

令和 7 年度 労災疾病臨床研究事業

治療と仕事の両立のために必要な
勤務制度等の導入の障壁と解決策の提案と
疾病に関連した安全配慮上の危険性が
残存する場合のプロセスの検討
(240301-03)

総括・分担研究報告書

令和 8 年 3 月

研究代表者

産業医科大学 准教授
永田 昌子

目 次

I.総括研究報告書

治療と仕事の両立のために必要な勤務制度等の導入の障壁と解決策の提案と
疾病に関連した安全配慮上の危険性が残存する場合のプロセスの検討(240301)

研究代表者 永田 昌子1

II.分担研究報告書

1 治療と仕事の両立における体制整備と運用に関するインタビュー調査(中小企業)

研究分担者 古屋佑子13

2 治療と仕事の両立における体制整備と運用に関する調査 (健康経営優良法人)

研究代表者 永田昌子

研究分担者 小田上公法41

3 人事制度に関する人事担当者インタビュー調査

研究分担者 永田智久99

4 疾病に関連した安全配慮上のリスクが残存する事例対応のプロセスモデルの整理 :当事者インタビュー調査

研究分担者 日野亜弥子113

5 治療と仕事の両立支援における身体疾患関連の安全配慮上の課題が残存している事例 の就業上の措置の検討のステップの作成

研究代表者 永田昌子

研究分担者 三柴丈典

研究分担者 森晃爾

研究分担者 立石清一郎135

6 中小企業向けリーフレット作成

研究代表者 永田昌子

研究分担者 古屋佑子181

令和 7 年度 労災疾病臨床研究事業費補助金
治療と仕事の両立のために必要な勤務制度等の導入の障壁と解決策の提案と
疾病に関連した安全配慮上の危険性が残存する場合のプロセスの検討
(240301-03)

総括研究報告書

研究代表者

永田 昌子
(産業医科大学 医学部 両立支援科学)

令和 7 年度 労災疾病臨床研究事業費補助金
治療と仕事の両立のために必要な勤務制度等の導入の障壁と解決策の提案と
疾病に関連した安全配慮上の危険性が残存する場合のプロセスの検討
(240301-03)

総括研究報告書

研究代表者 永田 昌子（産業医科大学 医学部 両立支援科学 准教授）

研究要旨：

平成 28 年に公表された「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」及び平成 30 年度診療報酬改定などの政策や関係者の努力により、疾病を有する労働者が治療と仕事を両立できる環境づくりは進んだ。しかし依然十分とはいえず、治療と仕事を両立しやすい環境づくりのさらなる深化が求められている。解決策を考える上で、「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の連携方法に関する研究（平成 26－28 年度）」に示された両立支援を推進するための提言を参考にすると、（２）ソフト面でのバリアフリー社会の構築、（４）両立支援に関する判断を行う医療者や事業主のリスクへの対応が依然不十分と考えられた。

本研究では、１）治療と仕事の両立支援における体制整備と運用と２）疾病に関連した安全配慮上のリスクが残存する事例対応のプロセスモデルの整理に着目し、２年間の研究を行った。２年目においては、治療と仕事の両立における体制整備と運用に関するインタビュー調査（中小企業）を継続的に行い、治療と仕事の両立における体制整備と運用に関する調査（健康経営優良法人）と人事制度に関する人事担当者調査の研究結果を踏まえて、治療と仕事の両立支援の環境整備のための企業向け手引き集を作成した。疾病に関連した安全配慮上の危険性が残存する場合のプロセス案の作成も、継続的に検討を重ね、利用者（産業医、産業看護職、人事労務担当者）、当事者、関係者（医療従事者）のインタビュー調査を踏まえて、修正を加え、法学者・弁護士に法的観点からの考察も経て、治療と仕事の両立支援における身体疾患関連の安全配慮上の課題が残存している事例の就業上の措置の検討のステップを作成した。

治療と仕事の両立支援の環境整備のための企業向け手引き集が広く普及することで、治療と仕事の両立支援に資する制度の導入と運用に取り組む企業が増えることが期待される。また、治療と仕事の両立支援における身体疾患関連の安全配慮上の課題が残存している事例の就業上の措置の検討のステップの普及により、不適当に労働者の就労の機会を失わせることなく、企業側も安心して治療と仕事の両立支援に取り組む環境づくりにつながる可能性がある。

研究分担者

森 晃爾（産業医科大学 産業生態科学研究所 産業保健経営学 教授）

立石 清一郎（産業医科大学 産業生態科学研究所 災害産業保健センター 教授）
三柴 文典（近畿大学 法学部 教授）
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）
日野 亜弥子（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 助教）
永田 智久（産業医科大学 産業生態科学研究所 産業保健経営学 准教授）
原田 有理沙（産業医科大学 医学部 両立支援科学 助教）
小田上公法（産業医科大学 産業生態科学研究所 産業保健経営学 助教）

研究協力者

林 和宏（協和綜合法律事務所 弁護士）
桜井なおみ（キャンサーソリューションズ(株) 代表取締役）
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）
深井 航太（東海大学 医学部 基盤診療学系 衛生学公衆衛生学 講師）
立道 昌幸（東海大学 医学部 基盤診療学系 衛生学公衆衛生学 教授）
渡邊 萌美（産業医科大学病院 両立支援科 修練医）
古江 晃子（産業医科大学病院 両立支援科 修練医）
田崎牧子（千葉大学大学院 看護学研究院 先端実践看護学研究部門 高度実践看護学講座・特任講師）

中澤祥子（東海大学医学部 基盤診療学系 衛生学公衆衛生学・助教）
酒井洸典（東海大学医学部 基盤診療学系 衛生学公衆衛生学・助教）

A. 目的

平成 28 に公表された「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」及び平成 30 年度診療報酬改定などの政策や関係者の努力により、疾病を有する労働者が治療と仕事を両立できる環境づくりは進んだ。しかし依然十分とはいえ、治療と仕事を両立しやすい環境づくりのさらなる深化が求められている。

解決策を考える上で、「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の連携方法に関する研究（平成 26－28 年度）」に示された両立支援を推進するための提言を参考にすると、現在、（２）ソフト面でのバリアフリー社会の構築、（４）両立支援に関する判断を行う医療者や事業主のリスクへの対応が依然不十分と考えられる。

これらの制度を導入・運用できているグッドプラクティスと普及を阻害している要因と解決方策を明らかにする必要がある。特に、対面でのサービス業やチームで行う建設業など、柔軟な働き方の設計が困難な業種でのグッドプラクティスが広く企業に周知される必要がある。

また、危険性が一定程度ある状況で復帰する事例も想定されるが、その際、企業側が踏むべきプロセス等は明確にはされていない。企業側が踏むべきプロセスを明らかにすることで、災害等が発生した場合の免責要件が明確になり、企業側も安心して治療と仕事の両立支援に取り組む環境づくりにつながる可能性がある。

B. 方法

本目的を達成するために以下の 6 つの研究を遂行した。

1. 治療と仕事の両立における体制整備

と運用に関するインタビュー調査（中小企業）

2. 治療と仕事の両立における体制整備と運用に関する調査（健康経営優良法人）
3. 人事制度に関する人事担当者調査
4. 疾病に関連した安全配慮上のリスクが残存する事例対応のプロセスモデルの整理：当事者インタビュー調査
5. 治療と仕事の両立支援における身体疾患関連の安全配慮上の課題が残存している事例の就業上の措置の検討のステップの作成 疾病に関連した安全配慮上の危険性が残存する場合のプロセス案の作成
6. 治療と仕事の両立支援の環境整備のための企業向け手引き集の作成

C. 結果

分担研究ごとの研究要旨を以下に示す。

1. 治療と仕事の両立における体制整備と運用に関するインタビュー調査（中小企業）

中小企業で治療と仕事の両立を支援する際に使用されている制度や体制、効果的な支援方法について、導入したきっかけ、導入や運用時の障壁とその解決策を明らかにするため、1 か所 300 人未満の事業所である全国 22 の中小企業（分散企業を含む）と、両立支援未実施と回答した中小企業 6 社の人事担当者等にオンラインでインタビュー調査を行った。インタビューは逐語録を作成し、帰納的質的分析の手法を用いて分析した。聴取された治療と仕事の両立を支援する際に使用されている勤務制度・体制整備は一般的な制度がほとんどであり、特筆すべき制

度や体制は少数であった。整備のきっかけは、①法令や社会環境・パンデミックへの対応、②実際にケースが発生、③人材に関する経営課題の表面化や他社との比較、④専門家やトップ、人の交替等による課題の可視化や推進役が存在したこと、⑤そもそも現在のやり方に疑問や限界を感じていたこと、⑥相談が起こりえる場や動線・風土などの土台が既にあったこと、が挙げられた。障壁においては、①ケースが発生した際にどう対応していくのか、②制度と体制をどう運用していくのか、③制度や体制はどう作るのがよいか、④会社の風土やコミュニケーションによる課題、という点で大別され、また解決策においても①ケースが発生した際の対応の工夫、②制度と体制の運用の工夫、③制度や体制整備で困難が起きた際の解決方法、④日常からの啓発やコミュニケーション・風土づくり、という点で大別された。障壁と解決策は1：1となる障壁－解決策も見られているものの、障壁自体が複数の障壁にまたがっているものあり、1：1としての解決策とならないものや、解決策が複数の障壁の解決策を兼ねているものも見られた。さらに業界特性や風土・コミュニケーションが複雑に絡まることで、企業での両立支援へのハードルが形成されていると考えられた。未実施企業へのインタビューでは、より経営・財政面、小規模ならではのコミュニケーションの課題に関するコードが多く抽出されているため、治療と仕事の両立を支援し働き方を柔軟化することで、企業に与える良い効果・影響を発信していく必要があると考えられた。

2. 治療と仕事の両立における体制整備

と運用に関する調査（健康経営優良法人）

本調査は、育児・介護休業法と異なり、傷病を抱える従業員への両立支援に法的義務はなく、制度の有無や内容は企業任せで大きなばらつきがある。治療と仕事の両立には在宅勤務・短時間勤務等の制度的支援が不可欠であり、他従業員との公平性の観点からも場当たりの対応ではなく明確なルールに基づく運用が求められる。近年、健康経営優良法人の認定基準にも「私傷病を持つ人への両立支援」が盛り込まれているが、これらの企業における制度の整備・運用実態は十分に解明されていない。本研究は、健康経営優良法人を対象に、通院休暇・在宅勤務・短時間勤務等の導入実態と運用課題を産業医への質問票調査によって明らかにし、両立支援指針における「環境調整」に関する実践的資料の作成を目的とする。

調査対象は健康経営優良法人であり、各企業の産業医に代表として回答を依頼する。産業医科大学の卒業生等へメールで案内し、回答を得た。

健康経営優良法人 22 社の産業医（専属 12 名・嘱託 10 名）から回答を得た。企業規模は 3,000 人以上が約 55%を占めた。現場作業（製造・販売・サービス等）を抱える企業は 81.8%に上った。制度の整備状況をみると、在宅勤務（95.5%）・フレックスタイム（90.9%）・試し出勤（81.8%）は広く普及している一方、通院に特化した休暇制度の導入は 31.8%にとどまった。短時間勤務制度は 59.1%が導入しており、対象疾患を定めている企業が 63.6%と過半数を占めた。給与の取り扱いはいは全社が短縮分減額としており、有給扱いが多い通院休暇制度とは対照的で

あった。在宅勤務やフレックスタイムは広く整備されているものの、実質的に利用困難な従業員が「いる」との回答が在宅勤務導入企業の 95.2%に上り、体調確認の難しさや勤務状況の把握が共通課題として挙げられた。復職時には利用制限を設ける企業も一定数あった。管理職支援として重要な要素では「人事・産業保健職の関与」(81.8%)が最多を占め、相談窓口の整備や対応方針の明文化(各 72.7%)が続いた。現場作業者の有無別では、通院休暇制度等の導入障壁・課題の言及は現場あり企業に集中し、公平性の確保や業務特性上の制約が特有の問題として浮かび上がった。

本研究は、治療と仕事の両立支援において先進的な取り組みを行う健康経営優良法人を対象に、各種支援制度の導入実態と運用課題を産業医への質問票調査によって明らかにした。治療と仕事の両立支援に法的義務がなく、制度整備が企業の自主性に委ねられている現状において、健康経営優良法人の実態を可視化した本調査は、他の企業や中小企業が制度設計を進める際の具体的な参照軸を提供するものである。「何を・どこまで整備すればよいか」が見えにくい中で、先進企業群の制度の内容・対象疾患の設定・利用条件・運用上の工夫と課題を示したことは、両立支援指針における「環境調整」の実践的資料として活用できると考える。

3. 人事制度に関する人事担当者調査

治療と仕事の両立支援に必要な勤務制度等の導入・運用上の障壁と、それを乗り越えるための工夫を、育児・介護との両立支援と比較しながら明らかにすることを目的とした。治療と仕事の両立支援に積

極的に取り組む企業 2 社の人事担当者に対し、インタビューガイドを用いた半構造化面接(約 1 時間)を実施した。また、インタビュー結果を踏まえて、労働分野を専門とする弁護士より意見を聴取した。

2 社とも、治療と仕事の両立支援を育児・介護と同様に重要な経営課題と位置づけており、労働力不足を背景にベテラン社員の定着・確保の手段として重視していた。制度設計は育児・介護支援の枠組みを基盤としており、短時間勤務やテレワーク制度が転用されていた。一方、治療特有の相違点として、①事象終了時期の見通しが立てにくい、②治療内容の多様性・個人差が大きい、③他者への状況共有が難しい、④退職リスクを伴う場合がある、といった点が挙げられた。制度設計においては、ミニマムな内容から始めて社員の声を聴きながら改善するアプローチの有効性が示された。現場での課題としては、管理職への制度趣旨の周知不足、職種間の利用格差、病状の把握・評価の難しさ、および相談窓口の分散が挙げられた。法令に基づかない領域であるため、導入の障壁は育児・介護に比べて高く、社内合意形成に工夫を要することも明らかになった。労働分野を専門とする弁護士の視点から、治療と仕事の両立支援が育児・介護支援と本質的に異なる点について、疾患の多様性・個人差の大きさに加えて、就労継続による安全配慮義務リスクの存在が指摘された。障害者雇用における合理的配慮の枠組みを参考に、企業規模・業態に応じた柔軟な義務付けを採用しつつ、労働組合と産業医が参画する労使協議の制度化によって安全配慮義務の履行範囲を明確化することが有効である、という意見が出された。

実効性ある支援には、①個別性と公平性を考慮した柔軟な制度設計、②事前の規程化による安心感の醸成、③本人・人事・産業保健スタッフによる三者連携の仕組み化、④管理職教育と「お互い様」文化の醸成、の4点が重要である。

4. 疾病に関連した安全配慮上のリスクが残存する事例対応のプロセスモデルの整理：当事者インタビュー調査

治療と仕事の両立支援ガイドラインでは、治療と仕事の両立支援を行うにあたっての留意事項に、「安全と健康の確保 治療と仕事の両立支援に際しては、就労によって、疾病の増悪、再発や労働災害が生じないように、(中略)適切な就業上の措置や治療に対する配慮を行うことが前提である」との記載がある。疾病の増悪、再発や労働災害が生じないために、企業は、医療機関からの意見書をもとに疾病の増悪や事故災害の危険性について評価し、適切な就業上の措置を検討する。

しかし、疾病の増悪や事故災害の危険性が一定程度予見される場合がある。危険性の評価が難しいと感じたり、危険性を過大に捉えたりすると、不適当に労働者の就労の機会を失わせる結果となりうる。危険性が一定程度ある状況で復帰する事例も想定されるが、その際、企業側が踏むべきプロセス等は明確にはされていない。企業側が踏むべきプロセスを明らかにすることで、災害等が発生した場合の免責要件が明確になり、企業側も安心して治療と仕事の両立支援に取り組むことができるようになるだろう。

研究初年度である昨年度は、難病の当事者および支援者へのインタビュー調査を通じて、両立支援に関する判断を行う

事業主のリスクに対応するためのプロセス整理を行った。最終的に、疾病に関連した安全配慮上のリスクが残存する事例対応のプロセスモデル案を作成した。研究最終年度である今年度は、このプロセスモデル案について、難病の当事者4名を対象にインタビュー調査を実施し、その利用可能性および課題を検討した。4名の当事者はいずれも、プロセスモデル案の基本的な方向性、特にリスクコミュニケーションの重要性について肯定的に評価した。一方で、プロセスモデル案の用語や本文中の文言が難解であるとの指摘も認められた。また、疾患が外見から分かりにくい場合には、職場がリスクを実感しにくいこと、本人自身もリスクを十分に自覚していない場合があること、企業側と本人側でリスク認識に乖離が生じうるとの意見もあった。また、産業保健スタッフがいらない職場では活用が難しいこと、仕事への適応評価の指標化が難しいこと、制度利用時の手続きに負担があることなどが課題として挙げられた。プロセスモデル案は、疾病に関連した安全配慮上のリスクが残存する場面において、当事者、職場、産業保健スタッフ等が対話を行う枠組みとして有用である可能性が示された。一方で、実際の現場での普及を目指すためには、平易な表現への修正、具体例の追加、産業保健スタッフがいらない職場でも使いやすい工夫が必要であると考えられた。

5. 治療と仕事の両立支援における身体疾患関連の安全配慮上の課題が残存している事例の就業上の措置の検討のステップの作成 疾病に関連した安全配慮上の危険性が残存する場合

のプロセス案の作成

昨年作成したプロセス案について、下記のステップで「治療と仕事の両立支援に伴う、身体疾患関連の安全配慮上の課題に対し、事業主が安全配慮義務を適切かつ十分に履行したといえるプロセス」の作成のために、を5つのステップを行った。

1) β改訂版の作成

昨年度作成したβ版をもとに、産業衛生専門医かつ産業医科大学病院にて両立支援外来を担当している医師ら4名と両立支援外来を担当している医師1名で議論を重ねた。昨年度の班会議の意見を踏まえ、必要な修正を行った。修正を繰り返し、合意が得られたものをβ改訂版とした。

2) β改訂版をもとに利用者と医療機関の立場のインタビュー調査

本プロセスの利用者として想定される産業衛生専門医・指導医である医師3名、産業保健看護専門家である保健師3名、人事労務の担当者3名に、本プロセスの有用性や修正すべき点等のインタビューを行った。最後に、本プロセスの利用者ではないが、医療機関の立場で就労を支援している医師1名、臨床心理士・公認心理師1名にも、有用性や修正すべき点等のインタビューを行った。

3) β改訂版をもとに当事者インタビュー調査

4) β改訂版に対する法的観点からの考察として、β改訂版を法律家である分担研究者と研究協力者の弁護士に提示し、法的な課題について確認を依頼した。弁護士より法的な課題について整理を得た。

5) 最終版の作成

インタビューの結果を踏まえて、産業衛

生専門医3名と両立支援外来を担当している医師1名で議論を重ね、再改訂を行った。再改訂版に対して、法的観点からの考察に影響がないかを再度確認し、表記の揺れなどの文言修正を終え、最終版とした。

6. 治療と仕事の両立支援の環境整備のための企業向け手引き集の作成

治療と仕事の両立をしようとする労働者は、従前のように働けないことがある。休憩の取得や通院のための時間の確保などの就労に関する配慮はソフト面での配慮と考えられ、ソフト面の配慮は他の労働者の負担を増やす可能性があるため、就業規則に明確やその他の職場のルールが必要と指摘されている。例えば、放射線治療のために30日間連続して通院しなければならない患者にとっては、企業側が短時間勤務制度などの制度を有していれば、働きやすい環境となる。また、抗がん剤の副作用等により体力低下をきたしている患者にとっては、残業の制限や業務量の軽減という配慮があれば、働くことができる可能性がある。これらの勤務制度の導入など会社で取り組みを促すため「企業・産業保健スタッフ・医療機関の連携による両立支援システムの開発」（平成29-令和1年）にて「会社の“治療と仕事の両立支援”チェック30」が、作成され自社の取り組みを評価できる成果物も公開されている。しかし、これらの制度は、十分普及しているとは言い難い。事業主がこれらの制度を導入するには障壁があると考えられる。制度の導入以外にも、制度が運用しやすい環境づくりを企業が行うことが求められる。そのための資料と

して、これらの制度を導入・運用できているグッドプラクティスと普及を阻害している障壁と解決方策を明らかにする必要がある。

我々は、分担研究として、治療と仕事の両立における勤務制度の大企業(令和6年度)と中小企業対象のインタビュー調査(令和6,7年度)有識者のインタビュー調査(令和7年度)、健康経営優良法人における治療と仕事の両立における体制整備と運用に関する調査(令和7年度)を行った。

分担研究の結果を踏まえた成果物として、制度の導入と運用における障壁と解決方策とグッドプラクティスとして健康経営優良法人の両立支援に資する制度を盛り込んだ治療と仕事の両立支援の環境整備のための企業向け手引き集のプロトタイプを作成した。プロトタイプをもとに、有効性や普及方法について両立支援に精通している人事担当者4名に意見を聴取した。聴取内容から修正あるいは追加すべき事項を抽出し、修正を加え、リリース版として「治療と仕事の両立のミカタ環境整備のハンドブッカー」を完成させた。

本成果物を広く普及することで、治療と仕事の両立支援に資する制度の導入と運用に取り組む企業が増えることが期待される。

D. 考察

1) 治療と仕事の両立支援の環境整備について

中小企業の取組に対するインタビュー調査にて、治療と仕事の両立支援の環境

整備の障壁としては、31個の障壁と32個の解決策が確認された。障壁は、制度と体制作り:10個の障壁、制度と体制の運用:11個の障壁、個人への対応:4個の障壁、風土とコミュニケーション:5個の障壁であった。障壁と解決策は1対1となると考えられるものと、解決策が複数の障壁の解決策を兼ねているものも見られた。

具体的には、制度と体制作りの障壁である「欠員耐性の弱さ」に対して、多能工化や応援体制の強化などにより欠員耐性を上げるという解決策が整理された。

障壁は、育児や介護との両立支援の文脈でも生じるものに加え、治療と仕事の両立支援に特徴的な障壁も見られ、「病状の経過や回復の予測可能性が調整を難しくする」、「傷病休業中の保険料免除がないこと」など挙げられた。

中小規模企業は顔の見える関係性を活かし、日常的なコミュニケーションの延長として両立支援を自然に行っていることも推察された。

治療と仕事の両立支援の制度に法的な強制力がなく、制度整備が企業の自主性に委ねられているため、健康経営優良法人の実態は、他の企業や中小企業が制度設計を進める際の具体的な参照軸を提供するものである。先進企業群においても在宅勤務(95.5%)・フレックスタイム(90.9%)・試し出勤(81.8%)・短時間勤務(59.1%)が相当程度整備されている一方、通院に特化した休暇制度の普及は31.8%にとどまり、多くの企業では既存制度の組み合わせによる対応が主流であることが示された。また、現場作業者を抱える企業では公平性の確保や代替要員の確保が共通課題となっており、大企業であっても制度の有無のみならず「誰が・どのよう

に使えるか」という運用実態の把握が重要であることが明らかになった。

我々は、分担研究の結果をもとに、治療と仕事の両立支援の環境整備のための企業向け手引き集を作成した。研究目的に沿い、環境整備の障壁とその課題解決の方法に着目し内容を構成した。また、治療と就業の両立支援指針に環境整備に必要な項目とその内容について記述されているため、治療と就業の両立支援指針と併せて参照する資料として、作成した。

人事担当者からの指摘にあったように、障壁を感じる課題や障壁の程度に合わせての情報の優先順位等を示すガイド等を明示しておらず、読者が自身に必要な情報を探す必要性があると考えられた。本手引き集を普及する際には、配布だけでなく、研修や説明会等と組み合わせて展開していく必要があるかもしれない。

本成果物を広く普及することで、治療と仕事の両立支援に資する制度の導入と運用に取り組む企業が増えることが期待される。

2) ステップについて

疾病の増悪、再発や労働災害が生じないようにするために、企業は、医療機関からの意見書をもとに疾病の増悪や事故災害の危険性について評価し、適切な就業上の措置を検討する。しかし、疾病の増悪や事故災害の危険性が一定程度予見される場合がある。危険性の評価が難しいと感じたり、危険性を過大に捉えたりすると、不適當に労働者の就労の機会を失わ

せる結果となりうる。

本研究では、疾病に関連した安全配慮上の危険性が残存する場合のプロセス案として、「治療と仕事の両立支援における身体疾患関連の安全配慮上の課題が残存している事例の就業上の措置の検討のステップ」(以下、本ステップ)を作成した。

本ステップは、労働法の専門家、産業医、および医療機関で両立支援の関わる医師が参画して策定したものであり、多角的な専門知見を結集し、身体疾患関連の安全配慮上の課題が残存している事例の就業上の措置の検討において、踏むべき手順を示した点において、その意義はあると考える。企業側が踏むべき手順を明らかにしたことで、事故災害等が発生した場合の免責要件が明確になり、企業側も安心して治療と仕事の両立支援に取り組む環境づくりにつながる可能性がある。

しかし、日本のあらゆる業種・規模の企業を想定したステップとして構成するには至らなかった。設計上の課題(意思決定構造の不整合、形骸化リスク、用語の難解さ等)に加え、専門家の不在、主治医の情報提供の限界や日本の労働慣行との摩擦といった環境的課題も複数確認された。これらの課題があるため、このステップが不適切に利用されることが懸念され、広く普及させるためには、各項目の定義や運用基準、想定される利用者像など、細部にわたるさらなる精緻化が不可欠である。現時点では詰めを要する箇所が残っており、関係者間で丁寧な議論を積み重ねた上で、段階的に完成度を高めていくことが妥当と考える。

一方、昨年度実施した日本全国の労働者を対象としたインターネット調査では、

「安全配慮上の懸念を職場から表明された経験」が 500 人以上の規模の事業場において有意に高かった。この結果を踏まえると、本ステップは産業医の選任義務がある事業所において特に有用であり、活用されることで、不適當に労働者の就労の機会を失わせることなく、企業側も安心して治療と仕事の両立支援に取り組む環境づくりにつながる可能性がある。

F. 引用・参考文献

各分担研究に記載

G. 学会発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

・古屋佑子, 原田有理沙, 永田昌子, 中澤祥子, 深井航太, 立道昌幸. 中小企業における治療と仕事の両立に関する継続的な支援の実態. 日本産業衛生学会 第 2 回関東地方会学会 2025 年 7 月.

・日野亜弥子, 永田昌子, 立石清一郎, 森晃爾; 治療と仕事の両立支援に関する安全配慮プロセスモデル作成のためのインタビュー調査. 第 99 回日本産業衛生学会, 大阪, 2026 年 5 月 (発表予定)

・永田昌子, 浦上遼, 立石清一郎, 森晃爾, 三柴丈典, 林和宏, 原田有理沙, 日野亜弥子. 安全配慮上の課題が残存する事例における治療と仕事の両立支援の手順案の開発. 第 99 回日本

産業衛生学会, 大阪, 2026 年 5 月 (発表予定)

・林 和宏 (協和綜合法律事務所). 疾病を有する労働者の就労支援と安全配慮の調和のための法解釈論 (自由な意思による同意論). 第 6 回産業保健法学会, 東京, 2026 年 8 月 (発表予定)

3. その他

・古屋佑子. 第 6 回山梨県がんをもつ方のリハビリテーション県民公開講座. 「治療と仕事の両立支援～リハビリテーション専門職への期待～」. 2025 年 1 月.

・古屋佑子. 東京都がんと仕事の両立支援セミナー～働く女性の健康を支える職場づくり～「女性のがんと働き方を考える. 職場で求められる理解と支援」. 2026 年 1 月.

・古屋佑子. 分担執筆「実務に生かす 働く女性の健康支援 Q&A.」第 1 章 働く女性の健康課題と対応法をライフステージ別に押さえよう! ⑦両立支援. Q26-31. 産業医学振興財団. 2026 年 3 月.

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

令和7年度 労災疾病臨床研究事業
治療と仕事の両立のために必要な勤務制度等の導入の障壁と
解決策の提案と疾病に関連した安全配慮上の危険性が残存する場合のプロセスの検討
(240301-03)

分担研究報告書

治療と仕事の両立における 体制整備と運用に関するインタビュー調査(中小企業)

研究分担者 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 講師)

令和7年度 労災疾病臨床研究事業費補助金
治療と仕事の両立のために必要な勤務制度等の導入の障壁と解決策の提案と
疾病に関連した安全配慮上の危険性が残存する場合のプロセスの検討
分担研究報告書

治療と仕事の両立における勤務制度のインタビュー調査(中小企業)

研究分担者 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・講師)

研究要旨: 中小企業で治療と仕事の両立を支援する際に使用されている制度や体制、効果的な支援方法について、導入したきっかけ、導入や運用時の障壁とその解決策を明らかにするため、1 か所 300 人未満の事業所である全国22の中小企業(分散企業を含む)と、両立支援未実施と回答した中小企業6社の人事担当者等にオンラインでインタビュー調査を行った。インタビューは逐語録を作成し、帰納的質的分析の手法を用いて分析した。聴取された治療と仕事の両立を支援する際に使用されている勤務制度・体制整備は一般的な制度がほとんどであり、特筆すべき制度や体制は少数であった。整備のきっかけは、①法令や社会環境・パンデミックへの対応、②実際にケースが発生、③人材に関する経営課題の表面化や他社との比較、④専門家やトップ、人の交替等による課題の可視化や推進役が存在したこと、⑤そもそも現在のやり方に疑問や限界を感じていたこと、⑥相談が起こりえる場や動線・風土などの土台が既にあったこと、が挙げられた。障壁においては、①ケースが発生した際にどう対応していくのか、②制度と体制をどう運用していくのか、③制度や体制はどう作るのがよいか、④会社の風土やコミュニケーションによる課題、という点で大別され、また解決策においても①ケースが発生した際の対応の工夫、②制度と体制の運用の工夫、③制度や体制整備で困難が起きた際の解決方法、④日常からの啓発やコミュニケーション・風土づくり、という点で大別された。障壁と解決策は1:1となる障壁－解決策も見られているものの、障壁自体が複数の障壁にまたがっているものあり、1:1としての解決策とならないものや、解決策が複数の障壁の解決策を兼ねているものも見られた。さらに業界特性や風土・コミュニケーションが複雑に絡まることで、企業での両立支援へのハードルが形成されていると考えられた。未実施企業へのインタビューでは、より経営・財政面、小規模ならではのコミュニケーションの課題に関するコードが多く抽出されているため、治療と仕事の両立を支援し働き方を柔軟化することで、企業に与える良い効果・影響を発信していく必要があると考えられた。

研究協力者

田崎牧子 (千葉大学大学院看護学研究院先端実践看護学研究部門高度実践看護学講座・特任講師)

永田昌子 (産業医科大学医学部 両立支援科学講座・准教授)

浦上 遼 (産業医科大学医学部 両立支援科学講座・修練医)

中澤祥子 (東海大学医学部 基盤診療学系 衛生学公衆衛生学・助教)

立道昌幸 (東海大学医学部 基盤診療学系 衛生学公衆衛生学・教授)

深井航太 (東海大学医学部 基盤診療学系 衛生学公衆衛生学・准教授)

A. 目的

通院しながら仕事をしている労働者数は年々増加し、国民生活基礎調査をもとにした 2022 年の内閣府の推計によると、男女ともに労働者の約 40%が何らかの通院をしながら働いていると報告されている（男女共同参画白書 2022）。病気の治療をしながら仕事を続ける労働者が発生したとき、ほとんどの企業では休暇取得や通院時間の確保など「個人的な事情に対する配慮」としての支援が随時行われている。企業全体として治療と仕事の両立を支援する場合、他の労働者への負担増加を防止するため、就業規則等による制度や職場ルールの明確化など環境整備が必要であるとされているが、中小企業には医療機関との間で仲介を担当できる産業保健専門職（産業医、産業保健看護職）が選任されておらず、多くの場合、事例発生時に対応するのみで終始してしまう。日本の労働者の約 65%は中小企業に勤務しており、企業の大多数を占める中小企業において治療と仕事の両立支援が普及していかなければ定着にはつながらない。

本研究は、中小企業の中で実際に治療と仕事の両立を支援する際に使用される勤務制度や体制の内容、制度・体制づくりにおける障壁・解決策等に関するインタビューを人事担当者等に行い、実際にどのような制度を導入し、どのような制度が支援に効果的と感じているのか、導入時や運用時の障壁は何か、どう解決したか、といった具体的な対

応の実態を明らかにすることを目的とした。これにより、中小企業における治療と仕事の両立支援を普及させるための資料作成を目指す。

B. 方法

1) インタビュー内容

東海大学倫理審査委員会の承認を経て、質問内容を事前に提示する非構造化面接でインタビュー調査を実施した。全国を対象としたオンラインインタビュー調査とし、企業規模、業種、質問する制度の内容に合わせ、インタビュー内容は調整した。インタビューした内容は録音し、逐語録を作成した。逐語録を含むインタビューデータは SSD に保管した。質問項目は以下の通りとし、基本情報の一部は調査票を用いて記載を依頼し、回収した。

- ① 企業の基本情報（企業規模・業種、産業保健スタッフの有無等）と対応者の属性（所属、業務内容等）
- ② 治療と仕事の両立に関する情報（人数、制度、社内変革等）
- ③ 治療と仕事、介護・育児と仕事で利用できる制度と利用状況
- ④ どのような経緯で制度の導入に至ったか
- ⑤ 制度導入時の障壁とその解決策
- ⑥ 制度運用時の課題と工夫
- ⑦ 導入した制度等の活用による社員の声や社内の反響

- ⑧ 制度導入の効果(女性活躍や求人市場でのメリットなど間接的な効果含む)
- ⑨ 両立支援「制度」以外のアプローチ(組織変更やDX等)の有無
- ⑩ その他(両立支援における社内事情等)

2) 両立支援している企業

対象者は、現在または過去に治療と仕事の両立支援を行った経験のある企業とし、治療と仕事の両立に使用できる制度・体制を導入した経験のある企業の人事担当者等とした。中小企業のリクルートにあたっては、研究者が保有する中小企業の現場で実際に活動している産業医のネットワーク、厚生労働省や経済産業省が健康経営・女性活躍等の関連で公開している公的情報源、都道府県産業保健総合支援センターによる支援企業などを、機縁法を用いて選定した。リクルートする企業規模は、中小企業庁が小売卸売サービス業以外の業種に対して定義する「300 人未満の企業」を準用した。この基準を超える企業が抽出された場合には、1 か所あたり 300 人程度の事業所が集合する分散企業についてはインタビュー対象に含めた。

治療と仕事の両立を支援した経験は過去もしくは現在までに 1 例以上持つことと定義した。支援ケースは、メンタルヘルス不調、不妊治療、がん治療、透析治療、脳梗塞後の復職等病名を限定せず、全ての治療を対象に含めた。

3) 両立支援していない企業

北九州商工会議所における両立支援セミナーおよび横浜市経済局主催の健康経営セミナーに参加した参加者、または産業保健総合支援センター主催の両立支援セミナーの中で治療と仕事の両立支援に興味があり、かつこれから取り組んでいきたいと回答した企業をリクルートした。調査同意した企業のうち「現在まで治療と仕事の両立支援を行った経験がない」または「支援経験があっても治療と仕事の両立で使用できる制度・体制を導入した経験がない」と回答した企業を「両立支援していない企業」としてインタビューを行った。インタビュー内容は1) に準じて設定し、具体的に何が障壁となっているのかについてインタビューを実施した。支援した事例がないことが想定され、具体的に「2 週間に 1 回通院治療がある」というケースを提示してインタビューを実施した。

4) 分析

インタビュー内容の分析は、質的帰納的分析手法を用いて質的分析を実施した。全ての逐語録から、制度や体制整備を妨げている障壁、その障壁に対する工夫、実際に整備が進むきっかけに関連する意味単位を語りとして抽出し要約表現を作成した。要約表現をさらにまとめて、意味を維持するコードを付与し、類似するコードをまとめてサブカテゴリとして整理した。コードは、過度に抽象化しすぎず、なるべく具体性を残す方針で表現した。サブカテゴリ名は、コードより一段抽象化しつつ、実際の工夫・判断・きっかけが想

起できるようにした。サブカテゴリの命名や割当ての妥当性については、質的研究に慣れた研究協力者 2 名（田崎・永田）と共に確認し、必要に応じて再分類、再命名を実施した。最終的なコードとサブカテゴリは研究協力者全員で確認し作成した。研究結果は論文として公開するため、治療と仕事の両立に関する文献整理も合わせて実施した。

