social capital with refraining from seeking medical care in the occupational setting.
- We used a large-scale dataset from an occupational cohort survey.
- Our sample was recruited from primarily large-scale enterprises in Japan; therefore, the generalisation of our findings should be made with caution.
- Refraining from seeking medical care was measured by simply asking the participants to recall their experience over the past year, which may have led to recall bias.

of life, more extended hospital stays and mortality in a wide range of age groups.^{3–6} Previous studies on RSMC have examined its potential individual determinants, including age,⁷ health status,⁸ insurance coverage⁹ and social class (ie, educational attainment, household income and employment conditions).^{10–15}

The interest in the effects of social contextual factors such as social capital on RSMC or access to medical care has been increasing.¹ Although social capital is defined in many ways, all definitions share the notion that social networks, norms of reciprocity and generalised trust are essential aspects of the concept.¹⁶ Particularly in the health research field, social capital is conceptualised primarily as a two-dimensional construct consisting of a structural dimension (ie, what people ‘do’) and a cognitive dimension (ie, what people ‘feel’).¹⁷ Based on this construct, the network aspect is categorised as the structural dimension while the reciprocity and trust aspects are categorised as the cognitive dimension.¹⁸ Generally, social capital entails three types: bonding, bridging and linking. Bonding

social capital refers to relations of trust and cooperation among people within relatively homogenous groups; bridging social capital refers to relations of respect and mutuality among people between heterogeneous groups; and linking social capital refers to relations between individuals and groups in different social strata in a hierarchy where different groups have access to power, social status and wealth.¹⁹ As just described, the theoretical framework of social capital encompasses many complex aspects, dimensions and types of social interactions and cognitions that can have potential benefits but also disadvantages for communities and the individuals living within them. Several reviews have highlighted the challenge to empirically verify the associations of social capital with health outcomes.^{20–22} Medical care utilisation or RSMC is no exception. It has been theoretically suggested that social capital promotes positive psychological states towards self-care and appropriate medical care utilisation,²³ and empirical evidence to support this suggestion has been accumulated among community residents.^{1 20}

The idea of social capital is a natural candidate for expansion to occupational settings. Kawachi²⁴ pointed out that social capital is likely to be found in settings where people now spend most of their time. The workplace represents an important social unit, mainly since many people spend one-third of their lives at work²⁵ and the workplace is a significant source of social relations.²⁶ Several previous studies reported that the lack of workplace social capital (WSC) was associated with various kinds of health outcomes: poor self-rated health,^{26–30} hypertension (or high blood pressure),^{31 32} poor mental health (eg, depression, depressive symptoms and psychological distress),^{27 33–38} unhealthy behaviours (eg, smoking)^{39–42} and mortality.⁴³

In the theoretical framework of job stress, WSC is considered to be a summary outcome of the favourable psychosocial work environment called job resources (eg, job control, supervisor and coworker support, extrinsic reward, organisational justice, etc) and also to improve mental and physical health among employees.⁴⁴ Given the definition of social capital, the workplace with low social capital can be characterised by lack of network, reciprocity and trust. In such a workplace, employees may have difficulty asking coworkers to rearrange their schedules associated with seeking medical care, which may lead to the lack of time to excuse themselves from work and consequently to RSMC and subsequent poor self-rated health.⁴⁵ To date, two previous studies in occupational settings have reported that low job control and low organisational justice (ie, procedural justice and interactional justice) were associated with less access to medical care or RSMC.^{46 47} However, the association of WSC with RSMC has not been thoroughly examined.

The purpose of the present study was to examine the association of WSC with RSMC among Japanese employees using a 1-year prospective design. It was hypothesised that those who perceived lower levels of WSC at baseline would be more likely to refrain from seeking medical

care during the 1-year follow-up. In the present study, we focused mainly on the bonding WSC (ie, social capital within same working teams) because it is of particular importance in Japanese corporate culture, which is group oriented: altruism, teamwork and group cohesiveness are emphasised⁴⁸ and it has been reported that bonding social capital is related mainly to better access to medical care.²⁰ On the other hand, it has also been pointed out that the empirical evidence for the association of bonding social capital with access to medical care is somewhat limited, primarily because of the tendency to mix different dimensions of social capital into overall indices.²⁰ Therefore, we focused not only on overall bonding WSC but also on its construct dimensions (ie, the structural dimension, including the network aspect and the cognitive dimension, including the reciprocity and trust aspects). Furthermore, in Japanese culture, laughter and smiles are also essential to maintain social harmony,⁴⁹ which is one of the elements of cognitive dimension.^{17 18} Therefore, we also focused on the laughter/smiles aspect and included it in the cognitive dimension. We analysed the data for men and women separately because a previous study has reported sex differences in medical care utilisation.⁵⁰

METHODS

Study design

We extracted the data from longitudinal datasets collected in an occupational cohort study on social class and health in Japan (Japanese Study of Health, Occupation and Psychosocial Factors Related Equity: J-HOPE). The J-HOPE was conducted in three or four waves at 13 firms located in Japan. The primary industry sectors were information technology, hospital and medical facility, manufacturing, pharmaceutical, service, transportation and real estate. The first wave was conducted from April 2010 to March 2012; the subsequent waves were conducted in 1-year intervals following the first wave. Because the RSMC was assessed only at the third wave in all surveyed firms, except for one hospital, the present study treated the second wave (conducted from April 2011 to March 2013) as a baseline and the third wave (conducted from April 2012 to March 2014) as a 1-year follow-up. The analyses were conducted using the J-HOPE datasets available as of 22 December 2016.

Participants

In the second wave of the J-HOPE (ie, the baseline in the present study), a total of 11 393 employees completed a self-administered questionnaire (response rate 82%). During the 1-year follow-up period, 1497 employees were transferred, took a leave of absence (ie, sick leave, maternity leave or childcare leave), retired or declined to participate. Overall, 9896 employees participated in the third wave (ie, 1-year follow-up in the present study) and completed the follow-up questionnaire (follow-up rate 87%). After excluding 481 hospital employees who were not measured for RSMC in the third wave and 645

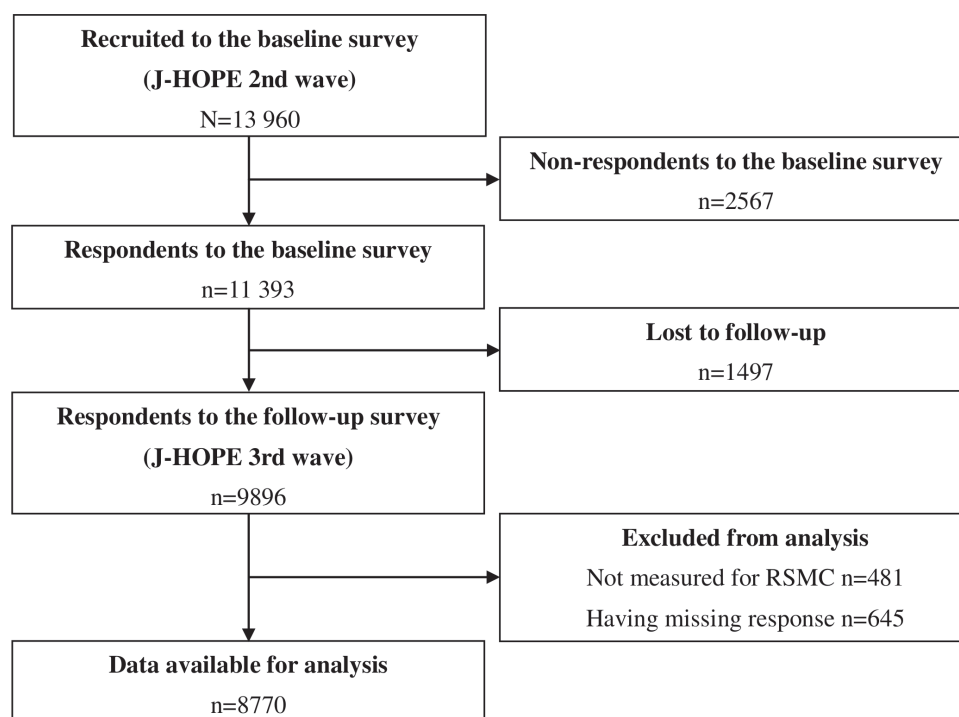


Figure 1 Recruitment and follow-up flow diagram. J-HOPE, Japanese Study of Health, Occupation and Psychosocial Factors Related Equity; RSMC, refraining from seeking medical care.

employees who had at least one missing response for variables relevant to the present study, the data from 8770 employees (6881 men and 1889 women) were analysed (see figure 1). Table 1 shows the type of industry and the number of participants of each firm.

Table 1 Firm code, type of industry and the number of participants in each firm

Firm code (type of industry)	Men (n=6881)	Women (n=1889)
	N (%)	N (%)
1 (Information technology)	588 (8.5)	152 (8.0)
2 (Hospital)*	–	–
3 (Manufacturing)	1937 (28.1)	242 (12.8)
4 (Information)	446 (6.5)	222 (11.8)
5 (Pharmaceutical)	146 (2.1)	149 (7.9)
6 (Service)	13 (0.2)	23 (1.2)
7 (Veterinary)	1 (0.0)	2 (0.1)
8 (Medical)	13 (0.2)	18 (1.0)
9 (Service)	372 (5.4)	182 (9.6)
10 (Manufacturing)	2112 (30.7)	770 (40.8)
11 (Transportation)	1032 (15.0)	44 (2.3)
12 (Real estate)	168 (2.4)	58 (3.1)
13 (Real estate)	53 (0.8)	27 (1.4)

*Excluded from the analyses due to the lack of information on RSMC at follow-up.
RSMC, refraining from seeking medical care.