C. 結果

1) 両立支援ケース、制度・体制整備の経験を持つ企業へのインタビュー

機縁法を用いて 13 社にリクルートした。2 社からは返答がなく、インタビュー調査数は 11 社となった。2024 年度に実施した 11 社に加え、インタビュー企業は合計 22 社であった。

1-1) 企業情報

インタビューを実施することができた 22 社の基本的な企業情報を以下に示す。300 人未満の中小企業が 16 社、残り 6 社は合計人数 500 人以上の分散事業所であった。

企業(所在)	業種	従業員数	備考
A 社(東京都)	医療	10	
B 社(東京都)	建設	236	
C 社(秋田県)	教育	15	
D 社(埼玉県)	印刷	70	
E 社(東京都)	建設	109	
F 社(新潟県)	小売	850	分散
G 社(鹿児島県)	卸売	717	分散

H 社(長野県)	製造	1687	分散
I 社(東京都)	情報通信	100	
J 社(埼玉県)	金融	521	分散
K 社(鹿児島県)	印刷	60	
L 社(京都府)	製造	7	
M 社(京都府)	運輸	40	
N 社(熊本県)	運輸	85	
O 社(大阪府)	不動産	1281	分散
P 社(大阪府)	他サービス	251	
Q 社(東京都)	他サービス	23	
R 社(愛知県)	製造	85	
S 社(大阪府)	製造	697	分散
T 社(和歌山県)	運輸	130	
U 社(宮崎県)	他サービス	48	
V 社(宮城県)	複合サービス	110	

1-2) 整備した制度と体制

治療と仕事の両立で利用できる制度や体制は以下の通りであった。不妊治療や通院・治療による特別休暇を除き、ほぼ全ての企業で治療と仕事の両立に特化した制度・体制を整備したわけではなく、育児・介護などのプライベートや通院を含む個別事情との両立を目的として、多くの従業員が使える制度・体制として整備していた。

全制度は表 1 に示す。制度の中で特に注目したものは「職種間移動制度」であった。この制度は、正社員、パートタイマー、アルバイトなどの職種を希望によって移動することができる制度で、手続きを含めて最短 1 か月半で移動が可能とされていた。制度を導入した企業は小売業であり、パートタイムの

女性従業員が多いことから、主に育児や介護を担う女性従業員の雇用継続を目的とした制度から開始したとのことであったが、本制度を利用して治療と仕事を両立したケースもあったとのことであった。

表2には体制整備の一覧を示す。体制整備で特徴的なのは、法令等を越えた対応になっている点である。通常、企業単位で設置するメンタルヘルス相談員を職場毎に配置したり、法的には導入不要な産業医制度を導入していたりする点がこれに当たる。また、企業で設置すべき様々な対応窓口を集約、一元化させ、すべての窓口として機能するように導入された仕組みもこれに当たると考えられる。そのほかにも、都道府県産業保健総合支援センター(さんぽセンター)での相談や社会保険労務士を積極的に利活用したり、会社が加入する保険を活用したりして、支援を実施していた。

表1)制度の一覧

- 時差出勤制度
- フレックス勤務制度
- 勤務間インターバル制度
- ノー残業デー
- 短時間勤務制度
- テレワーク制度
- 半日単位、時間単位の有給休暇制度
- 勤務時間中の中抜け
- 失効有給の積立制度
- 試し出勤・リハビリ出勤制度
- 通院休暇、治療休暇、休職制度

- カムバック制度
- 短時間正社員制度
- 職種間移動制度

表2)体制一覧

- 様々な対応窓口の集約・一元化
- 健康経営推進センターの設置
- 職場ごとのメンタルヘルス相談員
- 法定対象外規模での産業医導入
- さんぽセンターでの産業保健相談
- 社会保険労務士の連携体制の構築
- 休復職ルールを整備
- 会社としての治療に関連した保険加入(従業員への入院給付等)

1-3)整備のきっかけ

制度設計や対応組織づくりのきっかけを表3に示す。①法令や社会環境・パンデミックへの対応、②実際にケースが発生、③人材に関する経営課題の表面化や他社との比較、に加え、④専門家やトップ、人の交替等による課題の可視化や推進役が存在したことなどが整備のきっかけとなっていた。このような企業では、⑤そもそも現在のやり方に疑問や限界を感じていたこと、⑥相談が起こりえる場や動線・風土などの土台が既にあったことも挙げられた。

1-4)体制や制度整備の障壁

整備にあたっての障壁を表4に示す。サブカテゴリは、①ケースが発生した際にどう対応していくのか、②制度と体制をどう運用

していくのか、③制度や体制はどう作るの
がよいのか、④会社の風土やコミュニケーション
による課題、という点で大別できた。それぞ
れの課題には、業務の問題、経営・経済面
での課題、人の課題が混在している点、そう
ではない点があると考えられた。

1-5) 制度・体制整備の障壁に対する解決策・工夫

制度・体制整備の障壁をどう乗り越えたの
か、その解決策や工夫を表5に示す。解決
策・工夫のサブカテゴリも、①ケースが発生
した際の対応の工夫、②制度と体制の運用
の工夫、③制度や体制整備で困難が起きた
際の解決方法、④日常からの啓発やコミュ
ニケーション・風土づくり、という点で大別で
きた。インタビューで聴取した工夫や解決策
は情報を入手して対応した点であるが、職
場内で完結しているケースについては把握
していない・できない、という点が多くの特
で回答された。

2) 両立支援の実施についての効果

両立支援ケースや制度・体制整備の経験
を持つ企業22社へのインタビューにおいて
挙げられた、治療と仕事の両立を支援した
結果・効果は以下の通りであった。

- 従業員の安心感の醸成
- 勤務に対する不満の減少
- 働きがい、やりがいの向上
- メンタルヘルス不調者の減少、退職者の減少

- 育児休業復職者・女性従業員数の増加
- 男性育休の取得促進
- 離職率の低下
- 人材採用や退職に関わるコストの削減
- 声の上げやすさ、社内のコミュニケーションの向上
- 労災削減
- 業務効率の改善
- 事業拡大
- 健康啓発イベントの参加率向上
- 自治体・厚労省・経産省等からの外部表彰
- くるみんプラス・健康経営優良法人の取得
- 外部取材の増加

これらの結果は、治療と仕事の両立を支
援する取り組みと、働き方改革や健康経営
への取り組み等を並行して行ったことによる
効果であり、両立支援単独の効果とは必ずし
も言えない。しかし、治療と仕事の支援にあ
たっては、全体を一体的に改善していく必要
があるとの示唆であり、両立支援を推進して
いくことにより、経営面にもよりよい影響を
与えることができると考えられる。

3) 両立支援ケース、制度・体制整備の経験を持たないとした企業へのインタビュー

現在は治療と仕事の両立支援に取り組み
ていないが、これから取り組もうとしている
企業を参加された研修会を通じてリクルート
し、2025年度に6社のインタビューを実施した。

2-1) 企業情報

インタビュー実施企業6社の基本情報を以下に示す。

企業(所在)	業種	従業員数	備考
A 社(岩手県)	宿泊業	170	
B 社(神奈川県)	医療福祉	8	
C 社(神奈川県)	学術・専門	8	
D 社(福岡県)	娯楽業	30	
E 社(福岡県)	小売業	100	
F 社(福岡県)	製造業	10	

2-2) 両立支援を実施していない障壁

インタビューの中で取り上げられた障壁を表6に示す。実施している企業よりも小さい規模の企業にインタビューができたが、より小規模の企業であったため、個別対応で可能であることや、事例がないといった回答が多く見られた。管理職や役員などの上位者が部下と「コミュニケーション GAP があることに気づいていない」など、両立支援を実施している企業へのインタビューよりもコミュニケーションに関することを障壁として回答された企業が多かった。また、経営に関する財源や収益構造についての回答も6社からは多く寄せられた。特に「健康経営の取得にはお金がかかるので難しい」「健康保険にお金をかけたくない」といった切実な回答もあった。社会保険労務士との契約や企業保険GLTDについても、中小企業には負担が大きいとの回答も見られた。一方で「支援していない」と回答した企業だが、個別対応としては実施している企業が多数見られた。現

在はケースがないものの、インタビュワーはケースが出たときに「両立支援はできる」と感じられる企業も多く、両立支援を目的として制度設計や体制整備されているわけではないが、職場の運用により、潜在的に両立支援は行われているものと考えられた。

D. 考察

本研究は、治療と仕事の両立を支援する際に使用される勤務制度や体制、制度・体制づくりにおける障壁・解決策等に関して、実施企業22社と未実施企業6社へのインタビュー調査を実施した。すでに実施している企業22社においては、勤務制度や体制づくりのきっかけ、障壁とその解決策、その後の効果まで聴取することができ、治療と仕事の両立にあたって、中小企業ではどのような勤務制度が存在し、どのように利用しているのか、を明らかにすることができた。中小企業が治療と仕事の両立を支援する際に使用している勤務制度・体制整備は、一般的な制度がほとんどであり、通院休暇やリハビリ出勤、短時間正社員制度といったものが挙げられた。複数の相談窓口の一元化や職種間を柔軟に移動できる仕組み、会社加入の保険制度といった独自の制度・体制整備も見られたものの少数であったことから、支援を行っている企業においては既存の制度を柔軟に運用している表れであると考えられた。

障壁と解決策についての対応表を表7に示す。1:1としての対応となる障壁－解決策も見られている。しかし、「制度を運用できる

人材、サポートできる人材への対応」については、欠員耐性への整備にも関わっているなど、複数の障壁にまたがっている障壁であると考えられ、1:1としての解決策は見られなかった。そのほかの項目においても、障壁が複数の障壁に関連していたり、解決策が複数の障壁の解決策を兼ねていたりしている。これにそれぞれの業界特性や個別企業での風土・コミュニケーションが複雑に絡まり、企業での両立支援へのハードルが形成されていると考えられた。

制度・体制づくり、制度・体制の運用、個人への対応がおおむね障壁と解決策が同数なのに対し、風土づくりやコミュニケーションの解決策は、複数の解決策を提示されることが多く、リスト上でも解決策のほうが多い結果となった。これらにおいては、1:1とは言いにくい対応も見られた。回答された22社へのインタビューのなかでは、従業員支援のための風土づくり、コミュニケーションの円滑化のために様々な取り組みをしていることが判明し、抽出できた。風土づくりやコミュニケーションの促進は、直接的な因果関係ではないところにもその効果があると考えられ、これらを自然に行っていた結果であろうと考えられた。

また未実施企業においては、制度や体制づくりの障壁を聞くことができた。障壁のリストは支援している企業での障壁リストとほぼ同一のサブカテゴリに分類されたが、経営・財政面、コミュニケーション面での課題にかかわるコードが多かったのは、小規模特有

の人員の少なさ、経営基盤の脆弱さといった事情が関わっていると考えられた。特に経営面においては、最低賃金や消費税の上昇、健康保険など社会保険の費用負担が重いといった具体的な話も聞くことができた。近年、産育休においては社会保険料が免除となることになったが、疾病離脱による休業では免除とならない。従業員自身も傷病手当金から社会保険料を支払うことになるため、病気休業中の経済的負担を感じるとされているが多いが、同様に企業側も休業している従業員の社会保険料を負担に感じており、特に小規模になるほど、ひとりぶんの負担が大きい。傷病手当金期間においては社会保険料を免除するなどの対応も検討の余地があるのではないかと考えられた。

一方、小規模企業においては小規模ならではの職場の人間関係・距離感があり、日常での会話、コミュニケーションの円滑さが重要視されていた。顔が見える関係性の構築がしやすい規模の企業の場合、より両立支援は日常の延長線上であるとの回答も見られた。このような企業では、特別な制度や配慮ではなく、日常的な支援で両立支援が行われていると考えられる。うまく行っている事例や企業は表に出てこないという経営者からの指摘もあり、従業員の日常への支援が両立支援に寄与すること、を浸透させることが両立支援の発展に繋がると考えられた。

両立支援を実施している企業が制度を作ったきっかけについては、キーマンの変化と確保、推進者がいたこと、事例が発生したこ

とが挙げられた。キーマンとしては経営者であるトップや人事役員、人事担当者、産業医などが挙げられたが、その誰もが法改正情報を取得し、社会の変化を認識し、その対応にしっかり取り組もうとしていることが挙げられた。これから取り組む未実施企業のインタビューでは、何から手を付けていくのかわからない、伴走や支援がないと難しいという声があった。これについては50人未満事業所には産業医制度がなく、身近な産業保健専門職が不在である。今後の産業医、産業保健職体制の整備、産業保健総合支援センターの活用についても検討の余地がある。また、社会保険労務士による手続きへの支援も重要であろう。特に産業医に対しては、企業内の産業保健体制づくりにおいて積極的に企業支援を行うことを啓発する必要があると考えられた。これらを推進する上では、企業の費用負担が最も課題である。特に、ストレスチェック制度の50人未満事業所への適応開始が迫っており、助成金の拡充や運用等による支援が求められている。しかし中小企業が助成金や補助金の申請を行う場合、産育休であれば年金事務所、健康保険は保険者、産業保健助成金やその他の支援は労働者健康安全機構、労働局その他、と実施機関、申請様式、手続きが異なっている。産業保健活動を含め、人事総務部門に人が少なく、推進者や担当者を配置できない中小零細企業では、その助成金や補助金の情報を取得していくことがそもそも難しい、といった課題も今回聞くことができた。

助成金や補助金の運営は中小企業における制度利用や整備においては大事なポイントであると考えられるため、費用助成のあり方や広報・周知の仕方についても、検討する必要があると考えられた。

いくつかの企業からは取り組みの効果も提示してもらうことができたが、経営者等が働き方を柔軟に対応していけるような社会にしていくことも、両立支援では大切な要素であろう。特に中小企業は、大企業に比べて人材確保に課題が見られやすいため、働き方を柔軟化し、治療と仕事の両立を支援することで、企業の人手不足に対する効果を示せる可能性がある。「うまく行っているところ(中小企業、職場)は“そんなの当たり前”だと思って、表に出てこない」、「職場でうまくやっているの(事例)は特に把握していない」との発言のとおり、情報収集できるケースに偏りがあり、この点は本研究の限界といえる。担当者が企業内でしっかりと治療と仕事の両立支援を推進できるよう、健康経営に代表されるように「働き方を柔軟化する」ことで企業にもたらす効果を発信できるようにしていくことは、両立支援を推進していくうえで最も必要となると考えられた。

E. 結語

本研究により、中小企業における治療と仕事の両立を支援する際に使用される勤務制度や体制、制度づくりにおけるきっかけ、障壁、解決策を明らかにすることができ、この結果をもとに、中小企業に向けたリーフレッ

ト(資料)を作成した。職場でより「うまくやれている」ケースを増やすことは両立支援を進める一歩となる。今後はリーフレットを使用して情報発信し、中小零細企業における両立支援を啓発していく必要があると考えられた。

なし

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

・ 古屋佑子, 原田有理沙, 永田昌子, 中澤祥子, 深井航太, 立道昌幸. 中小企業における治療と仕事の両立に関する継続的な支援の実態. 日本産業衛生学会 第2回関東地方会学会 2025年7月.

3. その他

・ 古屋佑子. 第6回山梨県がんをもつ方のリハビリテーション県民公開講座. 「治療と仕事の両立支援～リハビリテーション専門職への期待～」. 2025年1月.

・ 古屋佑子. 東京都がんと仕事の両立支援セミナー～働く女性の健康を支える職場づくり～「女性のがんと働き方を考える. 職場で求められる理解と支援」. 2026年1月.

・ 古屋佑子. 分担執筆「実務に生かす 働く女性の健康支援 Q&A.」第1章 働く女性の健康課題と対応法をライフステージ別に押さえよう! ⑦両立支援. Q26-31. 産業医学振興財団. 2026年3月.

H. 知的財産権の出願・登録状況

表3. 整備のきっかけ

サブカテゴリ	コード
感染症の流行が始める理由を与えた	コロナパンデミックで会社の設備を見直した
	コロナパンデミックで出社を制限された
法的要求の増大が始める理由を与えた	障害者の法定雇用率が引き上げられた
	労働基準法改正で長時間労働の上限規制ができた
	企業サイズの拡大で労働安全衛生法の対応要求が増えた
	会社の規模拡大で法的要求等の対応が増えた
	監査により制度の不備を指摘された
社会環境の変化に対応する必要があった	他社が既に健康経営や WLB の推進を進められていた
	他社が健康経営を推進していて乗り遅れないようにしたかった
	会社の中長期方針に健康経営が盛り込まれた
	健康経営が会社の経営会議の報告事項になった
	国の健康経営推進を進める必要があった
	大企業としてのイメージを向上させる必要があった
	現代社会においては1つの事故で倒産する可能性もある
	社会的な労働問題への対応を求められる環境だと認識した
	くるみんプラスの認証取得が目標になった
	健康経営認定制度の項目に両立支援があった
外部認証や助成、保険加入が社内を動かした	東京都の両立支援企業の募集に応募してみた
	認証応募時の公的機関により仕組みが注目された
	助成金申請のために規定整備の必要があった
	助成金の申請が難しい、使いにくい
	休職中の代替要員費用などの補助が必要
人材の離職や採用が経営・事業課題化した	従業員の離職とノウハウの喪失が経営課題として挙げられた
	従業員の離職が経営に直結する課題として挙げられた
	従業員の休暇取得が経営課題にあがる
	従業員にいかに長く働いてもらえるかが経営課題になった
	高年齢労働者・中高年の働き方と体力への対応が経営課題になった
	採用できる人材が経験者に限られる風潮があった
	採用した人材を流出させないようにした

	会社の価値を高めないと人材採用に苦労する
	採用活動で WLB が必要であると認識するようになった
	従業員個人の働き方を高める必要があった
	働き方改革を進めないと人材確保できない危機感
疾病や休業などのケースが発生し、整備が必要になった	労災長期休業者への対応から休復職基準を作成・運用した
	労災事故が発生した際の手順化を図った
	ケースに対応しなければならない状況に追い込まれた
	がんのケースで、働き続けてもらうことを考えた
	がんになったが仕事は辞めないと意思表示されたケースがあった
	メンタルヘルス不調に対する課題認識があった
	妊娠時の体調不良への対応ケースが重なった
	不妊治療の当事者が一定数いることを把握した
	障害者雇用の従業員の欠勤に対する対応が必要になった
	ケースを部分最適ではなく全体最適させる
	実際の医療費が分かり、経済的に仕事を継続することが必要だと認識した
	病気退職のケースがあり課題としては認識があった
	ハラスメント事例をきっかけに情報管理と相談しやすさを考えた
	ケース対応した事例が活躍してくれた
体制・制度を始めたら事例が集まってきた	体制・制度づくりを始めたら、事例が集まってきた
	現場をみてデータを集めることで変化できる
	出社制限と人員減少で欠員は臨時ではなく恒常的となった
自前での対応の限界を感じ、現状のやり方に疑問があった	コロナ禍のリモートワークで対面のようなケアができなくなった
	リモートワークでは業務外のバックオフィス部門は気軽な支援ができない
	事業拡大で視点が増え、本社総務の支援が行き届かない
	バックオフィスに健康管理への課題感がある
	バックオフィスが健康管理の今のやり方に違和感を持っていた
	ケースの個別対応に限界があった
	人員増加で個別対応が不公平感に繋がるリスクを自覚
	経営者にも健康管理はわからないという課題感があった

	啓発ポスターの効果とやり方に疑問があった
	総務部門ひとり当たりの担当管理範囲が何人なのか疑問をもった
他社との比較で改善の必要性が立ち上がった	疾病のある従業員の事故が他人事とは思えなかった
	両立支援の実態は大企業でも当たり前の積み上げ
	大企業の仕組みや制度と自社のあるべき姿を比較した
	他社に比較して規則や手続きが寄り添っていない
	労災防止対応がいまどきではなかった
	他社の健康経営の活動と自社を比較した
	健康経営の指標を全国と比較した
外部の専門家により課題が可視化された	専門的な産業医が制度の見直しをした
	産業医が変わり、産業保健活動が活性化した
	さんぽセンターの産業保健専門職が支援してくれた
	労務に詳しい社労士が制度作りを支援してくれた
トップ交代がきっかけで制度化を開始させた	社長交代により長時間労働の是正を行った
	社長の交代により育児・介護の制度が整備された
	若い社長に交替した
	社長が人事トップを変えた
トップの意識とメッセージにより制度が始まった	社長が相談窓口を一元化するよう指示を出した
	社長が従業員のWLBの推進をしようとした
	経営者に人材と経営への知恵と熱意があった
	社長が従業員の健康と雇用に奔走した
	会長の従業員の健康に対する意識が高い
	会長から健康メッセージが発信される
	トップダウンで産業医導入が進められた
	トップが中小企業向けの産業医システムづくりに興味があった
	治療費を本人に戻す会社用の保険に加入すると社長が決めた
推進役が制度や体制を動かした	当事者が推進役となった
	小規模では担当者が声を上げる
	医師として見通しがわかり先回り対応を行った
社内の考え方、支援対象が変化した	支援対象に病気と育児介護を一体化させた
	社内の健康管理が両立を含むよう変化した

	「障害」の枠にどこまで入れるかを検討した
	通院や日常の予定に対する年休取得の考え方が動いた
	全員が自席を確保できないがオフィスは変えない
	自社の現状とサービスのアンマッチがあった
	手続きや規則のあいまいさを解消させた
相談が起こる土台が既にあった（場・導線・心理的安全）	体調の報告・相談しやすい環境がある
	プライベートが確保される相談空間がある
	トップの健康への思いを継承している
	健康を意識し、周囲も受容している
	健康問題は他人事ではないという意識がある
	健康が日常の話題に上がりやすい
	従業員の背景を知っている
	会社と従業員に信頼関係がある
	人材が大事という認識を共有している
	チャレンジすればよいという風土がある
	「変わりがないから休めない」は本末転倒であるという風土

表4. 整備にあたっての障壁

サブカテゴリ	コード
構造的に補充・代替人員の確保が難しい	人材確保に職種差がある
	夜勤者の確保が難しい
	運送コストとのバランスが取れない
	企業規模による余力に差がある
	定期異動が補充タイミングになる
欠員耐性の弱さ（人手不足・業務過多・しわ寄せ）	他者の業務にしわ寄せが出る
	工数に余力がない
人事総務・休業者サポート人材の不足	人事総務部門が少人数
	休業者サポートに専任がいない
	人事総務部門の法令改正対応が追い付かない
相談窓口業務の担当者に負担がかかる（質・量）	担当者の質的負担が大きい
	担当者の量的負担が大きい
組織境界・役割分担があいまい	組織間の対応範囲があいまい
	相談窓口の対応範囲があいまい

	担当範囲の擦り合わせができない
	組織間の連携意識が希薄
分散組織、長期派遣・出張で情報が上がらない	長期出張者は支援が手薄
	人事総務部門は遠隔支援しかできない
	人数が多い事業所の対応を優先せざるを得ない
	支援方針が浸透しにくい
	分散組織は情報が遅くなる
財源の継続性・不足が制度・体制整備を阻む	専門家への支払いがコスト
	作業の労力が費用に見合わない
	社会保険料の負担が重い
	支援のための財源は経営上の課題
	1回限りの助成金は財源にならない
経営収益構造が両立支援を制約する	健保の財政が悪化し健康施策ができない
	事業停滞と収益管理の厳格化
	取引先との上下関係が収益に関わる
	賃金を上げられず人材が流出する
	会社の成長の知識・仕組みが欠如している
雇用管理上の役割に対する誤解や文化的ギャップ	行政支援や助成金を活用できない
	管理職の支援意識が欠如している
	自分事としての認識の欠如している
	人事総務部門の役割に対して誤解がある
	管理職が労務管理の法改正に追い付かない
上位者の価値観、過去の組織作りが変化を拒む	労働への文化的なギャップ
	上位者との関係性の悪さが原因となりやすい
	上位者の指示が強すぎる
対象者・ニーズ・実態が見えず制度設計できない	上位者が価値観・認識を押し付ける
	支援対象者の規模を把握できない
	相談窓口での相談の全体像が分からない
	当事者の存在が分からない
支援の専門性・実装知が不足している（手探り）	良好事例は把握しにくい
	配慮や支援は事業所・現場任せ
	支援体制構築に時間がかかる
	支援や体制整備は手探り
運用事務（勤怠・申請・整備）の負荷が	医師と連携の取り方が分からない
	制度利用の事務負担が大きい

重い	労務管理が担当者に依存
	人員不足で事務負担が重い
	規則見直しが負担が重い
	導入するシステムの自社適応が大変
	公的申請の手続きに負担がかかる
相談経路の設計が難しい	相談窓口での解決策の提示が難しい
	ライン経由の相談は委縮しやすい
制度・運用ルール・目的が明確になっていない	口頭のみでの制度が運用されている
	取り決めが不明確で制度が形骸化してしまう
	制度設計の目的がはっきりしない
復帰後のポジションの再設計が困難	復職後のポストがない
	復職後の軽減業務に課題がある
制度の位置づけ・周知が進まず、関心・利用・認知が低い	両立支援に関する周知が進まない
	制度の認知や活用が進まない
	健康経営への認知が低い
制度や体制が時代・法令・自社の現状とマッチしていない	法令対応どまりの産業医契約
	産業医契約が締結できない
	仕組みやサービスが会社の現状に合わない
	規則・制度が時代や会社の現状に合わない
	労災への対応や認識が時代に合っていない
	休職後は放置され復帰できない
制度や体制づくりの優先度が上がらない	制度やシステム作りの優先順位が上がらない
	雇用形態の変更は柔軟な対応ができない
	禁煙への対応は優先順位があげられない
	健康経営のインセンティブが低く優先度が低い
安全・情報・業種特性が制度選択肢を狭める	安全やリスクの懸念があり制度化できない
	個人情報扱う仕事では在宅勤務は作れない
DX・業務標準化が旧運用に引きずられる	デジタル化後の運用も旧運用に引きずられる
	デジタル化の運用整備に労力がかかる
	デジタル化・変化に対する抵抗感がある
	導入したシステムを信頼しきれていない
小規模ゆえの公私のあいまいさと過信	相談内容の個人情報管理が難しい
	ひとりから全体に伝達しやすい
	言わなくても周知できている認識をもちやすい
受療・申告・相談に心理的なハードルが	会社からの受診勧奨が受け入れられない

ある	受診後の検査に対する恐怖で受診されない
	当事者が長期的な自分の説明に疲れてしまう
	健康課題を上司に申告しにくい
	必要な人が支援を申告しにくい
	制度化すると心理的ハードルが上がる
	労災を申告できず個人の問題にしてしまう
	外部から来た役職者に警戒感をもつ
	初対面の産業医には警戒感をもつ
	医療者に仕事の都合を説明しにくい
	障害者手帳に対する心理的なハードルがある
支援者側が心理的な負担感をもつ	サポートの効率化が「冷たさ」につながる
	担当者に心理的な負担がかかる
	支援担当者の現場と経営層との調整ストレス
	従業員の健康意識が低いと負担が大きい
支援対象者の周囲に不満がたまる	急な休みが不満になりやすい
	柔軟性が権利化して不満がたまる
	世代間の GAP・不公平感で不満がたまる
変化に対して抵抗感がある	対面での仕事のやり方にこだわる層がいる
	職人気質の従業員が抵抗感を示す
	全階層で変化への抵抗はある
	評価指標の変化は抵抗される
仕事の違いと制度の利用で不公平感が生まれる	制度の利用に職種による制約がある
	利用の線引きと公平感に摩擦がある
	全体の利用が見込めないと制度設計できない
経過・回復の予測不能性が調整を難化させる	診断確定までの調整が難しい
	回復の見通しがわからず調整が難航する
	病院の都合が優先になり調整が難航する
	休みと勤務継続の判断が難しい
外部要請（医療・顧客・制度外環境）が勤務調整を縛る	労災二次健診の知識が医療機関になく勤務に影響する
	顧客の短期対応要求が勤務の柔軟性を阻む
	紙文化の顧客の存在が在宅勤務を制約する
	業界全体がシフト勤務を構築している
	業界の慣例との違いで制度導入に抵抗がある
社員支援に関する経営層の言動の不一致	「社員を大事に」が建前化している

行政の縦割り構造が制度設計を阻む	行政の縦割り構造でデータが欠如する
	行政が縦割りで補助金助成金の申請が難しい
	行政の支援制度が縦割りで経営者の理解が薄い

表5. 制度・体制整備の障壁に対する解決策・工夫

サブカテゴリ	コード
欠員耐性を上げる（多能工化・応援・チーム設計）	ひとりを多能工化する
	ジョブローテで属人化を減らす
	応援の投入で欠員を補充する
	スキマバイトで欠員を補充する
	余裕を持った人員管理
	業務はチーム設計で対応する
ワンストップ窓口など相談窓口の設計と運用で支援する	窓口の運用方法
	事例支援を業務化する
	経営者自身が相談窓口として機能
	ワンストップ窓口の設置
	健康経営・健康窓口の設置
	相談窓口の適切な設計
業務内容を見直して柔軟な勤務をつくる	社内の業務の見直し
	休暇で困らない仕事への見直し
経済的支援を伝えて「治療継続の現実性」を上げる	社会保険の案内
	個別保険の契約
個別起点の制度と支援が風土をつくる	個別の起点を制度化する
	個別支援の経験が風土をつくる
	ひとりの経験を展開する
	働き方に個人も責任をもつ
不公平感を減らし制度の反発を抑える	社内の制度差は避ける
	全員使用できる制度をつくる
	課題解決を制度化
	制度利用対象者の拡大
将来に渡った魅力をつくる	将来にわたった助け合い
	賃金保障に依存しない
産業保健職・外部専門家と協働して判断と実装する	外部資源・社労士の活用
	産業保健職との協働
	産業医による支援

	産業保健職との新規契約
	さんぽセンターの活用
本人同意を軸に、必要最小限の情報共有で合意を形成する	本人同意での情報共有
	情報の社内への共有
	糖尿病手帳による主治医連携
	担当者へ情報を集約する
休業前や早い時点での復職・仕事の見通しを共有する	早期の復職に関する言及
	早期の健診結果への介入
	スケジュールの共有
	通院負担への配慮の先出し
定期的な対話の継続で課題を整理する	1 on 1 の面談を継続する
	休職中も定期対話する
	定期面談で放置しない
	経営層との対話とアウトリーチ
通院・治療に合わせた既存の制度を柔軟に運用する	中抜けの運用
	半日休暇の利用
	有給休暇の運用
	在宅勤務の運用
	フレックス勤務の運用
	フレックス勤務＋在宅勤務の利用
	テレワークと時差出勤の利用
	在宅勤務＋半休の運用
実態に合わせて制度の明文化や拡充、新設を図る	制度の明文化
	制度の拡充
	制度の新規作成
制度作成と定着に関する手続きとモニタリングで受容を形成する	制度作成時の手続き
	制度定着のモニタリング
	運用・利用条件の更新
	制度適応対象者数の確認
	体調の管理共有の仕組み
	健診受診勧奨の手紙の運用
社内の健康課題・産業保健サービスのニーズの見える化	健康課題の把握
	産業保健ニーズの議論
	パフォーマンスの管理
配置・役割・シフトを調整して働ける形を支える	役職の負荷調整

	面談を利用した調整
	症状と業務の調整
	仕事の選択肢をもつ
専用窓口は置かず既存の窓口と分離させて相談する	身体疾患の窓口を置かない
	労務窓口とは分けた相談
申請や実務を分担して負担を減らす	手続き負担の分担
	窓口の役割負担の軽減
	制度活用の助言
	産業医契約のひな型利用
制度外や非常時は、あえて個別・迂回で運用する	非常時の迂回運用を用意する
	個別運用で代替する
	あえて個別運用する
	個別運用を隠さない
休復職のルールと基準で迷いを減らす	休職休業のルール
	制度やフローの可視化
	議事録で合意を形成する
	落としどころを明確にする
DX・業務基盤の整備が柔軟な勤務の前提をつくる	業務のデジタル化
	業務での仕組みの整備
	経営への業務効率化の提案
	人事労務機能の省力化
	健康管理システムの見直し
担当者や管理職の評価・選定にロジックをもつ	窓口選定のロジック
	管理職選定のロジック
	健康は生産性管理という評価
	人材育成が評価軸
	相談は評価軸
本人の罪悪感・遠慮を減らして使える状態を作る（心理的障壁の処理）	罪悪感を減らす
	申請しにくさを減らす
	申し出しやすさをつくる
従業員の警戒を解き信頼感を上げる	継続的な関わりで警戒心を解く
小規模事業所特有のコミュニケーションの近さを活用する	コミュニケーションの近さ
	意思決定機能の近さ
	うっとうしいくらいの説明
	話しやすい環境づくりとその支援

新しいやり方・担当への抵抗感を受容する	抵抗感のある人に強要しない
	批判へのコーチング
浸透プロセスとしての周知や教育・意識づけ	反復コミュニケーションで実装
	制度説明会の実施と録画
	制度の掲載と対象者への通知
	制度のハンドブックの作成
	健康の意識づけ
	糖尿病手帳の利用
制度の裏付けとしてトップの後ろ盾や経営層との共有を図る	上層部や経営会議での共有
	取引先に制度を説明する
	制度化へのトップの後ろ盾
	制度作成に目的意識をもつ
人材教育の中に健康を組み込み、制度へ落とし込む	人材教育への組み込み
	新体制を前提とした雇用と教育
	管理職教育の実施
	管理職教育の強化と経営報告
外部制度・助成金・認定を根拠に制度と基盤をつくる	健康経営認証制度への意欲
	助成金の利用
	公的な無料支援を活用
	支援知識の取得
推進役が制度設計と財源（助成金等）、説明まで含めて音頭をとる	総務課長の主導
	社長室長の主導
	他社での経験を持つ人の主導
	トップの主導
健康診断・ストレスチェックから健康と予防を啓発する	がん検診の強化
	ストレスチェックの応用
	健康診断から会社が健康を啓発

表6. 未実施企業における制度・体制整備でのハードル

サブカテゴリ	コード
行政の縦割り構造が制度設計を阻む	短時間勤務に病欠の認識がない
	助成金の存在を知らない
安全・情報・業界特性が制度選択肢を狭める	変えの効かない場所は職人気質
支援対象者の周囲に不満が溜まる	突発休では不満が出やすい
	フラストレーションはかみ合わなさにつながる

支援者側が心理的な負担感を持つ	知らない場所へのヘルプは心理的に行きにくい
対象者・ニーズ・実態が見えず制度設計できない	配慮が必要な人がいない
	妊娠1例目がない
	個別対応でカバーできる範囲しかない
	繰り返すようなケースの経験がない
制度・運用ルール・目的が明確になっていない	創業期で自由度が高い
	窓口に似た運用のみ実施している
相談窓口業務の担当者に負担がかかる	人事総務は支援対象外になりやすい
	相談窓口担当者が休業すると滞る
人事総務・休業者サポート人材の不足	人事労務は代わりが難しい
雇用管理上の役割に対する誤解や文化的ギャップ	労働環境を整える発想が親会社にない
上位者の価値観、過去の組織作りが変化を拒む	管理職が体調やパフォーマンス低下にフラストレーションをためる
	一言足りない一言多い、という点がコミュニケーションの不和に繋がる
受領・申告・相談に心理的なハードルがある	女性の健康課題は上司の男性役員に伝えにくい
	明文化すると逆に従業員が身構える
上位者がコミュニケーションGAPがあることに気づいていない	やってはいけないことがロジカルにつながっていない
	男女間・世代間GAPに気づいていない
外部要請が勤務調整を縛る	業務スケジュールがタイトで余裕がない
支援の専門性・実装知が不足している(手探り)	就業規則で何が足りないか分からない
	研修から自社への落とし込み方が分からない
	伴走や支援がないと制度・体制づくりは難しい
	メンタルの多い中小企業でガイドラインは見ない
制度や体制づくりの優先順位が上がらない	健康経営の認証が国と地方で複数ある
	健康経営に直接的なメリットがない
社員支援に関する経営層の言動の不一致	経営者がいかに納得できるか
	会社としての支援への納得感が必要
	他社の経営者はどういった思いで導入したのか知りたい
制度や体制が時代・法令・自社の現状とマッチしていない	衛生管理者の活動が行われていない
	両立支援の法改正情報が知られていない
	法改正の努力義務は対応しなくてよいという認識

制度の位置づけ周知が進まず、関心・利用・認知が低い	法令やパンフレットはわかりにくいと後回し
	担当者が経営者に説明できない
分散組織、長期派遣・出張で情報が上がらない	長期であれば総務に連絡するが短期はわからない
仕事の違いと制度の利用が異なり、制度設計ができない	できることできないことが違うので個別対応
経営収益構造が両立支援を制約する	健康保険にはお金をかけたくない企業が多い
財源の継続性・不足が制度・体制整備を阻む	社労士契約の経済的負担が理解されない
	健康経営がビジネス化しており、資金が必要
	ブライト500を取るまでには費用が高い
	企業の経済的体力が少ない
	経営的に余裕がない
	最低賃金の上昇で従業員の賃金上がる