Measures

Exposure: WSC (baseline)

Bonding WSC was measured using a six-item scale developed by Eguchi *et al.*⁴⁸ This scale focuses on the structural and cognitive dimensions of the bonding WSC. The first three items (items #1–#3) that focus on the structural dimension by measuring the network aspect were adapted from the eight-item WSC scale developed by Kouvonen *et al.*²⁸ The remaining three items (items #4–#6) that focus on the cognitive dimension by measuring the reciprocity, trust and laughter/smiles aspects were based on Japanese studies that used the social cohesion approach to conceptualise social capital.^{30 32 42 51–53} These items are shown in the online supplementary appendix. All items were measured on a four-point Likert-type scale (1 *Not at all*, 2 *Not exactly*, 3 *Somewhat so* and 4 *Definitely*). Total scores for overall WSC (items #1–#6), the structural dimension (items #1–#3) and the cognitive dimension (items #4–#6) were calculated by summing their item scores (range 6–24 for overall WSC and 3–12 for structural and cognitive dimensions). In this sample, Cronbach's alpha coefficients were 0.90, 0.83 and 0.82 for overall WSC, the structural dimension and the cognitive dimension, respectively, indicating that the WSC scale had a higher level of internal consistency reliability and a lower risk of measurement error.⁵⁴ Participants were classified into tertiles (ie, high, moderate and low) based on the scores for overall WSC and its structural dimensions.

Outcome: RSMC (1-year follow-up)

The follow-up questionnaire included a single-item question measuring RSMC, which had been used in the Japanese General Social Survey conducted in 2008.¹³ The participants were asked to respond to the question 'In the past year, have you ever refrained from visiting a hospital, clinic, acupuncturist or dentist despite your sickness (including a slight cold or cavity) or injury?' The response options were '1 Yes, I have,' '2 No, I have not' and '3 I did not get sick or injured.' Participants were dichotomised into those who RSMC (ie, those who answered 1) and those who did not (ie, those who answered 2 or 3).

Potential confounders (baseline)

Among the potential individual determinants of RSMC introduced earlier,^{7–15} age, educational attainment and household income were reported to be associated with the level of social capital⁵⁵; therefore, these three factors were treated as potential confounders.

Age was classified into five groups: 29 years or younger, 30–39 years, 40–49 years, 50–59 years and 60 years or older. Educational attainment was classified into four groups: graduate school, college, junior college and high school or junior high school. As an indicator of household income, we calculated equivalent annual household income. The participants were asked to report their annual household income by selecting one of the following six response options: 2.99 million JPY (28 750 EUR) or less, 3–4.99 million JPY (28 850–48 000 EUR), 5–7.99 million JPY (48 100–76 800 EUR), 8–9.99 million JPY (76 900–96 050 EUR), 10–14.99 million JPY (96 150–144 100 EUR) and 15 million JPY (144 200 EUR) or more (EUR was converted from JPY using the average monthly exchange rate from April 2011 to March 2013 (104 JPY per EUR)). Subsequently, equivalent annual household income was computed by dividing the median household income of each response option by the square root of the household size.

Statistical analysis

First, we conducted Student's t-test or Fisher's exact test to compare those who did and did not refrain from seeking medical care in potential confounders as well as in the total score for the WSC scale. Afterwards, using the high overall WSC group (ie, the highest tertile group) as a reference, we estimated the relative risks (RRs) and their 95% confidence intervals (CIs) of RSMC for the moderate and low overall WSC groups (ie, the middle and lowest tertile groups). When the outcome variable is dichotomous, logistic regression is typically used. The odds ratio (OR) calculated by the logistic regression is an approximation of RR when the outcome is relatively rare (ie, <10%). However, it has been pointed out that the OR overestimates RR when the outcome is common.⁵⁶ As shown later, the percentage of the RSMC cases was over 40% in the present sample (see tables 2 and 3). Therefore, we did not conduct logistic regression but Cox regression with robust variance, which has been recommended as a

suitable method for estimating RR.⁵⁷ In the Cox regression, the time variable was treated as a constant since all of the participants analysed in the present study had a 1-year follow-up period and there were no censored cases. In the analysis, we first calculated the crude RR (ie, without any adjustment, model 1). Subsequently, we adjusted for potential confounders (ie, age, educational attainment and equivalent annual household income, model 2). A similar analysis was conducted for the structural and cognitive dimensions of WSC. Furthermore, to examine whether the results of Cox regression using the tertile classification for WSC were robust, trend analysis was conducted using the continuous score of WSC. In the trend analysis, the total score of WSC was reversed (ie, higher score indicated lower WSC) and divided by the number of items (ie, converted so that the scoring range was 1–4), which allowed us to interpret RRs easily and make RRs for overall WSC and its construct dimensions comparable. In addition, we examined the association of every single item of the WSC scale with RSMC. In the analysis, each item score was also reversed for the same reasons mentioned above. The level of significance was 0.05 (two-tailed). The statistical analyses were conducted using Stata/MP V.14.0 for Windows (Stata Corp, College Station, Texas, USA).

Patient and public involvement

Patients or the public were not involved in the design, conduct, reporting or dissemination plans of the present study.

RESULTS

Table 2 details the characteristics of the participants according to those who did and did not refrain from seeking medical care, together with sex. For men, those who refrained from seeking medical care, compared with those who did not, were younger ($p<0.001$) and highly educated ($p=0.012$), had lower equivalent annual household income ($p<0.001$) and perceived lower levels of WSC (overall WSC: $p<0.001$; structural dimension: $p<0.001$; and cognitive dimension: $p=0.001$). For women, those who refrained from seeking medical care, compared with those who did not, were younger ($p<0.001$) and highly educated ($p=0.003$) and perceived lower levels of WSC (overall WSC: $p=0.001$; structural dimension: $p<0.001$; and cognitive dimension: $p=0.006$), while there was no significant difference in equivalent annual household income between those who did and did not refrain from seeking medical care ($p=0.980$).

Table 3 shows the results of the Cox regression with robust variance on overall WSC as well as on its construct dimensions. In the crude model (model 1), the low overall WSC group had a significantly higher RR of RSMC compared with the high overall WSC group for both sexes (RR 1.09, 95% CI 1.01 to 1.17 and RR 1.16, 95% CI 1.02 to 1.33 for men and women, respectively). Conversely, the moderate overall WSC group did not have a significantly

Table 2 Detailed characteristics of employees who participated in the present study

	Men (n=6881)				Women (n=1889)			
	RSMC (n=2924)		Did not refrain from seeking medical care (n=3957)		RSMC (n=870)		Did not refrain from seeking medical care (n=1019)	
	Mean (SD)	N (%)	Mean (SD)	N (%)	Mean (SD)	N (%)	Mean (SD)	N (%)
Age	40.5 (10.3)		42.2 (10.6)		38.1 (9.74)		40.8 (10.3)	
29 years or younger		537 (18.4)		610 (15.4)		222 (25.5)		187 (18.4)
30–39 years		787 (26.9)		938 (23.7)		257 (29.5)		249 (24.4)
40–49 years		996 (34.1)		1294 (32.7)		272 (31.3)		371 (36.4)
50–59 years		537 (18.4)		975 (24.6)		111 (12.8)		188 (18.4)
60 years or older		67 (2.3)		140 (3.5)		8 (0.9)		24 (2.4)
Educational attainment								
Graduate school		359 (12.3)		460 (11.6)		39 (4.5)		31 (3.0)
College		979 (33.5)		1332 (33.7)		234 (26.9)		214 (21.0)
Junior college		377 (12.9)		421 (10.6)		220 (25.3)		266 (26.1)
High school or junior high school		1209 (41.3)		1744 (44.1)		377 (43.3)		508 (49.9)
Equivalent annual household income*	41 153 (18 297)		42 985 (19 161)		35 928 (21 180)		35 904 (21 565)	
WSC								
Overall WSC (items #1–#6) (range 6–24)	17.0 (3.32)		17.4 (3.31)		16.6 (3.55)		17.1 (3.45)	
Structural dimension (items #1–#3) (range 3–12)	8.50 (1.73)		8.68 (1.71)		8.20 (1.84)		8.51 (1.75)	
Cognitive dimension (items #4–#6) (range 3–12)	8.52 (1.77)		8.67 (1.76)		8.36 (1.88)		8.60 (1.86)	

*Currency unit is EUR, which was converted from JPY using the average monthly exchange rate from April 2011 to March 2013 (104 JPY per EUR). RSMC, refrained from seeking medical care; WSC, workplace social capital.

Table 3 Association of WSC with RSMC during the 1-year follow-up period among Japanese employees: COX regression with robust variance using the time variable as a constant

	Men (n=6881)			Women (n=1889)		
	Number of		RR (95% CI)	Number of		RR (95% CI)
	N	cases (%)		N	cases (%)	
Overall WSC (items #1–#6)						
High (19–24)	1701	706 (41.5)	1.00	439	188 (42.8)	1.00
Moderate (17–18)	2873	1174 (40.9)	0.98 (0.92 to 1.06)	731	324 (44.3)	1.03 (0.90 to 1.18)
Low (6–16)	2307	1044 (45.3)	1.09 (1.01 to 1.17)	719	358 (49.8)	1.16 (1.02 to 1.33)
Continuous (for one point score)†			1.11 (1.06 to 1.16)			1.15 (1.06 to 1.25)
Structural dimension (items 1#–#3)						
High (10–12)	1368	554 (40.5)	1.00	305	126 (41.3)	1.00
Moderate (9)	2891	1168 (40.4)	1.00 (0.92 to 1.08)	768	331 (43.1)	1.04 (0.89 to 1.22)
Low (3–8)	2622	1202 (45.8)	1.13 (1.05 to 1.22)	816	413 (50.6)	1.23 (1.05 to 1.42)
Continuous (for one point score)†			1.11 (1.06 to 1.17)			1.16 (1.08 to 1.26)
Cognitive dimension (items 4#–#6)						
High (10–12)	1499	614 (41.0)	1.00	410	177 (43.2)	1.00
Moderate (9)	2707	1091 (40.3)	0.98 (0.91 to 1.06)	694	302 (43.5)	1.01 (0.88 to 1.16)
Low (3–8)	2675	1219 (45.6)	1.11 (1.03 to 1.20)	785	391 (49.8)	1.15 (1.01 to 1.32)
Continuous (for one point score)†			1.08 (1.03 to 1.13)			1.11 (1.03 to 1.20)

*Crude (ie, without any adjustment).