表7. 障壁と解決策との対応表

	障壁	解決策
制度と体制の運用	相談経路の設計が難しい	ワンストップ窓口など相談窓口の設計と運用で支援する
	安全・情報・業種特性が制度選択肢を狭める	業務内容を見直して柔軟な勤務をつくる
	構造的に補充・代替人員の確保が難しい	配置・役割・シフトを調整して働ける形を支える
	支援の専門性・実装知が不足している（手探り）	産業保健・外部専門家と協働して判断と実装する
	財源の継続性・不足が制度・体制整備を阻む	通院・治療に合わせた既存の制度を柔軟に運用する
	支援対象者の周囲に不満がたまる	本人同意を軸に、必要最小限の情報共有で合意を形成する
	支援者側が心理的な負担感をもつ	専用窓口は置かず既存の窓口と分離させて相談する
	運用事務（勤怠・申請・整備）の負荷が重い	申請や実務を分担して負担を減らす
	組織境界・役割分担があいまい	制度外や非常時は、あえて個別・迂回で運用する
	相談窓口業務の担当者に負担がかかる（質・量）	担当者や管理職の評価・選定にロジックをもつ

	人事総務・休業者サポート人材の不足	
個人への対応	経営収益構造が両立支援を制約する	経済的支援を伝えて「治療継続の現実性」を上げる
	経過・回復の予測不能性が調整を難化させる	休業前や早い時点での復職・仕事の見通しを共有する
	復帰後のポジションの再設計が困難	定期的な対話の継続で課題を整理する
	受療・申告・相談に心理的なハードルがある	本人の罪悪感・遠慮を減らして使える状態を作る（心理的障壁の処理）
制度と体制づくり	欠員耐性の弱さ（人手不足・業務過多・しわ寄せ）	欠員耐性を上げる（多能工化・応援・チーム設計）
	分散組織、長期派遣・出張で情報が上がらない	個別起点の制度と支援が風土をつくる
	制度の位置づけ・周知が進まず、関心・利用・認知が低い	制度作成と定着に関する手続きとモニタリングで受容を形成する
	対象者・ニーズ・実態が見えず制度設計できない	社内の健康課題・産業保健サービスのニーズの見える化
	制度や体制が時代・法令・自社の現状とマッチしていない	実態に合わせて制度の明文化や拡充、新設を図る
	制度・運用ルール・目的が明確になっていない	休復職のルールと基準で迷いを減らす
	DX・業務標準化が旧運用に引きずられる	DX・業務基盤の整備が柔軟な勤務の前提をつくる
	社員支援に関する経営層の言動の不一致	制度の裏付けとしてトップの後ろ盾や経営層との共有を図る
	制度や体制づくりの優先度が上がらない	推進役が制度設計と財源（助成金等）、説明まで含めて音頭をとる
	外部要請（医療・顧客・制度外環境）が勤務調整を縛る	外部制度・助成金・認定を根拠に制度と基盤をつくる
	上位者の価値観、過去の組織作りが変化を拒む	人材教育の中に健康を組み込み、制度へ落とし込む
風土、コミュニケーション	仕事の違いと制度の利用で不公平感が生まれる	不公平感を減らし制度の反発を抑える
	雇用管理上の役割に対する誤解や文化的ギャップ	将来に渡った魅力をつくる
		従業員の警戒を解き信頼感を上げる
	小規模ゆえの公私のあいまいさと過信	小規模事業所特有のコミュニケーションの近さ

	変化に対して抵抗感がある	新しいやり方・担当への抵抗感を受容する
		浸透プロセスとしての周知や教育・意識づけ
	行政の縦割り構造が制度設計を阻む	健康診断・ストレスチェックから健康と予防を啓発する

令和7年度 労災疾病臨床研究事業
治療と仕事の両立のために必要な勤務制度等の導入の障壁と
解決策の提案と疾病に関連した安全配慮上の危険性が残存する場合のプロセスの検討
(240301-03)

分担研究報告書

治療と仕事の両立における 体制整備と運用に関する調査 (健康経営優良法人)

研究代表者 永田 昌子
(産業医科大学 医学部 両立支援科学 准教授)

研究分担者 小田上 公法
(産業医科大学 産業生態科学研究所 産業保健経営学 助教)

研究分担者 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 講師)

令和7年度 労災疾病臨床研究事業費補助金
治療と仕事の両立のために必要な勤務制度等の導入の障壁と解決策の提案と
疾病に関連した安全配慮上の危険性が残存する場合のプロセスの検討
分担研究報告書

治療と仕事の両立における体制整備と運用に関する調査
(健康経営優良法人)

研究代表者 産業医科大学 医学部 両立支援科学 准教授 永田昌子

研究要旨:

本調査は、育児・介護休業法と異なり、傷病を抱える従業員への両立支援に法的義務はなく、制度の有無や内容は企業任せで大きなばらつきがある。治療と仕事の両立には在宅勤務・短時間勤務等の制度的支援が不可欠であり、他従業員との公平性の観点からも場当たりの対応ではなく明確なルールに基づく運用が求められる。近年、健康経営優良法人の認定基準にも「私傷病を持つ人への両立支援」が盛り込まれているが、これらの企業における制度の整備・運用実態は十分に解明されていない。本研究は、健康経営優良法人を対象に、通院休暇・在宅勤務・短時間勤務等の導入実態と運用課題を産業医への質問票調査によって明らかにし、両立支援指針における「環境調整」に関する実践的資料の作成を目的とする。

調査対象は健康経営優良法人であり、各企業の産業医に代表として回答を依頼する。産業医科大学の卒業生等へメールで案内し、回答を得た。

健康経営優良法人 22 社の産業医（専属 12 名・嘱託 10 名）から回答を得た。企業規模は 3,000 人以上が約 55%を占めた。現場作業（製造・販売・サービス等）を抱える企業は 81.8%に上った。制度の整備状況をみると、在宅勤務（95.5%）・フレックスタイム（90.9%）・試し出勤（81.8%）は広く普及している一方、通院に特化した休暇制度の導入は 31.8%にとどまった。短時間勤務制度は 59.1%が導入しており、対象疾患を定めている企業が 63.6%と過半数を占めた。給与の取り扱いは全社が短縮分減額としており、有給扱いが多い通院休暇制度とは対照的であった。在宅勤務やフレックスタイムは広く整備されているものの、実質的に利用困難な従業員が「いる」との回答が在宅勤務導入企業の 95.2%に上り、体調確認の難しさや勤務状況の把握が共通課題として挙げられた。復職時には利用制限を設ける企業も一定数あった。管理職支援として重要な要素では「人事・産業保健職の関与」（81.8%）が最多を占め、相談窓口の整備や対応方針の明文化（各 72.7%）が続いた。現場作業の有無別では、通院休暇制度等の導入障壁・課題の言及は現場あり企業に集中し、公平性の確保や業務特性上の制約が特有の問題として浮かび上がった。

本研究は、治療と仕事の両立支援において先進的な取り組みを行う健康経営優良法

人を対象に、各種支援制度の導入実態と運用課題を産業医への質問票調査によって明らかにした。治療と仕事の両立支援に法的義務がなく、制度整備が企業の自主性に委ねられている現状において、健康経営優良法人の実態を可視化した本調査は、他の企業や中小企業が制度設計を進める際の具体的な参照軸を提供するものである。「何を・どこまで整備すればよいか」が見えにくい中で、先進企業群の制度の内容・対象疾患の設定・利用条件・運用上の工夫と課題を示したことは、両立支援指針における「環境調整」の実践的資料として活用できると考える。

研究協力者

研究分担者 小田上公法 産業医科大学産業生態科学研究所 産業保健経営学 助教
研究分担者 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 講師

A. 目的

育児・介護休業法では、育児や介護との両立のために短時間勤務制度等が法的に義務付けられている。しかし、傷病を抱えながら仕事を続ける従業員への支援においては同様の法的義務はなく、その取り組みは企業の自主性に委ねられているのが現状である。そのため、両立支援制度の有無や内容は企業によって大きなばらつきがあると考えられ、従業員は所属する企業の制度環境に大きく影響を受けることになる。

治療と仕事の両立には、企業の制度的支援が不可欠である。例えば、抗がん剤治療の副作用で体力が低下した従業員にとって在宅勤務制度は通勤負担をなくし、放射線治療で頻回な通院が必要な従業員にとっては短時間勤務制度が離職を防ぐ有効な選択肢となりうる。厚生労働省のガイドラインでもこうした環境整備の重要性が示されているが、通院への配慮や業務調整は、他の従業員との公平性の問題を生じさせる可能性があり、場当たり

的な対応ではなく、明確なルールに基づく制度運用が求められる。

近年、「健康経営」への関心が高まり、先進的な取り組みを行う健康経営優良法人が増加している。また、健康経営優良法人の認定基準の項目にも、「がん等の私傷病を持つ人への両立支援の取組」が盛り込まれている。これらの企業において治療と仕事の両立支援制度が具体的にどのように整備・運用されているかの実態は、未だ十分に解明されていない。

本研究の目的は、健康経営優良法人を対象として、治療と仕事の両立を支援する各種制度（通院休暇、在宅勤務、短時間勤務等）の導入実態と運用上の課題を、産業医への質問票調査によって明らかにし、両立支援指針の項目の一つである「環境調整」に関する実践的資料の作成を目指す。

B. 方法

健康経営優良法人である企業を調査対

象とする。各企業の産業医の方に代表として回答いただく。産業医科大学の卒業生等に対してメールで案内する。産業医の参加の意向が示された場合は、企業への説明文書を送付し、企業の承諾を得たことを、同意書で確認をとった。同意を経て、ウェブ上もしくは紙の質問票で回答を得た。健康経営優良法人を取得していない企業、ならびに、企業の承諾を得ていない産業医は除外した。

倫理的配慮

産業医科大学倫理委員会の審査を経た。

参加者の情報は、特定の個人を直ちに判別できないよう、対応表のある試料・情報を加工し、厳重に管理した（安全管理措置を施す）。

企業名等の情報を収集せずに、集計した。

C. 結果

調査対象は、健康経営優良法人2025（2024年10月末申請締切・2025年3月認定）に産業医として関与する専属・嘱託の産業医であり、合計22名から回答を得た。回答者22名のうち、専属産業医が12名（54.5%）、嘱託産業医が10名（45.5%）であり、ほぼ同数の構成であった。最も多い規模は「3,000人以上～10,000人未満」で8社（36.4%）と最多であった。次いで「50人以上～500人未満」と「10,000人以上」がそれぞれ4社（各18.2%）、「500人以上～

1,000人未満」と「1,000人以上～3,000人未満」がそれぞれ3社（各13.6%）であった。大規模企業（3,000人以上）が全体の約55%を占め、本調査の回答企業は比較的大規模な法人に偏っている。認定区分は「ホワイト500（大規模法人部門）」が12社（54.5%）と過半数を占め、「ホワイト500以外（大規模法人部門）」が8社（36.4%）、「健康経営銘柄」が2社（9.1%）であった。製造現場・販売・サービス・運転業務等に従事する従業員が「いる」と回答した企業は18社（81.8%）と多数を占めた。

1）通院に特化した休暇制度

通院目的でのみ利用できる休暇制度（時間単位・半日単位・1日単位）が「あり」と回答したのは7社（31.8%）にとどまった。「なし（検討中）」は4社（18.2%）、「なし（検討予定もない）」は11社（50.0%）であり、制度未導入が全体の68.2%を占める。健康経営優良法人においてもなお、通院に特化した休暇制度の普及率は低かった。対象疾患を明確に定めているか（N=7）「定めている」が3社（42.9%）、「定めていない（疾病による限定なし）」が4社（57.1%）であった。疾患を限定しない柔軟な運用が過半数を占めていた。

疾患を定めている3社のすべてで「がん」「脳卒中」「心疾患」「難病」が対象とされており（100%）、「糖尿病」「肝疾患」は各2社（66.7%）、「メンタルヘルス不調」は1社（33.3%）であった。

制度利用の根拠は、「通院の事実がわかるもの（領収書等）」が多く活用されてお

り、客観的な証明を重視する傾向がある。また、特定の根拠を求めず「本人の申出のみ」で認めるケースや「特に根拠不要」という企業も存在し、運用方針に差がある。

取得上限は企業により大きく異なる。

「年間 5 日・積立 20 日まで」「年間 2 日付与・20 日まで積立」「年間 12 日」「年間 35 日まで」「支給日数 5 日（年間 20 日まで積立）」など、企業ごとに独自の設計がされている。取限なしの企業も 1 社あった（ただし専門家意見が 1 年ごとに必要）。給与の取り扱いは、有給が大多数で、一部有給・無給の企業も各 1 社あった。賞与査定への影響は「影響なし」が多いものの、「影響あり」「不明」の企業も存在した。

2) 在宅勤務制度について

在宅勤務制度が「ある」と回答した企業は 21 社（95.5%）と圧倒的多数を占め、「ない」は 1 社（4.5%）のみであった。正社員が 20 社（95.2%）と最多。契約社員・嘱託社員が 16 社（76.2%）、パート・アルバイトが 5 社（23.8%）と続いた。業務委託契約を対象に含める企業も 1 社（4.8%）あった。通院休暇制度と比較すると、在宅勤務の方が非正規雇用への適用範囲が広い傾向が見られた。「職種等の定めはないが上司の許可が必要」が 10 社（47.6%）と最多。「利用できる職種や職場が限定されている」が 7 社（33.3%）、「全員が対象」は 4 社（19.0%）にとどまった。実質的に在宅勤務の利用が難しい従業員については、「いる」が 20 社（95.2%）と圧倒的多数を占め、「いない」は 1 社（4.8%）のみであった。治療中の従業員も在宅勤務を利用できるか（N=21）「はい（特に定めがない）」が 15 社（71.4%）と多数を占めた。

「いいえ（復職時等に制限あり）」は 6 社

（28.6%）もあった。

治療中の従業員が在宅勤務を利用した場面で「課題となったことはない」が 5 社（23.8%）である一方、「体調確認の難しさ」「勤務状況の把握」「体調に応じた適切な配慮の実施」が多くの企業で課題として挙げられた。自由記述では「脳出血後の片麻痺等による出社命令の効力の問題」「慢性疾患・精神疾患での就労継続可否判断の難しさ」など、個別性の高い対応の難しさも示された。

3) 治療と仕事の両立を目的とした短時間勤務制度について

「あり」が 13 社（59.1%）と過半数を占めた。「なし（検討中）」は 1 社（4.5%）、「なし（検討予定なし）」は 8 社（36.4%）であった。短時間勤務制度は在宅勤務や通院休暇と比べて中程度の普及率であり、育児・介護目的の制度とは別に治療目的として整備している企業が半数を超えた。

対象疾患の定めについては、「定めている」が 7 社（63.6%）、「定めていない」が 4 社（36.4%）。通院休暇制度では「定めていない」が過半数であったのに対し、短時間勤務制度では「定めている」が多数を占めた。疾患を定めている 7 社全てで「脳卒中」が対象（100%）。「がん」「心疾患」「難病」が各 6 社（85.7%）、「糖尿病」が 5 社（71.4%）、「肝疾患」が 4 社（57.1%）と続いた。また「身体障害者手帳保持者」「透析中」など、より広い疾病概念を含む企業も各 1 社あった。

制度利用の根拠は、「主治医の診断書」や「通院の事実がわかるもの（領収書等）」が多く活用されており、本人の申出はなかった。短縮できる時間は「4 時間まで」「3 時間まで」「2 時間まで」「午前休また

は午後休（中抜け含む）」など企業によって異なり、「2 時間まで」が最も多く見られた。利用可能期間については「上限なし（1 年ごと更新）」「上限あり（1 年以内、3 か月など）」「専門家意見による」と各社で異なる設計となっていた。

給与の取り扱いは全企業で「短縮分を減額」としており、有給扱いの通院休暇制度とは異なる結果であった。賞与への影響は「影響あり」と「影響なし」に二分された。

4) フレックスタイム制度

「あり（全社員）」が 19 社（86.4%）、「あり（正社員のみ）」が 1 社（4.5%）で、合計 20 社（90.9%）が制度を有していた。

「なし」は 2 社（9.1%）のみであった。治療中の従業員もフレックスタイムを利用できるか（N=20）については、「はい（特に定めなし）」が 16 社（80.0%）と大多数を占めた。「いいえ（復職時等に制限あり）」が 3 社（15.0%）、「一部制限あり」が 1 社（5.0%）であった。在宅勤務と同様、復職時に一定期間の通常出勤を求めることで体調管理を優先するという考え方が、制限の主たる理由であった。

フレックスタイム利用時の課題として、「体調に応じた適切な配慮の実施」が最多の 10 件（45.5%）、「体調確認の難しさ」が 9 件（40.9%）、「勤務状況の把握」が 8 件（36.4%）と続いた。「課題となったことはない」も 5 件（22.7%）あった。自由記述では「一人勤務の状態で体調急変への対応が困難」「短時間勤務との矛盾（フレックスで出退勤を自由にすると短時間勤務の時間管理が複雑化する）」「アウトプット評価の曖昧さ」といった実運用上の複雑な問題も挙げられた。

5) 試し出勤制度

身体疾患に罹患した労働者が利用できる試し出勤制度は「あり」が 18 社（81.8%）と約 8 割に上った。「制度はないが個別対応」が 3 社（13.6%）。試し出勤制度の期間の上限は、「なし」が 1 社（4.5%）のみであった。「上限あり：3 か月未満」が 8 社（36.4%）と最多。「上限なし（必要性に応じて）」が 6 社（27.3%）、「上限あり：3 か月以上～6 か月未満」が 3 社（13.6%）、「個別判断」が 3 社（13.6%）と続いた。3 か月未満での区切りが最多であるが、「上限なし」も一定数あり、疾患や回復速度に応じた柔軟な対応を認めている企業が多いことが示された。

6) 「週 1 回半日の通院」が必要な場合の想定制度

全 22 社が「有給休暇（年次有給休暇）」を挙げており（100%）、有給休暇が治療との両立において機能していることが明確になった。次いで「年次有給休暇の繰越・積立制度」が 17 社（77.3%）、「フレックスタイム制度」と「在宅勤務」がそれぞれ 15 社（68.2%）と高率であった。通院に専用の制度がない企業でも既存の制度を組み合わせで対応している実態が示された。

7) 代替要員の確保が困難な職場での対応経験（N=22）

「あり」が 12 社（54.5%）と半数以上を占めた。「なし」は 10 社（45.5%）であった。代替要員確保の困難さは単に人手不足の問題だけでなく、製造ライン作業や楽器製造のような習熟に長年を要する専門職では「知識・スキルの代替不可能性」が根本的な課題となっていることが自由記

述からも示された。

8) 管理職が安心して対応できるように重要な要素

「人事・産業保健職の関与」が 18 件 (81.8%) と最多であり、管理職一人が孤立して対応するのではなく専門職のバックアップが不可欠であることを産業医自身が強く認識していることが示された。

「判断や対応を相談できる窓口」と「制度や対応方針の明文化」が各 16 件 (72.7%) で並んだ。「管理職向け研修・事例共有」が 15 件 (68.2%)、「業務量調整や代替要員など現場の負担軽減策」が 14 件 (63.6%) と続いた。

9) 中小企業への提言と制度整備の工夫

中小企業が取り組みやすい「第一歩」として推奨される取組 (N=22、複数回答) は、「同業種・同規模の他社事例を知ること」が 15 件 (68.2%) と最多であり、ゼロから制度を作るより先行事例の参照が現実的なスタートとして重視されていることが示された。「相談窓口や担当者の明確化」が 14 件 (63.6%)、「外部の専門職と相談できる関係づくり」が 11 件 (50.0%) と続いた。「両立支援コーディネーターの配置」(7 件, 31.8%) や「管理職向け研修」(6 件, 27.3%) は相対的に低位であり、まずソフトな基盤整備(窓口・人脈・情報)を優先することが推奨された。

10) 制度整備を推進する上で役立った工夫

「経営層の理解を得た」と「法令改正などを契機に関係者の合意を得た」が各 6 件 (27.3%) と同率トップであった。「作りこまずに最小限のルールから始めた」が 4 件

(18.2%)、「運用しながら定期的に見直す前提で作った」が 3 件 (13.6%) と続いた。なお「制度の整備に関わっていない」が 10 件 (45.5%) に上っており、産業医が制度設計に深く関与できているケースは約半数にとどまっている。

1.1) 現場作業の有無別の制度の比較

主にデスクワーク以外の現場作業(製造現場・販売・サービス・運転業務等)に従事する従業員がいる企業(以下“現場あり”)と「いない企業(以下“現場なし”)」では、現場なしの企業は4社であったが、4社では、通院休暇制度・短時間勤務制度は両グループともに同程度の普及率であった。フレックスタイム制度は、現場あり 88.9% vs 現場なし 50.0% 在宅勤務制度は、現場あり 88.9% vs 現場なし 50.0% と、デスクワーク中心であっても、フレックスタイム制度や在宅勤務制度が普及しているわけではなかった。また、現場なし企業において在宅勤務制度があっても、実質的に利用困難な従業員を「いる」との回答、2/3 (66.7%) があり、デスクワーク中心でも業務特性等により全員が利用できるわけではないことが示された。

一方、通院休暇制度等の導入の障壁・課題の言及は現場あり企業に集中しており、現場なし企業では障壁を挙げる回答がなかった。

D. 考察

1. 既存制度の組み合わせによる対応の

実態と限界

健康経営優良法人においてさえ、通院に特化した休暇制度の普及率は31.8%にとどまった。しかし、全社が有給休暇を通院対応に活用し、積立有給・フレックス・在宅勤務との組み合わせが主流であることから、専用の制度がなくても頻回な通院に一定程度対応できている可能性があり、評価は困難である。

2. 対象疾患の設定をめぐる課題

対象疾患を特定しない柔軟な運用が過半数を占めた背景には、疾患を限定することで生じる従業員間の公平性への懸念がある。一方、対象を絞らないことは制度の乱用リスクや運用上の線引きの難しさにもつながりうる。事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドラインに記載がある「がん・脳卒中・心疾患・糖尿病・難病」のような重篤もしくは慢性疾患から対象を設定し、運用実績を積みながら段階的に対象を拡大していくアプローチが現実的と考えられているようだ。

3. 精神疾患が対象疾患に含まれにくい背景

通院休暇・短時間勤務いずれの制度においても、精神疾患を対象疾患に含める企業は少数にとどまった。精神疾患（メンタルヘルス不調）は、業務や職場環境におけるストレスが発症および増悪の要因となり得る作業関連疾患である。したがっ

て、復職支援等の対応においては、再発防止策がメンタルヘルス不調者を対象とする社内の規程等に基づいて実施されることが多い。通院治療等により短時間勤務を要す私傷病等への制度と分けて運用されていると考えられる。

4. 現場作業者を抱える企業固有の課題

現場作業者を抱える企業では制度があっても現場職は、大企業であっても実質利用できないケースが多く、デスクワーク職との公平性の問題が制度設計の大きな障壁となっていた。現場作業者に対しては、交代勤務の一時的な日勤変更や業務分担の見直しなど、制度の枠を超えた職場設計上の工夫が不可欠である。

5. 管理職支援と産業保健職の役割

管理職が安心して対応できる要素として「人事・産業保健職の関与」が最多（81.8%）であった。管理職は両立支援の実質的な担い手でありながら、判断の拠り所となるルールが不明確なまま個別対応を求められるケースが多い。産業医・産業看護職が人事と連携して制度運用に積極的に関与できる体制整備が重要かもしれない。

6. 国・行政に求められる支援

中小企業への支援として産業医が最も推奨したのは「他社事例の参照」と「相談窓口の明確化」であり、制度の新設より情

報へのアクセスと相談体制の整備が優先課題とされた。国に求められる役割としては、第一に業種・規模別の両立支援事例集の整備と普及が引き続き求められる。

治療と仕事の両立支援における制度整備が企業任せにとどまっている根本的な背景として、法制度上の非対称性を指摘する必要がある。育児・介護休業法では短時間勤務制度等が事業主に義務付けられており、育児休業・介護休業期間中は社会保険料の労使双方の負担が免除される。これにより、企業・従業員双方にとって制度利用の経済的障壁が大幅に低減されている。

一方、傷病による治療と仕事の両立については、令和8年から治療と仕事の両立支援の対応が努力義務化となるものの、社会保険料免除の仕組みもない。短時間勤務を利用した場合、従業員は給与減額に加えて社会保険料を負担し続けることとなり、経済的負担が就労継続の意欲を削ぐ要因となりうる。また企業側も、代替要員の確保コストや労務管理の煩雑さを抱えながら、支援を継続する構造にある。治療中の従業員が安心して短時間勤務等を活用できるよう、傷病による両立支援についても育児・介護に準じた法的枠組みの検討、および社会保険料負担の軽減措置の導入を国として検討すべきかもしれない。また、中小企業が両立支援に取り組む際の助成金制度の拡充も検討の余地がある。

E. 結論

本研究は、治療と仕事の両立支援において先進的な取り組みを行っていると考えられる健康経営優良法人を対象に、各種支援制度の導入実態と運用課題を産業医への質問票調査によって明らかにした。健康経営優良法人は、両立支援の「環境調整」において他企業が目指すべきベンチマークとなりうる存在になりうる。本調査により、こうした先進企業群においても在宅勤務（95.5%）・フレックスタイム（90.9%）・試し出勤（81.8%）・短時間勤務（59.1%）が相当程度整備されている一方、通院に特化した休暇制度の普及は31.8%にとどまり、多くの企業では既存制度の組み合わせによる対応が主流であることが示された。また、現場作業者を抱える企業では公平性の確保や代替要員の確保が共通課題となっており、制度の有無のみならず「誰が・どのように使えるか」という運用実態の把握が重要であることが明らかになった。

治療と仕事の両立支援に法的義務がなく、制度整備が企業の自主性に委ねられている現状において、健康経営優良法人の実態を可視化した本調査は、他の企業や中小企業が制度設計を進める際の具体的な参照軸を提供するものである。「何を・どこまで整備すればよいか」が見えにくい中で、先進企業群の制度の内容・対象疾患の設定・利用条件・運用上の工夫と課

題を示したことは、両立支援指針における「環境調整」の実践的資料として活用できると考える。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

I. 引用・参考文献

[1] 厚生労働省. 治療と仕事の両立支援ナビ <https://chiryoutoshigoto.mhlw.go.jp/>
(2025年4月1日アクセス)

(添付資料 1)

Ver. 3 2023. 04. 01

参加される方への説明文書

1. 研究課題名

治療と仕事の両立支援のための休暇制度や勤務制度に関する調査
本研究は産業医科大学倫理委員会の承認、及び学長の許可を得て行うものです。

2. 研究責任者

産業医科大学 両立支援科学 准教授 永田 昌子

3. 研究期間

西暦 2025 年 12 月 17 日 ～ 西暦 2027 年 3 月 31 日

4. 研究の背景・目的・意義について

育児や介護と仕事の両立については法律で会社の制度が定められていますが、病気の治療と仕事の両立には同様の法律上の義務はなく、その取り組みは企業に委ねられています。そのため、どのような支援制度があるかは企業によって大きな差があると考えられます。例えば、がん治療などで通院が必要な方にとって、時間単位で休める休暇制度や、通勤の負担を減らせる在宅勤務制度は、安心して治療と仕事を両立するために非常に重要です。しかし、こうした配慮は、周りの従業員との公平性の問題につながる可能性もあるため、個別の対応だけでなく、会社としてルールに基づいた制度を整備することが望ましいとされています。

近年、「健康経営」への関心が高まり、従業員の健康に配慮した先進的な取り組みを行う「健康経営優良法人」が増えていますが、これらの企業で両立支援制度がどのくらい整備され、どのように使われているかの実態は、まだよくわかっていません。

そこで本研究では、健康経営優良法人でご活躍されている産業医の先生方にご協力いただき、治療と仕事の両立を支える制度の状況や、実際の運用における工夫や課題を明らかにすることを目的としています。本研究の成果は、これから両立支援に取り組む企業が「どのような制度を目指せばよいか」という具体的な目標を立てる際の目安となり、誰もが安心して治療と仕事を両立できる社会環境の整備に貢献することが期待されます。

5. 研究の方法について

この研究は、健康経営優良法人に所属されている産業医の先生方を対象とした、ウェブアンケート調査です。アンケートでは、先生がご担当されている企業における治療と仕事の両立支援制度（通院のための休暇制度、在宅勤務制度、短時間勤務制度など）の有無、制度の詳しい内容、利用状況、そして運用する上での課題などについてお伺いします。

6. 研究対象者の候補として選ばれた理由について

あなたは、健康経営優良法人において産業医としてご活躍されており、企業における治療と仕事の両立支援制度の実態について、知見をお持ちであると考え、本研究へのご協力をお願いしております。

7. 研究対象者に生じる利益、負担および予想されるリスクについて

7-1. 研究対象者の利益について

研究対象者の利益について 本研究に参加することによる、あなたへの直接的な利益はありません。しかしながら、本研究で得られた成果は、今後の日本の産業保健活動の発展や、働く人の治療と仕事の両立支援の環境整備に貢献するものであり、将来的に多くの働く人の利益につながることを期待されます。

7-2. 研究対象者の負担及び予測されるリスクについて

研究にご参加いただくことで、アンケートへの回答に15分程度の時間をいただくこととなります。また、本研究では先生の所属大学名やご担当の企業に関する情報も含まれるため、予測されるリスクとして、個人情報の漏洩の可能性が考えられます。

7-3. 研究対象者の負担及び予測されるリスクを最小化する対策について

研究責任者の管理の下、ご回答いただいたデータは、個人や企業が識別できる記述を削除するなど統計的な処理を行った上で厳重に保管・分析し、個人情報の漏洩を防止します。

7-4. 研究対象者に不利益が生じた場合の措置方法について

本研究は質問票調査であり、健康被害が生じることは想定しておりません。万が一、本研究に参加したことが原因で何らかの不利益が生じた場合には、誠実に対応いたします。

8. 研究が実施又は継続されることに同意した場合であっても随時これを撤回できることについて

あなたは、本研究に参加するかどうかを、ご自身の自由な意思で決めることができます。また、一度同意された後でも、いつでも理由を問わず同意を取り下げることができます。

9. 研究が実施又は継続されることに同意しないこと又は同意を撤回することによって研究対象者等が不利益な扱いを受けないことについて

本研究に参加されない場合でも、あなたが不利益を受けることは一切ありません。また、途中で同意を取り下げた場合でも、あなたが不利益を受けることは一切ありません。

10. 研究に関する情報公開の方法について

本研究によって得られた成果は、学会発表や学術論文として公表する場合があります。その際、あなたのお名前や所属機関名など、個人が特定できる情報は一切使用いたしません。

11. 研究対象者等の求めに応じて、他の研究対象者等の個人情報等の保護及び当該研究の独創性の確保に支障がない範囲内で研究計画書及び研究の方法に関する資料を入手又は閲覧できる旨並びにその入手又は閲覧の方法について

あなたが希望される場合には、本研究の研究計画や方法に関する資料を、他の参加者の個人情報保護や研究の独創性の確保に支障がない範囲でお見せし、ご説明いたします。

12. 個人情報の取扱いについて

ご回答いただいたアンケートデータは、分析の前に、お名前など個人が特定できる情報を削り、代わりに新しく符号（ID）をつけます。あなたとこの符号を結びつける対応表は研究責任者がパスワードを設定したコンピューター内で厳重に管理し、個人情報の漏洩を防ぎます。このように、安全管理措置を施し匿名化することで、研究者が個々の回答を特定の個

人に結びつけることができなくなります。

13. 試料・情報の保管及び廃棄の方法について

本研究で得られたアンケートの電子データは、研究終了後 5 年間、産業医科大学内の鍵のかかる保管庫またはパスワードロックをかけたサーバーで厳重に保管します。保管期間が過ぎたデータは、研究責任者の管理の下、復元できないように完全に削除し廃棄いたします。同意を撤回された際は、その時点までに得られた情報は、あなたのご意思を確認の上、同様の方法で廃棄します。

14. 研究の資金源等、研究機関の研究に係る利益相反及び個人の収益等、研究者等の研究に係る利益相反に関する状況について

本研究は、特定の企業等からの資金提供を受けず、産業医科大学の公的な研究費により、本学の研究責任者のもとで公正に行われます。本研究の利益相反については、産業医科大学利益相反委員会の承認を得ており、公正性を保ちます。

15. 研究により得られた結果等の取扱いについて

本研究により得られた全体の成果については、論文等で公表する予定です。個人ごとの結果について個別にお知らせすることはありません。

16. 研究対象者等及びその関係者からの相談等への対応について

本研究に関するご質問やご相談がありましたら、以下の連絡先までお気軽にお問い合わせください。

17. 研究対象者等に経済的負担又は謝礼がある場合、その旨及びその内容について

本研究にご参加いただくにあたり、あなたに費用的なご負担をいただくことはありません。研究参加に対する謝礼として QUO カード 5000 円を用意しております。

18. 通常の診療を超える医療行為を伴う研究の場合には、他の治療方法等について

該当しません。

19. 通常の診療を超える医療行為を伴う研究の場合には、研究対象者への研究実施後における医療の提供に関する対応について

該当しません。

20. 研究業務の一部を委託する場合の業務内容と監督方法について

委託しません。

21. 侵襲を伴う研究の場合には当該研究によって生じた健康被害に関する補償の有無及びその内容について

該当しません。

22. 研究対象者から取得された試料・情報について、研究対象者等から同意を受ける時点では特定されない将来の研究のために用いられる可能性又は他の研究機関に提供する可能性がある場合には、その旨と同意を受ける時点において想定される内容について

ご提供いただいた情報は、本研究の目的以外に利用したり、他の研究機関に提供したりすることはありません。

23. 侵襲（軽微な侵襲を除く。）を伴う研究であって介入を行うものの場合には、研究対象者の秘密が保全されることを前提として、モニタリングに従事する者及び監査に従事する者並びに産業医科大学倫理委員会が、必要な範囲内において当該研究対象者に関する試料・情報を閲覧することについて

該当しません

24. 知的財産権の発生について

本研究の成果に基づいて、特許権等の知的財産権が生ずる可能性があります、その権利は産業医科大学に帰属し、あなたには帰属しません。

25. その他

特にありません。

説 明 者： 産業医科大学 医学部 両立支援科学 准教授 永田昌子
研究責任者： 産業医科大学 医学部 両立支援科学 准教授 永田昌子

謝礼ありバージョン

事業所責任者様

「治療と仕事の両立支援のための休暇制度や勤務制度に関する調査」

御社所属産業医の研究参加のご承認のお願い

拝啓

時下、ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

この度、産業医科大学では、以下の臨床研究を実施しております。この研究は、治療と仕事の両立を支援する各種制度（通院休暇、在宅勤務、短時間勤務等）の導入実態を明らかにする研究です。

本研究は、労災疾病研究事業費補助金「治療と仕事の両立のために必要な勤務制度等の導入の障壁と解決策の提案と疾病に関連した安全配慮上の危険性が残存する場合のプロセスの検討」の一環で行われるものです。

本研究の目的は、健康経営優良法人を対象として、治療と仕事の両立を支援する各種制度（通院休暇、在宅勤務、短時間勤務等）の導入実態と運用上の課題を、産業医への質問票調査によって明らかにすることです。これから両立支援体制の構築を目指す企業、特にリソースの限られる中小企業にとっては、自社が取り組むべき制度や運用のレベルを検討する上での具体的な目標となり、有用な情報となります。

収集する情報は下記となります。健康経営優良法人であることを確認するため、企業名を確認しますが、集計した情報のみを研究として利用します。ぜひ御社の産業医が情報提供に協力することをご承認いただきたくお願い申し上げます。なお、御社の産業医が代表者として回答いただいた謝礼としてクオカード（5000 円）を謝礼としてお渡し致します。

敬具

収集する情報：

- | | |
|---------------|---------------|
| 1, 通院のための休暇制度 | 4, フレックスタイム制度 |
| 2, 在宅勤務制度 | 5, 制度導入のための工夫 |
| 3, 短時間勤務制度 | |

☐ 当社の産業医が、研究に参加することを承認します。（自筆）

所属 職名 氏名

回答者（産業医）（自筆） 氏名

■お問い合わせ先

産業医科大学 医学部 両立支援科学 准教授 永田昌子（093-603-1611 内線 4683）

謝礼なしバージョン

事業所責任者様

「治療と仕事の両立支援のための休暇制度や勤務制度に関する調査」

御社所属産業医の研究参加のご承認のお願い

拝啓

時下、ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

この度、産業医科大学では、以下の臨床研究を実施しております。この研究は、治療と仕事の両立を支援する各種制度（通院休暇、在宅勤務、短時間勤務等）の導入実態を明らかにする研究です。

本研究は、労災疾病研究事業費補助金「治療と仕事の両立のために必要な勤務制度等の導入の障壁と解決策の提案と疾病に関連した安全配慮上の危険性が残存する場合のプロセスの検討」の一環で行われるものです。

本研究の目的は、健康経営優良法人を対象として、治療と仕事の両立を支援する各種制度（通院休暇、在宅勤務、短時間勤務等）の導入実態と運用上の課題を、産業医への質問票調査によって明らかにすることです。これから両立支援体制の構築を目指す企業、特にリソースの限られる中小企業にとっては、自社が取り組むべき制度や運用のレベルを検討する上での具体的な目標となり、有用な情報となります。

収集する情報は下記となります。健康経営優良法人であることを確認するため、企業名を確認しますが、集計した情報のみを研究として利用します。ぜひ御社の産業医が情報提供に協力することをご承認いただきたくお願い申し上げます。

敬具

収集する情報：

- | | |
|---------------|---------------|
| 1, 通院のための休暇制度 | 4, フレックスタイム制度 |
| 2, 在宅勤務制度 | 5, 制度導入のための工夫 |
| 3, 短時間勤務制度 | |

☐ 当社の産業医が、研究に参加することを承認します。（自筆）

所属 職名 氏名

回答者（産業医）（自筆） 氏名

■お問い合わせ先

産業医科大学 医学部 両立支援科学 准教授 永田昌子（093-603-1611 内線 4683）

☐ 当社の産業医が、研究に参加することを承認します。(自筆)

所属 職名 氏名

回答者（産業医）（自筆） 氏名

■お問い合わせ先

産業医科大学 医学部 両立支援科学 准教授 永田昌子（093-603-1611 内線 4683）

添付資料 2

健康経営優良法人アンケート

本調査は、健康経営優良法人における「治療と仕事の両立支援」の制度の実態を把握することを目的としています。
ご回答いただく内容は統計的に処理し、個人や企業が特定される形で公表することは一切ございません。
なお、「御社所属産業医の研究参加の承認のお願い」の事業者責任者の署名と産業医の先生の署名の PDF を送付いただくことで、研究参加の申し込みとなり謝礼送付の手続きを行います。

御社の治療と仕事の両立支援に関する制度について教えてください

下記の例のような治療スケジュールを予定している従業員が治療と仕事を両立したいと希望した場合に利用できる制度を念頭に置いております。

例 1) 1 日 在院時間：1－2 時間 40 日間連続で通院する放射線療法

例 2) 1 回当たり 4－6 時間 2 週間に 1 度の頻度での化学療法 その後 2－3 日体調不良を自覚することあり

ご多忙の折とは存じますが、ご協力いただけますようお願い申し上げます。

【参加同意の確認】

- ☐ 「御社所属産業医の研究参加の承認のお願い」の事業者責任者の署名と産業医の署名を送付しました。

第 1 部：先生ご自身と健康経営優良法人について

Q1. ご回答いただく健康経営優良法人（以下、御社）での先生の産業医としてのご契約形態をお聞かせください。

- ☐ 専属産業医
☐ 嘱託産業医

Q2. ご回答頂く健康経営優良法人の企業規模（常時使用する従業員数）を教えてください。

- ☐ 50 人未満
☐ 50 人以上～500 人未満
☐ 500 人以上～1000 人未満
☐ 1000 人以上～3000 人未満
☐ 3000 人以上～10000 人未満
☐ 10000 人以上

Q3. 回答の重複を防ぐために、ご回答頂く健康経営優良法人のうち、一部を教えてください。

【本社の郵便番号】＋【会社名の前から 1 つ目の文字】を組み合わせせて記入ください。

例) 産業医科大学の場合 → 【入力例】 8078555 サ

ご記入欄： _____

Q4. 【健康経営優良法人 2025】(2024 年度 10 月末に申請締め切られ、2025 年 3 月に認定された)

当てはまるものにひとつチェックしてください。

- ☐ 健康経営銘柄
- ☐ 健康経営優良法人 (大規模法人部門) 【ホワイト 500】
- ☐ 健康経営優良法人 (大規模法人部門) 【ホワイト 500 以外】
- ☐ 健康経営優良法人 (中小規模法人部門) 【ブライト 500】
- ☐ 健康経営優良法人 (中小規模法人部門) 【ブライト 500 以外】

Q5. ご回答いただく健康経営優良法人 (以下、御社) には、主にデスクワーク以外の現場の作業 (製造現場、販売、サービス、運転業務等) に従事する従業員はいますか?