†Adjusted for age, educational attainment and equivalent annual household income.

‡To interpret RRs easily and make RRs for overall WSC and its construct dimensions comparable, the total score was reversed (ie, higher score indicated lower WSC) and divided by the number of items (ie, converted so that the scoring range was 1–4).

CI, confidence interval; RR, relative risk; RSMC, refraining from seeking medical care; WSC, workplace social capital.

higher RR of RSMC (RR 0.98, 95% CI 0.92 to 1.06 and RR 1.03, 95% CI 0.90 to 1.18 for men and women, respectively). These patterns remained unchanged after adjusting for potential confounders (model 2). When we separated overall WSC into structural and cognitive dimensions, similar tendencies were observed for both dimensions. Trend analysis using a continuous score of the WSC scale also showed a significant association of low WSC with a higher risk of RSMC, irrespective of sex, statistical model or construct dimensions of WSC.

When we examined the association of every single item of the WSC scale with RSMC, significant RRs for all items were observed, except for the item #6 (laughter/smiles) in the crude model among women (details are available in online supplementary table).

DISCUSSION

We examined the 1-year prospective association of WSC (mainly bonding WSC) with RSMC among Japanese employees. For both sexes, low overall WSC was significantly associated with a higher risk of RSMC, independently of age and socioeconomic characteristics (ie, educational attainment and equivalent annual household income). Similar tendencies were observed when we separated overall WSC into structural and cognitive dimensions.

For both structural and cognitive dimensions, the lack of WSC was significantly associated with a higher risk of RSMC, which supported our hypothesis. Our finding is consistent with the results of a previous systematic review of access to medical care among community residents, which reported that bonding social capital is related to better access to medical care.²⁰ The present study expanded this evidence into occupational settings. Given the findings from occupational settings suggesting the association of low job control and low organisational justice with RSMC,^{46 47} our finding is reasonable because WSC is theoretically considered to be a summary outcome of job resources (ie, favourable psychosocial work environment) including job control and organisational justice.⁴⁴ It is common for Japanese employees to take time off (ie, paid holiday) to seek medical care during working days because Japanese law does not necessarily require each company to establish paid sick leave. Although employees have a legitimate right to take time off, and employers should not treat employees who would like to take time off unfairly, Japanese corporate culture recognises working without taking time off as diligent. The social notion that 'working hard is a virtue' is still firmly rooted in the Japanese psyche and taking time off in itself is viewed negatively.⁵⁸ Therefore, in the Japanese workplace with low social capital characterised by lack of network, reciprocity and trust, employees who take leave of absence to seek medical care are more likely to be perceived negatively (eg, enjoying benefits or causing trouble for others) by coworkers as well as by supervisors. In other cases, workplaces may have an uncooperative attitude towards

rearranging the work schedule of those seeking medical care. Such a situation may prevent employees from seeking necessary medical care. On the other hand, it is unclear whether our findings would emerge in countries other than Japan. For example, in Western countries that are more individualistic compared with Asian countries, including Japan,⁵⁹ and have a legally established paid sick leave system, employees may seek medical care when getting sick irrespective of social capital of their workplace; therefore, a clear association of WSC with RSMC may not be observed. Future research is needed to replicate our findings in workplaces cross-culturally.

In the present study, the association of low WSC with RSMC remained unchanged after adjusting for potential confounders, including socioeconomic characteristics (model 2). This finding may be explained by the fact that our study sample comprised a higher proportion of employees at large-scale enterprises who were covered by corporate health insurance and received excellent benefits from their companies. Such homogeneity of our study sample may have decreased the confounding effects of demographic and socioeconomic characteristics on the association of low WSC with RSMC; therefore, our findings should be replicated in more vulnerable employees, such as employees at small-scale and medium-scale enterprises or non-permanent employees, in the future.

Possible limitations of the present study should be considered. First, as discussed above, our study sample comprised Japanese employees from primarily large-scale enterprises, which tend to provide excellent benefits (eg, generous healthcare) to employees; therefore, the present findings should be generalised cautiously. Second, RSMC was measured by simply asking the participants to recall their experience over the past year. Those who evaluated WSC as low may have been more likely to recall their own experience of RSMC during the follow-up period; therefore, our findings may be overestimated due to recall bias. Third, some employees dropped out during the follow-up period due to sick leave. They may have perceived lower levels of WSC at baseline and refrained from seeking medical care until their disease became severe, which may have underestimated the true association. Fourth, the present study did not obtain information on RSMC at baseline or regular hospital visit due to chronic disease, which may have masked the true association. Furthermore, personality traits may also have influenced our findings. Recent studies have reported that neuroticism is associated with an increased number of physician visits⁶⁰ as well as with higher levels of work-related stress⁶¹; therefore, without adjusting for neuroticism, our findings may have inflated the apparent association. Fifth, the influence of psychosocial work environment (ie, job demands or job resources) on the association of WSC with RSMC was not considered in the present study. As introduced earlier, WSC is considered a summary outcome of job resources aimed at improving health outcomes among employees⁴⁴; therefore, various kinds of unobserved job resources may explain the association demonstrated

in the present study. Future work should focus on the mediation effect of WSC on the association of psychosocial work environment with RSMC. Furthermore, some previous studies have examined the moderating effect of WSC on the association of adverse psychosocial work environment with health outcomes (eg, psychological distress and smoking)^{36 37 41}; therefore, research on the moderation effect of WSC on the association of psychosocial work environment with RSMC (or interaction effect of WSC and psychosocial work environment on RSMC) is also promising.

CONCLUSIONS

The present study offers evidence that WSC is an essential factor associated with individuals' decision to seek medical care for their perceived health issues independently of age and socioeconomic characteristics among Japanese employees. Our findings suggest that fostering a culture of network, reciprocity and trust in a workplace effectively promotes the medical care-seeking behaviour of Japanese employees. Future workplace intervention studies should investigate the effect of improving WSC on the promotion of employees' medical care seeking.

Author affiliations

¹Department of Public Health, Kitasato University School of Medicine, Sagamihara, Kanagawa, Japan

²Department of Mental Health, Institute of Industrial Ecological Sciences, University of Occupational and Environmental Health, Kitakyushu, Fukuoka, Japan

³Faculty of Policy Management, Keio University, Fujisawa, Kanagawa, Japan

⁴Asia Pacific Centre for Work Health and Safety, University of South Australia, Adelaide, South Australia, Australia

⁵Research Institute of Occupational Mental Health (RIOMH), Shibuya-ku, Tokyo, Japan

⁶Innovative Research Center for Preventive Medical Engineering, Nagoya University, Nagoya, Aichi, Japan

⁷Research Center for Overwork-Related Disorders, National Institute of Occupational Safety and Health Japan, Kawasaki, Kanagawa, Japan

⁸Faculty of Education, St. Andrew's University of Education, Sakai, Osaka, Japan

⁹Health Care Center, Central Japan Railway Company, Nagoya, Aichi, Japan

¹⁰Kosugi Health Management Office, Toyama, Japan

¹¹Uchisaiwaicho Medical Center, Mizuho Health Insurance Society, Chiyoda-ku, Tokyo, Japan

¹²Department of Mental Health, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo, Bunkyo-ku, Tokyo, Japan

Acknowledgements The authors thank Dr Hiroyuki Toyama (University of Helsinki) for their help in the preparation of the manuscript.

Contributors AI wrote the initial draft of the manuscript. AT, HE and YKa contributed to the analyses and interpretation of the data, and they assisted in the preparation of the manuscript. AI, AT, HE, AS, KM, MT, SK, KE, YKo, TT and NK contributed to the data collection. All authors critically reviewed the manuscript, approved the final version of the manuscript and agreed to be accountable for all aspects of the work, ensuring that the questions related to the accuracy or integrity of any part of the work were appropriately investigated and resolved.

Funding The present study was supported by Ministry of Education, Culture, Sports, Science and Technology (MEXT KAKENHI: Grant Number JP21119002), Japan Society for the Promotion of Science (JSPS KAKENHI: Grant Numbers JP26253042 and JP17K09172) and Ministry of Health, Labour and Welfare (Industrial Disease Clinical Research Grants: Grant Numbers 170401-02, 180701-01 and 200201-01).

Competing interests None declared.

Patient consent for publication Not required.

Ethics approval Research Ethics Committee, Graduate School of Medicine and Faculty of Medicine, The University of Tokyo (No. 2772-(4)), Kitasato University Medical Ethics Organisation (No. B12-103) and Ethics Committee of Medical Research, University of Occupational and Environmental Health, Japan (No. 10-004) reviewed and approved the aims and procedures of the present study.

Provenance and peer review Not commissioned; externally peer reviewed.

Data availability statement Data are available upon reasonable request. Because the data are still in the process of transferring to a data archiving organisation, the ad hoc committee chaired by AT is taking care of this role. The data were retrieved from the occupational cohort study on social class and health conducted in Japan (Japanese Study of Health, Occupation and Psychosocial Factors Related Equity: J-HOPE), and its authors may be contacted at akizumi@kitasato-u.ac.jp.

Open access This is an open access article distributed in accordance with the Creative Commons Attribution Non Commercial (CC BY-NC 4.0) license, which permits others to distribute, remix, adapt, build upon this work non-commercially, and license their derivative works on different terms, provided the original work is properly cited, appropriate credit is given, any changes made indicated, and the use is non-commercial. See: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>.

ORCID iD

Akiomi Inoue <http://orcid.org/0000-0002-4079-0719>

REFERENCES

- Mizuochi M. Social capital and refraining from medical care among elderly people in Japan. *BMC Health Serv Res* 2016;16:331.
- Taber JM, Leyva B, Persoskie A. Why do people avoid medical care? A qualitative study using national data. *J Gen Intern Med* 2015;30:290–7.
- Weissman JS, Stern R, Fielding SL, et al. Delayed access to health care: risk factors, reasons, and consequences. *Ann Intern Med* 1991;114:325–31.
- Prentice JC, Pizer SD. Delayed access to health care and mortality. *Health Serv Res* 2007;42:644–62.
- Rutherford ME, Dockerty JD, Jasseh M, et al. Access to health care and mortality of children under 5 years of age in the Gambia: a case-control study. *Bull World Health Organ* 2009;87:216–25.
- Chen J, Rizzo JA, Rodriguez HP. The health effects of cost-related treatment delays. *Am J Med Qual* 2011;26:261–71.
- Wong A, Wouterse B, Slobbe LCJ, et al. Medical innovation and age-specific trends in health care utilization: findings and implications. *Soc Sci Med* 2012;74:263–72.
- de Looper M, Lafortune G. *Measuring disparities in health status and in access and use of health care in OECD countries*. OECD Health Working Papers, No. 43. Paris: OECD Publishing, 2009.
- Sommers BD, Gawande AA, Baicker K. Health Insurance Coverage and Health - What the Recent Evidence Tells Us. *N Engl J Med* 2017;377:586–93.
- Gornick ME, Eggers PW, Reilly TW, et al. Effects of race and income on mortality and use of services among Medicare beneficiaries. *N Engl J Med* 1996;335:791–9.
- Braveman PA, Egerter SA, Cubbin C, et al. An approach to studying social disparities in health and health care. *Am J Public Health* 2004;94:2139–48.
- Westin M, Åhs A, Bränd Persson K, et al. A large proportion of Swedish citizens refrain from seeking medical care--lack of confidence in the medical services a plausible explanation? *Health Policy* 2004;68:333–44.
- Wamala S, Merlo J, Boström G, et al. Perceived discrimination, socioeconomic disadvantage and refraining from seeking medical treatment in Sweden. *J Epidemiol Community Health* 2007;61:409–15.
- Hanibuchi T. Inequalities in health and health care access: analysis of access to medical care using JGSS-2008. *JGSS Res Ser* 2010;7:99–110.
- Molarius A, Simonsson B, Lindén-Boström M, et al. Social inequalities in self-reported refraining from health care due to financial reasons in Sweden: health care on equal terms? *BMC Health Serv Res* 2014;14:605.
- Bhandari H, Yasunobu K. What is social capital? A comprehensive review of the concept. *Asian J Soc Sci* 2009;37:480–510.
- Harpham T, Grant E, Thomas E. Measuring social capital within health surveys: key issues. *Health Policy Plan* 2002;17:106–11.

- 18 Harpham T. The measurement of community social capital through surveys. In: Kawachi I, Subramanian SV, Kim D, eds. *Social capital and health*. New York: Springer, 2008: 51–62.
- 19 Szreter S, Woolcock M. Health by association? social capital, social theory, and the political economy of public health. *Int J Epidemiol* 2004;33:650–67.
- 20 Derose KP, Varda DM. Social capital and health care access: a systematic review. *Med Care Res Rev* 2009;66:272–306.
- 21 Murayama H, Fujiwara Y, Kawachi I. Social capital and health: a review of prospective multilevel studies. *J Epidemiol* 2012;22:179–87.
- 22 Villalonga-Olives E, Kawachi I. The dark side of social capital: a systematic review of the negative health effects of social capital. *Soc Sci Med* 2017;194:105–27.
- 23 Kawachi I, Berkman LF, cohesion S. social capital, and health. In: Berkman LF, Kawachi I, eds. *Social epidemiology*. New York: Oxford University Press, 2000: 174–90.
- 24 Kawachi I. Social capital and community effects on population and individual health. *Ann N Y Acad Sci* 1999;896:120–30.
- 25 Burgard SA, Ailshire JA. Putting work to bed: stressful experiences on the job and sleep quality. *J Health Soc Behav* 2009;50:476–92.
- 26 Oksanen T, Kouvonen A, Kivimäki M, et al. Social capital at work as a predictor of employee health: multilevel evidence from work units in Finland. *Soc Sci Med* 2008;66:637–49.
- 27 Liukkonen V, Virtanen P, Kivimäki M, et al. Social capital in working life and the health of employees. *Soc Sci Med* 2004;59:2447–58.
- 28 Kouvonen A, Kivimäki M, Vahtera J, et al. Psychometric evaluation of a short measure of social capital at work. *BMC Public Health* 2006;6:251.
- 29 Suzuki E, Takao S, Subramanian SV, et al. Work-based social networks and health status among Japanese employees. *J Epidemiol Community Health* 2009;63:692–6.
- 30 Suzuki E, Takao S, Subramanian SV, et al. Does low workplace social capital have detrimental effect on workers' health? *Soc Sci Med* 2010;70:1367–72.
- 31 Oksanen T, Kawachi I, Jokela M, et al. Workplace social capital and risk of chronic and severe hypertension: a cohort study. *J Hypertens* 2012;30:1129–36.
- 32 Fujino Y, Kubo T, Kunimoto M, et al. A cross-sectional study of workplace social capital and blood pressure: a multilevel analysis at Japanese manufacturing companies. *BMJ Open* 2013;3:e002215.
- 33 Kouvonen A, Oksanen T, Vahtera J, et al. Low workplace social capital as a predictor of depression: the Finnish public sector study. *Am J Epidemiol* 2008;167:1143–51.
- 34 Oksanen T, Kouvonen A, Vahtera J, et al. Prospective study of workplace social capital and depression: are vertical and horizontal components equally important? *J Epidemiol Community Health* 2010;64:684–9.
- 35 Jung J, Ernstmann N, Nitzsche A, et al. Exploring the association between social capital and depressive symptoms: results of a survey in German information and communication technology companies. *J Occup Environ Med* 2012;54:23–30.
- 36 Oshio T, Inoue A, Tsutsumi A. The mediating and Moderating effects of workplace social capital on the associations between adverse work characteristics and psychological distress among Japanese workers. *Ind Health* 2014;52:313–23.
- 37 Inoue A, Kawakami N, Eguchi H, et al. Buffering effect of workplace social capital on the association of job insecurity with psychological distress in Japanese employees: a cross-sectional study. *J Occup Health* 2016;58:460–9.
- 38 Sakuraya A, Imamura K, Inoue A, et al. Workplace social capital and the onset of major depressive episode among workers in Japan: a 3-year prospective cohort study. *J Epidemiol Community Health* 2017;71:606–12.
- 39 Kouvonen A, Oksanen T, Vahtera J, et al. Work-place social capital and smoking cessation: the Finnish public sector study. *Addiction* 2008;103:1857–65.
- 40 Väänänen A, Kouvonen A, Kivimäki M, et al. Workplace social capital and co-occurrence of lifestyle risk factors: the Finnish public sector study. *Occup Environ Med* 2009;66:432–7.
- 41 Sapp AL, Kawachi I, Sorensen G, et al. Does workplace social capital buffer the effects of job stress? A cross-sectional, multilevel analysis of cigarette smoking among U.S. manufacturing workers. *J Occup Environ Med* 2010;52:740–50.
- 42 Suzuki E, Fujiwara T, Takao S, et al. Multi-Level, cross-sectional study of workplace social capital and smoking among Japanese employees. *BMC Public Health* 2010;10:489.
- 43 Oksanen T, Kivimäki M, Kawachi I, et al. Workplace social capital and all-cause mortality: a prospective cohort study of 28,043 public-sector employees in Finland. *Am J Public Health* 2011;101:1742–8.
- 44 Inoue A, Kawakami N, Shimomitsu T, et al. Development of the New Brief Job Stress Questionnaire. In: Shimazu A, Bin Nordin R, Dollard M, et al, eds. *Psychosocial factors at work in the Asia Pacific: from theory to practice*. Cham: Springer International Publishing AG, 2016: 225–47.
- 45 Bilgel F, Karahasan BC. Self-Rated health and endogenous selection into primary care. *Soc Sci Med* 2018;197:168–82.
- 46 Tsuda K, Tsutsumi A, Kawakami N. Work-Related factors associated with visiting a doctor for a medical diagnosis after a worksite screening for diabetes mellitus in Japanese male employees. *J Occup Health* 2004;46:374–81.
- 47 Inoue A, Tsutsumi A, Eguchi H, et al. Organizational justice and refraining from seeking medical care among Japanese employees: a 1-year prospective cohort study. *Int J Behav Med* 2019;26:76–84.
- 48 Eguchi H, Tsutsumi A, Inoue A, et al. Psychometric assessment of a scale to measure bonding workplace social capital. *PLoS One* 2017;12:e0179461.
- 49 Szarota P. Smiling and happiness in cultural perspective. *Austral-Asian J Cancer* 2011;10:277–82.
- 50 Bertakis KD, Azari R, Helms LJ, et al. Gender differences in the utilization of health care services. *J Fam Pract* 2000;49:147–52.
- 51 Fujisawa Y, Hamano T, Takegawa S. Social capital and perceived health in Japan: an ecological and multilevel analysis. *Soc Sci Med* 2009;69:500–5.
- 52 Ichida Y, Kondo K, Hirai H, et al. Social capital, income inequality and self-rated health in Chita Peninsula, Japan: a multilevel analysis of older people in 25 communities. *Soc Sci Med* 2009;69:489–99.
- 53 Suzuki E, Yamamoto E, Takao S, et al. Clarifying the use of aggregated exposures in multilevel models: self-included vs. self-excluded measures. *PLoS One* 2012;7:e51717.
- 54 Tavakol M, Dennick R. Making sense of Cronbach's alpha. *Int J Med Educ* 2011;2:53–5.
- 55 Brook K. Labour market participation: the influence of social capital. *Labour Market Trends* 2005;3:113–23.
- 56 Diaz-Quirano FA. A simple method for estimating relative risk using logistic regression. *BMC Med Res Methodol* 2012;12:14.
- 57 Barros AJD, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol* 2003;3:21.
- 58 Ono H. Why do the Japanese work long hours? sociological perspectives on long working hours in Japan. *Jpn Labor Issues* 2018;2:35–49.
- 59 Oyserman D, Coon HM, Kimmelmeier M. Rethinking individualism and collectivism: evaluation of theoretical assumptions and meta-analyses. *Psychol Bull* 2002;128:3–72.
- 60 Hajek A, Bock J-O, König H-H. The role of personality in health care use: results of a population-based longitudinal study in Germany. *PLoS One* 2017;12:e0181716.
- 61 Pocnet C, Antonietti J-P, Massoudi K, et al. Influence of individual characteristics on work engagement and job stress in a sample of national and foreign workers in Switzerland. *Swiss Journal of Psychology* 2015;74:17–27.