- ☐ いる
- ☐ いない

第2部：治療と仕事の両立支援に関する制度について

1. 通院のための休暇制度

Q6. 御社には、通院に特化した休暇制度（時間単位・半日単位・1日単位）はありますか？
※年次有給休暇や一般的な病気欠勤・休職制度ではなく、通院目的でのみ利用できる制度についてお答えください。

- ☐ 「あり」 → Q7 へ
- ☐ 「なし」かつ「検討したことがある／検討中／検討予定」 → Q18 へ
- ☐ 「なし」かつ「検討したことがない／検討予定もない」 → Q19 へ

『通院休暇制度あり』と回答した方のみ、Q7～Q17にお答えください

Q7. 通院休暇制度の対象となる従業員の雇用形態をすべて選択してください。

- ☐ 正社員
- ☐ 契約社員・嘱託社員
- ☐ パート・アルバイト
- ☐ その他（ ）

Q8. 対象となる従業員に、職種や業務内容による制限はありますか？

- ☐ 全員が対象
- ☐ 職種等の定めはないが、上司の許可が必要
- ☐ 利用できる職種や職場が限定されている

Q9. 実質的に、通院休暇制度の利用が難しい従業員はいますか？

- ☐ はい → Q10 へ
- ☐ いいえ → Q11 へ

Q10. 制度の利用が難しい従業員の職種や職能と、通院休暇の利用を希望した場合の対応の工夫があれば教えてください。

例）交代勤務の現場作業員：一時的に交代勤務から日勤に担当を変更する

Q11. 制度の対象について、対象疾患を明確に定めていますか？

- ☐ はい → Q12 へ
- ☐ いいえ → Q13 へ

Q12. 当てはまるものすべてにチェックしてください。

- ☐ がん
- ☐ 脳卒中
- ☐ 心疾患
- ☐ 糖尿病
- ☐ 肝疾患
- ☐ 難病
- ☐ メンタルヘルス不調
- ☐ その他 (_____)

Q13. 対象となる際の根拠となるものをすべて選択してください。

- ☐ 通院の事実がわかるもの（領収書等）
- ☐ 主治医の診断書
- ☐ 産業医の意見
- ☐ その他 (_____)

Q14. 制度の利用条件について教えてください。

・取得上限：
年間 _____ 日まで

通算 _____ 日まで

・給与の取り扱い

- ☐ 有給
- ☐ 無給
- ☐ 一部有給

Q15. 賞与査定への影響

- ☐ 影響あり
- ☐ 影響なし
- ☐ 不明

Q16. その他（自由記載）

Q6で『通院休暇制度あり』『通院休暇制度なし（検討中）』のいずれかを回答した方全員、
Q17にお答えください

Q17. 制度導入の検討にあたり、障壁や課題はありましたか。もしくはありますか。（複数回答可）

※導入に関与していない場合は「導入に関与していない」を、

※障壁や課題がなかった場合は「障壁や課題はなかった」を選択してください。

- ☐ 制度の形態
- ☐ 対象者の範囲
- ☐ 対象疾患の範囲
- ☐ 賃金の取り扱い
- ☐ 取得の証明の運用
- ☐ 公平性の確保
- ☐ 勤怠管理の運用
- ☐ 経営層の合意
- ☐ 管理職の業務管理の負担
- ☐ 導入に関与していない
- ☐ 障壁や課題はなかった
- ☐ その他 (_____)

Q6で『通院休暇制度なし（検討したことがある／検討中／検討予定）』と回答した方のみ、Q18にお答えください

Q18. 前の質問で回答された障壁や課題を乗り越えた工夫がありましたら教えてください。障壁や課題がなかった場合は、「なし」と回答ください。

→ Q21 へ進んでください

『通院休暇制度なし（検討したことがない／検討予定もない）』と回答した方のみ、Q19にお答えください

Q19. 検討していない／検討予定がない理由を教えてください（複数選択可）。

- ☐ 他の制度で対応できているため、制度導入の必要性が顕在化していない
- ☐ 公平性の確保ができないため、制度導入が現実的でない
- ☐ 業務の特性上、制度の運用が現実的でない
- ☐ その他 (_____)

Q6で『通院休暇制度あり』と回答した方のみ、Q20にお答えください

Q20. 通院のための休暇制度を運用するなかで課題があれば教えてください。課題がなければ「なし」と回答ください。

2. テレワーク制度

Q21. 御社はテレワーク制度を導入していますか？

- ☐ はい → Q22 へ
- ☐ いいえ → Q31（短時間勤務制度）へ

『テレワーク制度あり』と回答した方のみ、Q22～Q30 にお答えください

Q22. テレワーク制度の対象となる従業員の雇用形態をすべて選択してください。

- ☐ 正社員
- ☐ 契約社員・嘱託社員
- ☐ パート・アルバイト
- ☐ その他（_____）

Q23. 利用条件（自由記述）

例：週2日まで、等

Q24. 対象となる従業員に、職種や業務内容による制限はありますか？

- ☐ 全員が対象
- ☐ 職種等の定めはないが、上司の許可が必要
- ☐ 利用できる職種や職場が限定されている

Q25. 実質的に、テレワーク制度の利用が難しい従業員はいますか？

- ☐ はい
- ☐ いいえ

Q26. 治療中の従業員も利用できますか？

- ☐ はい（治療中の従業員の利用について特に定めがない） → Q29 へ
- ☐ いいえ（治療中の従業員の利用は制限をしている）例）復職時は許可しない → Q27 へ
- ☐ その他（_____）

『いいえ（制限をしている）』と回答した方のみ、Q27～Q28 にお答えください

Q27. 制限をしている対象者を教えてください

- ☐ 身体疾患治療中
- ☐ メンタルヘルス不調 治療中
- ☐ 身体疾患復職時
- ☐ メンタルヘルス不調 復職時
- ☐ その他（_____）

Q28. 制限をしている理由を教えてください。

Q21で『はい』と回答した方全員、Q29～Q30にお答えください

Q29. 治療中の従業員がテレワークを利用した場面で課題となったことはありますか？

- ☐ （課題となったことは）ない
- ☐ 体調確認の難しさ
- ☐ 勤務状況の把握
- ☐ 体調に応じた適切な配慮の実施
- ☐ その他（_____）

Q30. 課題を解決するために、行った取り組みを教えてください。課題や行った取り組みがなければ、「なし」と回答ください。

3. 短時間勤務制度

Q31. 治療と仕事の両立を目的として利用できる短時間勤務制度はありますか？

- ☐ 「あり」 → Q32 へ
- ☐ 「なし」かつ「検討したことがある／検討中／検討予定」 → Q43 へ
- ☐ 「なし」かつ「検討したことがない／検討予定もない」 → Q44 へ

『短時間勤務制度あり』と回答した方のみ、Q32～Q42にお答えください

Q32. 短時間勤務制度の対象となる従業員の雇用形態をすべて選択してください。

- ☐ 正社員
- ☐ 契約・嘱託
- ☐ パート
- ☐ その他（_____）

Q33. 対象となる従業員に、職種や業務内容による制限はありますか？

- ☐ 全員が対象
- ☐ 職種等の定めはないが、上司の許可が必要
- ☐ 利用できる職種や職場が限定されている

- ☐ はい → Q34 へ

☐ いいえ → Q35 へ

Q34. 制度の利用が難しい従業員の職種や職能と、短時間勤務制度の利用を希望した場合の対応の工夫があれば教えてください。

課題や行った工夫がなければ、「なし」と回答ください。

例) 交代勤務の現場作業員：一時的に交代勤務から日勤に担当を変更する

Q35. 制度を利用できる対象疾患を定めていますか

☐ 定めている → Q36 へ

☐ 定めていない → Q37 へ

Q36. 当てはまるものすべてにチェックしてください。

- ☐ がん
- ☐ 脳卒中
- ☐ 心疾患
- ☐ 糖尿病
- ☐ 肝疾患
- ☐ 難病
- ☐ メンタルヘルス不調
- ☐ その他 ()

Q37. 対象となる際の根拠となるものをすべて選択してください。

- ☐ 通院の事実がわかるもの（領収書等）
- ☐ 主治医の診断書
- ☐ 産業医の意見
- ☐ その他 ()

Q38. 短縮できる時間について教えてください。

- ☐ 4 時間まで
- ☐ 3 時間まで
- ☐ 2 時間まで
- ☐ 1 時間まで
- ☐ その他 ()

Q39. 期間について教えてください。

- ☐ 上限あり () ヶ月
- ☐ 上限なし
- ☐ 専門家意見による

Q40. 給与の取り扱いについて教えてください。

- ☐ 短縮分を減額

☐ その他（_____）

Q41. 賞与への影響について教えてください。

- ☐ 影響あり
- ☐ 影響なし
- ☐ 不明

Q42. 治療と仕事の両立をしている従業員が短時間勤務制度を利用した場面で課題があれば教えてください。課題が無ければ「なし」と回答ください。

→ Q45（フレックスタイム制度）へ進んでください

Q43. 制度導入の検討にあたり、障壁や課題はありましたか。（複数回答可）

※導入に関与していない場合は「導入に関与していない」を、
※障壁や課題がなかった場合は「障壁や課題はなかった」を選択してください。

- ☐ 期間設定
- ☐ 対象者の範囲
- ☐ 対象疾患の範囲
- ☐ 賃金の取り扱い
- ☐ 取得条件
- ☐ 勤怠管理の運用
- ☐ 経営層の合意
- ☐ 公平性の確保
- ☐ 導入に関与していない
- ☐ 障壁や課題はなかった
- ☐ その他（_____）

→ Q45（フレックスタイム制度）へ進んでください

Q44. 検討していない／検討予定がない理由を教えてください（複数選択可）。

- ☐ 他の制度で対応できているため、制度導入の必要性が顕在化していない
- ☐ 公平性の確保ができないため、制度導入が現実的でない
- ☐ 業務の特性上、制度の運用が現実的でない
- ☐ その他（_____）

4. フレックスタイム制度

Q45. 御社は、フレックスタイム制度がありますか？

- ☐ はい → Q46 へ
- ☐ いいえ → Q56（第3部）へ

『はい』と回答した方のみ、Q46～Q55 にお答えください

Q46. フレックスタイム制度の対象となる従業員の雇用形態をすべて選択してください。

- ☐ 正社員
- ☐ 契約・嘱託
- ☐ パート
- ☐ その他 (_____)

Q47. 治療中の従業員も利用できますか？

- ☐ はい（治療中の従業員の利用について特に定めがない） → Q50 へ
- ☐ いいえ（治療中の従業員の利用は制限をしている）例）復職時は許可しない → Q48 へ
- ☐ その他 (_____)

『いいえ（制限をしている）』と回答した方のみ、Q48～Q49 にお答えください

Q48. 制限をしている対象者を教えてください

- ☐ 身体疾患治療中
- ☐ メンタルヘルス不調 治療中
- ☐ 身体疾患復職時
- ☐ メンタルヘルス不調 復職時
- ☐ その他 (_____)

Q49. 制限をしている理由を教えてください

Q45 で『フレックスタイム制度あり』と回答した方全員、Q50～Q55 にお答えください

Q50. 治療中の従業員がフレックスタイムを利用した場面で課題となったことはありますか？

- ☐ （課題となったことは）ない
- ☐ 体調確認の難しさ
- ☐ 勤務状況の把握
- ☐ 体調に応じた適切な配慮の実施
- ☐ その他 (_____)

Q51. 課題を解決するために、行った取り組みを教えてください。
課題や行った取り組みがなければ、「なし」と回答ください。

Q52. 対象となる従業員に、職種や業務内容による制限はありますか？

- ☐ 全員対象
- ☐ 上司許可必要
- ☐ 限定あり

Q53. コアタイムの設定について教えてください。

- ☐ あり
- ☐ なし

Q54. 清算期間について教えてください。

- ☐ 1 か月
- ☐ 2 か月
- ☐ 3 か月

Q55. フレックスタイム制度について、その他ご意見があればご記入ください。

第3部：復職支援と全体の運用・課題について

Q56. 御社には、身体疾患に罹患した労働者が利用できる期間限定で「短時間勤務」や「時差出勤」「業務量の調整」などを認める制度（リハビリ出勤・試し出勤制度など）はありますか。

※名称は問いません（復職支援プログラム、リハビリプログラムなど）。

※ここでは、**「賃金が発生する（労働者として認められる）もの」**に限定してお答えください。

- ☐ あり（メンタル不調者と同じ）
- ☐ あり（メンタル不調者と異なる）
- ☐ なし
- ☐ 制度はないが、個別の事情に応じて実施することがある
- ☐ その他（_____）

Q57. 上記の制度は期間の上限はありますか？

標準的な上限でなく、必要性がある場合のルール上の上限を教えてください。

- ☐ 必要性がある場合、上限なし
- ☐ 必要性がある場合、上限あり ～3か月未満
- ☐ 必要性がある場合、上限あり 3か月以上～6か月未満
- ☐ 必要性がある場合、上限あり 6か月以上
- ☐ その他（_____）

Q58. Q56で「あり（メンタルヘルス不調と異なる）」を選択された場合、メンタルヘルス不調との相違点を教えてください。

Q59. 制度について詳細に教えていただきありがとうございました。両立支援に関わる制度づくりにおいて、全般的に課題と感じていることはありますか。

ありましたら教えてください。なければ「なし」とお答えください。

Q60. 両立支援に関わる制度の運用において、全般的に課題と感じていることはありますか。ありましたら教えてください。なければ「なし」とお答えください。

Q61. 御社の従業員が「週1回半日の通院」が必要な際、主にどの制度利用が想定されますか？（複数回答可）

- ☐ 有給休暇
- ☐ 通院休暇
- ☐ 時差出勤
- ☐ フレックスタイム制度
- ☐ 在宅勤務
- ☐ 年次有給休暇の繰越・積立制度（使いきれなかった有休を後年に利用できる制度）
- ☐ その他（_____）

Q62. 代替要員の確保が困難な職場での対応経験はありますか？

- ☐ はい → Q63 へ
- ☐ いいえ → Q64 へ

『はい』と回答した方のみ、Q63にお答えください

Q63. 状況・解決策をご記入ください。

Q64. 治療と仕事の両立を行う部下を受け入れる際、管理職が「安心して対応できる」と感じ

るために重要だと思うものはどれですか。(複数回答可)

- ☐ 判断や対応を相談できる窓口があること
- ☐ 制度や対応方針が明文化されていること
- ☐ 人事・産業保健職が具体的に関与してくれること
- ☐ 業務量調整や代替要員など現場の負担軽減策
- ☐ 経営層が両立支援を重視しているという明確なメッセージ
- ☐ 管理職向け研修・事例共有
- ☐ その他 ()

Q65. 中小企業が、治療と仕事の両立支援の体制作りに取り組む際に、負担が少なく、取り組みやすい第一歩として、どのような取組から始めるのがよいと思われますか。(複数回答可)

- ☐ 相談窓口や担当者の明確化
- ☐ 管理職向けの研修等を通じた両立支援に関する意識啓発
- ☐ 両立支援コーディネーターの配置
- ☐ 外部の専門職と相談できる関係づくり
- ☐ 同業種・同規模の他社事例を知ること
- ☐ その他 ()

Q66. 治療と仕事の両立支援に取り組む中で、制度を整備する過程で感じた困難や抵抗感を乗り越えるうえで役立った工夫について、あてはまるものを選んでください。(複数回答可)

制度の整備に関わっていない方は、「制度の整備に関わっていない」をお選びください。

- ☐ 制度の整備に関わっていない
- ☐ 経営層の理解を得た
- ☐ 法令改正などを契機に関係者の合意を得た
- ☐ 作りこまずに最小限のルールを作った
- ☐ 管理職の意見を反映した
- ☐ 運用しながら定期的に見直す前提で作った
- ☐ その他 ()

ご協力ありがとうございました

アンケートは以上です。ご回答いただいた内容は、治療と仕事の両立支援制度の充実に向けた貴重な資料として活用させていただきます。
記入漏れがないかご確認のうえ、ご提出ください。

(添付資料 3)

健康経営優良法人における治療と仕事の両立支援制度に関する調査報告書

アンケート集計（回答数 N=22）

0. 調査概要

本調査は、健康経営優良法人における「治療と仕事の両立支援」制度の実態を把握することを目的として実施された。調査対象は、健康経営優良法人 2025（2024 年 10 月末申請締切・2025 年 3 月認定）に産業医として関与する専属・嘱託の産業医であり、合計 22 名から回答を得た。

項目	内容
調査対象	健康経営優良法人 2025 に関与する産業医
回答数	22 名（専属産業医 12 名・嘱託産業医 10 名）
調査内容	通院休暇制度、テレワーク制度、短時間勤務制度、フレックスタイム制度、リハビリ出勤制度等の整備状況と運用実態

第 1 部 回答者・企業属性

Q1. 産業医としての契約形態

回答者 22 名のうち、専属産業医が 12 名（54.5%）、嘱託産業医が 10 名（45.5%）であり、ほぼ同数の構成であった。

契約形態	件数	割合
専属産業医	12	54.5%
嘱託産業医	10	45.5%
合計	22	100.0%

Q2. 企業規模（常時使用する従業員数）

最も多い規模は「3,000 人以上～10,000 人未満」で 8 社（36.4%）と最多であった。次いで「50 人以上～500 人未満」と「10,000 人以上」がそれぞれ 4 社（各 18.2%）、「500 人以上～1,000 人未満」と「1,000 人以上～3,000 人未満」がそれぞれ 3 社（各 13.6%）であった。大規模企業（3,000 人以上）が全体の約 55%を占め、本調査の回答企業は比較的大規模な法人に偏っている。

企業規模	件数	割合
50 人以上～500 人未満	4	18.2%
500 人以上～1,000 人未満	3	13.6%
1,000 人以上～3,000 人未満	3	13.6%
3,000 人以上～10,000 人未満	8	36.4%
10,000 人以上	4	18.2%
合計	22	100.0%

Q3（前半）．健康経営優良法人の認定区分

認定区分は「ホワイト 500（大規模法人部門）」が 12 社（54.5%）と過半数を占め、「ホワイト 500 以外（大規模法人部門）」が 8 社（36.4%）、「健康経営銘柄」が 2 社（9.1%）であった。ホワイト 500 取得企業が半数以上を占めており、両立支援への関心が特に高い層が回答していると推察される。

認定区分	件数	割合
ホワイト 500（大規模法人部門）	12	54.5%

ホワイト 500 以外（大規模法人部門）	8	36.4%
健康経営銘柄	2	9.1%
合計	22	100.0%

Q3（後半）．デスクワーク以外の現場作業者の有無

製造現場・販売・サービス・運転業務等に従事する従業員が「いる」と回答した企業は 18 社

（81.8%）と圧倒的多数を占めた。「いない」は 4 社（18.2%）にとどまる。現場作業者を抱える企業が大多数を占めることは、後述の「制度の公平性」および「代替要員確保の困難さ」という課題と深く関係している。

区分	件数	割合
いる	18	81.8%
いない	4	18.2%
合計	22	100.0%

第 2 部 通院に特化した休暇制度（通院休暇制度）

Q4. 通院に特化した休暇制度の有無

区分	件数	割合
あり	7	31.8%
なし（検討中）	4	18.2%
なし（検討予定もない）	11	50.0%
合計	22	100.0%

Q5～Q12. 通院休暇制度の詳細（制度あり 7 社）

Q5. 対象となる雇用形態（N=7、複数回答）

雇用形態	件数（N=7）	割合
正社員	7	100.0%
契約社員・嘱託社員	6	85.7%
パート・アルバイト	1	14.3%

Q6. 職種・業務内容による制限（N=7）

区分	件数（N=7）	割合
全員が対象	5	71.4%
職種等の定めはないが、上司の許可が必要	2	28.6%

Q7. 実質的に利用が難しい従業員の有無（N=7）

区分	件数（N=7）	割合
いる	2	28.6%
いない	5	71.4%

Q9. 対象疾患を明確に定めているか（N=7）

区分	件数（N=7）	割合
定めている	3	42.9%
定めていない	4	57.1%

Q10. 対象疾患の内訳（N=3、複数回答）

疾患	件数（N=3）	割合
がん	3	100.0%
脳卒中	3	100.0%
心疾患	3	100.0%
難病	3	100.0%
糖尿病	2	66.7%
肝疾患	2	66.7%
メンタルヘルス不調	1	33.3%

Q11. 制度利用の根拠（N=7、複数回答）

「通院の事実がわかるもの（領収書等）」が多く活用されており、客観的な証明を重視する傾向がある。一方、「産業医の意見」を求める企業も多く、産業医が制度運用に関与していることが示された。また、特定の根拠を求めず「本人の申出のみ」で認めるケースや「特に根拠不要」という企業も存在し、運用方針に差がある。

Q12（利用条件）．取得上限・給与の取り扱い・賞与への影響（N=7）

項目	内容	件数
給与の取り扱い	有給	5 社
	一部有給	1 社
	無給	1 社
賞与査定への影響	影響なし	4 社
	影響あり	2 社
	不明	1 社

Q13. 制度導入の障壁・課題（N=22、複数回答）

障壁・課題	件数（N=22）	割合
導入に関与していない（参考）	5	22.7%

対象疾患の範囲	4	18.2%
対象者の範囲	2	9.1%
制度の形態	2	9.1%
公平性の確保	2	9.1%
賃金の取り扱い	1	4.5%
勤怠管理の運用	1	4.5%
取得証明の運用	1	4.5%
障壁や課題はなかった（参考）	2	9.1%

Q14. 障壁・課題を乗り越えた工夫（検討中・導入済み対象）

「疾患ごとに対象者基準を策定し標準化した」「人事・関係者と検討段階よりすり合わせを実施した」「他社事例を共有した」などの回答があった一方、「まだ課題を乗り越えられていない」とする回答もあり、検討継続中の企業の苦労が伺える。

Q15. 制度の運用上の課題（導入済み7社）

制度はあっても「重病でなければ現場を抜けにくい雰囲気がある」「積立休暇保持者に限定され

るため公平性の問題がある」「書面の授受に時間がかかる場合がある」など、制度の枠組みと実運用のギャップに関する具体的な課題が挙げられた。

Q16. 検討していない理由（N=11、複数回答）

理由	件数（N=11）	割合
他の制度で対応できているため、制度導入の必要性が顕在化していない	9	81.8%
公平性の確保ができないため、制度導入が現実的でない	4	36.4%
業務の特性上、制度の運用が現実的でない	3	27.3%
事例が発生した際に個別対応を予定	1	9.1%

第 3 部 在宅勤務・テレワーク制度

Q17. 在宅勤務・テレワーク制度の有無

区分	件数	割合
あり（導入済み）	21	95.5%
なし	1	4.5%
合計	22	100.0%

Q18. 在宅勤務・テレワーク制度の対象雇用形態（N=21、複数回答）

雇用形態	件数（N=21）	割合
正社員	20	95.2%
契約社員・嘱託社員	16	76.2%
パート・アルバイト	5	23.8%
業務委託契約	1	4.8%

Q19. 職種・業務内容による制限（N=21）

区分	件数（N=21）	割合
職種等の定めはないが、上司の許可が必要	10	47.6%
利用できる職種や職場が限定されている	7	33.3%
全員が対象	4	19.0%

Q20. 実質的にテレワークの利用が難しい従業員の有無（N=21）

区分	件数（N=21）	割合
いる	20	95.2%
いない	1	4.8%

Q21. 治療中の従業員もテレワークを利用できるか（N=21）

区分	件数（N=21）	割合
はい（利用可、特別な定めなし）	15	71.4%

いいえ（復職時等に制限あり）	6	28.6%
----------------	---	-------

Q22～Q23. テレワーク利用時の課題と取り組み（N=21）

治療中の従業員がテレワークを利用した場面で「課題となったことはない」が5社（23.8%）である一方、「体調確認の難しさ」「勤務状況の把握」「体調に応じた適切な配慮の実施」が多くの企業で課題として挙げられた。自由記述では「脳出血後の片麻痺等による出社命令の効力の問題」「慢性疾患・精神疾患での就労継続可否判断の難しさ」など、個別性の高い対応の難しさも示された。取り組みとしては「上司による定期的な体調確認」「産業保健職との定期面談」「オンラインコミュニケーションの活性化（Teams等）」などが挙げられた。

治療と仕事の両立を目的とした短時間勤務制度

Q24. 治療と仕事の両立を目的とした短時間勤務制度の有無

区分	件数	割合
あり	13	59.1%
なし（検討中）	1	4.5%

なし（検討予定なし）	8	36.4%
合計	22	100.0%

Q25～Q27. 対象・制限・利用が難しい従業員（制度あり 13 社）

対象雇用形態は正社員が全社で含まれ、契約・嘱託も多くの企業で対象とされる。パート・アルバイトを含む企業も一部あった。

実質的に利用が難しい従業員が「いる」企業では、交代勤務の現場作業者が主たる対象として挙げられ、「一時的に交代勤務から日勤へ変更する」などの個別対応が取られているケースも見られた。

Q28. 対象疾患を定めているか（N=11、制度あり+検討中）

区分	件数（N=11）	割合
定めている	7	63.6%
定めていない	4	36.4%

Q29. 短時間勤務制度の対象疾患（N=7、複数回答）

疾患	件数（N=7）	割合
脳卒中	7	100.0%
がん	6	85.7%
心疾患	6	85.7%
難病	6	85.7%
糖尿病	5	71.4%
肝疾患	4	57.1%
身体障害者手帳保持者等	1	14.3%
透析中	1	14.3%

Q30. 制度利用の根拠（N=11、複数回答）

根拠	件数（N=11）	割合
----	----------	----

主治医の診断書	11	100.0%
産業医の意見	10	90.9%
通院の事実がわかるもの（領収書等）	6	54.5%
会社指定の申請書	1	9.1%
難病手帳	1	9.1%

Q31（利用条件）．短縮時間・期間・給与・賞与（制度あり 13 社）

項目	主な内容
短縮できる時間	2 時間まで（複数社）、3 時間まで、4 時間まで、中抜け含む 独自設計など
利用可能期間	上限なし（1 年毎更新）、1 年以内、3 か月上限、規定なし、 専門家意見による
給与	短縮分を減額（全社共通）
賞与査定への影響	影響あり（複数社）、影響なし（複数社）、不明（1 社）

Q32. 短時間勤務制度導入の障壁・課題（複数回答）

「他の制度で対応できているため必要性が顕在化していない」が最多（50%）。「公平性の確保ができない」「業務の特性上運用が現実的でない」が各 2 件（16.7%）。通院休暇制度と共通する障壁構造が確認された。

Q33. 短時間勤務制度を検討していない理由（N=8、複数回答）

理由	件数（N=8）	割合
他の制度で対応できているため	6	75.0%
公平性の確保ができないため	2	25.0%
業務の特性上、制度の運用が現実的でない	2	25.0%
個別対応を予定（自由記述）	1	12.5%

第 5 部 フレックスタイム制度

Q34. フレックスタイム制度の有無

「あり（全社員）」が 19 社（86.4%）、「あり（正社員のみ）」が 1 社（4.5%）で、合計 20

社（90.9％）が制度を有していた。「なし」は2社（9.1％）のみであった。

区分	件数	割合
あり（全社員）	19	86.4％
あり（正社員のみ）	1	4.5％
なし	2	9.1％
合計	22	100.0％

Q35. 治療中の従業員もフレックスタイムを利用できるか（N=20）

「はい（特に定めなし）」が16社（80.0％）と大多数を占めた。「いいえ（復職時等に制限あり）」が3社（15.0％）、「一部制限あり」が1社（5.0％）であった。

区分	件数（N=20）	割合
はい（利用可、特別な定めなし）	16	80.0％
いいえ（復職時等に制限あり）	3	15.0％
一部制限あり	1	5.0％

Q38. フレックスタイム利用時の課題（N=22、複数回答）

テレワークとフレックスタイムは組み合わせて利用されることが多く、課題も類似している。

「体調に応じた適切な配慮の実施」が最多の 10 件（45.5%）、「体調確認の難しさ」が 9 件（40.9%）、「勤務状況の把握」が 8 件（36.4%）と続いた。「課題となったことはない」も 5 件（22.7%）あった。自由記述では「一人勤務の状態で体調急変への対応が困難」「短時間勤務との矛盾（フレックスで出退勤を自由にすると短時間勤務の時間管理が複雑化する）」「アウトプット評価の曖昧さ」といった実運用上の複雑な問題も挙げられた。

課題内容	件数（N=22）	割合
体調に応じた適切な配慮の実施	10	45.5%
体調確認の難しさ	9	40.9%
勤務状況の把握	8	36.4%
その他（自由記述：一人勤務、勤務間インターバル、短時間勤務との矛盾等）	3	13.6%
不公平感	1	4.5%

アウトプット評価の曖昧さ	1	4.5%
課題となったことはない（参考）	5	22.7%

リハビリ出勤・試し出勤制度

Q41. 身体疾患に罹患した労働者が利用できるリハビリ出勤制度の有無

「あり」が18社（81.8%）と約8割に上った。「制度はないが個別対応」が3社（13.6%）、
「なし」が1社（4.5%）のみであった。

回答	件数	割合
あり	18	81.8%
制度はないが個別対応	3	13.6%
なし	1	4.5%
合計	22	100.0%

Q43. リハビリ出勤制度の期間上限（N=22）

期間上限のタイプ	件数（N=22）	割合
上限あり：3 か月未満	8	36.4%
上限なし（必要性に応じて）	6	27.3%
個別判断（上限明示なし）	3	13.6%
上限あり：3 か月以上～6 か月未満	3	13.6%
原則あり・ケースで変動	1	4.5%
制度がない	1	4.5%

第 7 部 「週 1 回半日の通院」が必要な場合の想定制度と代替要員への対応

Q47. 「週 1 回半日の通院」に主に利用する制度（N=22、複数回答）

制度	件数（N=22）	割合
有給休暇（年次有給休暇）	22	100.0%

年次有給休暇の繰越・積立制度	17	77.3%
フレックスタイム制度	15	68.2%
在宅勤務（テレワーク）	15	68.2%
時差出勤	7	31.8%
通院休暇（専用制度）	6	27.3%
その他の特別休暇	1	4.5%
欠勤扱い	1	4.5%

Q48. 代替要員の確保が困難な職場での対応経験（N=22）

「あり」が12社（54.5%）と半数以上を占めた。「なし」は10社（45.5%）であった。

回答	件数（N=22）	割合
はい	12	54.5%
いいえ	10	45.5%
合計	22	100.0%

代替要員確保困難時の主な対応方法（自由記述の分類）

「業務の分担・引き取り（同僚・管理職の負担増）」が最多（3件）。「現場・部門に対応を委ねる」も3件。「派遣社員・期間社員の活用」が2件。「解決に至っていない・困難」との回答も2件あった。習熟に10年を要する職場では「高齢退職者に短時間勤務してもらった」という独自の事例も挙げられた。

対応・解決策のタイプ	言及件数
業務分担・引き取り（同僚・管理職の負担増）	3
現場・部門に対応を委ねる	3
派遣社員・期間社員の活用	2
解決に至っていない・困難	2
退職者・高齢者の短時間再雇用	1
アウトソーシングの活用	1

管理職が「安心して対応できる」ために重要な要素

Q49. 管理職が安心して対応できるように重要と思うもの（N=22、複数回答）

「人事・産業保健職の関与」が 18 件（81.8%）と最多であり、管理職一人が孤立して対応するのではなく専門職のバックアップが不可欠であることを産業医自身が強く認識していることが示された。「判断や対応を相談できる窓口」と「制度や対応方針の明文化」が各 16 件（72.7%）で並んだ。「管理職向け研修・事例共有」が 15 件（68.2%）、「業務量調整や代替要員など現場の負担軽減策」が 14 件（63.6%）と続いた。