[Short Report]

Factors Related to Oncologists' Use of the Disease Treatment and Employment Support Guidance Fee

Hisashi EGUCHI^{1*}, Jiichiro SASAKI², Akiomi INOUE³ and Seiichiro TATEISHI⁴

¹ Department of Mental Health, Institute of Industrial Ecological Sciences, University of Occupational and Environmental Health, Japan. Yahatanishi-ku, Kitakyushu 807-8555, Japan

² Research and Development Center for New Medical Frontiers, Kitasato University School of Medicine. Minami-ku, Sagami-hara 252-0374, Japan

³ Institutional Research Center, University of Occupational and Environmental Health, Japan. Yahatanishi-ku, Kitakyushu 807-8555, Japan

⁴ Department of Occupational Medicine, Hospital of the University of the Occupational and Environmental Health, Japan. Yahatanishi-ku, Kitakyushu 805-8556, Japan

Abstract : The purpose of this study is to examine the factors related to oncologists' use of the disease treatment and employment support guidance fee in Japan. A cross-sectional online survey was conducted in January 2021 among all the diplomates of the subspecialty board of medical oncology in the Japanese Society of Medical Oncology (n = 1,452), using the official mailing list. Logistic regression analysis was used to investigate the association between demographic and other factors and use of the disease treatment and employment support guidance fee. In total, 146 individuals participated in the study (response rate 10.0%). Experience of using the fee was associated with medical specialty and knowledge of the Guideline for Workplace Patient Coordination and Disease Treatment. It may be possible to increase the use of the disease treatment and employment support guidance fee among oncologists by raising awareness of the Guideline for Workplace Patient Coordination and Disease Treatment.

Keywords : cancer, employee support, treatment, Japan, oncologist.

(Received May 27, 2021, accepted June 24, 2021)

Introduction

Several Western countries have adopted policies to improve employment opportunities for people with chronic illnesses [1]. The Japanese government has been promoting work-style reforms in recent years. The reforms include the first legal limit on overtime hours, rules to improve the working conditions of non-regular employees, the establishment of the principle of “equal pay for equal work”, and the introduction of

a new system that allows some company employees to be paid based on their performance rather than on the hours they work in the workplace. Improved employment support for people with chronic illnesses is also part of the package of reforms [2].

The Japanese Ministry of Health, Labour and Welfare launched the Guideline for Workplace Patient Coordination and Disease Treatment (Guideline) in 2016 [3]. This Guideline aimed to ensure that employees with chronic illnesses would not have their conditions

*Corresponding Author: Hisashi EGUCHI, MD, MBA, PhD, Department of Mental Health, Institute of Industrial Ecological Sciences, University of Occupational and Environmental Health, Japan. 1-1 Iseigaoka, Yahatanishi-ku, Kitakyushu 807-8555, Japan, Tel: +81-93-691-7475, Fax: +81-93-692-5419, E-mail: eguchi@med.uoeh-u.ac.jp

aggravated by their work. The Guideline mentions that workers need to take the first step in the process of managing their treatment and work. They should, for example, “report to the workplace (e.g., manager, human resource department, occupational physician) about the diseases” and “ask the workplace for support to balance disease treatment and work (to continue working while treating an illness)”. The Guideline also recommends that they should ask their attending physician to support their request to combine treatment and work.

The government introduced a disease treatment and employment support guidance fee in the National Health Insurance system in 2018 to encourage attending physicians to communicate with employers about people with cancer. The fee initially covered only people with cancer, but has now been extended to cover other chronic conditions [4]. The purpose of this study is to examine the factors related to the use of the disease treatment and employment support guidance fee among oncologists.

Materials and Methods

Participants and survey method

A link to a cross-sectional online survey was sent to all diplomates of the subspecialty board of medical oncology in the Japanese Society of Medical Oncology ($n=1,452$) in January 2021, using the official mailing list. The questionnaire included questions about knowledge, awareness, and behavior related to supporting patient employment, and the presence of relevant support measures in the medical institutions with which they were affiliated. Each question was answered using a four-point Likert-type scale with responses of “strongly agree”, “agree”, “disagree”, and “strongly disagree”.

Outcome measures (use of the disease treatment and employment support guidance fee)

Use of the disease treatment and employment support guidance fee was determined by participants' responses to the following question: “Have you ever used the disease treatment and employment support guidance fee?” Responses were measured on a two-point scale: 0=no; and 1=yes.

Covariates

The questionnaire included demographic questions about sex, years of experience as an oncologist, the size and scale of the medical institutions in which the physician worked (prefectural cancer treatment cooperation base hospital, regional cancer treatment cooperation base hospital, non-base hospital, and clinic), information about the occupation of the patients in the medical questionnaire used at the initial examination, specialties (internal medicine, and others), and being qualified as a certified occupational physician. We evaluated the attitude of the participants' medical institutions with regard to balancing treatment and work among patients by the following question: “Is there a system that allows patients and their families to see a doctor without having to take time off from work, such as appointments on weekday evenings and on weekends?” We evaluated the attending doctors' feelings about potential misuse of medical information provided to employers by the question: “Do you feel uneasy about potential misuse of medical information provided to a patient's employer?” Responses were initially measured on a four-point scale (1=strongly agree; 2=agree; 3=disagree; 4=strongly disagree) and then dichotomized to 0=no (disagree and strongly disagree) and 1=yes (agree and strongly agree) to ensure sufficient answers for analysis. We evaluated knowledge about the Guideline for Workplace Patient Coordination and Disease Treatment by the question: “Are you aware of the Guideline for Workplace Patient Coordination and Disease Treatment?” Responses were measured on a two-point scale: 0=no; and 1=yes.

Ethical approval

The aims of the study and the protocol were approved in 2020 by the University of Occupational and Environmental Health Medical Ethics Organization (R2-035). All study procedures were consistent with the ethical standards of the responsible committees on human experimentation (institutional and national) and with the Helsinki Declaration of 1975, as revised in 2000. Informed consent to participate in this study was obtained from all of the participants, who were informed in advance that their participation was strictly voluntary and that all information provided would remain confidential. Those who consented to participate

were able to access a designated website to verify their personal information, and then they could complete the survey online. Participants had the option of not responding to any part of the questionnaire and could discontinue participation at any point.

Statistical analysis

We used chi-square analyses with logistic regression to calculate crude and adjusted odds ratios (ORs) and 95% confidence intervals (CIs) for the associations between the factors and the outcome of interest (use of the disease treatment and employment support guidance fee). Crude ORs were calculated individually for all variables. Adjusted ORs were adjusted for sex, years of experience as a doctor, hospital type, specialty, being a qualified and certified occupational physician, knowing about the Guideline for Workplace Patient Coordination and Disease Treatment, feeling uneasy about potential misuse of medical information provided by the attending doctor to the employer, and having a system that allows patients and their families to see a doctor without having to take time off from work. The medical questionnaire used during the initial examination also included information about the patients' occupation.

Results

In total, 146 individuals participated in the study (response rate 10.0%). Their background characteristics are shown in Table 1. Of these, 20.5% reported that they had used the treatment and employment support guidance fee. Slightly less than half of the participants (42.9%) reported that they knew about the Guideline for Workplace Patient Coordination and Disease Treatment.

Table 2 shows the results of the multiple logistic regression analyses of the associations between the factors and the use of the disease treatment and employment support guidance fee. The main associated factors were specialty and knowledge of the Guideline for Workplace Patient Coordination and Disease Treatment (odds ratio; 11.77, 95% confidence interval; 3.71–37.33).

Discussion

In total, 146 oncologists participated in the study, of whom 20.5% reported that they had used the dis-

ease treatment and employment support guidance fee. Slightly less than half the participants (42.9%) reported that they knew about the Guideline for Workplace Patient Coordination and Disease Treatment. Use of the fee was associated with being an oncologist and having knowledge of the Guideline for Workplace Patient Coordination and Disease Treatment.

A previous study conducted in Italy found that the expansion and application of operational guidelines and standardized procedures of communication would improve collaboration between occupational physicians and general practitioners [5]. The Japanese Guideline, therefore, might play an important role in standardizing communications between attending and occupational physicians in Japan. This, in turn, might lower the barriers to using the disease treatment and employment support guidance fee. It may be helpful to raise awareness of the Guideline among oncologists to increase the use of the disease treatment and employment support guidance fee.

Oncologists with a specialism in internal medicine were less likely to have used the disease treatment and employment support guidance fee. Previous studies have found that sick leave for recovering from an operation is more likely to be organized by surgeons than by internal medicine physicians [6]. The timing of the return to work is an opportunity for the attending physician to provide an opinion. A previous study showed that a return-to-work meeting with the employer and advice from doctors about a patient's work are both factors positively associated with the ability of cancer survivors to return to work [7]. Surgeons might therefore have more chances to provide their opinion as attending physicians than physicians specializing in internal medicine.

The response rate in this study was lower than in previous studies [6, 8]. This may have been affected by the specialty of the participants. In previous studies, for example, all [6] or more than half [8] of the participants were surgeons. Oncologists who are specialists in internal medicine may be less interested in their patients' ability to coordinate work and treatment.