要素	件数（N=22）	割合
人事・産業保健職の関与	18	81.8%
判断や対応を相談できる窓口	16	72.7%
制度や対応方針の明文化	16	72.7%
管理職向け研修・事例共有	15	68.2%
業務量調整や代替要員など現場の負担軽減策	14	63.6%
経営層が両立支援を重視しているという明確なメッセージ	10	45.5%

第 9 部 中小企業への提言と制度整備の工夫

Q50. 中小企業が取り組みやすい「第一歩」として推奨される取組（N=22、複数回答）

取組内容	件数（N=22）	割合
同業種・同規模の他社事例を知ること	15	68.2%
相談窓口や担当者の明確化	14	63.6%
外部の専門職と相談できる関係づくり	11	50.0%
両立支援コーディネーターの配置	7	31.8%
管理職向けの研修等を通じた意識啓発	6	27.3%
その他（業種別団体からの情報提供等）	3	13.6%

Q51. 制度整備を推進する上で役立った工夫（N=22、複数回答）

工夫内容	件数（N=22）	割合
経営層の理解を得た	6	27.3%
法令改正などを契機に関係者の合意を得た	6	27.3%

作りこまずに最小限のルールから始めた	4	18.2%
運用しながら定期的に見直す前提で作った	3	13.6%
管理職の意見を反映した（自由記述）	1	4.5%
親会社の制度を活用（自由記述）	1	4.5%
制度の整備に関わっていない（参考）	10	45.5%

令和7年度 労災疾病臨床研究事業
治療と仕事の両立のために必要な勤務制度等の導入の障壁と
解決策の提案と疾病に関連した安全配慮上の危険性が残存する場合のプロセスの検討
(240301-03)

分担研究報告書

人事制度に関する人事担当者インタビュー調査

永田 智久

(産業医科大学 産業生態科学研究所
産業保健経営学研究室 准教授)

令和7年度 労災疾病臨床研究事業費補助金
治療と仕事の両立のために必要な勤務制度等の導入の障壁と解決策の提案と
疾病に関連した安全配慮上の危険性が残存する場合のプロセスの検討
分担研究報告書

人事制度に関する人事担当者インタビュー調査

研究分担者 永田 智久（産業医科大学 産業生態科学研究所産業保健経営学研究室）

研究要旨：

治療と仕事の両立支援に必要な勤務制度等の導入・運用上の障壁と、それを乗り越えるための工夫を、育児・介護との両立支援と比較しながら明らかにすることを目的とした。治療と仕事の両立支援に積極的に取り組む企業 2 社の人事担当者に対し、インタビューガイドを用いた半構造化面接（約 1 時間）を実施した。また、インタビュー結果を踏まえて、労働分野を専門とする弁護士より意見を聴取した。

2社とも、治療と仕事の両立支援を育児・介護と同様に重要な経営課題と位置づけており、労働力不足を背景にベテラン社員の定着・確保の手段として重視していた。制度設計は育児・介護支援の枠組みを基盤としており、短時間勤務やテレワーク制度が転用されていた。一方、治療特有の相違点として、①事象終了時期の見通しが立てにくい、②治療内容の多様性・個人差が大きい、③他者への状況共有が難しい、④退職リスクを伴う場合がある、といった点が挙げられた。制度設計においては、ミニマムな内容から始めて社員の声を聴きながら改善するアプローチの有効性が示された。現場での課題としては、管理職への制度趣旨の周知不足、職種間の利用格差、病状の把握・評価の難しさ、および相談窓口の分散が挙げられた。法令に基づかない領域であるため、導入の障壁は育児・介護に比べて高く、社内合意形成に工夫を要することも明らかになった。

労働分野を専門とする弁護士の視点から、治療と仕事の両立支援が育児・介護支援と本質的に異なる点について、疾患の多様性・個人差の大きさに加えて、就労継続による安全配慮義務リスクの存在が指摘された。障害者雇用における合理的配慮の枠組みを参考に、企業規模・業態に応じた柔軟な義務付けを採用しつつ、労働組合と産業医が参画する労使協議の制度化によって安全配慮義務の履行範囲を明確化することが有効である、という意見が出された。

実効性ある支援には、①個別性と公平性を考慮した柔軟な制度設計、②事前の規程化による安心感の醸成、③本人・人事・産業保健スタッフによる三者連携の仕組み化、④管理職教育と「お互い様」文化の醸成、の 4 点が重要である。

研究協力者

倉重 公太郎

KKM 法律事務所

A. 目的

治療と仕事の両立支援を実際に企業が

実施する場合、人事上の様々なルールを検討する必要がある。その中でも、勤務時間制度は重要である。治療の進歩に伴い、たとえば抗がん剤治療を定期的に外来でおこなうことができるようになっているが、一方で、頻繁な外来通院が人事制度上、認められるか否かは、就業の可否に関わる問題である。

勤務時間制度の設定がなされるのは、治療と仕事の両立支援に限らない。育児や介護と治療との両立支援においても、短時間勤務制度やフレックスタイム制度等が使えるよう整備している企業も多い。育児や介護と治療との両立支援における勤務時間制度の良好事例や課題を整理することは、治療と仕事の両立支援での適用を検討するうえでも有用である。

治療と仕事との両立支援と育児や介護との両立支援の制度では、共通点とともに、相違点もあると考えられる。共通点として、時間的な制約に関する支援(短時間勤務制度やフレックスタイム制度、時間単位の有給取得や休業制度)やテレワーク制度があると、両立しやすいことがあげられる。一方で、相違点は、疾病の症状や治療の副作用、障害等により、労働者自身の業務遂行能力が低下する場合があるため、労働者本人の健康状態や業務遂行能力も踏まえた就業上の措置が必要である点、また、育児との違いとして、治療と仕事の両立支援では支援が必要な期間の目安がない点などである。

本研究は、治療と仕事の両立支援のために必要な勤務制度等の導入と運用の障壁と

障壁を乗り越えるための工夫を、育児や介護と治療との両立支援と比較しつつ、明らかにすることを目的とする。

B. 方法

対象者:治療と仕事の両立支援を積極的にこなっている企業の人事担当者。

方法:対面またはオンライン会議システムにより、約1時間のインタビュー調査をおこなう。インタビューはインタビューガイドを用いた半構造化面接として実施する

インタビューガイドは、以下の通りである。

1. 企業が「治療と仕事の両立支援制度」を導入する必要性をどうとらえているか「育児との両立」「介護との両立」と比べての違いはあるか。お考えを教えてください。
2. 治療と仕事の両立支援と育児や介護との両立支援制度の相違点は上記を整理しています。その他、相違点はあるか。お考えを教えてください。また相違点に着目し、人事労務担当者が、制度設計上 留意すべき事項があるか。お考えを教えてください。
3. 育児・介護支援制度の導入と運用の企業の経験は、治療との両立支援制度の導入と運用にどのように活かされますか？
4. 一方で、治療と仕事の両立ならではの特有の課題(例:発症の予測困難さ・治療内容の多様性)は、どのように制度設計に反映すべきですか？
5. 育児や介護との両立は、法令上求められているので、導入の障壁に違いがあると感じられますか。教えてください。

6. 現場の人事労務の立場から見た、典型的な課題や相談内容はどのようなものがあるか。お考えを教えてください。

7. 職種間の「不公平感」や「使いやすさの差」を解消するために有効な工夫についてお考えがありましたら教えてください。

8. 就業規則・労使協定・社内規程の整備にあたって、実務的に注意すべき点は？

9. 社内での相談窓口や医療機関との連携は、どのように仕組み化するのが望ましいですか？

10. 人事労務担当者が現場に説明する際の「説得のコツ」や「現場からの反発への対応方法」を教えてください。

また、インタビュー結果を受けて、労働分野を専門とする弁護士から、制度設計と運用に関する意見を聴取した。

C. 結果

インタビュー結果

2社の人事担当者に対してインタビューをおこなった。インタビュー内容は、以下の通りである。

1. 企業が「治療と仕事の両立支援制度」を導入する必要性をどうとらえているか。「育児との両立」「介護との両立」と比べての違いはあるか。お考えを教えてください。

A 社

・外部環境の変化。人を採用することが困難

になっており、経営視点での課題である。継続して働いていただくことの優先順位があがっている。

・当社はベテラン社員(55-65 歳くらい)の活躍が肝と考えている。主要な業務の中には時間をかけて専門性を高め、職人のようなレベルとなることが求められており、収益の源泉のひとつとなっている。そのため、ベテラン社員が活躍できることが必須。

・リスクは年齢があがるにつれて高まる。治療と仕事との両立は会社として前向きにとらえている。

・介護、育児との両立と比較しても、同様に重要であるという認識

・重い病気で両立支援の相談が多いわけではないが、現状では年何回かは相談がある程度に留まる。

B 社

・重要性は育児・介護と同等。社員のキャリア感や家庭生活、人生そのものに影響する。一方で、外資系企業の日本法人であり、人事制度設計でもどれくらいのスパンで効果を見るかに特徴がある。比較的短期的な視点で評価される傾向がある。

・社長、人事ヘッドも短期間で交代するなかで、社員の支援とビジネスの成長の両面を観ていく必要性は高い。

・子どもがいる人だけ、親がいる人だけの特別扱いというのはなく、制度の導入目的は、個々の社員にとって、キャリア継続の障害になるものに対して、会社として配慮する、応援するものだという点は同じ。しかしながら、

同じような制度で同じように運用可能かと言えば、難しい事例が出てくる可能性がある。

2. 治療と仕事の両立支援と育児や介護との両立支援制度の相違点は上記を整理しています。その他、相違点はあるか。お考えを教えてください。また相違点に着目し、人事労務担当者が、制度設計上 留意すべき事項があるか。お考えを教えてください。

治療と仕事との両立支援と育児や介護との両立支援の制度上の相違点

A 社

- ・制度設計を行う際、親会社が制度設計しているため、親会社に背景や意図などを確認した。
- ・法令順守には敏感。金融機関が母体であり、信用・信頼が最も重要。法令があれば、それに沿って対策をすることは必須。ただし、法令になればやらない、ということにはならない。
- ・かつて働き方改革の話が出てきたとき、両立支援の社内の機運が高まった。当初はがんにかかった人を支援する制度から始まった。
- ・いつ支援が必要となるかわからないことは介護とも共通している。事後的に対応するよりは、事前から制度を打ち出すことによって、安心感を社員に与えたいと思っており、この点が重要と考えている。この効果は大きいと実感している。
- ・法令が求めるラインは最低ラインであり、そこからどれほど上乗せできるか、を考えてい

る。

・制度設計では、いきなりフルの支援を制度化するのではなく、小さく始め(最初はミニマム)、社員の声を聴きながら、バージョンアップしていく。他社の状況もみながら、改善していく。一度制度化された支援を縮小することはとても難しい。使われていないサービスであっても、サービスレベルをさげると、不満足につながる。

B 社

- ・法改正が制度設計のきっかけとはなる。
- ・治療と仕事の両立支援の相違点は、個人差があること、予測が難しいこと。治療のバリエーションが豊富である。

相違点

1. 事象終了時期の見込み(育児>介護・治療)
 2. 所属組織、関係部署、外部関係者への事象の共有(育児>>介護>治療)
 3. 状況確認(育児>>介護>>治療)
 4. 事象解消の可能性(育児>>介護>治療) *退職の可能性
- ・育児・介護の法改正は今まで何度もあり、その都度、制度を整えてきた。D&I や Equity の面での制度のもとで整備されており、福利厚生や支援策は手厚い。
- (例) 月経前症候群、生理休暇を有給化している。不妊治療者あるいはそれにつきそう男性社員に対する支援策であり、D&I 施策の一環である。
- ・当該社員に定期的な情報提供(終了時期、共有範囲、現状など)を促すこと、当該社員

にも自己保健義務があることを周知すること
も重要であると考えている。

3. 育児・介護支援制度の導入と運用
の企業の経験は、治療との両立支援制度の
導入と運用にどのように活かされますか？

A 社

・育児・介護がモデルになっているのは確か。
気にすべきこと(休職期間や働くうえで必要
な支援策)が参考になった。制度設計の際
の論点整理が活用できた。

B 社

・治療と仕事の両立支援ということに限定し
た制度というよりは、D&I 等の経営方針に
紐づく人事制度としている。

・制度(休業、短縮、休暇など)の設計や規
程化、管理職への教育や社内への周知、取
得促進に向けた企業文化の醸成の重要性
が導入や運用に活かせる

4. 一方で、治療と仕事の両立ならで
はの特有の課題(例:発症の予測困難さ・治
療内容の多様性)は、どのように制度設計に
反映すべきですか？

A 社

・感覚的には育児・介護との違いはない。
色々とバリエーションがあるので、細かく分
類しすぎない制度設計としている。

・短時間勤務や在宅勤務は様々な経緯で
導入が整っているので(コロナ対応等)、結
果として、現実的に対応できるような状況と
なっている。社員も使い方を理解しているこ

とも大きい。

・最初は時短は、育児との両立支援から始ま
ったが、治療との両立でも使える、というこ
とになった。

B 社

・制度自体は非常に手厚い。

・人事制度自体を現場の人が理解できてい
ない、マネージャーに制度の趣旨や使い方
が伝えきれておらず、制度が使われていな
いことがある。また、申請方法、手続き方法
の周知も不十分な点がある。人事制度の問
い合わせ窓口を日本国内に設けていない。

・職種間の不公平感がある。たとえば、在宅
勤務は本社では 50% 出社(週 2, 3 日)とな
っている。本社勤務社員のなかでは、なぜ
50% 出社しないといけないのか、と不満を抱
く社員もいる一方で、外勤(営業職)は
100% 現場で勤務する必要がある、本社社
員が不満を抱いていることを知ると不公平感
がある。

・「タダ乗り社員」= 制度の趣旨を正しく理解
し、活用していない社員。制度の対には責
任が伴う。

・個々の事情が様々であり、社員の希望も
様々なため、休職、短時間勤務、短縮勤務
などの制度を一律に法制化するのは、企業
側として困るのではないか。企業として対応
できる制度などを社内外に明示するという程
度が落としどころではないか。

5. 育児や介護との両立は、法令上求
められているので、導入の障壁に違いがあ

ると感じられますか。教えてください。

A 社

・どれくらいのレベルでつくっていくのか。法令やガイドラインで示されていると参考になる。

・最も難しいのは、期間の設定。無期限だと経営上は難しいが、短いと社員の支援に繋がらない。一緒に働く人の理解も重要であり、その観点からの期間の適切性、皆の納得感が得られる線はどこか。ここが最も難しい。

・法令で決まっているとコンセンサスがとりやすいが、そうでないと難しい。類似制度があることや従業員組合との対話で理解を深めていくことを意識している。

B 社

・かなりある。理由は前問と同様。

・社会保障制度、医療制度の維持という観点でも、自己保健責任の明記、違反時の罰則化などを国としても考える時期にあるのではないか

6. 現場の人事労務の立場から見た、典型的な課題や相談内容はどのようなものがあるか。お考えを教えてください。

A 社

・いま、困っているケースはない。

・脳梗塞後の人で、本人が意思疎通ができない状況のときがあった。その際に家族に説明した。家族の方も安心して、治療に専念できることがあった。

・相談窓口、コンシェルジュのような、困ったときの窓口が安心感をうむ、ということを感じ

ている。そのため、見せ方、周知方法、窓口について考えていきたいと思っています。

(現在は窓口が別々)

・人事への相談は、上司から回ってくるものが大半である。

B 社

・通常ルートに乗らない相談事項。上司に相談しにくいという社員からの相談。上司との関係性が悪い場合、あるいは、相談しても上司にあしらわれた場合。休むことが人事評価に影響する、という不安もあるように感じる。

・上司から「異動してきた〇〇さんが、まだ仕事も慣れていないし、仕事もできていないのに、もう育休をとると言っているんですよ。」という相談が以前はあった。最近は育休・介護休暇の趣旨の理解が進んで、そのような相談はなくなった。理解が浸透したのだと思う。一方で、治療と仕事の両立支援については、少し異なるように思う。「治療」は幅が広く、個人差があり、社会的許容の範囲も異なるように感じる。特に、適応障害等、メンタルヘルス疾患。どのような状況であるかを理解することが難しい。そもそも仕事ができるのか、という見極めも難しい。

・実際にある相談の具体例は、以下の通り。

制度がわからない

通院のために勤務時間を変更したい

決められたフルタイムはできない

シフト制などの勤務体系では無理

現在の職務は、精神的・肉体的負担が大きいので軽減してほしい/変更してほしい

上司や同僚には病気の事を伝えたくない

上司や同僚から受けた言葉が、ハラスメントに該当するのではないか

将来の不安(復職後、再発時、体調の急激な悪化など)

7. 職種間の「不公平感」や「使いやすさの差」を解消するために有効な工夫についてお考えがありましたら教えてください。

A 社

・職種間の制度の差は設けていない。本人から異動の希望があれば検討する(在宅勤務ができない仕事で、どうしても在宅勤務させてほしい等があり、必要性があれば)

B 社

・マネージャー教育。7 人前後の部下を抱えていることが多い。人事制度があるときに、全ラインマネージャーに対してオンラインで教育している。

・資料の整備をわかりやすくおこなう。一元化されたイントラに資料が格納されており、わかりやすく表示されていることが必要。

・すべての職種が平等にすべての制度を利用できないが、個々の事情に応じて、合理的な配慮をおこなうものであるというメッセージが必要。

・「業務の性質上、すべての支援策を適用できない場合がある」と規程に明記しておく。

8. 就業規則・労使協定・社内規程の整備にあたって、実務的に注意すべき点は？

A 社

・制度を広めるための工夫。新入社員教育で制度を説明。3, 4 年おきに昇格時研修でも必ず人事施策全般を周知している。会社が社員を大切にしていることをアピールする一環として。

・社内規程やそれをかみ砕いた「職員手帳」にわかりやすく説明している。休職期間やがんと診断されたときに、等。

・社員に対するガイドブックを作成した。

・経済支援で、互助会で上限 300 万円で貸付したいたが、先進医療はもう別枠で300万円をする制度をつくった。

・アプアランスのサポート制度をつくっている(ウィッグ等)。一時的に支払いができない人のための支援

B 社

・安心感をもっていただくためには、規程化は必要

・対象となる疾患をどのように記載するのか(定期的な診断書の提出、通院なく、症状のみは不可?)、また、個人情報の保護をどの程度明記するか(配慮し過ぎると実効性がなくなるかも)が難しい

9. 社内での相談窓口や医療機関との連携は、どのように仕組み化するのが望ましいですか？

A 社

・産業医との連携により、産業医を通して医療機関と連携している。

・年 1 回、全員(人事、産業保健スタッフ等)

での全体会(振り返り会)をしており、制度の問題点等も議論している。

B 社

- ・診断書の提出等の仕組みがあり、産業医に専門家の立場で就業措置の判断をしてもらっており、仕組みは機能している。産業保健スタッフとの連携は要である。
- ・社員のなかに、治療中で仕事を減らすよう産業保健スタッフにプレッシャーをかけるものがある。自分に有利な働き方を例外的に得たいという社員がおり、その社員への対応に悩むことがある。
- ・社内と社外に複数の窓口(電話、メール、チャットなど)を設ける。
- ・女性・男性の担当者、医療専門職の時間帯やメールで区別する。
- ・会社の制度に精通した担当者を配置する。
- ・匿名の相談も可能とする。
- ・守備義務があることを明確にし、対応をする場合、必ず事前に了解を得る
- ・先ず産業医が関与し、どうしても必要な場合、許可をとって、医療機関に医療専門職がコンタクトする。

10. 人事労務担当者が現場に説明する際の「説得のコツ」や「現場からの反発への対応方法」を教えてください。

A 社

- ・従業員組合との付き合い方、対話が重要。普段から連携を密にし、目指すべきところを共有している。組合から従業員への周知も効果がある。(会社から社員への一方的な

伝達だと、趣旨が伝わらないことがある。組合からの周知は効果的)

- ・文化が根付いているか。当社は男性育休取得はずっと 100%。制度を利用する際の「お互い様だよ」という文化が根付いている。育児だけ、介護だけ、ではなく、いつ困りごとがあるかわからない、という状況だからこそ、このような文化の醸成に繋がってきていると感じている。

B 社

ライン管理職への説明方法の工夫は以下。

1. 制度導入や配慮を依頼する、背景や目的を丁寧に伝える。
2. 具体的な対応について、いくつかケースを提示しつつ、伝える。
3. あらかじめ想定される質問を考えて、納得してもらうための回答を検討しておく。
4. 現場から信頼されており、自分自身も部下の対応をした経験をもっている担当者が伝える。
5. 困った場合は、真摯に相談にのり、一緒に解決策を考えることを伝える。

労働分野を専門とする弁護士(倉重公太郎, KKM 法律事務所)による意見は、以下の通りである。

専門家意見

- 1 育児・介護との本質的な相違——「多様性」と「安全配慮義務」
治療と仕事の両立支援は、育児・介護との両立支援と比較されることが多いが、両者の最大の相違は「支援期間の長短」では

なく、①要望・症状の多様性と②安全配慮義務の存在にある。比較的ステージの低い癌や長期治療が可能な内臓系疾患であれば、短時間勤務やテレワークといった既存の枠組みで両立イメージは描きやすい。しかし、後遺症が残る脳梗塞、アルツハイマー、パーキンソン病など回復可能性が乏しい疾患群においては、単に勤務時間を短縮したり在宅勤務をすれば足りるという問題ではなく、職務遂行能力そのものが症状進行と共に変動する点で育児・介護とは本質的に異なる。

この点、企業ヒアリングでもB社が「治療のバリエーションが豊富」「個人差があり予測が難しい」と指摘するとおり、この多様性を法律・政令・指針等で一律に規律することは困難であろう。

2 立法技術的な参考——障害者の合理的配慮とパラレルなアプローチ

そこで参考となるのは、障害者雇用における合理的配慮の枠組みである。「企業に過重な負担を強いない範囲で、企業規模・業態に応じて可能な限りの配慮を講じる義務」という構成であれば、画一的義務化の弊害を回避しつつ、企業実態に即した実効性を確保しうる。職種間の不公平感（B社指摘）への対応としても、「業務の性質上、すべての支援策を適用できない場合がある」旨を規程に明記する取扱いと整合的である。

3 安全配慮義務リスクと「労働組合＋産業医」枠組みの提案

企業人事として率直に意見表明しにくいのが、どうしても頭をよぎるのは、「両立支援を熱心に行った結果、就労中に症状増悪・死亡等が生じた場合の労災認定・安全配慮義務違反リスク」である。両立支援に注力するほど企業責任を問われる構造のままでは、義務化されても上辺の対応に留まりかねない。

解決の方向性として、両立支援に関する労働組合との労使協議に産業医が参画する枠組みを制度化し、その枠内で決定された就労条件の範囲内であれば、企業の安全配慮義務履行が一定程度推定され枠気味は検討すべきではないだろうか。もっとも、我が国の労働組合組織率は約16%にとどまり、過半数代表者制度の実効性確保や、産業医未選任の中小企業における代替的枠組みの設計が並行して必要となる（もっとも、このような労組の存在意義を後押しする制度そのものが労組の組織率改善に寄与しうるが）。

なお、安全配慮義務の履行プロセスをいかなるフレームで捉えるかという論点は、本研究班（永田・三柴班）において精緻な議論が進められていると承知しており、具体的な解決策の構築は同検討に委ねたい。本コメントは問題提起にとどめる。

4 政策提言——公益的観点から

以上を踏まえ、政策的には、①画一的な勤務制度の法定化ではなく合理的配慮型アプローチによる柔軟な義務付け、②労働組合と産業医を関与させた安全配慮義務

の範囲明確化に関する検討、③低組織率を補う中小企業向け代替枠組みの整備が検討できるものと思料する。

両立支援は、企業の人材確保（A社「ベテラン社員の活躍が肝」）と社員の人生・キャリア保障の双方に資する重要施策であり、企業が「本気で」取り組める制度設計こそが重要である。

D. 考察

本研究の結果、積極的に治療と仕事の両立支援に取り組む企業の人事担当者は、本支援を育児や介護と同様、あるいはそれ以上に重要な経営課題として捉えていることが明らかになった。特に労働力不足が深刻化の中で、専門性の高いベテラン社員の離職を防ぎ、継続して活躍してもらうための人材確保・定着の手段として位置づけられている。支援制度の構築においては、先行して整備されてきた育児・介護休業制度の枠組みが土台となっており、短時間勤務やテレワークといった時間・場所の制約を解消する仕組みが転用されている。しかし、治療と仕事の両立には、育児や介護とは異なる「事象の予測困難さ」「治療内容の多様性」「個人差の大きさ」という特有の性質があり、制度の一律な適用が難しい実態も浮き彫りとなった。

今回の調査結果を今後の施策、とりわけ実務的な支援体制の拡充に活かすためには、以下の4つの視点が重要である。

第一に、個別性と公平性のバランスを考

慮した柔軟な制度設計である。調査では、治療は育児に比べて事象の終了時期が見えにくく、状況の変化も激しいことが指摘された。そのため、詳細なルールで縛るのではなく、A社のように「ミニマムな制度から始め、社員の声を聴きながらバージョンアップしていく」というスモールステップのアプローチが現実的である。また、職種によって在宅勤務の可否などの利用格差が生じる点については、B社が指摘するように「すべての制度を平等に使えるわけではないが、個々の事情に応じた合理的配慮を行う」というメッセージを規程に明記し、公平性よりも「個別の必要性(Equity)」に基づいた運用であることを社内に周知し、納得感を得る必要がある。

第二に、「安心感の醸成」を目的とした事前情報の提供と規程化である。事後的な対応に留まらず、あらかじめ制度を明文化し、新入社員研修や昇格時研修などで周知することは、社員に大きな安心感を与える。A社が実施しているような、経済的支援(貸付制度や先進医療特約)やアピアランスサポート制度といった具体的な支援策の明示は、病気になっても働き続けられるというメッセージとして機能する。法制化されていない領域であっても、企業が自律的にガイドラインや手帳を作成し、相談窓口を可視化することは、早期の相談を促す鍵となる。

第三に、「三者連携(本人・人事・産業保健スタッフ)の仕組み化」の徹底である。治療と仕事の両立では、病状や副作用による業務遂行能力の変化を見極める必要がある

が、これは人事担当者のみでは困難である。産業医が専門的な立場から就業措置を判断し、必要に応じて主治医と連携する仕組みを標準化することが望ましい。その際、B社が懸念として挙げた「情報の取り扱い」や「社員による制度の恣意的利用」を防ぐためにも、守秘義務の徹底や自己保健義務の周知を含めた、プロフェッショナルな産業保健体制の構築が不可欠である。

第四に、「現場のマネジメント能力の向上と職場文化の醸成」である。制度があっても現場の管理職がその趣旨を理解していなければ、ハラスメントの発生や制度の形骸化を招く。ラインケアの一環として、管理職に対して具体的なケーススタディを用いた教育を行い、現場の反発に対して人事が真摯に伴走する姿勢を示すことが求められる。また、A社のように労働組合と連携し、「お互い様」という文化を醸成することで、制度利用者に対する周囲の心理的負荷を軽減し、職場全体での支援を可能にすることができる。

労働分野を専門とする弁護士の視点から、治療と仕事の両立支援が育児・介護支援と本質的に異なるのは、疾患の多様性・個人差の大きさと、就労継続による安全配慮義務リスクの存在であり、画一的な法定化には馴染みにくい、という意見が出された。そのため、障害者雇用における合理的配慮の枠組みを参考に、企業規模・業態に応じた柔軟な義務付けを採用しつつ、労働組合と産業医が参画する労使協議の制度化によって安全配慮義務の履行範囲を明確化すること

が有効であると考えられる。また、合理的配慮型アプローチの導入、安全配慮義務の範囲明確化に向けた検討、および中小企業向けの代替的枠組みの整備を並行して進めることが、企業が本気で取り組める両立支援制度の実現につながるのではないかと、という意見が出された。

結論として、今後の両立支援施策は、既存の育児・介護支援の枠組みを活用しつつも、治療特有の不確実性に対応できる「個別対話型の支援モデル」へと進化させる必要がある。

E. 結語

治療と仕事の両立支援は、企業の持続的な成長に不可欠な人材確保戦略であり、既存の育児・介護支援の経験を基盤としつつ、医学的個別性に応じた柔軟な運用が求められる。制度の規程化と並行して、産業保健スタッフとの専門的連携や管理職教育を強化し、「誰もが安心して働き続けられる職場文化」を醸成することが、実効性の高い支援を実現する鍵となる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

I. 文献

なし

令和 7 年度 労災疾病臨床研究事業
治療と仕事の両立のために必要な勤務制度等の導入の障壁と
解決策の提案と疾病に関連した安全配慮上の危険性が残存する場合のプロセスの検討
(240301-03)

分担研究報告書

疾病に関連した安全配慮上のリスクが残存する 事例対応のプロセスモデルの整理： 当事者インタビュー調査

研究分担者 日野亜弥子
(産業医科大学 産業生態科学研究所 産業精神保健学 助教)

令和7年度 労災疾病臨床研究事業費補助金
治療と仕事の両立のために必要な勤務制度等の導入の障壁と解決策の提案と
疾病に関連した安全配慮上の危険性が残存する場合のプロセスの検討
分担研究報告書

治療と仕事の両立支援を行う上で疾病に関連した安全配慮上のリスクが

残存する事例対応のプロセスモデルの整理：

当事者インタビュー調査

研究分担者 日野 亜弥子（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）

研究要旨：

治療と仕事の両立支援ガイドラインでは、治療と仕事の両立支援を行うにあたっての留意事項に、「安全と健康の確保 治療と仕事の両立支援に際しては、就労によって、疾病の増悪、再発や労働災害が生じないように、（中略）適切な就業上の措置や治療に対する配慮を行うことが前提である」との記載がある。疾病の増悪、再発や労働災害が生じないために、企業は、医療機関からの意見書をもとに疾病の増悪や事故災害の危険性について評価し、適切な就業上の措置を検討する。

しかし、疾病の増悪や事故災害の危険性が一定程度予見される場合がある。危険性の評価が難しいと感じたり、危険性を過大に捉えたりすると、不適当に労働者の就労の機会を失わせる結果となりうる。危険性が一定程度ある状況で復帰する事例も想定されるが、その際、企業側が踏むべきプロセス等は明確にはされていない。企業側が踏むべきプロセスを明らかにすることで、災害等が発生した場合の免責要件が明確になり、企業側も安心して治療と仕事の両立支援に取り組むことができるようになるだろう。

研究初年度である昨年度は、難病の当事者および支援者へのインタビュー調査を通じて、両立支援に関する判断を行う事業主のリスクに対応するためのプロセス整理を行った。最終的に、疾病に関連した安全配慮上のリスクが残存する事例対応のプロセスモデル案を作成した。研究最終年度である今年度は、このプロセスモデル案について、難病の当事者 4 名を対象にインタビュー調査を実施し、その利用可能性および課題を検討した。

4 名の当事者はいずれも、プロセスモデル案の基本的な方向性、特にリスクコミュニケーションの重要性について肯定的に評価した。一方で、プロセスモデル案の用語や本文中の文言が難解であるとの指摘も認められた。また、疾患が外見から分かりにくい場合には、職場がリスクを実感しにくいこと、本人自身もリスクを十分に自覚していない場合があること、企業側と本人側でリスク認識に乖離が生じうるとの意見もあった。また、産業保健スタッフがいない職場では活用が難しいこと、仕事への適応評価の指標化

が難しいこと、制度利用時の手続きに負担があることなどが課題として挙げられた。

プロセスモデル案は、疾病に関連した安全配慮上のリスクが残存する場面において、当事者、職場、産業保健スタッフ等が対話を行う枠組みとして有用である可能性が示された。一方で、実際の現場での普及を目指すためには、平易な表現への修正、具体例の追加、産業保健スタッフがいない職場でも使いやすい工夫が必要であると考えられた。

研究協力者

研究協力者 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）

A. 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）。治療と仕事の両立支援ガイドラインでは、治療と仕事の両立支援を行うにあたっての留意事項に、「(1)安全と健康の確保 治療と仕事の両立支援に際しては、就労によって、疾病の増悪、再発や労働災害が生じないよう、（中略）適切な就業上の措置や治療に対する配慮を行うことが前提である」との記載がある。疾病の増悪、再発や労働災害が生じないために、企業は、医療機関からの意見書をもとに疾病の増悪や事故災害の危険性について評価し、適切な就業上の措置を検討する。

しかし、疾病の増悪や事故災害の危険性が一定程度予見される場合がある。危険性の評価が難しいと感じたり、危険性を過大に捉えたりすると、不適當に労働者の就労の機会を失わせる結果となりうる。危険性が一定程度ある状況で復帰する事例も想定され

るが、その際、企業側が踏むべきプロセス等は明確にはされていない。企業側が踏むべきプロセスを明らかにすることで、災害等が発生した場合の免責要件が明確になり、企業側も安心して治療と仕事の両立支援に取り組むことができるようになるだろう。

研究初年度である昨年度は、難病の当事者および支援者へのインタビュー調査を通じて、両立支援に関する判断を行う事業主のリスクに対応するためのプロセス整理を行った。最終的に、疾病に関連した安全配慮上のリスクが残存する事例対応のプロセスモデル案を作成した。今年度は、このプロセスモデル案について、難病の当事者を対象にインタビュー調査を実施し、その利用可能性および課題を検討することを目的とした。疾病に関連した安全配慮上のリスクが残存する場合において、治療と仕事の両立支援を行う際に企業側が踏むべきプロセスを明らかにすることで、企業側も安心して必要な配慮のもと労働者の働く環境を作ることができる。

B. 方法

本研究は、侵襲や介入を伴わず、人体から取得された試料を使用しない、インタビュー調査のみによる調査研究である。

対象者：治療と仕事の両立支援の受益者となる難病の当事者。

方法：調査対象者の都合の良い場所で、最長 1 時間程度のインタビュー調査を実施した。対面でのインタビューを原則とするが、研究参加者の希望に応じて、Zoom, Skype, Teams 等のオンライン会議システムを用いたオンラインインタビューを行った。インタビューはインタビューガイドを用いた半構造化面接として実施した。

質問項目：プロセスモデル案について、以下の項目について確認した（資料 1：インタビュー項目）。

1. プロセスモデル案全体に関する評価

(1) 職場での活用可能性（有用と考えられる点）

(2) 支援担当者（産業保健スタッフ、人事労務担当者等）の想定の妥当性

(3) 配置転換や業務変更に伴う収入減少への配慮

(4) 運用上の困難点

2. 各項目に関する評価

(1) リスクリダクション（環境整備、作業調整、健康管理支援、緊急時対応）の妥当性

(2) リスクコミュニケーションおよびリスクテイキングの考え方に対する認識と課題

3. プロセスモデル案の利用可能性および改善点

(1) 実用性向上のために必要な要素

(2) 導入促進に必要な支援

(3) その他の意見

倫理的配慮：本研究は、産業医科大学倫理委員会の承認を得て実施した（ER24-046）。

C. 結果

4 事例が収集された。結果の詳細は、資料 2：インタビュー結果 に掲載している。

1. プロセスモデル案全体に関する評価

(1) 職場での活用可能性（有用と考えられる点）

全回答者から、プロセスモデル案は有用であるとの回答が得られた。特に、事前に手順が示されていることで当事者の安心感につながることや、対応の再現性が担保される点が利点として挙げられた。また、配慮を行うことで事故の防止につながる可能性がある点も評価された。

一方で、難病のように疾患の病状が外見から分かりにくい場合には、職場・本人ともに安全配慮上のリスクを実感しにくく、どの程度の配慮やリスクテイクが適切か、判断が難しいという意見もみられた。

(2) 支援担当者（産業保健スタッフ、人事労務担当者等）の想定の妥当性

産業保健スタッフや人事労務担当者を中心とした支援者の想定は、おおむね妥当と

受け止められていた。他には、職場の上司の関与が重要であるとの意見が複数みられた。また、産業医と人事労務担当者の連携の必要性が指摘された。

一方で、当事者としては周囲に疾病を抱えていることを知られずに働きたいというニーズもあり、関与する者の範囲を必要以上に広げすぎない配慮も必要であるとの意見も得られた。

(3) 配置転換や業務変更に伴う収入減少への配慮

配置転換や業務変更については、まず本人の意向を尊重することが重要であり、一方的な配置転換は望ましくないとの意見がみられた。

加えて、傷病手当金や医療費助成等、治療と仕事の両立に活用可能な社会保険制度や支援制度が存在する一方で、それらに関する情報提供の不足や、制度利用に伴う手続きの負担が課題として挙げられた。