This study had some limitations. First, it was cross-sectional, and therefore no causal associations could be determined. It is possible that knowing about the Guideline promoted the use of the disease treatment

Table 1. Characteristics of participants (n = 146)

	Experience of the treatment and employment support guidance fee				<i>P</i> ^a
	Yes (n=30)		No (n=116)		
	n	(%)	n	(%)	
Sex					
Male	27	(22.5)	93	(77.5)	0.210
Female	3	(11.5)	23	(88.5)	
Years of experience as a doctor					
19 or fewer	9	(18.8)	39	(81.3)	0.921
20–29	13	(21.0)	49	(79.0)	
30 or more	8	(22.2)	28	(77.8)	
Hospital type					
Prefectural cancer cooperation base hospital	44	(64.7)	24	(35.3)	0.827
Regional cancer treatment cooperation base hospital	32	(59.3)	22	(40.7)	
Others	15	(62.5)	9	(37.5)	
Speciality					
Internal medicine	67	(56.3)	52	(43.7)	0.002
Others	24	(88.9)	3	(11.1)	
Being a qualified certified occupational physician					
Yes	5	(29.4)	12	(70.6)	0.336
No	25	(19.4)	104	(80.6)	
Knowledge of the Guideline for Workplace Patient Coordination and Disease Treatment					
Yes	47	(74.6)	16	(25.4)	0.008
No	44	(53.0)	39	(47.0)	
Feeling uneasy about misuse of medical information					
Yes	42	(64.6)	23	(35.4)	0.610
No	49	(60.5)	32	(39.5)	
Having a system to allow patients and family members to see a doctor without having to take time off from work					
Yes	70	(65.4)	38	(34.6)	0.202
No	21	(53.8)	18	(46.2)	
Information about the patient's occupation was included in the medical questionnaire used for the initial examination					
Yes	51	(59.3)	35	(40.7)	0.366
No	40	(66.7)	20	(33.3)	

a: Chi-square test

and employment support guidance fee. Second, some respondents may have provided socially desirable responses. Response bias may therefore have suggested circumstances better than the actual conditions reflected in the results. Third, the low response rate may have caused selection bias. The result should therefore be generalized with caution.

Conclusion

To increase use of the disease treatment and employment support guidance fee, it may be helpful to raise awareness among oncologists of the Guideline for Workplace Patient Coordination and Disease Treatment.

Table 2. Logistic regression analysis of the factors related to experience of using the treatment and employment support guidance fee (n = 146)

	Crude		Adjusted	
	OR ^c	(95%CI ^b)	OR ^d	(95%CI ^b)
Sex				
Male	ref		ref	
Female	0.45	(0.13–1.61)	0.27	(0.06–1.30)
Years of experience as a doctor				
19 or fewer	ref		ref	
20–29	1.15	(0.45–2.97)	0.97	(0.31–3.09)
30 or more	1.24	(0.43–3.61)	0.43	(0.11–1.69)
Hospital type				
Prefectural cancer cooperation base hospital	ref		ref	
Regional cancer treatment cooperation base hospital	0.60	(0.24–1.48)	0.74	(0.26–2.12)
Others	0.60	(0.18–2.00)	0.86	(0.19–3.96)
Speciality				
Others	ref		ref	
Internal medicine	0.54	(0.21–1.39)	0.26	(0.07–0.90)
Being a qualified certified occupational physician				
No	ref		ref	
Yes	1.73	(0.56–5.37)	0.55	(0.13–2.28)
Knowledge of the Guideline for Workplace Patient Coordination and Disease Treatment				
No	ref		ref	
Yes	10.26	(3.64–28.91)	11.77	(3.71–37.33)
Feeling uneasy about misuse of medical information				
No	ref		ref	
Yes	0.79	(0.35–1.79)	0.69	(0.31–2.16)
Having a system to allow patients and family members to see a doctor without having to take time off from work				
No	ref		ref	
Yes	2.22	(0.81–6.11)	1.46	(0.42–5.13)
Information about the patient's occupation was included in the medical questionnaire used for the initial examination				
No	ref		ref	
Yes	2.23	(0.92–5.43)	2.36	(0.84–6.67)

b: CI: confidence interval, OR: odds ratio, c: Each factor was entered into the univariable model separately, d: All factors were entered into the multivariable model simultaneously.

Acknowledgments

This work was supported by Ministry of Health, Labour and Welfare (Industrial Disease Clinical Research Grants: Grant Numbers 200201-01). We thank Melissa Leffler, MBA, from Edanz (<https://www.jp.edanz.com/ac>) for editing a draft of this manuscript.

Conflicts of Interest

The authors declare no conflict of interest.

Funding

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

References

1. Haafkens J, Moerman C, Schuring M & van Dijk F (2006): Searching bibliographic databases for literature on chronic disease and work participation. *Occup Med (Lond)* 56(1):39–45
2. Ministry of Health, Labour and Welfare (2017): Annual Health, Labour and Welfare Report 2017. <https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/17/index.html> (accessed May 27, 2021) (in Japanese).
3. Ministry of Health, Labour and Welfare (2016): The Guideline for Workplace Patient Coordination and Disease Treatment. <https://www.mhlw.go.jp/content/11200000/000760961.pdf> (accessed May 27, 2021) (in Japanese).
4. Ministry of Health, Labour and Welfare (2020): The treatment and employment support guidance fee. https://chiryoutoshigoto.mhlw.go.jp/formedical/#section_3 (accessed May 27, 2021) (in Japanese).
5. Persechino B, Fontana L, Buresti G *et al* (2017): Collaboration of occupational physicians with national health system and general practitioners in Italy. *Ind Health* 55(2): 180–191
6. Akahane K, Tsunoda N, Murata T *et al* (2014): An awareness survey of surgeons involved in breast cancer treatment regarding their patients returning to work. *Nagoya J Med Sci* 76(3–4): 315–322
7. Pryce J, Munir F & Haslam C (2007): Cancer survivorship and work: symptoms, supervisor response, co-worker disclosure and work adjustment. *J Occup Rehabil* 17(1): 83–92
8. Wada K, Ohtsu M, Aizawa Y, Tanaka H, Tagaya N & Takahashi M (2012): Awareness and behavior of oncologists and support measures in medical institutions related to ongoing employment of cancer patients in Japan. *Jpn J Clin Oncol* 42(4): 295–301

J UOEH 43(4): 427 – 432 (2021)

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.¹ 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),² has various adverse effects, such as reduced quality of life, prolonged hospitalization, and increased mortality.^{3–6} 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)^{7–9} 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)¹⁰ 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)¹¹ of the company to which employees belong has recently been considered a predictor of each employee’s attitudinal and behavioral outcomes.¹² Takao and Wang¹¹ 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, Wang¹³ 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,¹⁴ 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.

Scott¹⁵ and Hatvany and Pucik¹⁶ 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, Wang¹³ 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,¹⁷ 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.^{13,18} 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”).¹¹ 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).¹⁷ 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 α 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).¹⁹ 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,⁸ 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

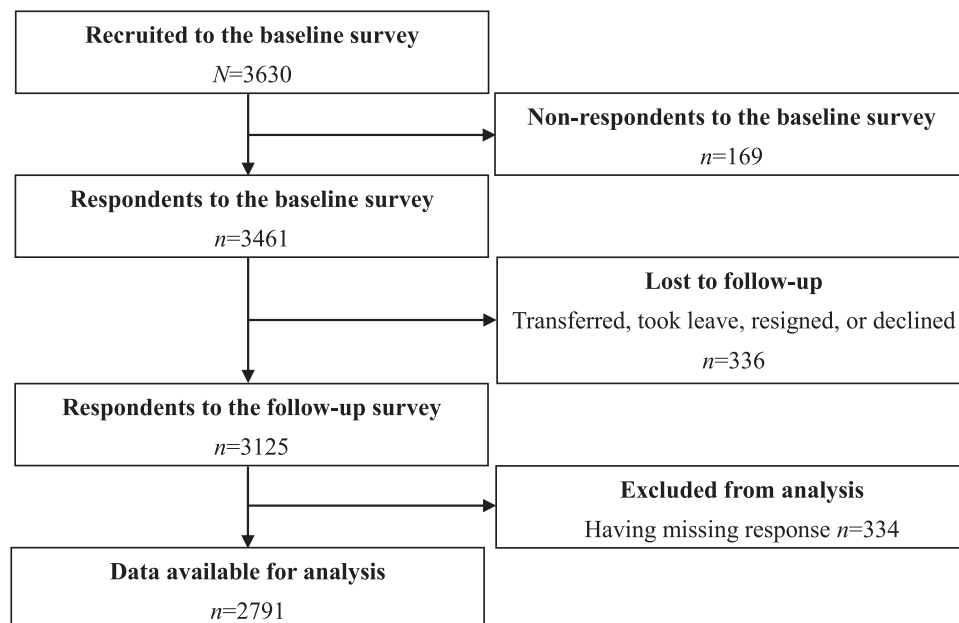


FIGURE 1. Recruitment and follow-up flow diagram.

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 (n = 1265)		Did Not Refrain From Seeking Medical Care (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)	
Scale Scores (Range)	Mean (SD)	Cronbach α	Mean (SD)	Cronbach α	P
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 engagement¹⁷ and that in other studies, quality of life (which was reported to be reduced by delayed access to medical care)⁶ was associated with or predicted work engagement.^{20,21} Given the previous finding that adaptation to management philosophy affected job involvement, as introduced earlier,¹³ 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 Wang¹¹ have argued that behavioral involvement is particularly important when adapting to a management philosophy and is the deepest state of adaptation. Wang¹³ 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 hours²² and find it difficult to take time off from work to seek medical care even when they feel unwell.⁷ 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^{23,24} and be more likely to report to work without seeking medical care if they are feeling a little sick.⁷ 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.