(4) 運用上の困難点

仕事への適応をどのように評価するか、特に数値化が難しい職種において課題があるとの意見が得られた。また、プロセスモデルの内容が専門的であり、現場での具体的な行動につながりにくいという指摘があった。さらに、どのタイミングでプロセスを開始するのかがわかりづらいとの意見もみられた。

2. 各項目に関する評価

(1) リスクリダクション(環境整備, 作業調整, 健康管理支援, 緊急時対応)の妥当性

提示された項目はおおむね妥当と評価された。特に、在宅勤務や勤務時間の柔軟な調整など、働き方の柔軟性を確保する制度の重要性が指摘された。疾患の病状が外見から分かりにくい場合は、周囲の理解を促すための工夫や、相談しやすい職場の雰囲気づくりも重要であるとされた。

(2) リスクコミュニケーションおよびリスクテイクの考え方に対する認識と課題

全ての回答者が、その重要性を認識していた。本人と職場との間でリスクの認識に乖離が生じている可能性があるため、関係者間での継続的な対話が重要であるとの意見が得られた。

また、当事者本人がリスクを十分に理解・認識していない場合や、家族の方がリスクと認識している場合も少なくないことも指摘された。業務調整については、一度に大幅な変更をするのではなく、段階的に調整することが望ましいとの意見が得られた。

3. プロセスモデル案の利用可能性および改善点

(1) 実用性向上のために必要な要素

プロセスモデル案に記載されている文章が難解で理解しづらいとの指摘が複数あった。特に、専門用語は理解しづらく、さらに専門用語の定義が不明確である点が課題であるとの意見が得られた。

現場で活用するためには、具体的なケースや、対応の手順を示す必要があるとの意見がみられた。

(2) 導入促進に必要な支援

行政や外部機関からの情報提供、産業保健スタッフや両立支援コーディネーターの介入が有用であるとの意見が得られた。さらに、職場内においても、気軽に上司に相談しやすい職場環境の整備が重要であるとの意見があった。

(3) その他の意見

社会保険制度や社内制度を利用する際の手続きの複雑さ、診断書取得の負担など、運用面での課題が指摘された。

D. 考察

1. プロセスモデル案全体に関する評価

インタビュー調査の結果、本プロセスモデル案は、疾病に関連した安全配慮上のリスクが残存する状況において、関係者間の対話を促進する枠組みとして有用であることが示された。特に、難病のように病状が外見から分かりづらい疾患の両立支援では、情報共有が支援の基盤となると考えられる。本プロセスモデル案においてもリスクコミュニケーションの重要性が強調されており、難病患者の両立支援に寄与することが期待される。

本プロセスモデル案は、支援担当者として、産業保健スタッフや人事労務担当者を

想定している。産業保健スタッフの関与が乏しい事業場においては、特に主治医と職場のやり取りにおいて、連携が困難となる可能性がある。事業場内に産業保健スタッフがない職場においても、本プロセスモデル案を活用できるような工夫が望まれる。

また、当事者本人のプライバシーへの配慮と、関与する関係者の範囲とのバランスも重要な課題である。本人の希望を確認しながら、情報共有の範囲を丁寧に検討していく必要がある。

配置転換や業務変更に伴う収入減少については、医学的判断のみではなく、本人の生活や価値観を踏まえた意思決定を支援する姿勢が求められる。

2. 各構成要素に関する評価

リスクリダクションの枠組みはおおむね妥当であるとの意見が得られた。実際にプロセスモデル案を運用する場合は、枠組みの整備のみならず、職場の理解や相談しやすい雰囲気といった、ソフト面の要素が重要であることが示された。

リスクコミュニケーションについては、単なる情報共有にとどまらず、当事者と職場との間のリスクの認識の差異を埋めるプロセスとして位置づける必要があると考えられる。また、本人の病状への理解の程度に応じた支援の必要性も示された。

家族や同僚への情報共有については、画一的な基準を示すだけでは不十分であり、個別の希望や状況に応じた判断が求められる。

る領域であると考えられる。

3. プロセスモデルの利用可能性および改善点

本プロセスモデルを実際の現場で活用するためには、理論的な枠組みを維持しつつ、実践可能性を高める工夫が必要である。特に「専門用語が多く理解しづらい」との意見が複数得られたことから、専門用語の平易化は必要であろう。さらに、本プロセスモデルは人事労務担当者や現場の上司が活用することが想定されることから、具体的な場面を想定した典型事例(例:業務調整の進め方、合意形成のプロセス等)を提示することで、実務への落とし込みが容易になると考えられる。特に、どの段階で誰が関与し、何を確認すべきかを明示することにより、担当者の判断負担を軽減し、運用のばらつきを抑える効果が期待される。

また、産業保健スタッフがいない事業場においては、主治医や外部機関との連携方法が不明確となりやすいため、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等の外部資源の活用方法を具体的に示すことが有用であると考えられる。加えて、簡便に活用できるチェックリストやフローチャート等の補助ツールを併用することで、専門職が不在の環境においても実装可能性を高めることが期待される。

E. 結語

本研究では、疾病に関連した安全配慮上

のリスクが残存する状況における治療と仕事の両立支援について、プロセスモデル案を作成し、難病の当事者へのインタビュー調査を通じてその利用可能性および課題を検討した。その結果、本プロセスモデル案は、関係者間のリスクの共有と対話を促進する枠組みとして有用であることが示された。一方で、実務上での活用については、専門用語の平易化や具体例の提示、外部資源の活用方法など、産業保健スタッフがいない事業場でも活用可能な工夫が必要であることが明らかとなった。今後は、本プロセスモデル案の実用性向上と現場での検証を進めることが求められる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

日野亜弥子，永田昌子，立石清一郎，森晃爾；治療と仕事の両立支援に関する安全配慮プロセスモデル作成のためのインタビュー調査．第99回日本産業衛生学会，大阪，2026年5月（発表予定）

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

I. 文献

なし

インタビュー項目

◆プロセスモデル案（Ver.6.3）全体について

- ① 今回ご提示したプロセスモデル案（Ver.6.3）は、体調に不安を抱えながら働く従業員に対して、会社が安全に配慮しながら適切に対応するための手順をまとめたものです。このような進め方を実際に職場で取り入れるとしたら、どのような点が役に立ちそうだと思いますか？
- ② このプロセスは、支援を進める担当者として産業保健スタッフ（産業医や保健師など）や人事労務担当者を想定しています。この想定は適切だと思いますか？他に関わるとよいと思う人はいますか？
- ③ 配置転換や仕事内容の変更によって夜勤手当などがなくなり、収入が減る可能性があります。本人の希望や生活の状況を確認する際にこの点を考慮すべきだと思いますか？実際にはどのように話し合うのがよいと思いますか？
- ④ このプロセスモデルを職場で実際に使うとしたら、どのような点が難しそうだと感じますか？

◆各項目について

① 4) リスクリダクションの検討

「環境の整備」「作業の調整」「健康管理への支援」「緊急時の対応」といった項目を検討することになっています。これらは十分だと思いますか？他に安全や働きやすさを保つために必要な工夫があれば教えてください。

② 5) リスクコミュニケーション、リスクテイキング

安全のための対策を取ったとしても、ある程度のリスク（病状悪化の可能性など）が残る場合があります。そのような場合に、会社と本人が情報を共有し話し合い、双方が納得した上で進めていくこと（リスクコミュニケーション）が大切とされています。この考え方についてどのように感じますか？また、難しいと感じる点がありますか？

必要に応じて、家族や同僚にも状況を説明して理解を得ることを勧めています。このような取り組みについて、どの程度まで行うのがよいと思いますか？実際にどこまで可能だと思いますか？

◆プロセスモデル案の利用可能性と改善点

- ① このプロセスモデル案をより実用的なものにするために、どのような項目があればよいと思いますか？
- ② このプロセスモデル案を導入する上で、特にどのような支援（行政、外部機関からのサポート、両立支援コーディネーターの活用など）があれば、利用が進むと考えますか？
- ③ このプロセスモデル案について、他に何かコメントやご提案はありますか？

インタビュー結果（事例 1）

◆プロセスモデル案（Ver.6.3）全体について

- ① 今回ご提示したプロセスモデル案（Ver.6.3）は、体調に不安を抱えながら働く従業員に対して、会社が安全に配慮しながら適切に対応するための手順をまとめたものです。このような進め方を実際に職場で取り入れるとしたら、どのような点が役に立ちそうだと思いますか？

疾患によっては、症状が出ていない時は元気で普通に働くことができる。状態が良いときは外から見ても特に問題があるようには見えない。そのため、会社側から見ると何が健康な人と違うのか分かりにくく、本人自身も何がリスクなのか何に注意すべきなのかが分からないことがある。その結果、周囲は恐る恐る仕事を依頼することになり、逆に周囲から特別扱いされているように見えることもある。言わなければ分からないことも多く、どの程度リスクテイクをしてよいのかその加減が難しいと感じる。

産業医、保健師以外の職種の介入も期待したい。

- ② このプロセスは、支援を進める担当者として産業保健スタッフ（産業医や保健師など）や人事労務担当者を想定しています。この想定は適切だと思いますか？他に関わるとよいと思う人はいますか？

産業医と人事が連携して対応してもらえると良いと思う。一方で、できるだけ周囲に知られず穏便に済ませたいという気持ちも強い。関与する人を広げすぎること望ましくないと感じる。

- ③ 配置転換や仕事内容の変更によって夜勤手当などがなくなり、収入が減る可能性があります。本人の希望や生活の状況を確認する際にこの点を考慮すべきだと思いますか？実際にはどのように話し合うのがよいと思いますか？

自分自身も職位が下がった経験があるが、生活に大きな影響が出るほどではなかった。基本的には給与水準を前提に生活をプランニングすべきだと考えている。ただし、人によっては生活を前提として給与が下がることに強い抵抗を示す場合もあり、その場合は対応が難しいのではないと思う。給与が下がる可能性はあっても、実際の手取りや生活への影響が大きくならないような保障制度について情報提供を行うことが重要ではないかと思う。役所や人事労務部門に相談するよう促すことも有効だと思う。

- ④ このプロセスモデルを職場で実際に使うとしたら、どのような点が難しそうだと感じますか？

全体としては学会論文に掲載されるような内容だと感じた。患者向けというよりもやや専門的な印象を受けた。実際の現場では、所属長がこれを見て具体的に何をすればよいのかが分かるような内容が必要だと思う。特にサブルーチンの部分として、現場でよくあるケースや具体例があると理解しやすいと感じる。例えば、リスクリダクションの検討やリスクコミュニケーションについて、具体的な場面を想定した例があるとよいと思う。

また、見た目には元気そうに見えるため周囲が両立支援の必要性を実感しにくいケースが多い。周囲に受け入れられやすくするための Tips のようなものがあるとよいと思う。上司や本人がどのように行動すればよいのかが分かると実用的だと感じる。

◆各項目について

① 4) リスクリダクションの検討

「環境の整備」「作業の調整」「健康管理への支援」「緊急時の対応」といった項目を検討することになっています。これらは十分だと思いますか？他に安全や働きやすさを保つために必要な工夫があれば教えてください。

大項目としては十分だと思う。ただし、環境整備の中に「本人や周囲が病気を実感しにくい」という点への配慮が含まれると良いと思う。周囲の理解を促すような雰囲気づくりも重要ではないかと思う。また、昭和的な価値観を持つ世代と、令和世代の若い人たちでは求めるものが異なる可能性もあると感じる。

② 5) リスクコミュニケーション、リスクテイキング

安全のための対策を取ったとしても、ある程度のリスク（病状悪化の可能性など）が残る場合があります。そのような場合に、会社と本人が情報を共有し話し合い、双方が納得した上で進めていくこと（リスクコミュニケーション）が大切とされています。この考え方についてどのように感じますか？また、難しいと感じる点がありますか？

何がリスクなのかを本人自身が十分理解していない場合も多いと。急に体調が悪化して初めて周囲にリスクを認識されることも多い。また、本人だけでなく周囲も納得感を持っていない場合が多い。

職場での対応としては、業務量を一気に減らすのではなく、スモールスタートで少しずつ業務量を増やしていくような計画と、その過程を見極める仕組みが必要ではないかと思う。無理ができてしまうと「問題ないのではないか」と周囲に思われてしまう可能性もある。大きく業務量を減らすことには本人として抵抗がある場合もあるが、あらかじめ計画を示すことで安心して調整できるのではないかと思う。こうしたプロセスモデルを示すことには意味があると感じる。

資料 2：インタビュー結果

必要に応じて、家族や同僚にも状況を説明して理解を得ることを勧めています。このような取り組みについて、どの程度まで行うのがよいと思いますか？実際にどこまで可能だと思いますか？

むしろ家族の方がリスクを理解していることもあると思う。しかし、家族への介入については、緊急性が高い場合でなければ対応が難しいことが多いだろう。病識が薄い場合などには家族の関与が必要になることもあると思う。

◆プロセスモデルの利用可能性と改善点

- ① このプロセスモデル案をより実用的なものにするために、どのような項目があればよいと思いますか？

現場でよくあるケースの提示があるとよいと思う。特にリスクリダクションやリスクコミュニケーションの具体例があると理解しやすい。

「合意」とは何をもって合意とするのかという点も明確にする必要があるのではないかなと思う。契約書のような形なのか、カウンセリングレベルの話し合いなのかが分かりにくい。カウンセリングの中で本人が自分で考えるよう促すような進め方も重要だと思う。自分で考えて納得しないと、本当の意味で合意にはならないのではないかな。単に説明を受けるだけでは合意に至らないことも多いと思う。

- ② このプロセスモデル案を導入する上で、特にどのような支援（行政、外部機関からのサポート、両立支援コーディネーターの活用など）があれば、利用が進むと考えますか？

休職中でも病院で仕事をしている人もいる。テレワークなど、会社への迷惑を最小限にするような働き方も一つの方法ではないかなと思う。

- ③ このプロセスモデル案について、他に何かコメントやご提案はありますか？

昭和の時代は、いわゆるモーレツ社員のような形でリスクを取りながら仕事をしていた面もあったと思う。

インタビュー結果（事例 2）

◆プロセスモデル案（Ver.6.3）全体について

- ① 今回ご提示したプロセスモデル案（Ver.6.3）は、体調に不安を抱えながら働く従業員に対して、会社が安全に配慮しながら適切に対応するための手順をまとめたものです。このような進め方を実際に職場で取り入れるとしたら、どのような点が役に立ちそうだと思いますか？

配慮があることで事故につながらないという点が非常に良いと思う。危険な作業がない環境であれば安心して働くことができると思う。

- ② このプロセスは、支援を進める担当者として産業保健スタッフ（産業医や保健師など）や人事労務担当者を想定しています。この想定は適切だと思いますか？他に関わるとよいと思う人はいますか？

適切だと思う。同僚には直接病気のことを伝えていないが自分は特にそれで不都合はない。上司は理解が十分でない場合にはこのプロセスに関与した方が良いと感じる。

- ③ 配置転換や仕事内容の変更によって夜勤手当などがなくなり、収入が減る可能性があります。本人の希望や生活の状況を確認する際にこの点を考慮すべきだと思いますか？実際にはどのように話し合うのがよいと思いますか？

本人が何をやりたいかを尊重すべきだと思う。これまでできていた業務が病気によって難しくなった場合には配置転換もあり得ると思う。一方で、従前とリスクが変わらないのであれば現在の職場で継続するという選択もあり得る。会社側の判断で一方的に配置転換を行うと、医師の意見が尊重されない形になる可能性もある。そのため、慎重に本人と対話を行い本人の意見を確認した上で決定することが重要だと思う。

- ④ このプロセスモデルを職場で実際に使うとしたら、どのような点が難しそうだと感じますか？

これまで担当していた業務が重労働でリスクがある場合、どのような業務を選択するかが課題になると思う。その際も、本人の希望を尊重することが重要であると思う。いくつかの選択肢を提示した上で、最終的に本人が選択できるような仕組みがあるとよいと思う。

◆各項目について

- ① 4) リスクリダクションの検討

資料 2：インタビュー結果

「環境の整備」「作業の調整」「健康管理への支援」「緊急時の対応」といった項目を検討することになっています。これらは十分だと思いますか？他に安全や働きやすさを保つために必要な工夫があれば教えてください。

特になし。

② 5) リスクコミュニケーション、リスクテイキング

安全のための対策を取ったとしても、ある程度のリスク（病状悪化の可能性など）が残る場合があります。そのような場合に、会社と本人が情報を共有し話し合い、双方が納得した上で進めていくこと（リスクコミュニケーション）が大切とされています。この考え方についてどのように感じますか？また、難しいと感じる点がありますか？

本人が認識しているリスクレベルと、会社側が認識しているリスクレベルに乖離がある可能性があると考えます。双方が共通の認識を持てるように、会社、本人、産業保健スタッフがよく話をすることが重要である。

必要に応じて、家族や同僚にも状況を説明して理解を得ることを勧めています。このような取り組みについて、どの程度まで行うのがよいと思いますか？実際にどこまで可能だと思いますか？

基本的には本人の問題であり、本人から必要に応じて家族や同僚に説明すればよいと考えている。日常的なコミュニケーションの中で状況を共有しつつ、必要に応じて対応するという姿勢が大切だと思う。上から一方的に伝えるのではなく、当事者同士でコミュニケーションを取ることが重要だと思う。

◆プロセスモデルの利用可能性と改善点

① このプロセスモデル案をより実用的なものにするために、どのような項目があればよいと思いますか？

読むだけでも負担に感じた。特に不足している項目はないが、普段あまり目にしない種類の文章であり、やや理解に労力を要すると感じた。

② このプロセスモデル案を導入する上で、特にどのような支援（行政、外部機関からのサポート、両立支援コーディネーターの活用など）があれば、利用が進むと考えますか？

手当や制度は複雑な印象がある。より簡便に利用できる仕組みになるとよいと感じる。手続

資料 2：インタビュー結果

きのたびに医師の意見書や診断書が必要となる場合、その都度受診し取得しなければならないことは負担になる。初回の診断書は必要だと思うが、その後については患者の負担も考慮した仕組みになると良い。

③ このプロセスモデル案について、他に何かコメントやご提案はありますか？

特になし。

インタビュー結果（事例 3）

◆プロセスモデル案（Ver.6.3）全体について

- ① 今回ご提示したプロセスモデル案（Ver.6.3）は、体調に不安を抱えながら働く従業員に対して、会社が安全に配慮しながら適切に対応するための手順をまとめたものです。このような進め方を実際に職場で取り入れるとしたら、どのような点が役に立ちそうだと思いますか？

このような手順書があることで人事担当者が変わっても再現性が維持されるため良いと思う。復職面談、休職前に説明することで安心して休んでもらえる。表現は全体的にもう少し柔らかい方が良い。

- ② このプロセスは、支援を進める担当者として産業保健スタッフ（産業医や保健師など）や人事労務担当者を想定しています。この想定は適切だと思いますか？他に関わるとよいと思う人はいますか？

産業保健職がない職場では使いづらいと思う。3）産業保健等の専門家への相談ができない事業場がほとんどになってしまう。本人にも読んでもらう必要がある。

- ③ 配置転換や仕事内容の変更によって夜勤手当などがなくなり、収入が減る可能性があります。本人の希望や生活の状況を確認する際にこの点を考慮すべきだと思いますか？実際にはどのように話し合うのがよいと思いますか？

「収入面の変化が生じ得ることを想定しておくことを確認する」程度の記載でも良いのでは。配慮までする必要があるのか、労働契約の話になるためどこまでこのプロセスの中で考慮するのか悩ましい。

- ④ このプロセスモデルを職場で実際に使うとしたら、どのような点が難しそうだと感じますか？

産業保健スタッフがない職場では活用が難しい。産業保健スタッフがいるとしても、「仕事への適応を評価」が難しいと感じる。主治医とのコミュニケーションが必要になる。

◆各項目について

- ① 4) リスクリダクションの検討

「環境の整備」「作業の調整」「健康管理への支援」「緊急時の対応」といった項目を検討することになっています。これらは十分だと思いますか？他に安全や働きやすさを保つため

に必要な工夫があれば教えてください。

特になし。

② 5) リスクコミュニケーション、リスクテイキング

安全のための対策を取ったとしても、ある程度のリスク（病状悪化の可能性など）が残る場合があります。そのような場合に、会社と本人が情報を共有し話し合い、双方が納得した上で進めていくこと（リスクコミュニケーション）が大切とされています。この考え方についてどのように感じますか？また、難しいと感じる点がありますか？

リスクリダクション、リスクコミュニケーション、リスクテイキングなどの用語の定義がわかりづらい。「リスク」という言葉の定義について、説明を本文中にも入れるべき。職場に持病を持っていることを伝えるタイミングが難しい。入院などで休職すれば伝えることができるが、このプロセスが作動するタイミングがいつが適切なのか？これを周知するルールづくりが必要だと思う。

必要に応じて、家族や同僚にも状況を説明して理解を得ることを勧めています。このような取り組みについて、どの程度まで行うのがよいと思いますか？実際にどこまで可能だと思いますか？

安全配慮義務履行の観点から必要に応じて必要だと思う。安全配慮義務と自己保健義務を天秤にかけて決定する。自傷他害のようなケースがあれば家族にまで説明することができると思うが、あくまで私傷病にかかわること（生活習慣改善など）までは踏み込むべきではないと思う。ある程度の線引きは必要。

◆プロセスモデルの利用可能性と改善点

① このプロセスモデル案をより実用的なものにするために、どのような項目があればよいと思いますか？

企業に落とし込む、総括管理的な部分も手順書に書いた方がよい。問題が起こって初めて使うのか（二次予防）、さらに予防的（一次予防）に使うなら総括管理の観点が必要。

② このプロセスモデル案を導入する上で、特にどのような支援（行政、外部機関からのサポート、両立支援コーディネーターの活用など）があれば、利用が進むと考えますか？

企業は通達はチェックしている。インターネットに掲載するだけではなく。労働局から発信してもらえると積極的に活用してもらえる。

- ③ このプロセスモデル案について、他に何かコメントやご提案はありますか？

文言が頭に入りづらい，言葉が難しい。自分で解釈しないと読めない。ながら読みできるレベルまで読みやすくする必要がある。適性と適応について，もう少し噛み砕いて説明できると良い。流れは良い。

インタビュー項目（事例 4）

◆プロセスモデル案（Ver.6.3）全体について

- ① 今回ご提示したプロセスモデル案（Ver.6.3）は、体調に不安を抱えながら働く従業員に対して、会社が安全に配慮しながら適切に対応するための手順をまとめたものです。このような進め方を実際に職場で取り入れるとしたら、どのような点が役に立ちそうだと思いますか？

5 番の「リスクコミュニケーション」が重要だと考えている。日頃から上司、人事、産業保健スタッフとコミュニケーションを取っていないと、急な体調変化（血圧の低下など）や倦怠感に気づいてもらえない。

- ② このプロセスは、支援を進める担当者として産業保健スタッフ（産業医や保健師など）や人事労務担当者を想定しています。この想定は適切だと思いますか？他に関わるとよいと思う人はいますか？

上司の存在が非常に重要だと思う。また人事部門の関与も必要だと感じる。

- ③ 配置転換や仕事内容の変更によって夜勤手当などがなくなり、収入が減る可能性があります。本人の希望や生活の状況を確認する際にこの点を考慮すべきだと思いますか？実際にはどのように話し合うのがよいと思いますか？

収入面はできるだけ維持したい人が多いと思う。そのため、「どのようにすれば給与を維持できるのか」という視点で話し合いができると良いと思う。過度な保護（就労の制限）にならないという視点も大切だと感じる。

- ④ このプロセスモデルを職場で実際に使うとしたら、どのような点が難しそうだと感じますか？

営業職の場合は仕事の成果が数字で示されるが、事務職などでは成果が数字として表れにくい。そのため、何をもって「仕事に適応できている」と評価するのが難しいと感じる。ある程度の指標があった方が働きやすいと思う。

◆各項目について

- ① 4) リスクリダクションの検討

「環境の整備」「作業の調整」「健康管理への支援」「緊急時の対応」といった項目を検討することになっています。これらは十分だと思いますか？他に安全や働きやすさを保つため

に必要な工夫があれば教えてください。

現在は在宅勤務が認められており、上司からも比較的自由に働いて良いと言われている。体調が悪い時には仕事の開始時間を遅らせることができ、休憩も比較的自由に取ることができる。ただし、出勤時間が決まっている職種の場合には、体調不良時には就業開始時刻をずらすなどの調整が必要になると思う。こうした休暇制度や勤務体系の整備が重要だと感じる。

② 5) リスクコミュニケーション、リスクテイキング

安全のための対策を取ったとしても、ある程度のリスク（病状悪化の可能性など）が残る場合があります。そのような場合に、会社と本人が情報を共有し話し合い、双方が納得した上で進めていくこと（リスクコミュニケーション）が大切とされています。この考え方についてどのように感じますか？また、難しいと感じる点がありますか？

非常に重要だと感じている。今困っていることや現状について話し提案し合うことで、より安心して仕事ができるようになると思う。例えば、前の上司は体調を気遣うあまり、遠地出張であったとしても前泊は認めず早朝に移動するように指示をだしていた。現在の上司は無理をせず前泊するようにと言ってくれている。

必要に応じて、家族や同僚にも状況を説明して理解を得ることを勧めています。このような取り組みについて、どの程度まで行うのがよいと思いますか？実際にどこまで可能だと思いますか？

職場の同じグループの人には伝える必要があると思う。透析の日は連絡が取れないため、連絡が翌日になることを事前に伝え了承を得ている。また、透析日や通院日は「予定あり」として社内のスケジュールに共有している。

◆プロセスモデルの利用可能性と改善点

① このプロセスモデル案をより実用的なものにするために、どのような項目があればよいと思いますか？

休職中、復職後の給与体系や、業務のバックアップ体制を事前に伝えてもらえると安心感がある。現在の職場では、メールアドレスや電話番号をチームで共有しており、体調が悪くてもメンバーの誰かが対応できるような体制になっている。

② このプロセスモデル案を導入する上で、特にどのような支援（行政、外部機関からのサポート、両立支援コーディネーターの活用など）があれば、利用が進むと考えますか？

病気になると仕事を続けられないのではないかという不安があり、途方に暮れていた時期もあった。会社に相談したところ、在宅勤務や配置転換など様々な配慮をしてもらえた。もし上司が話しづらい人だった場合、コミュニケーションが取れずに辞表を出していたかもしれないと思う。

保健師から医療職ならではの視点で助言をもらえたことは役立った（退院後に通いやすい透析病院の紹介など）。入院していた病院からは特に復職後についての話はなかったが、入院中に何らかの情報提供があれば安心できたかもしれない。

③ このプロセスモデル案について、他に何かコメントやご提案はありますか？

2 番「医学的適正評価」は難しいと感じる。診断書には細かい情報が書かれていないことも多く、情報が不足する可能性があると思う。5 番「リスクコミュニケーション」が特に重要だと感じる。リスクコミュニケーションがきちんと機能していれば、他の部分が多少不十分でも何とか対応できるのではないかと思う。まずは職場に現状を理解してもらうことが重要だと思う。

令和7年度 労災疾病臨床研究事業
治療と仕事の両立のために必要な勤務制度等の導入の障壁と
解決策の提案と疾病に関連した安全配慮上の危険性が残存する場合のプロセスの検討
(240301-03)

分担研究報告書

治療と仕事の両立支援における 身体疾患関連の安全配慮上の課題が残存している 事例の就業上の措置の検討のステップの作成

研究代表者 永田 昌子
(産業医科大学 医学部 両立支援科学 准教授)

研究分担者 三柴文典
(近畿大学 法学部 法律学科 教授)

研究分担者 森 晃爾
(産業医科大学 産業生態科学研究所 産業保健経営学 教授)

研究分担者 立石清一郎
(産業医科大学 産業生態科学研究所 災害産業保健センター 教授)

令和 7 年度 労災疾病臨床研究事業費補助金
治療と仕事の両立のために必要な勤務制度等の導入の障壁と解決策の提案と
疾病に関連した安全配慮上の危険性が残存する場合のプロセスの検討
分担研究報告書

**治療と仕事の両立支援における
身体疾患関連の安全配慮上の課題が残存している事例の
就業上の措置の検討のステップの作成**

研究代表者 永田昌子（産業医科大学 医学部 両立支援科学 准教授）

研究要旨：

疾病の増悪、再発や労働災害が生じないために、企業は、医療機関からの意見書をもとに疾病の増悪や事故災害の危険性について評価し、適切な就業上の措置を検討する。しかし、疾病の増悪や事故災害の危険性が一定程度予見される場合がある。危険性の評価が難しいと感じたり、危険性を過大に捉えたりすると、不適当に労働者の就労の機会を失わせる結果となりうる。このように危険性が一定程度ある状況で復帰する事例も想定されるが、その際、企業側が踏むべきプロセス等は明確にはされていない。企業側が踏むべきプロセスを明らかにすることを本分担研究の目的とした。

昨年度作成した「治療と仕事の両立支援に伴う、身体疾患関連の安全配慮上の課題に対し、事業主が安全配慮義務を適切かつ十分に履行したといえるプロセス」β版をもとに改訂版を作成し、利用者インタビュー調査と当事者インタビュー調査、並びに関係者インタビュー調査の結果をもとに、研究者らで協議し修正を行った。その後、法的観点での検証を反映し、「治療と仕事の両立支援における身体疾患関連の安全配慮上の課題が残存している事例の就業上の措置の検討のステップ」を完成させた。企業が踏むべき手順を明示したことで、災害等発生時の免責要件が明確となり、企業が安心して両立支援に取り組める環境づくりに資する可能性がある。

一方、専門家が存在しない企業等を想定した普遍的なステップとして構成するには至らなかった。不適切な利用を防ぐためには、各項目の定義・運用基準・利用者像の明確化など、細部にわたる精緻化が不可欠であり、関係者間で丁寧な議論を重ねながら段階的に完成度を高めていくことが妥当である。

研究協力者

研究分担者	近畿大学 法学部 法律学科	三柴丈典
研究分担者	産業医科大学 産業生態科学研究所	産業保健経営学 森晃爾
研究分担者	産業医科大学 産業生態科学研究所	災害産業保健センター 立石清一郎
研究分担者	同上	原田有理沙
研究協力者	協和綜合法律事務所 弁護士	林 和宏
研究協力者	産業医科大学 医学部 両立支援科学	浦上 遼

A. 目的

治療と仕事の両立支援ガイドラインでは、治療と仕事の両立支援を行うに当たっての留意事項に、「(1)安全と健康の確保 治療と仕事の両立支援に際しては、就労によって、疾病の増悪、再発や労働災害が生じないよう、(中略)適切な就業上の措置や治療に対する配慮を行うことが前提である」との記載がある。疾病の増悪、再発や労働災害が生じないために、企業は、医療機関からの意見書をもとに疾病の増悪や事故災害の危険性について評価し、適切な就業上の措置を検討する。しかし、疾病の増悪や事故災害の危険性が一定程度予見される場合がある。危険性の評価が難しいと感じたり、危険性を過大に捉えたりすると、不適當に労働者の就労の機会を失わせる結果となりうる。このように危険性が一定程度ある状況で復帰する事例も想定されるが、その際、企業側が踏むべきプロセス等は明確にはされていない。企業側が踏むべきプロセスを明らかにすることで、災害等が発生した場合の免責要件が明確になり、企業側も安心して治療と仕事の両立支援に取り組む環境づくりにつながる可能性がある。

B. 方法

昨年作成したプロセス案について、下記のステップで「治療と仕事の両立支援に伴う、身体疾患関連の安全配慮上の課題に対し、事業主が安全配慮義務を適切かつ十分に履行したといえるプロセス」の作成のために、を6つのステップを行った。

- 1) β 改訂版の作成
- 2) β 改訂版をもとに利用者と医療機関の立場のインタビュー調査
- 3) β 改訂版をもとに当事者インタビュー調査

- 4) β 改訂版に対する法的観点からの考察
- 5) 最終版の作成

1) β 改訂版の作成

昨年度作成した β 版をもとに、産業衛生専門医かつ産業医科大学病院にて両立支援外来を担当している医師ら4名と両立支援外来を担当している医師1名で議論を重ねた。昨年度の班会議の意見を踏まえ、必要な修正を行った。修正を繰り返し、合意が得られたものを β 改訂版とした。

2) β 改訂版をもとに利用者と医療機関の立場のインタビュー調査

本プロセスの利用者として想定される産業衛生専門医・指導医である医師3名、産業保健看護専門家である保健師3名、人事労務の担当者3名に、本プロセスの有用性や修正すべき点等のインタビューを行った。最後に、本プロセスの利用者ではないが、医療機関の立場で就労を支援している医師1名、臨床心理士・公認心理師1名にも、有用性や修正すべき点等のインタビューを行った。

3) β 改訂版をもとに当事者インタビュー調査

(分担研究6)に記載

4) β 改訂版に対する法的観点からの考察

β 改訂版を法律家である分担研究者と研究協力者の弁護士に提示し、法的な課題について確認を依頼した。弁護士より法的な課題について整理を得た。

5) 最終版の作成

インタビューの結果を踏まえて、産業衛生専門医3名と両立支援外来を担当している医

師 1 名で議論を重ね、再改訂を行った。再改訂版に対して、法的観点からの考察に影響がないかを再度確認し、表記の揺れなどの文言修正を終え、最終版とした。(資料 2)

C. 結果

1) β 改訂版の作成

β 案について、研究代表者および研究分担者、研究協力者らで議論を行い、修正を加えた β 改訂版を作成した。

主な修正点として下記の5つが挙げられた。

①タイトルの修正

「事業主が安全配慮義務を適切かつ十分に履行したといえるプロセス」から「事業主が安全配慮義務を適切に履行し、その説明責任を果たすためのプロセス」に変更した。安全配慮義務を十分に履行したと言い切れるわけではなく、説明責任を果たすことがこのプロセスの目的をより正確に表しているとの意見があり、修正した。

②趣旨・背景説明の追加

改訂版では、冒頭にプロセスの適用場面(片麻痺による転倒災害、ステロイド性骨粗鬆症を有する労働者の圧迫骨折等、主治医の意見等を参考に職場が措置を行っても安全配慮上の課題が残存する事例)および運用上の留意事項(各ステップの順序の柔軟性、次ステップに進めない場合の対応方針等)を説明する文章を追加した。これにより、プロセスの適用場面と運用上の考え方を利用者が理解しやすくなるよう修正した。

③「本人と職場の意向の確認」ステップの新設

昨年度の班会議において、β 版のプロセスではリスクリダクションを行った上で残存するリスクを本人と職場に提示し判断を求める流れになっており、その時点では選択の余地が狭まる可能性

があるとの意見が挙がった。最初に職場に対して受け入れの意向を、本人に対して就労の意向をそれぞれ確認する必要があるのではないかと指摘を踏まえ、改訂版では「本人と職場の意向の確認」を最初の項目として新設し、全体を6項目構成とした。本項目では、就労継続に対する本人の希望・意欲の確認、希望する配慮、職場側の受け入れ体制の方針・配慮の余地・配置転換の検討余地等を確認することを明記した。

④「リスクテイキング」ステップの内容修正

β 版に含まれていた「法律家による法的・就業規則上の懸念点のチェック」は、ケースごとに法律家による確認は実現可能性が低いため、「事業者または労働者本人において、残存リスクの許容が困難な場合には、休業の延長や職務変更の再検討を行い、法律家への確認を求めることが望ましい。」と修正した。合意した内容を「両立支援プラン」または「職場復帰支援プラン」に盛り込むことを明記し、リスクリダクションの内容を具体的な支援計画として文書化するよう改めた。

⑤「見直し」の充実

β 版では「見直し→1)へ」と簡潔な記述にとどまっていたが、改訂版では「産業医等専門家に仕事の適応状況と残存リスクの変化について定期的に評価してもらう」と、見直しを担う役割者を明記した。これにより、継続的なモニタリングの実施主体と目的を明確化した。

2) β 改訂版をもとに利用者と医療機関の立場のインタビュー調査

産業衛生専門医・指導医である医師3名、産業保健看護専門家である保健師3名、人事労務の担当者3名、医療機関に所属する医師1名、臨床心理士・公認心理師1名、計 11 名のインタビューを行った。詳細な結果は資料1に示す。

本プロセスの有用性は一定程度認められた一

方、課題も挙げられ、主なものは以下のとおりである。

課題

① プロセス自体の設計上の課題

1) 「職場の受け入れ意向」という概念の不整合

フローチャートに「職場の受け入れ意向」が判断基準として含まれているが、復職先を本社が総合的に決定する組織も多く、職場の意向で可否が左右される構造は実態と合わない場合がある。

2) 意思決定者が現場から遠く、リスクを過大評価しやすい

復職の可否を判断するのが現場ではなく本社であるため、チームの実態や対応能力が見えず、残存リスクを必要以上に大きく見積もる傾向がある。

3) 同僚と家族は異なるステークホルダーである

4) 定期的な見直し機能

就業上の措置は本人の状態に応じて定期的に更新すべきだが、レビュー・アップデートの仕組みがプロセス内に組み込まれていない。

5) 専門用語・内容の難解さ

「リスクコミュニケーション」「リスクテイキング」など人事労務担当者には難解な用語が多く、「読むのを途中でやめた」との声もあった。平易な表現への改訂が必要である。

6) プロセスが形骸化しやすい

担当者の習熟度次第では、就労継続を目指すツールとしてではなく「リスク回避のための形式的な手続き」として機能してしまう可能性が高い。

② プロセスを取り巻く構造的・環境的課題

1) 主治医からの情報収集の困難

主治医は患者の不利益（配置転換・解雇等）を恐れ、詳細な医学情報を出し渋る傾向がある。医学情報を「就労への影響」に翻訳できる産業医が不在の場合、意思決定に必要な情報が得られないまま手続きが進むリスクがある。

2) 日本の労働慣行・文化との摩擦

終身雇用・年功序列的な文化の中では、労働者が会社と対等にリスクコミュニケーションを行うことが難しく、会社側も本質的な支援より訴訟リスク回避を優先することもありうる。

3) 中小企業・専門職不在の事業所への対応不足

産業医や産業保健スタッフの存在を前提とした設計になっており、専門職がいない中小企業や小規模事業所では活用が難しい。

3) β改訂版(Ver.06)をもとに当事者インタビュー調査

（分担研究4）に記載

4) β改訂版に対する弁護士による課題の確認

法的観点からの考察を得た。法的観点からの考察もステップの付属資料とした。

5) 最終版の作成

研究代表者および研究分担者、研究協力者らで議論を行い、修正を加えた最終版を作成した。主な修正は下記を示す。その後、表記の揺れ等の文言の修正を行い最終版とした。（資料2）

① タイトルの変更

「プロセス」とは本来、実施すべき手順のみならず、それを適切に遂行するため必要な資

源、人の力量を定義することが必要である。しかしながら、本モデルが現時点で示せているのは、確認・検討すべき事項の手順の流れにとどまっており、必要な資源や各ステップを担う人材に求められる能力の定義には十分に踏み込めていない。本モデルの過大な位置づけを避けるため、より限定的な意味合いを持つ「ステップ」という呼称を採用することとし、「安全配慮上の課題が残存している事例の就業上の措置の検討のステップ」に変更した。

② 「見直し」ステップの追加

レビュー・アップデートの仕組みがプロセス内に組み込まれていないとの指摘を受けて明確化した。

③ 冒頭の説明・背景の充実

本モデルの適切な理解を求めるため、「B. 本ステップが必要な背景」セクションを新たに追加し、残存リスクが生じる具体例（片麻痺による転倒、骨粗鬆症による圧迫骨折等）と「C. 本ステップの利用者に必要な視点」セクションを新たに追加し、医療と職場安全の文化的違い・不確実性の前提・リスクを許容しながら支援を進める姿勢を明文化した。

業務起因性のある事例においても、本ステップの考え方は参考になる可能性があるため、その旨と注意点を追記した。

④ ステップ1（本人・職場の意向確認）の修正

「安全配慮上の課題が残存する可能性を明示したうえで、受け入れの意向を確認する」職場側の確認事項に「配置転換の検討余地」を追加した。収入減少に関する説明が冒頭の注意

事項から、ステップ1の前の説明文として位置づけを整理した。

⑤ ステップ2（医学的適性の評価）の修正
「病状悪化および事故発生の確率的評価と、その不確実性に関する見解」を追加した。

⑥ ステップ4（リスク低減策の検討）の修正

「環境の整備」がハード面・ソフト面に分けて明確にした。「環境の整備」に混在していた「勤務時間の調整」が「作業の調整」カテゴリに移動し、「必要な範囲へのリスクと理由の開示」がソフト面の環境整備として新たに追加した

⑧ ステップ5（リスクコミュニケーション・合意）の修正

タイトルが「リスクコミュニケーション、リスクテイキング」→「リスクコミュニケーション（リスクに関する対話）、と合意」に変更され、より平易な表現に「リスクの移転（保険や社会的資源）」の項目が削除された

残存リスクの許容について、事業者・労働者本人・家族それぞれの同意取得が個別に整理・明確化した。

家族への説明に際して「労働者本人の同意を得る」ことを明記した。

D. 考察

疾病に関連した安全配慮上の危険性が残存する場合のプロセス案として、「治療と仕事の両立支援における身体疾患関連の安全配慮上の課題が残存している事例の就業上の措置の検討のステップ」（以下、本ステップ）を作成した。

本プロセスモデルは、労働法の専門家、産業医、および医療機関で両立支援の関わる医師が参画して策定したものであり、多角的な専門知見を結集し、身体疾患関連の安全配慮上の課題が残存している事例の就業上の措置の検討において、踏むべき手順を示した点において、その意義はあると考える。

企業側が踏むべき手順を明らかにしたことで、災害等が発生した場合の免責要件が明確になり、企業側も安心して治療と仕事の両立支援に取り組む環境づくりにつながる可能性がある。

しかし、日本のあらゆる業種・規模の企業を想定したステップとして構成するには至らなかった。設計上の課題(意思決定構造の不整合、形骸化リスク、用語の難解さ等)に加え、専門家の不在、主治医の情報提供の限界や日本の労働慣行との摩擦といった環境的課題も複数確認された。これらはこのステップが不適切に利用されることが考慮されるため、広く普及させるためには、各項目の定義や運用基準、想定される利用者像など、細部にわたるさらなる精緻化が不可欠である。現時点では詰めを要する箇所が残っており、関係者間で丁寧な議論を積み重ねた上で、段階的に完成度を高めていくことが妥当と考える。

E. 結語

疾病に関連した安全配慮上の危険性が残存する場合のプロセス案として、「治療と仕事の両立支援における身体疾患関連の安全配慮上の課題が残存している事例の就業上の措置の検討のステップ」を作成した。災害等が発生した場合の免責要件が明確になり、企業側も安心して治療と仕事の両立支援に取り組む環境づくりにつながる可能性がある。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし

2. 学会発表

・永田昌子, 浦上遼, 立石清一郎, 森晃爾, 三柴丈典, 林和宏, 原田有理沙, 日野亜弥子; 安全配慮上の課題が残存する事例における治療と仕事の両立支援の手順案の開発. 第99回日本産業衛生学会, 大阪, 2026年5月(発表予定)

・林 和宏(協和総合法律事務所). 疾病を有する労働者の就労支援と安全配慮の調和のための法解釈論(自由な意思による同意論). 第6回産業保健法学会, 東京, 2026年8月(発表予定)

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

I. 文献

インタビュー結果詳細

産業医インタビュー①

2. プロセスモデル案 (Ver.6.3) 全体について

① 有用だと感じる点

両立支援のプロセスを可視化し、注意すべき点が明確になる点で有用である。特に、両立支援の経験が少ないスタッフにとっては、具体的な流れを把握する助けとなる。複数拠点を抱える企業がグループ全体で支援のレベルを標準化・展開していく際の共通の枠組みとなり、関係者の役割分担を明確にする上でも役立つ。

② 担当者の想定の適切さ

「産業保健スタッフもしくは人事労務担当者」という想定に異論はない。ただし、実務上のキーパーソンとして「衛生管理者」が加わることが考えられる。特に製造現場では、現場の管理監督者（課長など）がその役割を担うこともある。重要なのは、現場の状況を理解し、最終的な責任を負える権限を持つ人物がプロセスを主導することである。小規模な拠点では、拠点長や本社の人事労務部門など、より上位の権限を持つ者の関与が必要になるだろう。

③ 収入減少の可能性について

収入減少の可能性は、両立支援において避けて通れない重要な点である。安全配慮の観点から就業上の措置（夜勤免除など）を取る際、それに伴う手当の減少について本人に説明し、合意形成を行っている。これは本人の選択肢を問うというより、安全確保のために必要な措置であることを説明し、理解を求めるプロセスである。全額の収入補填は会社としての公平性の観点から困難であり、個別に対応が必要なグレーゾーンと認識している。

④ 最も大きな課題

最も大きな課題は、プロセスを運用する担当者にある程度の専門性と経験が求められる点である。経験豊富なスタッフにとっては業務を整理する上で有用だが、経験が少ない担当者が単独で運用するには、「リスクコミュニケーション」や「リスクテイキング」といった専門用語の理解も含め、ハードルが高い。そのため、導入・運用には相談できるアドバイザーや専門家によるサポート体制が不可欠となる。

3. 各項目について

4) リスクリダクションの検討：網羅性

項目自体は網羅的でよく整理されている。追加で考慮すべき点としては、「職場内の人間関係や文化」といったソフト面の環境が挙げられる。具体的には、本人の病状に対する周囲の誤解から生じるハラスメントや差別を防ぐ視点も含まれる。直接的な物理的リスクではないが、職場全体の「リテラシー」に関わる重要な要素であり、対策を怠ると人間関係の悪化など新たなリスクを生む可能性がある。

5) リスクコミュニケーション・リスクテイキング：重要性和難しい点

リスクコミュニケーションは極めて重要である。最も難しい点は、「最終的に誰がリスクを取るのか」という意思決定の所在である。特に大企業では、本人の状況をよく理解している現場（事業所）はリスクテイクに前向きでも、現場から距離のある本社は安全を最優先し、慎重な判断を下す傾向がある。現場はチームの成熟度や対応能力を肌で感じているが、本社からはそれが見えにくいため、両者の間で認識のギャップが生じやすい。この組織構造上の問題が、円滑なリスクコミュニケーションを阻む最大の障壁となりうる。

5) 家族・同僚への状況説明と教育

重要である。特に症状が重いケースでは、家族を交えて話し合いの場を持つことも有効である。ただし、全てのケースで一律に行うべきではなく、個別の状況に応じて判断すべきである。同僚に関しては、少なくともチームリーダーなど、本人の身近で業務を共にする範囲に留めるのが現実的である。産業保健スタッフと本人の関わりは断続的だが、家族や同僚は日々継続的に本人と接するため、一方的に情報を伝えるだけでなく、彼らの不安や懸念を聞き取りケアすることも重要である。

4. プロセスモデルの利用可能性と改善点

① より実用的にするための項目

病院にいる「両立支援コーディネーター」のような、専門的な知見を持つ外部のアドバイザーや相談窓口があると心強い。育児や介護と異なり、治療と仕事の両立支援に関しては相談すべき行政機関が明確でなく、アクセスしにくいのが現状である。また、「リスクコミュニケーション」などの専門用語や概念が形骸化しないよう、その実践方法に関する研修や教育的なサポートも必要である。

② 導入に必要な支援

このプロセスモデルは、単に手順を確認するためのチェックリストではなく、「いかにしてリスクを許容し、就労継続を可能にするか」を考えるためのツールとして活用されるべきである。担当者の理解度によっては、リスクを避けるための形式的な手続きとして使われかねない。モデル事例の提示や研修などを通じて、このプロセスの本来の目的が浸透することが、その有効性を大きく左右すると考える。

③ その他コメント・提案

このプロセスモデルは単に手順を確認するためのチェックリストではなく、「いかにしてリスクを許容し、就

労継続を可能にするか」を考えるためのツールとして活用されるべきである。担当者の理解度によっては、リスクを避けるための形式的な手続きとして使われかねない。モデル事例の提示や研修などを通じて、このプロセスの本来の目的が浸透することが、その有効性を大きく左右すると考える。

各プロセスステップに関する質問

2) 主治医から得られる情報の期待度

事前に業務や環境などについてコミュニケーションできていることが前提かつ肝要である。「医学的禁忌」についてはある程度詳細に得ることができると期待している。「身体的・心理的負担が高まる動作・行動」については、やや安全寄りになることや、大まかな表現になることが推察されるが、確認したい点を明確にすることで詳細情報が得やすくなると考える。「今後の治療スケジュール・予後」については、期間を区切ればより詳細に得られると思うが、疾病や病状によっては詳細な事項を主治医として示しにくいことも推察される。

3) 産業医等専門家による「安全衛生上のリスク」整理・評価の重要性

中立的な立場かつ専門的な知見を持ちながら整理・評価を行い意見を述べていくことは重要である。一方で、評価とその後の合意形成がセットになると考えており、場合によっては安全・衛生といった形で分けるなど、産業医等の専門家に一任といった構図にならないような仕組み・役割分担も必要と考える。

3) 「労務上の課題（例：同僚への影響）」を整理することの重要性

同僚や職制以下のサポートを要するケースも多く、労務上の制度適応（通勤や就業時間など）の範囲を再検討するような場合もあるため重要と考える。ただしその場合、同僚の範囲なども含めて会社としてどうしていくか（許容・対応するかも含めて）検討する必要があるため、整理する人は産業保健スタッフ以外が望ましいのではないかと考える。

産業医インタビュー②

2. プロセスモデル案（Ver.6.3）全体について

① 有用だと感じる点

自社でグローバルに展開している既存の両立支援プロセスと基本的な考え方が概ね一致しており、内容に違和感はない。一方で、専門家が配置されている組織では既に同様の取り組みが実践されているため、特に目新しさや必要性を強く感じるものではない。あまりに細かくプロセスを作り込みすぎると、国や企業ごとの労働観や雇用慣習の違いに対応できず、かえって合わなくなる可能性がある点を懸念する。

② 担当者の想定の適切さ

産業保健スタッフや人事労務担当者がいない中小企業こそが支援を最も必要としているため、国家的なガイドラインとしては、そうした事業場をより意識した内容であるべきだ。専門職がいない場合、「衛生管理者」や社内で定められた「両立支援の窓口担当者」が担い手となりうる。最も重要な主役は「本人」と「直属の上司」であり、両者の自己管理能力やピープルマネジメント能力、普段からの信頼関係がしっかりしていれば、専門職の関与が少なくても両立支援は推進できる。このモデルはやや専門職の存在を前提としすぎている印象がある。

③ 収入減少の可能性について

非常に重要である。特に成果主義・能力主義の評価制度を持つ組織では、健康上の理由でパフォーマンスに制限がかかる場合、公正な評価の観点から報酬が変動する可能性について率直に対話する必要がある。これは薬の「効果と副作用」に例えられる。本人にとって何が利益で何が不利益かは主観的であり、状況によっても変化するため、双方の利害をテーブルに出し、対話を通じて互いの落としどころを見つけるプロセスが不可欠である。

④ 最も大きな課題

日本の伝統的な終身雇用や年功序列といった労使関係のあり方が最大の課題となりうる。この文化の中では、労働者は「会社を守ってもらう立場」という意識が強く、会社と対等な立場でのリスクコミュニケーションが成立しにくい。その結果、会社側は本質的な支援よりも訴訟リスクの回避を優先し、診断書の有無など形式的な要件を重視するようになる。このような環境では、このプロセスモデルが持つ本来の機能が十分に活用されない可能性がある。

3. 各項目について

4) リスクリダクションの検討：網羅性

専門家が見れば、産業保健の基本的な管理（3 管理・5 管理）の考え方に沿っており網羅的である。しかし、

非専門家が利用する場合、対策を実施するために「どのような影響（人・モノ・金などのリソース）が出るのか」という視点を加えることでより実用的になる。また、計画の実現可能性を左右する重要な要素として、「周囲（同僚）の理解」や「人間関係性」といった項目をより明確に含めるべきである。

5) リスクコミュニケーション・リスクテイキング：重要性と難しい点

極めて重要だが、その成否は本人と上司・会社との間に事前の信頼関係という土台があるかどうかにかかっている。この土台がなければ、本当の意味での対話は成立しない。予後不良のケースのように医学的リスクが非常に高くても、本人・家族・同僚が「限りある時間だからこそ」という共通認識と協力体制を持てば、企業としてリスクを受け入れる判断も可能になる。関係者全員が状況を理解し、納得することが最も難しい点である。

5) 家族・同僚への状況説明と教育

家族や同僚は重要な「利害関係者（ステークホルダー）」であり、彼らの理解と協力なしに支援計画を成功させることは困難であるため、非常に重要である。ただし、伝えるべきは病名や病状といった詳細な医療情報ではなく、あくまで「支援に必要な配慮の内容とその理由」に限定すべきである。この情報伝達は、本人の同意のもと、基本的には管理監督者（上司）が主体となって行うべきと考える。

4. プロセスモデルの利用可能性と改善点

① より実用的にするための項目

プロセスモデルの入り口にある「本人と職場の意向の強弱」の判断基準が抽象的すぎる。他の項目が「ある/なし」で判断できるのに対し、この部分だけが曖昧であるため、例えば会社側が意向を「弱い」と主張し続けることで一方的に休職を延長するなど、プロセスの悪用につながる懸念がある。双方の意向が一致しない場合にどう進めるべきか、より具体的なガイドが必要である。

② 導入に必要な支援

プロセスモデルの提供そのものよりも、それを使いこなすための土台となる「ソフトパワー」の育成支援が重要である。具体的には、労働者自身のヘルスリテラシーや自己管理能力、そして管理職のピープルマネジメント能力や対話のスキルを高めるための研修機会などが考えられる。また、「かかりつけ医」の機能を強化し活用できるような社会的な仕組みがあれば、より質の高い情報に基づいた支援が可能になる。

③ その他コメント・提案

特になし。これまでの回答で主要な意見は述べた。

各プロセスステップに関する質問

2) 主治医から得られる情報の期待度

主治医は医師患者関係の中で、基本的に患者が不利益・不快に感じることを避けようとする。「医学的禁忌」など真の安全衛生・健康に関する情報を労使に提供した場合、そのリスクがあるのなら復職・就労は難しいとして、労働者が望まない配置転換や解雇に至る可能性を恐れるケースが多い。そのため、主治医はその恐れが解消されないケースでは真で詳しい情報を出さないことが多い。会社に医学的情報を理解し、労使が必要とする情報に翻訳解釈（共通言語化）ができ、ファシリテートやコーディネートができる者がいないと、恐れの解消ができない。専属産業医で前述の役割を担える者がいる場合には、主治医から詳細な医学情報を得ることは比較的容易だが、それ以外の場合では難しい。

3) 産業医等専門家による「安全衛生上のリスク」整理・評価の重要性

主治医からの詳細な医学的情報があったとしても、労使にとって「働くことにどう影響するのか、あるいは働くことで医学的状态にどう影響するのか」に翻訳されないと、使いようがない情報のままである。理解できない情報は心理学的にはリスクを過剰に認識させ、不安感情を増大させるため、適切なリスク認識や決断が難しくなる。産業医等専門家が「医学的情報」を「安全衛生上のリスク」に翻訳できることが最低限必要である。

「パフォーマンスや評価・キャリアへの影響」「本人・家族の Finance や Life Style への影響」などに翻訳されないと、決断・合意は難しくなる。

3) 「労務上の課題（例：同僚への影響）」を整理することの重要性

非常に重要である。特に同僚への労務負担・心理的負担と、それら負担を受けることへの感謝や公正な評価・負担期間などを整理して調整しないと、周囲からの理解や支援を得ることは難しくなり、チームとしての労務パフォーマンスも低下してしまう。

産業医インタビュー③

2. プロセスモデル案（Ver.6.3）全体について

① 有用だと感じる点

確認事項の漏れを防ぐためのチェックリストとして有用である可能性がある。また、会社として正式な手順を踏み、本人との合意形成の記録を残しておくことは、後の労務トラブルや訴訟リスクを回避する上で現代において必要不可欠である。ただし、このプロセス案は「原職復帰」を原則としているように見受けられるが、小規模分散型の職場では、休職者が出るとすぐに後任が配置され元のポストはなくなるため、原則として原職復帰はない。この点がモデルの前提と大きく異なっている。

② 担当者の想定の適切さ

最終的な配置転換の判断は人事労務部門が行うため、人事労務担当者が主体的に利用し、産業保健スタッフはそれを補助する役割を担うという想定で適切である。各店舗に人事労務担当者はおらず本部に機能が集約されているため、「事業所の担当者」ではなく「会社（本部）の担当者」が利用者となる。なお、店舗で雇用しているパート社員に関しては、雇い主である店舗の管理者がこのプロセスを利用することも考えられる。

③ 収入減少の可能性について

職務給制度が明確であり、能力評価に基づく降格も日常的に行われている組織では、治療のために職務が変更となり役職手当などが減額されることは、労使ともに当然のこととして受け入れられている。しかし、そうした経験がない社員もいるため、給与や手当が変更になる可能性については事前にきちんと説明することが重要である。特に恒久的な配慮が必要となる場合は、処遇について明確に伝えておく必要がある。

④ 最も大きな課題

最も大きな課題はプロセスの「入り口」の設計である。プロセスが「本人の意思の確認」から始まっているが、そもそも両立支援は本人の「働きたい」という強い申し出が起点であるべきだ。意思の確認から始めるのではなく、本人の復職意思を大前提とすべきである。また、フローチャートの判断基準に「職場の受け入れ意向」が含まれているが、復職先は会社（本部）が総合的に判断して決定するため、特定の職場の意向で復職の可否が決まるという概念自体が存在しない組織も多い。

3. 各項目について

4) リスクリダクションの検討：網羅性

項目分類と定義に課題がある。「環境の整備」という項目に、「設備の改善」という物理的（ハード）な対策と、「リスク悪化を報告できる雰囲気」という組織風土的（ソフト）な対策が混在しており、粒度が違いすぎる。また、「リスク悪化を報告できる環境」は「環境の整備」ではなく「健康管理の支援」や「緊急時の対応」に

分類する方が適切ではないか。全体的にカテゴリー分けの軸が不明確で分かりにくく、挙げられている対策例は「就業上の配慮」そのものであり、「リスクリダクション」と「就業上の配慮」の概念の違いをまず明確に整理し直す必要がある。

5) リスクコミュニケーション・リスクテイキング：重要性と難しい点

病状が悪化した際などに、本人から「本当は納得していなかった」と主張されるリスクがある。このような事態を防ぐため、「双方が話し合い、リスクを納得した上で意思決定した」という事実が明確に記録として残るような手続きを確立することが不可欠である。本人が自覚し納得したことを示すドキュメンテーションが、このプロセスの実用性を高める鍵となる。

5) 家族・同僚への状況説明と教育

家族と同僚は全く異なるステークホルダーであり、一緒に扱うべきではない。家族は雇用契約に関係のない第三者であり、このプロセスに登場させるのは例外的なケースと捉えるべきである。同僚の不公平感や業務負荷の増加といった問題は、本人の課題ではなく、会社が対応すべき労務管理上の課題である。業務の再配分や人員配置の見直し、適切な評価制度の運用によって会社が解決すべき問題であり、療養する本人に直接関係させるべきではない。

4. プロセスモデルの利用可能性と改善点

① より実用的にするための項目

仕事の「負荷」や「ハザード」の事前リストアップを職場の準備段階として設けるべきである。冷凍庫・冷蔵庫内への立ち入り、長時間の立ち仕事、刃物の使用、調理器具の近くでの作業などを網羅的にリストアップすることで、従業員の健康状態と照らし合わせる際の客観的な基準となる。また、医師や本人に対して「この仕事は可能か」といった抽象的な問いかけではなく、「冷凍庫での作業は問題ないか」など、具体的な負荷に対する可否を確認できるようになる。

② 導入に必要な支援

外部専門家のサポートは非常に有効な手段である。個別の疾患を持つ従業員が特定の業務（例：ペースメーカー装着者のフォークリフト運転）に従事できるかといった判断は、治療の専門医や自社の産業医だけでは困難な場合が多いため、多様な現場経験を持つ専門家からの支援は重要である。

③ その他コメント・提案

プロセスを整備すること自体は、労務リスク管理の観点から必要であり、導入する価値はある。ただし、このモデルは特定の企業形態を前提にしているように見受けられる。「原職復帰」や「現場の受け入れ意向」が馴染まない業態も多く、多様な業態や企業規模の実態を考慮した柔軟性がモデルには求められる。

2) 主治医から得られる情報の期待度

主治医から得られる情報の詳細度は、医師個人の協力姿勢や知見、対象となる疾病の種類に大きく依存するため一様ではない。良好なケースとして、大動脈解離の事例のように非常に詳細で具体的な情報（避けるべき動作レベルでの明確な指示）が得られることがある。一方、「デリカやグロサリーのような仕事は避けるべき」といった、医学的判断とは言い難い抽象的な意見に留まる場合もある。最終的に会社として期待し求めるべきなのは、具体的な作業環境や業務負荷（例：冷凍庫内での作業の可否）を提示した上で、それらに対する医学的観点からの判断である。

3) 産業医等専門家による「安全衛生上のリスク」整理・評価の重要性

極めて重要である。循環器の専門医のような治療の専門家は、フォークリフト運転といった職場の具体的な作業内容やそれに伴うリスクを理解していないからである。医学的知識と職場の実情の双方を理解している産業医が介在してリスクを評価することが不可欠である。判断が難しいケースについては、両立支援の経験豊富な社外の産業医など、さらに専門性の高い専門家に相談できる体制が有効である。

3) 「労務上の課題（例：同僚への影響）」を整理することの重要性

「職場の受け入れ意向」は現場が決めることではなく、会社（人事）が決めるべきことであるという考え方から、同僚への影響といった労務上の課題も、現場任せにせず、最終的には会社が責任を持って整理・判断すべきという考え方が示唆される。

人事担当者インタビュー①

2. プロセスモデル案（Ver.6.3）全体について

① 有用だと感じる点

特に思いつかない。本人の意思を尊重すると異動希望が殺到し、雇用主が対応すべき内容がかなり多くなるという懸念点がある。

② 担当者の想定の適切さ

「産業保健スタッフもしくは人事労務担当者」という想定は適切だと考える。

③ 収入減少の可能性について

夜勤等に入っていない場合はもともと手当がないため、特に問題になりそうなことはないと思っている。夜勤に入らない特別の方に関して手当を減額するという仕組みを作っており、それが適用されることは本人が理解していると思うので、収入が減ること自体は本人が納得の上で復帰されるという方向でいかれると考える。

④ 最も大きな課題

異動希望の人が結構増えるのではないか。適応障害などで休んだ場合に、今の部署が嫌だったとして復帰の時に異動させてもらえるという方向での利用が増える可能性がある。また、毎回網羅性を持たせるのは手間が非常に大きい。

3. 各項目について

4) リスクリダクションの検討：網羅性

特に思いつかない。

5) リスクコミュニケーション・リスクテイキング：重要性と難しい点

現時点ではその辺りをやっていないため、人事課と相手の方というのがほぼ面識がない方が多く、コミュニケーションがなかなかしづらいという状況がある。評価については所属長を通じて行ってもらうしかない。実際に働く場所でのことは分からないため、結果的に所属長と連携するという形になると思う。

5) 家族・同僚への状況説明と教育

同僚については職場の状況を見て説明できると思う。ただし、家族への説明については今まで行っていない

こともあり、難しいと感じる。

4. プロセスモデルの利用可能性と改善点

① より実用的にするための項目

所属長の役割をもっと明確に決めた方がよいと思う。

② 導入に必要な支援

特になし。

③ その他コメント・提案

職場復帰の仕事が大変になりそうだと感じた。手続き面ばかりに注力すると、漏れているとか実施されていないといった問題ばかりが浮上し、手間ばかりかかる。省略を認めることも大事かもしれない。目的自体が手続きをトレースすることになり、両立支援が二の次にならないよう注意することが必要である。

各プロセスステップに関する質問

2) 主治医から得られる情報の期待度

復職させてよいのかどうかというところを具体的に評価していただけるのであれば非常に有用だと思う。再休職というケースが結構あるため、このプロセスでより具体的になることで再休職のリスクが減るのではないかと期待している。具体的には、再休職しないための負担の源泉がどこにあるかという情報を主治医には役割期待として持っている。

3) 産業医等専門家による「安全衛生上のリスク」整理・評価の重要性

先生たちが踏み込んで色々聞いていただいて整理することは重要だと思う。

3) 「労務上の課題（例：同僚への影響）」を整理することの重要性

同僚への影響は所属長が考えることなので、所属長を通じて通知してもらうことが適切だと考える。

人事担当者インタビュー②

2. プロセスモデル案（Ver.6.3）全体について

① 有用だと感じる点

特に思い当たる点はないが、全体の流れとして普段行っている業務の流れと違和感がなく、そのまま受け入れられるものであるという認識である。

② 担当者の想定の適切さ

産業保健スタッフまたは人事労務担当者がプロセスを利用する担当者として想定されていることは適切だと考える。その他に含めるべき担当者としては、上司は職場に戻る必要があるため関与させるべき場合が多いと感じる。家族については関係性やケースバイケースによると考えられ、状況によっては問題が複雑化する可能性があるため、徐々に含めていくことが望ましい。

③ 収入減少の可能性について

安全配慮上の問題がある場合にはまず復帰した上で夜勤などに入るべきというのが人事の立場である。身体的なリスクがある場合はそれを避けるべきであり、収入が減ることは「別の問題」として捉えている。まずその人が仕事に復帰することを優先し、安全な業務を遂行できるかを考えるべきであり、その結果として手当が減るのはある程度仕方ない部分もある。心筋梗塞の再発リスクがある人が夜勤を希望し収入が減る場合、会社としては再発リスクを避けるために夜勤を認めない判断をすることが多い。

④ 最も大きな課題

特に思い当たる点はなかった。

3. 各項目について

4) リスクリダクションの検討：網羅性

項目は網羅的であると考え。他に含めるべき項目としては、労働災害のような状況を想定し、避難経路や避難方法のシミュレーションといった対策も含まれるべきである。

5) リスクコミュニケーション・リスクテイキング：重要性和難しい点

残存リスクについて、本人と会社側が必ず納得する必要がある。本人がリスクを把握せずに業務を遂行し、病状が再発・悪化した場合、会社側に責任があるとみなされ訴えられる可能性があるため、これを避ける上で非常に重要である。特に難しい点として、情報を知らせる範囲とその伝え方が挙げられる。事業主だけでなく、一緒に働く同僚やチームメンバーにも伝える必要があるケースがあるため、本人の意向を確認した上で、デ

リケートな情報として慎重にコミュニケーションを取る必要がある。

5) 家族・同僚への状況説明と教育

家族については、本人と直接やり取りすることが原則であり、本人が話せる状態ではないような特別な場合にのみ家族とコミュニケーションを取る運用がされている。同僚については、同僚への状況説明と協力要請は非常に重要だと評価している。実際に同僚への業務負担が増加したり、育児休暇などの取得が難しくなったりするケースがあるため、職場全体への影響を整理する必要があると考える。

4. プロセスモデルの利用可能性と改善点

① より実用的にするための項目

現在のプロセスモデル案の流れはすでに実務でやっている流れと一致しているため、特に追加で実用性を高める項目は思い当たらない。ただし、現バージョンは難しすぎてわからない部分がある。用語を簡単にする、説明をわかりやすくするなどの十分な検討が必要であり、正直読むのを途中でやめてしまうほどであった。

② 導入に必要な支援

特に思い当たらない。

③ その他コメント・提案

このプロセスモデル案は現在行っている実務の流れと全く違和感なく、自然に受け入れられる内容である。ただし、インタビュー担当者の説明があって内容を初めて理解できるレベルであり、慎重な改定が必要であると感じた。

(時間があれば) 各プロセスステップに関する質問

2) 主治医から得られる情報の期待度

分からないというのが率直な感想である。

3) 産業医等専門家による「安全衛生上のリスク」整理・評価の重要性

産業医等専門家の意見は、事業者側にとって「一番の基準」であり「軸」となるため、その評価は非常に重要だと考えている。

3) 「労務上の課題（例：同僚への影響）」を整理することの重要性

同僚への影響は非常に重要だと感じている。実際に休職者が複数人出た際に業務が回らなくなり、残された

若手社員が育児休暇を取得できないといった事例があったため、周囲への影響を整理することは非常に重要である。

人事担当者インタビュー③ サービス業

2. プロセスモデル案（Ver.6.3）全体について

① 有用だと感じる点

事業者として「ここまでやればやるべきことを果たした」という安心感が得られることである。特に、人事部の立場からは、会社としてやるべきことをやったかと問われた際に「やりました」と言える根拠があることが安心感につながる。また、復職を希望する側にとっても、「ここまでやったら一応十分とされている」というラインがあることで、対象者の安心にもつながる可能性があると思う。

② 担当者の想定の適切さ

「産業保健スタッフもしくは人事労務担当者」という想定に加えて、対象者の所属部署の業務を把握している所属長または担当者を含める方が良いと思う。人事部では対象者が担当している業務の細部や負荷・程度を正確に把握することが難しいケースがほとんどであるため、現場の業務を理解している者が同席または関わることが必要と考える。

③ 収入減少の可能性について

夜勤手当などが支給されなくなり収入が減少する可能性がある場合は、本人に伝えておくことは当然必要かつ重要だと考える。復職後の業務内容や処遇に関わることであり、本人の同意に関わるため復職後の影響につながる可能性が高いからである。運用については、人事側から書類などで復職前の段階で伝えておく必要があると考える。異動が確定した、またはこのような処置が必要と判断されたタイミングで説明を行うことが必要だ。

④ 最も大きな課題

プロセスモデルを実際に利用する上で最も大きな課題となりそうな点は、復職に関して考える職場（人事側や所属長など）が、復職者が対応できるかどうかについて正しい判定ができるのかどうかという点だと考える。

3. 各項目について

4) リスクリダクションの検討：網羅性

概ね網羅的であると考ええる。

5) リスクコミュニケーション・リスクテイキング：重要性と難しい点

「リスクリダクション後の残存リスクを見積もり、その正確な情報を本人に提供し、対話によって、本人と事

業主双方の納得した意思決定を促す」というリスクコミュニケーションの重要性は大変高いと評価する。特に難しい点は、事業主側が残存リスクをどこまで正確に見積もれるのかという点と、本人とどこで合意できるのかという点である。合意がずれた時に、どのように一致させていくかが実際の難しい面であると考えている。

5) 家族・同僚への状況説明と教育

家族については、会社としてすべきかどうかも含めて判断しづらく、家族まで会社に関わるのは難しいというのが現時点での考えである。同僚についても悩ましい課題であり、本人の病気や状況によってどこまで伝えられるのか、伝えてよいのかという点は現場の所属も常に悩んでいる。個別のケースによるところが大きく、どこまでよいのかというガイドラインがあれば専門家に相談したいところだ。

4. プロセスモデルの利用可能性と改善点

① より実用的にするための項目

チェックポイントのようなもの、すなわち「これを確認しました」という確認事項に即して進められるような項目があればよいと思う。これにより、手続きを一通り実施したことが分かりやすくなる。

② 導入に必要な支援

行政や外部機関（両立支援コーディネーターなど）からの支援については、具体的なイメージが湧かないのが現状である。

③ その他コメント・提案

このようなプロセスモデルができれば、現場の所属長も同席すべきという意見があったが、例えばそれを説明したり、復職に必要な事項として研修をしたりするなど、社内で組織的な取り組みを合わせなければ会社として機能しないのではないかと思う。

（時間があれば）各プロセスステップに関する質問

2) 主治医から得られる情報の期待度

実務上は詳細な情報が得られた方がよいと考えるが、現状では主治医から詳細な情報を聞いたことがほとんどないため、どの程度詳細な情報が得られるかについては分からないというのが正直なところである。仮に主治医側の所見と産業医の意見がずれた場合には困るだろうという懸念がある。

3) 産業医等専門家による「安全衛生上のリスク」整理・評価の重要性

産業医等専門家が「安全衛生上のリスク」（環境条件、作業条件、自己健康管理の条件）を整理し評価することは大変重要であると考えている。

3) 「労務上の課題（例：同僚への影響）」を整理することの重要性

本人が復職して業務を続けるにあたって、周りの同僚との関係性や仕事の配分・やり取り・負荷などが重くなったり軽くなったりすることが当然あると考えるため、同僚への影響を整理することは重要である。同僚への影響を全く考慮せずに判断することは難しく、かえってマイナスになる可能性も否定できない。

看護職インタビュー①（統括的な立場の保健師）

2. プロセスモデル案（Ver.6.3）全体について

① 有用だと感じる点

経験が少ない産業医や保健師にとって、それぞれの役割が明確となっており有用と考える。また、事業場に人事労務担当者がいない会社も増えているが、その場合も有用だと思う。

② 担当者の想定の適切さ

職場に人事労務担当者がいない会社もある。健康管理担当者や総務担当者に衛生管理者を取得してもらい、同様の役割を担当してもらっている。衛生管理者を取得している人を含めてはどうか。