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。育児（や介護）との両立制度が構築されている企業ではチェックリストの達成項目数が有意に多く、育児/介護と仕事の両立と同様のベクトルから治療に関する両立支援の取組みを進めることが、推進力となる可能性が示唆される。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が低いいため、大学病院で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た(神奈川両立支援4大学連携モデルの一部)。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。院内調査からは、両立支援で重点項目とされるがん・難病・肝・糖尿病・循環器等の疾患以外にも、感覚器疾患や急性期疾患など疾病や治療による仕事への影響が直接的な診療科にも両立支援ニーズがあることが判明した。困りごとを医療者に表明(申し出)するかどうかの意識の男女差も浮き彫りとなった。中小規模事業場を含めた両立支援環境整備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。

<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/理研

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¹⁾（英国家庭医（General Practitioner(GP)）での Fit Note(The Statement of Fitness for Work)制度導入²⁾）といった要因があげられる。英国のこの制度は、' Sick Note to Fit Note' という言葉が示すように、それまで患者の仕事に関して「病休診断書」だけ作成していた家庭医が、患者の職業生活を考慮した「復職・両立意見書」を作成するという大きな意識改革も伴っている。このように患者の well-being の推進をめざした主治医による social prescribing（社会的処方）が近年、欧州を中心に注目されている³⁾。わが国でも、「ニッポン一億総活躍プラン(平成28年6月閣議決定)」の実現へ向けた大きな具体的な柱である働き方改革の検討課題の一つとして両立支援が提起されており、具体的な方策の提示が喫緊の課題である。

「治療と職業生活の両立」とは、厚生労働省検討会⁴⁾によれば、「病気を抱えながらも働く意欲・能力のある労働者が、仕事を理由として治療機会を逃すことなく、また、治療の必要性

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

この重症化予防と職場復帰支援の両者において、「事業場における治療と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⁵⁾。これらの先行研究班の成果を踏まえ、本研究では、種々の開発ツールを実効的に活用し、医療機関・企業間の連携（C2C（Clinic to Company）collaboration）をさらに推進するために、各組織がその内部で導入をめざすべき、両立支援体制（システム）の在り方の提示を目指す。先

行研究班開発ツールの一つである、「中小企業が両立支援に取り組むにあたっての環境整備づくり」を主眼とした、「チェックリスト 30⁶⁾」によって、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)。令和2年度は、「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」について、同リストを活用した調査によって、全国の中小企業の両立支援環境整備準備状況の分析を進めた。また医療機関側からの両立支援の職域連携の取組みについて、心血管(循環器)疾患についての疾患群ごとの整理を行うとともに、実践における課題抽出を行った。令和3年度は、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するなかで(神奈川両立支援4大学連携モデルの一部)、がん・循環器・難病に加えて全診療科の性年齢別ニーズを把握した。令和4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した。

B. 研究方法

中小企業を主眼とした治療と仕事の両立推進のための事業場内環境整備達成チェックリスト30の妥当性検証：日本国内のインターネットアンケート回答モニターに登録している者のうち、企業経営者・人事総務を担当する者を無作為抽出し、治療と仕事の両立支援の認知度や、チェックリスト30で示される環境整備項目の現状について、回答を得た(2019年10月調査：東京大学医学部倫理委員会審査承認)。

北里大学病院総合診療科・トータルサポートセンター・就労(両立)支援外来における外来受診事例について、そのきっかけや職域との連携構築にむけた事例分析を実施した。特に今年

度は、心血管(循環器)疾患・がん・難病を重点疾病と位置づけ、院内ソーシャルワーカー(MSW)、外来／病棟看護職、リハビリ部門、外来入院担当医との定期ミーティングを実施した。

表1:チェックリスト項目30⁷⁾

✓ チェックリスト(会社の「治療と仕事の両立支援」チェック30)		
A. 職場における両立支援への理解	① 社員の健康が経営者にとっても重要だということを社員に表明している。	☐
	② 病気になっても退職せずに、必要な治療を受けながら働き続けられることを、経営方針等で社員に示している。	☐
	③ 治療と仕事の両立のための制度(短休・厚生制度、休暇・休職制度など)があることを社員に伝えている。	☐
	④ 社員に対し、回復・継続して治療が必要となる疾病 ^{※1)} に関する理解を深めるための情報提供(検診 ^{※2)} の必要性等を含む)を定期的に行っている。	☐
	⑤ 上司や同僚等、周囲の理解・協力を得るための取組を行っている。	☐
B. 治療と仕事を両立するための柔軟な働き方のしくみ	⑥ 短時間勤務制度や時間外・休日労働の免除制度がある。	☐
	⑦ 時差出勤制度やフレックスタイム制度がある。	☐
	⑧ 在宅勤務制度やサテライト/リモートオフィス勤務制度、テレワーク勤務制度がある。	☐
	⑨ 治療と仕事を両立させるための特別な年次有給休暇制度(平日・特需単位年次有給休暇制度、未病年次有給休暇付与制度)がある。	☐
	⑩ 治療と仕事を両立させるための治療・通院休暇制度(傷病・病欠休暇制度、治療休暇制度、短時間休暇制度など)がある。	☐
	⑪ 配置転換などによって業務内容の変更ができる(軽作業への転換、フォロー業務が取りやすい業務への転換、勤務時間の調整可能な業務への転換など)。	☐
	⑫ 病気を抱える社員に対し、就業中の時間の使い方や場所に対応(休室・休室定や保健室の活用、転回トイレ等)している。	☐
C. 相談窓口(担当者)の設置	⑬ 治療等で業務に支障が生じた社員が発生した際に、周辺者への業務負担が増加しないよう配慮するしくみがある。	☐
	⑭ 病気や休暇取得中・休職中の社員やその家族のための相談窓口を設置している。	☐
	⑮ 社員に治療と仕事の両立に関する相談窓口があることを告知している。	☐
	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。	☐
D. 休暇と職場復帰支援	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させたり、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 ^{※1)} や両立支援に関する情報収集を日頃から積極的に行っている。	☐
	⑱ 外部の両立支援に関する相談窓口(治療就業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。	☐
	⑲ 休暇を認め、復職までの間、社員として身分を保障する制度(休職制度)がある。	☐
	⑳ 休職期間中の所得補償制度(傷病手当金以外)・上乗せ・補償や社会保険料の補償などがある。	☐
E. 社員の健康づくり	㉑ 休暇を経て復職する社員の職場復帰に関する支援のプラン(職場復帰支援プラン)を作成している。	☐
	㉒ (一定期間の)試し出勤制度・リハビリ出勤制度等がある。	☐
	㉓ 法定の健康診断を定期的に実施している。	☐
	㉔ 業務時間内でがん等の検診 ^{※2)} を受けられる(有給扱いにしている)。	☐
F. 連携	㉕ 検診 ^{※2)} 等の費用の補助を考慮するなど保険者との連携をしている。	☐
	㉖ 事業所内(院内)の全面禁煙や空間分煙(喫煙専用室の設置等)などの禁煙環境対策を実施している。	☐
G. 個人情報取扱い	㉗ 社員が休職や運動に参加できる期間(休業前や年次の休職期間等)を設けている。	☐
H. 両立支援の実績	㉘ 回復・継続して治療が必要となる疾病 ^{※1)} を抱える社員本人と、主治医、産業医や産業看護職(保健師等)、人事担当、上司等との関係構築を図っている。	☐
	㉙ これまでに、回復・継続して治療が必要となる疾病 ^{※1)} に罹患しても、治療をしなが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。	☐

※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、肝臓、腎臓など
 ※2 検診：特定の病気や器官を対象にした検査で、がん検診や子宮頸がん検診、乳がん検診、大腸がん検診など

C. 研究結果

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

治療と仕事の両立支援の認知度(知っている

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

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

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。心血管(循環器)疾患を重点領域として、当院の循環器内科・心臓血管外科入院患者に、苦痛疼痛スクリーニングシートとして、「仕事で困っていることがあるか」のニーズ調査を実施した(2019-21年)。1055名の回答者(入院患者)のうち、22名(2.1%)があると回答し、「退院後、元の立ち仕事が可能か/いつ復職可能か/体力が戻るのにどれくらい期間を要するか/仕事に戻ってまた再発しないか」「デバイス(CRT-D:両室ペーシング機能付き植込み型除細動器(Cardiac Resynchronization Therapy-Defibrillator)を入れて元の職場で働けるか不安」「経済的な不安が大きく、復職後も利用できる制度を知りたい」といった声があげられた。

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

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

不整脈デバイス植込みについては、その後の予期せぬ失神(心停止)に対する不安や、デバイスと機械/運転作業の制限に関する事項が課題として挙げられた。特に改正道路交通法では、運転免許停止になりうる疾患として、再発性の失神があげられており、その具体的状態として、不整脈を原因とする失神(植込み型除細動器の植込み患者、ペースメーカー植込み患者等)があげられている。ペースメーカー植込み後に失神がない場合は原則許可とされることが多いようだが、ペースメーカー植込み後に失神がある場合や、ICD(植込み型除細動器)植込みの患者は原則運転禁止となることが多い。これらの詳細は、

循環器診療主治医の見解が基本となるが、特に運転業務（公共交通・タクシー・トラック運送）を主体とする患者の場合、配置転換や就業継続困難を余儀なくされることが予想され、とりわけ本人の意思と主治医指示が相反する場合に職場調整をどのように行っていくかの必要性が高いと考えられる。なお、近年、電気自動車が少しずつ普及をみせている。運転業務が主体ではなくとも、営業の外回りなどで自動車運転が業務の一部に含まれている場合、「植込みペースメーカー患者は、電気自動車の急速充電器に近づかない」という注意（日本不整脈心電学会）や、アーク溶接・スポット溶接・TIG 溶接・誘導溶解炉・高周波ウェルダーといった強力な磁力線発生装置などの変動磁界の影響に注意を要する点は、両立支援を担当する医療スタッフや産業保健スタッフが認識しておくべき事項となる。

（慢性）心不全に対しては、その原因疾患によって、治療戦略も、両立支援にあたってのスタンスも異なるが、心肺運動負荷試験（CPX：cardiopulmonary exercise testing）によって評価される運動耐容能を、業務作業における身体負荷に翻訳していくことが重要となる。これらの翻訳にあたってのガイダンスを今後検討していくことが求められる。

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

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^{8) 9)}。

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

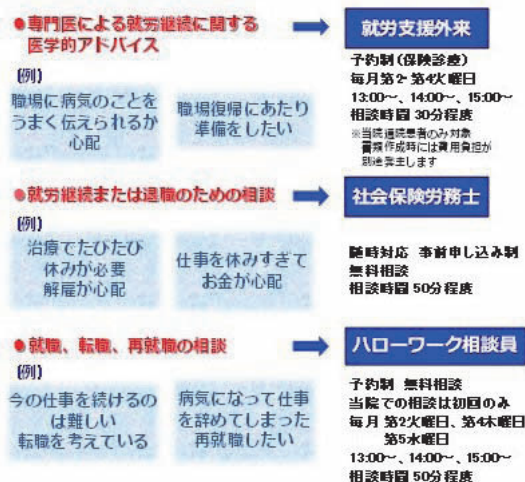
令和4年の診療報酬改定では、社会的にも注目される、不妊治療の保険適用が行われた。不妊の原因には男性側要因・女性側要因の両者が存在し、20-40代の就労世代で治療を続ける場

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

合、パートナーの男女ともに仕事との両立で時

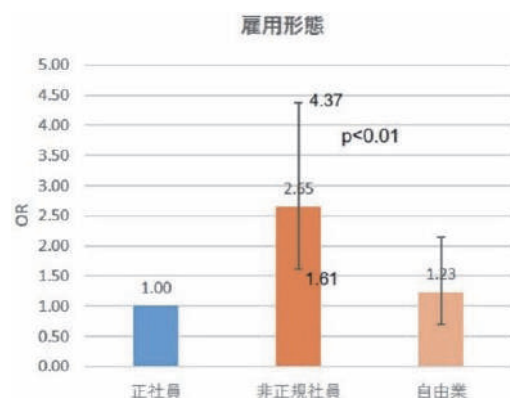
仕事のことでお悩みの方へ

病気やけか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ごとについて
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



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）¹⁰⁾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、一般集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）。



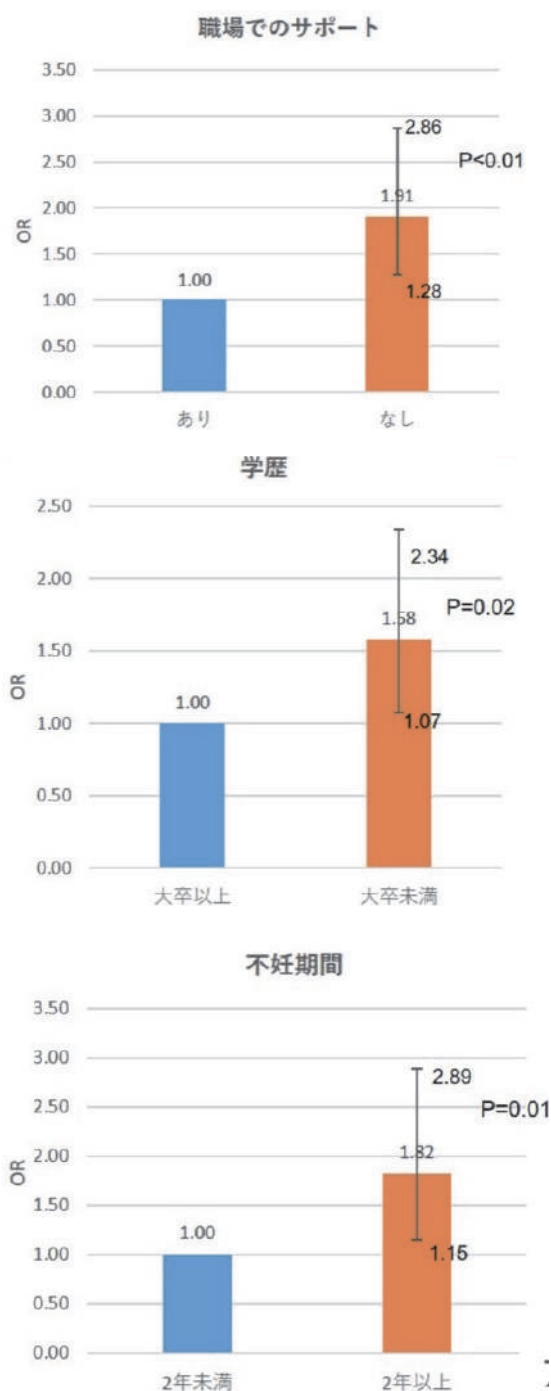


図2 不妊治療開始後の離職リスクの大きさ：要因別の分析（雇用形態・職場のサポート・学歴・不妊の期間）

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、職場側からみ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。またその活用に向けた、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ため、職場の理解、サポートがほしい。
 Dさん：会社の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¹⁰⁾

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 ※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 + 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 ※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¹⁰⁾

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

療休職が自動的に契約打ち切りを意味する現実が数多く残っていることは看過できない。これらの非正規雇用社員の両立支援の在り方は、契約更新の考え方の根本から、検討課題となる。

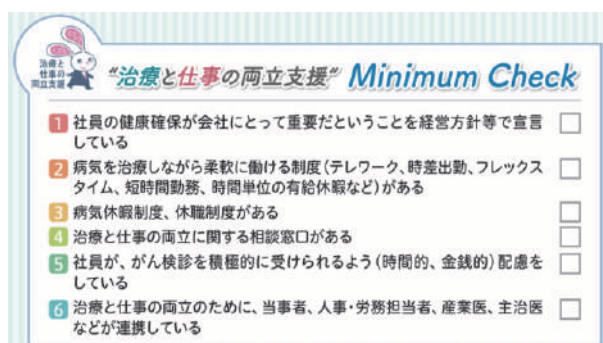
産業医非選任小規模事業場等での両立支援風土の特徴を抽出するために実施した中小企業調査からは、両立支援環境整備が進んでいることと、女性割合が高い・特定の業種（金融保険（OR 5.4）、情報通信（同 2.7）製造業（同 2.1））等の有意な関連をみとめた。これらに共通する業界・職場風土として、テレワークや時差出勤・時短勤務といった、作業方法の柔軟度（通勤負担が少なく、治療による時間や身体的制約に対する適応度の高さ）や就業時間の柔軟度の高さに対する親和性が示唆された。両立支援整備の 30 項目を簡略化した下記 6 項目を提案する。

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

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一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）、制度を活用していきつ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



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

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. 患者の治療と仕事の両立支援(総論: 前編)－仕事を考慮した治療選択の提示で、働く患者への社会的処方の一. 日本医事新報: 5019(7).2020
2. 武藤剛. 患者の治療と仕事の両立支援(総論: 後編)－医療用語を仕事の作業の言葉に翻訳した主治医意見書がカギ. 日本医事新報. 5020(7). 2020.
3. 武藤剛. 治療と仕事の両立支援－労働者本人を中心とした事業場と医療機関の連携推進をめざして. 産業医ガイド第3版(分担執筆)日本医事新報社.588-599, 2020.
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. 武藤剛. どう進める? 両立支援【第3回】両立継続を支えるための社内外のリソースの活用. 安全と健康(中央労働災害防止協会). 46-48, Vol.23(3),

2022.

9. 武藤剛. どう進める? 両立支援【第2回】がんリテラシーと企業の持続可能性を高める. 安全と健康(中央労働災害防止協会).35-37, Vol.23(2), 2022.
10. 武藤剛. どう進める? 両立支援【第1回】両立支援を、働く人の健康危機管理として捉え、実践する国内外の動向. 安全と健康(中央労働災害防止協会).40-43. Vol.23(1), 2022.
11. 武藤剛, 片桐諒子, 大矢めぐみ, 後藤温, 福田洋, 遠藤源樹, 横山和仁: 健診後受療行動予測モデルの開発－健診・レセプトビッグデータにAIを適用する試み－. 産業医学ジャーナル 44: 64-68, 2021.
12. 武藤剛: 特集:がん患者の就労継続 産業医としてどう関わるか 主治医との連携に向けた職場づくり. 月刊保団連 6月号: 29-35, 2021.
13. 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.

学会発表

1. 藤井朋子、岡敬之、武藤剛、森口次郎、小山喜子、松平浩. 企業における治療と仕事の両立支援の現状に関する検討. 第79回日本公衆衛生学会総会. 京都(オンライン). 2020年10月
2. 川又華代、藤井朋子、武藤剛、高山博光、松葉斉、岡敬之、松平. チェックリスト30を用いた中小企業での治療と仕事の両立支援インターネット調査. 第93回日本産業衛生学会. 旭川(オンライン). 2020年6月
3. 遠藤源樹、武藤剛、齋藤光江、泉博之. 治療と就労の両立支援のIoT/AIシステムの開発. 第93回日本産業衛生学会. 旭川(オンライン) 2020年6月
4. 武藤剛、片桐諒子、遠藤源樹、福田洋、横山和仁、北村文彦、大矢めぐみ、石井理奈、大森由紀、堀口兵剛. AIを用いた職域50万人データ／メタボハイリスク者の健診後受診行動予測モデルの開発. 第93回日本産業衛生学会. 旭川(オンライン) 2020年6月

5. 上地香杜、小嶋雅代、安岡実佳子、武藤剛、飯塚玄明、齋藤民、渡邊美貴、鈴木貞夫、竹内研時、若井建志、尾島俊之、近藤克則. フレイル状態にある関節リウマチ患者と地域在住高齢者の比較検討. 第 79 回日本公衆衛生学会. 京都 (オンライン). 2020 年 10 月.
6. 武藤剛, 遠藤源樹: UHC 国際展開に向けた、健康経営による国民皆保険制度の有効活用基盤構築の評価解析: Beyond next health policy —a prediction model for maximizing UHC utilization through healthy companies movement against NCDs in Japan. 第 28 回ファイザーヘルスリサーチフォーラム, 12/11-12(Web 開催), 2021.
7. 武藤剛: 乳がん患者への「社会的処方箋」の国内外の動向 - 就労意見書作成支援ソフトによる、医師業務軽減と処方スキルの標準化 -. 第 29 回日本乳癌学会学術総会, 横浜, 7/1-3, 2021.
8. 大森由紀, 武藤剛, 早坂由美子, 左右田哲, 堀口兵剛, 堤明純: 大学病院両立支援外来の開設 - がん・難病・循環器の多職種連携による取り組み(第 2 報). 第 94 回日本産業衛生学会, 松本(Web 開催), 5/18-21, 2021.
9. 武藤剛, 黒沢美智子, 小嶋俊久, 水谷祐子, 小嶋雅代: 高齢の関節リウマチ患者の健康寿命延伸をめざした、社会参加の実態と認知機能低下/うつ傾向との関連分析. 第 65 回日本リウマチ学会総会・学術集会, 神戸 (Web 開催), 4/26-28, 2021.
10. 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.
11. 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.