③ 収入減少の可能性について

自身が担当する際は、手当がなくなった場合に生活を見直さないといけないなど、あらかじめ誰かが説明をするようにしている。

④ 最も大きな課題

主治医の就労に関する考え方や患者に寄り添った意見になることにより、主治医の意見を適切に汲み取るのは難しいケースがあるかもしれない。また、文書のやりとりに時間を要す可能性がある。

3. 各項目について

5) リスクコミュニケーション・リスクテイキング：重要性と難しい点

リスクは按分して取れない。それぞれの立場の人がお互いの立場を理解できれば、リスクコミュニケーションはうまくいく可能性があるが、立場の理解が難しい可能性がある。

5) 家族・同僚への状況説明と教育

同僚に何らかの影響がある場合は、説明をする必要がある。日常生活の支援だったり、緊急時の対応について説明をする必要がある。高次脳機能障害や視覚障害など周囲が障害に気付かない・理解が難しい場合は、同僚に理解してもらう必要がある。家族を巻き込むのは、通勤ができるかを確認する場合である。

4. プロセスモデルの利用可能性と改善点

① より実用的にするための項目

事業者側の最終決裁者が誰になるのか、産業保健スタッフ等は確認しておくといよい。

③ その他コメント・提案

主治医が持っている就労の常識と職場の就労に求められる考え方を埋めることが重要である。リスクをコントロールすることによって、皆が一定のハッピー度を目指すという方向性が重要と感じる。

看護職インタビュー②（常勤保健師）

2. プロセスモデル案（Ver.6.3）全体について

① 有用だと感じる点

こういったプロセスが出てくれば、人事労務含めて対応がとりやすくなると思う。主治医から明確な情報が得られないことが困っており、ほしい情報がない。主治医が、働いているイメージがわからないのだろうと思う（例：車両運転について、注意することはないかという確認）。

③ 収入減少の可能性について

配置転換は前もって説明する必要があるが、どういう状態になれば処遇が戻るのかの説明が必要だと考える。

④ 最も大きな課題

主治医から情報を適切に得るのが難しいのではないかと。職場に負担がかかる場合も、職場の同意を得ていくのは難しい可能性がある。

3. 各項目について

5) 家族・同僚への状況説明と教育

家族を巻き込むのは難しいが、安全配慮上のリスクが大きいと考えられる場合や体調管理が十分できていない場合に家族を巻き込む。

4. プロセスモデルの利用可能性と改善点

② 導入に必要な支援

福祉制度の活用などについて情報提供してほしい。

③ その他コメント・提案

配慮をすべき事項、同僚への負担がかかることのチェックポイントがあると有用である。

看護職インタビュー③（健診機関 保健師）

2. プロセスモデル案（Ver.6.3）全体について

① 有用だと感じる点

有用だと思う。中小企業は事例が少なく担当者の対応に慣れていないため、このようなプロセスが役に立つ。

② 担当者の想定の適切さ

産業保健スタッフの範囲はどこまでかという点がある。事業場外の産業保健スタッフの窓口は含まれてよいのではないかと。主治医の同行受診を担当してくれる方、状況を把握して動ける方など、事前に役割を整理しておくともよいかもしれない。中小企業では、事業主や No2 の方、衛生管理者、衛生推進者が考えられる。

③ 収入減少の可能性について

現状の評価による就業上の措置であり、未来永劫続くわけでない。定期的な見直しが必要であることを説明することが必要。

④ 最も大きな課題

主治医へのフィードバックが必要ではないか。それぞれの担当者の役割とすべきこと（本人の健康管理も含む）を書面で残す様式があってもよい。

3. 各項目について

4) リスクリダクションの検討：網羅性

環境の整備として「周囲への説明」が必要ではないか。仕事は多くの人に関わるので、理解してもらう必要がある。

5) リスクコミュニケーション・リスクテイキング：重要性と難しい点

書面として残っている方がよいのではないかと。このプロセスに基づいて実施したことを証明できるようにすることが重要と考える。

5) 家族・同僚への状況説明と教育

家族に言いたくない当事者がいる。当事者が家族への説明をしないことを選択したことも記録として残す必要があるのではないかと。

4. プロセスモデルの利用可能性と改善点

① より実用的にするための項目

関係者が誰なのか、役割が一覧になっていると、主治医への様式（衛生管理者が利用できる）などが整備しやすい。

② 導入に必要な支援

地域産業保健センターや医師会などを活用し、研修会を企画するなどして周知を図ることが有効ではないか。

③ その他コメント・提案

「残存するリスク」という言葉は現実的に取り扱いが難しい。好事例集があるとイメージしやすい。

2. プロセスモデル案（Ver.6.3）全体について

① 企業が導入している場合、主治医にとって有用だと感じる点

主治医からみた悪化防止につながる利点として有用と考える。主治医は就労に関する意見を出した後、企業内でどのような判断プロセスが行われているかを把握できていないことが多い。企業が体系的なプロセスに基づいて判断していることが分かれば、医療機関はその判断の妥当性を理解しやすくなり、透明性の向上によって企業側と患者側の感情的な対立を避け、論理的な対話が可能となる。

② 収入減少の可能性が主治医・患者間の信頼関係に与える影響と改善案

事前に患者・主治医・職場の三者面談を設けることが有効である。プロセスモデルを実際に利用すると、配置転換や作業内容の変更によって夜勤手当などが支給されなくなり本人の収入が減少する可能性があるため、職場が主治医に意見を尋ねたり主治医が意見を表明したりすることを嫌がる可能性がある。結果として復職の抑制につながる可能性は否定できない。

③ 全体として最も大きな課題

主治医は安全配慮・合理的配慮の概念を知らないことが多い。一方、職場側は医療の不確実性を理解しておらず、復職判定基準（現職復帰）についての認識も乏しい。普段の診療では「案外働けているよ」という楽観的な説明がなされる一方、復職判定基準に達しない患者をどこまで支援できるかが課題である。産業医と主治医のコミュニケーションをさらに深める必要があり、現職復帰が困難と予測できる場合は早期から障害者雇用を視野に入れて動くことが求められる。また体制整備には同一労働同一賃金への対応や就業規則の整備が必要であり、日本の労働慣行として業務の切り出し・仕事の評価が十分に行われていないことも障壁となっている。

3. 各項目について（主治医の意見表明における留意点）

2) 主治医の意見を表明する上での実務上の難しい点・留意点

有害業務の聴取にあたっては程度問題があるため、具体的な数字やイメージで示すことが重要である（例：高所作業の高さや頻度、運転頻度など）。危険度の高いところから確認し、プラスアルファで追加確認していく順序が適切である。有害業務といっても程度問題があるため、イメージできる具体的な情報提供が主治医の的確な意見表明につながる。

4. プロセスモデルの利用可能性と改善点

① より実用的にするための項目

基本的なことを押さえており、まず一番最初の段階での理解が重要である。復職コーディネーターの活用についても検討に値する。

② 導入に必要な支援

障害が残存する事例ではリハビリ職の活用が有効と考えられる。職場向けの研修会や、労働局等の行政機関からの働きかけが利用促進につながる。治療中に会社からの連絡が疎になりがちであるため、少しの声掛けを継続する仕組みが重要である。

③ その他コメント・提案

プロセスモデルの中で定期的な見直しを入れることが重要である。

2. プロセスモデル案 (Ver.6.3) 全体について

① 企業が導入している場合、主治医にとって有用だと感じる点

現状、主治医は就労に関する意見を出した後、企業内でどのような判断プロセスが行われているかを把握できていない。患者から断片的に「上司にこう言われた」という形でしか情報が入らず、患者自身も企業がなぜその結論に至ったかを理解できていないことが多い。企業が体系的なプロセス（システム）に基づいて判断していることが分かれば、医療機関はその判断の妥当性を理解しやすくなる。透明性が高まることで、企業側（上司）と患者側の感情的な対立を避け、論理的な対話が可能となる。患者が不適応を起こしたり、会社への信頼を失ったりする事態を防ぐ効果も期待される。また、てんかんセンターと地域の一般医療機関とでは主治医から企業へ入る情報の粒度・正確性が異なる場合があるが、企業が主治医の意見と異なる判断を下した部分を明確にすれば、主治医側から追加の情報提供が行われるなど建設的な意見交換が期待できる（例：「その情報には言及していなかったが、この情報も踏まえればリスクなし群に該当する」といったやり取り）。

② 収入減少の可能性が主治医・患者間の信頼関係に与える影響と改善案

患者が運転を希望しているのに主治医が「不可」と判断した場合など、患者の希望と異なる意見を主治医が伝えることで信頼関係が損なわれるリスクがある。また患者が「就労不可」という主治医意見を職場に偽って伝えているケースも想定され、復職の抑制につながる可能性がある。改善策として、現在のプロセス評価軸が「リスクなし」以外をすべてマイナス（リスクあり）として扱っている点が課題である。プロセスに「プラスの側面（働きやすさの向上など）」を評価する視点を加えることで、ある活動が制限されても代替策や合理的配慮によって「これならやりたい」と思える別の選択肢を提示でき、主治医と患者が新たな希望について話し合うきっかけとなり、信頼関係の毀損を防ぐことができる。医療機関内では医師がリスク管理を担い、心理士が代替策の提案や患者への励ましといったプラスの側面を担う役割分担がなされているが、トラック運転手のように代替案がない職種では患者に逃げ道がなくなり、結果として虚偽申告が発生している実態がある。企業側から「運転はできないが、こちらの業務なら可能」といった代替提案があれば状況を打開できる可能性がある。

③ 全体として最も大きな課題

主治医は安全配慮・合理的配慮の概念を知らないことが多い。一方、職場側は医療の不確実性を理解しておらず、復職判定基準（現職復帰）についての認識も乏しく、産業医と主治医のコミュニケーションをさらに深める必要がある。主治医からは「案外働けているよ」という楽観的な説明がなされる一方、復職判定基準に達しない患者をどこまで支援できるかが課題であり、現職復帰が困難と予測される場合は早期から障害者雇用を視野に入れて動く必要がある。また体制整備には同一労働同一賃金への対応や就業規則の整備が必要であり、日本の労働慣行として業務の切り出し・仕事の評価が十分に行われていないことも障壁となっている。このプロセスモデルは実際の業務で直接使用するツールというよりも、思考フローを整理するための概念的ガイドとして想定され、主な利用者は問題意識の高い産業医であり、主治医が直接使用することは判断内容が産業医の領域に属するため適切ではない。

3. 各項目について（主治医の意見表明における留意点）

2) 主治医の意見を表明する上での実務上の難しい点・留意点

有害業務の聴取にあたっては程度問題があるため、具体的な数字やイメージで示すことが重要である（例：高所作業の高さ、運転頻度など）。危険度の高いところから確認し、プラスアルファで追加確認していく順序が適切である。産業医がどのような観点（業務遂行・安全配慮）で判断しているかという思考プロセス全体を主治医に開示することで、主治医はそれに沿った具体的・的確な情報提供が可能となる。結果だけでなくプロセスへの関与が主治医の連携意識を高める。就労支援を担う専門職については、総合病院・大学病院ではMSWやがん就労コーディネーターが担うことが多い一方、地域クリニックでは障害者手帳の対象外の疾患では公的就労支援に繋がりにくい課題があり、診療報酬上の評価も不十分なため医師単独でのケアに限界がある。

4. プロセスモデルの利用可能性と改善点

① より実用的にするための項目

医療従事者（心理士・MSW・コメディカル等）にとっても、企業の構造や判断プロセスを理解するための有益なツールとなる。これまで企業への具体的な提案内容が不明確だったが、プロセスが可視化されることで医療側からの提案がしやすくなる。職場と患者がより深く対話できれば相互理解が進む。患者は会社と病院の両方で弱い立場に置かれやすく、少し否定的な反応を受けただけで諦めてしまうケースが多い（例：「主治医に無理はダメと言われた」という言葉を過度に解釈し、仕事を辞めてしまうなど）。「こういう症状はあるが、こちらならできる」といった具体的な提案を伴う双方向の対話（最低2往復以上）を促す仕組みが重要である。

② 導入に必要な支援

障害が残存する事例ではリハビリ職の活用が有効と考えられる。職場向けの研修会や、労働局等の行政機関からの働きかけが利用促進につながる。治療中に会社からの連絡が疎になりがちであるため、少しの声掛けを継続する仕組みが重要である。

③ その他コメント・提案

プロセスモデルの中で定期的な見直しを入れることが重要である。職場と医療機関が互いの立場を理解し建設的な対話を行うことが最も重要であり、対話によってすべての問題が解決するわけではないが、必ずよい結果が生まれる。一部の医療従事者（特に心理職）が企業と患者を対立構造で捉え、「病気のある人は会社が支援すべきで働けなくてもよい」という極端な価値観を持つ傾向があることへの懸念も示された。医療従事者が職場を理解するためには、医療以外の社会人経験や、患者から職場でのコミュニケーション（上司・同僚とのやり取り）を詳細にヒアリングする実践経験が基盤となる。

(資料 2)

治療と仕事の両立支援における 身体疾患関連の安全配慮上の課題が残存している事例の就業上の措置の検討のステップ

A. はじめに

本ステップは、主治医の意見等を参考に職場が措置を行っても、安全配慮上の課題が残存する事例において、事業者が安全配慮義務を適切に履行したと考えられる手順を示すものである。

本ステップを利用する事業場の担当者は、産業保健スタッフもしくは人事労務担当者を想定している。

本ステップは業務起因性のない疾病を主たる対象としているが、業務起因性のある事例においても、本ステップの考え方は参考になる可能性があるが、雇用や所得の保証における事業者の責任を念頭に対応する必要がある。

B. 本ステップが必要な背景

事業者は、治療と仕事の両立支援を申し出た労働者に対して必要な支援を行う。その際、就労によって疾病の増悪、再発や労働災害が生じないように、就業場所の変更、作業の転換、労働時間の短縮、深夜業の回数の減少等の適切な就業上の措置や治療に対する配慮を行う。主治医の意見等を参考に職場が措置行った場合、安全配慮上の課題が残る頻度は高くないが、就労によって疾病の増悪、再発や労働災害が生じないと言い切れない状態もありうる。具体的には、片麻痺が残存した状態での転倒災害や、ステロイドによる骨粗鬆症を有する労働者の圧迫骨折などが想定される。また、疾病は経時的に増悪する自然史を持つものもあり、日常生活と就労のいずれで悪くなったかの判別は容易ではない。就労によって疾病の増悪、再発や労働災害が起きないように配慮を尽くす必要があるものの、不確実性を伴う疾病の増悪や災害の発生に対して、リスクを大きく見積もりすぎて過剰な業務制限を行うと本来可能である就労継続も困難になってしまうことがある。

C. 本ステップの利用者に必要な視点

事業者は、医療と職場安全の文化的な違いを理解する必要がある。事業者は労働災害防止のために合理的な範囲でリスクを可能な限りゼロに近づけることを目指す。一方、リスクがあることを前提に医療行為を行う医療は、本質的に不確実性を前提としている。病状の変化や予後には個人差があり、医師は確率的な判断に基づいて見解を示すことしかできない。また、職場環境との相互作用における病状の変化に関するエビデンスは乏しい。事業者が医師に対して安全であるという保証を求めることは適切ではなく、むしろ医学的見地から得られる情報をもとに、一定のリスクを受け入れながら支援を進める姿勢が求められる。

安全配慮上のリスクが許容できないと考えられた場合であっても、それを直ちに就労継続の断念に結びつけるのではなく、安全配慮上のリスクを許容可能な範囲まで軽減するための就業配慮や環境調整を、粘り強く模索し続ける姿勢が重要である。

D. 進め方

治療と就業の両立支援指針に準拠し、支援を必要とする労働者からの申出を起点とする。支援を進めるなかで、労働者並びに関係者が安全配慮上の課題が残る可能性に気付いた時点で、下記の7つのステップを併せて踏むことを検討する。各ステップは並行して進むことも想定され、必ずしも順番通りである必要はない。また、各ステップで次のステップに進まなかった場合は、休業の延長・職務内容の再検討を行う、もしくは直前

のステップに立ち返り、労働者と職場がリスクの残存と就労に合意することを目指し、検討と対話を進めることが望ましい。

原則として、支援を必要とする労働者からの申出から両立支援は始まるが、事業者は安全配慮義務に基づき、労働者の働きぶりや健康状態を観察し、疾病の増悪や事故等の結果を回避する責任を有している。したがって、本人の申出を待つだけでなく、職場側が安全配慮上のリスクの予知に努める義務があり、予知した場合事業者は速やかに本ステップの活用を検討し、対話を開始する。

従来通りに働けない状況に直面している労働者は、職場の受け入れ態勢への不安などから申出を躊躇する可能性が高いことを考慮し、職場側から受け入れ姿勢を示すコミュニケーションを行い、労働者が安心して申出できる環境を整えることが重要である。また、配置転換や職務内容の変更に伴い、夜勤手当などが支給されなくなり、収入が減少する可能性も想定される。したがって、労働者の意向を確認する際には、こうした経済面の変化も考慮に入れたうえで対応する必要がある。

7つのステップ

1) 労働者本人と職場の意向の確認

治療と仕事の両立支援は労働者本人からの申出を端緒とするため、労働者本人の就労の意向を前提とするが、その意向は経時的に変化し得ることから、適宜再確認することが必要である。

- 労働者本人への確認事項
 - ◇ 就労継続に対する労働者本人の希望と意欲
 - ◇ 従来の配置における業務への適応の自己評価と懸念事項
 - ◇ 希望する配慮
 - ◇ 疾病や症状に関する職場への情報開示の範囲
- 安全配慮上の課題が残存する可能性を明示したうえで、受け入れの意向を確認する
 - ◇ 事業場の受け入れに関する方針
 - ◇ 安全確保のための体制整備、配慮可能な範囲の確認
 - ◇ 配置転換の検討余地

2) 仕事への医学的適性の評価

主治医に、労働者本人の健康状態・機能障害・医療状況を確認し、医学的に禁忌もしくは懸念がある作業について尋ね、仕事への医学的適性の評価を依頼する。

- 疾患関連の課題に関する主治医への確認事項：
 - ◇ 医学的禁忌（病状悪化の可能性、事故の恐れ）と判断した動作・行動
 - ◇ 病状悪化および事故発生の確率的評価と、その不確実性に関する見解
 - ◇ 障害などの身体的な制約で、身体的・心理的負担が高まると判断した動作・行動
 - ◇ 今後の治療スケジュールと予後

3) 仕事への適応を評価

産業医等専門家に、従来の配置または希望する働き方において安全な業務遂行が可能かについて、安全配慮上のリスクと不確実性の程度・意見を求める。その意見を踏まえ、労働者本人と対話しながら、仕事への適応を評価する。

- 産業医等専門家による安全衛生上のリスクの整理：
 - ◇ 環境条件：疾病悪化・事故の恐れの高い有害環境や通勤経路

- ✧ 作業条件：疾病悪化・事故の恐れの高い作業内容
- ✧ 自己健康管理の条件：治療・通院アドヒアランス、自助努力の状況
- 労務上の課題を整理（例：同僚への影響、業務負荷の偏り）

4) リスク低減策の検討

安全衛生上のリスクを低減する対策を検討する。リスク低減のための必要条件となる措置と配慮を含む。

- ✧ 環境の整備（ハード面）：設備改善、バリアフリー化
- ✧ 環境の整備（ソフト面）：必要な範囲へのリスクと理由の開示、リスク悪化を報告できる環境、通院環境、通勤環境（勤務時間の調整等も含む）、始業時・就業中の体調チェック
- ✧ 作業の調整：作業内容の変更・減免、作業手順の見直し
- ✧ 健康管理への支援：服薬・医療指導の順守をチェック、病状・治療状況のフォローアップ
- ✧ 緊急時の対応（急な体調悪化、事故発生）：応急処置・連絡手順・医療機関への受診等の対応の明確化、シミュレーション

5) リスクコミュニケーション（リスクに関する対話）、と合意

- 残存リスクの確認と対話
 - ✧ リスク低減策実施後の残存リスクを見積もる。
 - ✧ 不安への対応：本人・職場の意見を聴取し、実施するリスク低減策に反映する。
 - ✧ 見積もった残存リスクについて、労働者本人と事業者に提示する。
 - ✧ 対話を行い、残存リスクについて労働者本人と事業者の理解を確認する。
 - ✧ 実施するリスク低減策について労働者本人と事業者双方の納得した意思決定を促す。
- 残存リスクの許容
 - ✧ 事業者：残存リスクを容認する。
 - ✧ 労働者本人：残存リスクがある中での就労に同意する。リスク低減策の実施に必要な範囲で、同僚等への情報開示および説明に関する労働者本人の同意を得る。
 - ✧ 労働者家族に対して、必要に応じて状況を説明し、残存リスクがある中での労働者の就労の同意を得る。労働者家族への説明に関する労働者本人の同意を得る。
 - ✧ 事業者または労働者本人において、残存リスクの許容が困難な場合には、休業の延長や職務変更の再検討を行い、法律家への確認を求めることが望ましい。
- 残存リスクの許容が困難な場合
 - ✧ 事業者または労働者本人において、残存リスクの許容が困難な場合には、休業の延長や職務変更の再検討を行い、法律家への確認を求めることが望ましい。

6) 「両立支援プラン」もしくは「職場復帰支援プラン」の作成と実施

- 合意した事項を文書化し実施するリスク低減策を「両立支援プラン」もしくは「職場復帰支援プラン」に盛り込む。
- 具体的な支援の実施と周知
 - ✧ 「両立支援プラン」もしくは「職場復帰支援プラン」に基づいた措置の開始
 - ✧ 必要に応じ、過不足ない周囲への疾患開示・配慮事項の説明を行う。
 - ✧ 必要に応じ、同僚等に、緊急時の対応等を教育する。

7) 見直し

産業医等専門家に仕事の適応状況と残存リスクの変化と措置の過不足を評価する

- ◇ 病状・治療に変化が生じた場合
- ◇ 職場・仕事に変化が生じた場合
- ◇ 定期的な再評価で、残存リスクが高まったと判断する場合

（付属 1）

適性と適応について

「適性の有無」は、疾患固有の特性が業務に適しているかどうかの判断であり、個人のその日の体調や作業環境、その他の要素による影響は受けない。基本的に適性の有無は一定であり変わることはない。

一方、「適応の有無」は、疾患固有の特性以外の条件の影響を受け、条件によって異なる。同じ疾患固有の特性を持っていても、業務を構成する作業内容、作業環境、個人の状態のそれぞれの条件によって業務への「適応がある」と判断される場合もあれば、別の条件下では「業務への適応がない」と判断されることもありうる。

本ステップに対する法的観点からの考察

執筆者：協和綜合法律事務所

弁護士 林 和宏

監修者：近畿大学 法学部

教授 三柴丈典

第1 疾病のある労働者に対して使用者¹が求められる2つの要請

1 疾病のある労働者の就業機会確保の要請

最高裁平成10年4月9日・片山組事件判決（判例タイムズ972号122頁）以降、裁判例においては、労働者が疾病の影響で特定の業務ができない場合でも、使用者は、労働契約において予定された職種の幅の中で、労使双方の事情を踏まえて配置可能な他の業務があれば就業機会を与えなければならないとの判断傾向が主流となっている。

また使用者は、障害のある労働者の能力発揮の支障を改善するために、過重な負担にならない範囲で必要な措置を講じなければならず（障害者雇用促進法第36条の3 合理的配慮義務）、疾病を有する労働者の症状増悪を防止し、治療と仕事の両立を支援するために必要な措置を講じるよう努めなければならない（令和8年4月施行の労働施策総合推進法第27条の3 両立支援の努力義務）。

このように使用者は、疾病のある労働者に対して、円滑に能力を発揮し、かつ症状が悪化しないよう配慮しながら、就業機会を確保することを要請されている。

2 疾病のある労働者に対する安全配慮義務

- (1) 労働契約法第5条は、最高裁昭和50年2月25日・陸上自衛隊八戸車両整備工場事件判決（判例時報767号11頁）以降、裁判例において承認されてきた安全配慮義務を明文化したものである。安全配慮義務は、裁判例の平均値を踏まえれば、①「対象者の安全・衛生」への②「実質的な影響可能性（特に支配・管理可能性）を持つ者」が、災害疾病にかかる③「予見可能性」に基づく④「結果回避可能性」の存在を前提に、⑤「当該結果回避のための手続ないし最善の注意を尽くす」義務、と定義づけられる²。
- (2) そして裁判例上、基礎疾患を有する労働者については、健康状態の増悪の③「予見可能性」が認められやすく、使用者は、⑤「結果回避のための手続ないし最善の注意」として、能動的に業務軽減等の措置を講じなければならないものとされている。

まず、東京高裁平成11年7月28日・システムコンサルタント事件判決（判例タイムズ1006号96頁）は、高血圧が要治療状態に至っていることが明らかな労働者については、高血圧に基づく脳出血などの致命的な合併症が発生する蓋然性が高いことを考慮しなければならず（③予見可能性）、労働者から業務軽減の申出がされていないとしても、高血圧を増悪させ、脳出血等の致命的な合併症を発症させる可能性のあるような精神的及び肉体的負担を伴う業務に就かせてはならない（⑤結果回避のための手続ないし最善の注意）義務を負うと指摘した。

その後、最高裁平成26年3月24日・東芝事件判決（判例タイムズ1424号95頁）において、労働者

¹ 事業のために労働者を雇用する主体を示す用語としては、「事業者」（労働安全衛生法第2条3号）、「事業主」（労働施策総合推進法）もある。ただ、本稿の主題は労働契約法に規定される安全配慮義務（同法第5条）に照らした本ステップの意義を示すことであるため、本稿では、労働契約法第2条2項に定める「使用者」（その使用する労働者に対して賃金を支払う者）を用いる。

² 三柴丈典「使用者の健康・安全配慮義務」（「講座労働法の再生」第3巻273頁以下）

にとって過重な業務が続く中で体調悪化が看取される場合には、労働者からの申告が期待し難いことを前提としたうえで労働者の心身の健康に配慮しなければならないと判断され、労働者から基礎疾患の申告が無くとも、健康の悪化をうかがわせる事情がある場合には、③「予見可能性」が認められることが示された。また、⑤「結果回避のための手続ないし最善の注意」に関して、名古屋地裁平成 20 年 10 月 30 日・トヨタ自動車ほか事件判決（労働判例 978 号 16 頁）は、使用者において労働者に脆弱性があることを認識し得る場合には、平均的労働者であれば疾患の発症に至らない程度の業務負荷に過ぎない場合でも、当該労働者の健康を損なうことが予見される場合には、さらに負担を軽減しなければならない、と判断した。

- (3) このように使用者は、安全配慮義務の観点からは、疾病のある労働者に対しては、健康状態を適切に把握した上で、本人の申出がなくとも、症状の増悪をもたらすような業務配分を控えることを要請されている。

3 小括

以上の通り、使用者は、疾病のある労働者の就業機会の確保を要請される一方で、安全配慮義務の観点から業務配分を控えることを要請され、後者は、健康増悪の懸念を強調すれば就業そのものを控えさせる方向にも作用する。このように、使用者は、ときに緊張関係に立つ 2 つの要請に応えるという難題を課されているが、その解決の指針となるのが、本ステップである。

第 2 本ステップの有効性

1 本ステップの特徴

(1) 安全配慮義務の実践過程

安全配慮義務は、労働者の職場における安全・健康を目標として「諸々の措置（手段）を講ずる」手段債務であり、結果債務ではない³。

使用者が講ずる措置（手段）を明確化する観点から、労働安全衛生法の労働災害予防の趣旨を取り入れれば、安全配慮義務は、「専門家の支援を得つつ、安全衛生に関するリスクを調査し管理する義務」と再構成される⁴。

本ステップは、主治医による仕事への医学的適性の評価（「2」）、産業医等専門家による業務遂行の安全性の評価（「3」）を経た上で、環境の整備・作業の調整・健康管理への支援・緊急時の対応等、多岐に亘るリスク低減策を検討する過程を経るものであり、リスク調査・管理義務である安全配慮義務の実践過程となっている。

(2) 労働者の本人意思の尊重

本ステップは、労働者本人と職場の意思確認を出発点とすること（「1」）、産業医等専門家が業務遂行の安全性の予測・評価にあたっては、労働者本人との対話を経ること（「3」）、リスク低減策の検討（「4」）を経てもリスクが残存する場合には、労働者本人との対話を通じてリスクテイキングを合意すること（「5」）、とされているように、ステップ全体を通して、労働者の本人意思の尊重が図られている。本人合意が使用者固有のリスク管理責任を軽減するわけではないが、そもそもゼロリスクは存在しない以上、安全は許容できないリスクの軽減を図るものであり、安全配慮義務もその考えに基づく。両立支援政策は、「許されたリスク」を労使間で合意する政策とも言え、後述するように、使用者の帰責事由を否定する根

³ 菅野和夫・山川隆一「労働法」第 13 版 618 頁

⁴ 三柴丈典「使用者の健康・安全配慮義務」（「講座労働法の再生」第 3 巻 273 頁以下）

拠にもなる。従って、本ステップに則り本人合意を得ることで、使用者が免責される可能性は高まる。

(3) 産業医への情報提供

平成 21 年 1 月 30 日札幌高裁・NTT 東日本事件判決（差戻後控訴審。労働判例 976 号 5 頁）は、長期間に亘る研修に参加した労働者が、基礎疾患を増悪させ死亡したことに関して、使用者が健康管理医に対して、研修参加について意見聴取する際に、研修の内容や日程（特に、連続した出張を伴うこと）を説明していなかったために、医学的見地から十分な助言がされなかったとして、使用者に安全配慮義務違反を認めた。

同判決は、疾病のある労働者への就業配慮に関して、産業医等専門家の助言を得る場合には、産業医が業務の内容・質・量を含む業務実態を把握できる情報を使用者が提供しなければ、安全配慮義務違反を問われる結果となることを示唆している。

本ステップでは、仕事への適応を評価（「3」）のステップで、産業医等専門家に対する情報提供が行われ、実態に即したリスク低減策の構築に繋がるとともに、安全配慮義務違反に繋がらないよう図られている。

2 本ステップに則ることで、安全配慮義務を尽くしたと評価されること

本ステップに則ることで、就労に伴う疾病の増悪や、疾病に起因する事故の発生リスクを大幅に低減することが期待できるが、なお症状増悪や事故が発生する可能性を絶無とすることはできない。ただ、そのような事態になった場合であっても、使用者は、本ステップに則っていたことにより、安全配慮義務を尽くしたとの評価を受けることが多いと考えられる。

以下、「残存リスクなし」との判断に基づき就労させていた場合と、リスクテイキングの合意に基づき就労させていた場合とに分けて論ずる。

(1) 「残存リスクなし」との判断に基づき就労させていた場合

前述の通り、裁判例の平均値に則れば、使用者の安全配慮義務は、③「予見可能性」があることを前提に、結果回避のための手段を尽くす義務である。そのため、使用者に結果発生の予見可能性が欠ける場合、安全配慮義務違反は認められない。

医学的知見に照らして予見可能性を欠くことを理由に、使用者の安全配慮義務違反を否定した裁判例として、昭和 56 年 9 月 30 日名古屋地裁・住友林業事件判決（労働判例 378 号 64 頁）がある。同裁判例は、冠状動脈硬化症の基礎疾患のあった労働者の死亡について、基礎疾患の申告が無く、また、当時の法定健診項目には危険因子の予知につながる検査が無かったこと等から、使用者に、発病・死亡の予見可能性が認められない、と判断した。

本ステップに則り、主治医による医学的適性の評価、十分な情報提供の下での産業医等専門家による適応の評価、リスクリダクションを経た結果、残存リスクなしとの判断に至っていた場合には、使用者としては、持病に起因した健康障害や負傷について、医学的知見に照らして予見可能性を欠くものと評価でき、安全配慮義務違反とはならないことが多いものとする。

(2) リスクテイキングの合意に基づき就労させていた場合

ア 合意の法的効果

(ア) 結果回避手続を尽くしたとして、安全配慮義務違反が否定されるべきこと

前述の通り、裁判例の平均値に則れば、安全配慮義務は、災害疾病の⑤「結果回避のための手続ないし最善の注意を尽くす」義務である。

使用者が、疾病のある労働者の就業機会の確保の要請を実現することの社会的意義に照らせば、本ステップに則り、労働者の本人意思を尊重しながら、主治医・産業医の評価に基づきリスク低減措置を十分に検討し、リスクテイキングの合意を得ていた場合には、使用者としては、残存リスクに関する労使間合意を前提に、「結果回避のための手続ないし最善の注意を尽くした」ものと評価され、仮に残存リスクが現実化したことによって、健康障害や負傷が生じたとしても、安全配慮義務違反とはならないことが多いものとする。

(イ) 合意により損害賠償責任が否定される、その他の論拠

安全配慮義務違反に基づく損害賠償請求は、不法行為責任（民法第 709 条）、または債務不履行責任（民法第 415 条）のいずれかの法的構成をとって追及される。

まず、不法行為責任については、ある行為が注意義務違反に該当しても、被害法益の種類、被害の程度、加害行為の態様、動機、被害者の態度等種々の要素を考慮して、当該行為が社会的に相当として容認される場合には、違法性が阻却され、責任が否定される（平成 2 年 3 月 22 日大阪高裁・元津事件判決、判例タイムズ 734 号 180 頁）。

次に、債務不履行責任については、債務の不履行が債務の発生原因及び取引上の社会通念に照らして債務者の責めに帰することができない事由によるものであるときは、責任が否定される（民法第 415 条第 1 項ただし書き）。

労働者の生命・身体の安全が重要な保護法益である一方、使用者が、疾病のある労働者の就業機会の確保の要請を実現することは、労働者にとっても多大なメリットがある。そこで、本ステップに則り、労働者の本人意思尊重の下で、主治医・産業医の評価に基づきリスク低減措置を十分に検討し、リスクテイキングの合意を得ていた場合には、合意に基づき就労させることは、労使間合意に基づく「許されたリスク」であり、社会的に相当として容認され（不法行為責任の免責）、かつ、「債務者（筆者注：使用者）の責めに帰することができない事由によるもの」に当たる（債務不履行責任の免責）と評価でき、使用者が免責されることが多いものと考えられる。

イ 合意が認められるためには、労働者の自由な意思が必要であること

上記の通り、リスクテイキングの合意は、安全配慮義務違反そのものを否定し、または損害賠償責任を免責する法的効果をもたらす。

この点、安全配慮義務が労働者の生命・身体という重要な法益を保護すること、労働者は自らの持病に関する情報は有するが、職場の安全衛生体制や産業医療に関する情報は使用者側に偏在していることに鑑みれば、持病のある労働者が、単に、リスクが残存する状態で就労することを受け入れる旨を述べただけでは、労働者の同意があった、とは認められないと考える。

この点、労働者の重要な保護法益に関わる労使間合意の有効性を認めるためには、労働者の自由な意思に基づく同意を必要とする司法判断が積み重ねられ、その到達点が、平成 28 年 2 月 19 日最高裁・山梨県民信用組合事件判決（労働判例 1136 号 6 頁）である。同最高裁判決は、賃金・退職金に関する労働条件の変更に対する「労働者の同意の有無については、当該変更を受け入れる旨の労働者の行為の有無だけでなく、当該変更により労働者にもたらされる不利益の内容及び程度、労働者により当該行為がされるに至った経緯及びその態様、当該行為に先立つ労働者への情報提供又は説明の内容等に照らして、

当該行為が労働者の自由な意思に基づいてされたものと認めるに足りる合理的な理由が客観的に存在するか否かという観点からも、判断されるべき」とした。

同最高裁判決を踏まえると、治療と仕事の両立支援の場面においては、①労働者に残存する就労に伴う健康悪化・事故発生のリスクの内容・程度、②残存リスクを受け入れる旨の労働者の行為がされるに至った経緯及び態様、③労働者の行為に先立つ労働者への情報提供又は説明の内容等に照らして、残存リスクの受け入れ行為が労働者の自由な意思に基づいてされたものと評価できる場合に、リスクテイキングの同意として認められる、と考えられる。

ウ 本ステップが、真意に基づく同意を担保すること

前掲①労働者に残存する就労に伴う健康悪化・事故発生のリスクの内容・程度に関しては、リスク現実化の可能性が高い、または、リスクが現実化した場合における健康被害の深刻度が高い場合には、同意の真意性を否定する事情となり得る。ただし、賃金・退職金に関する労働条件の変更に対する同意の真意性を評価する場面では代償措置の有無・内容も考慮されるものと理解されていること⁵を踏まえると、治療と仕事の両立支援の場面では、使用者によるリスクリダクションの措置の有無・内容が、同意の真意性を基礎づける事情として考慮され得るものと考えられる。本ステップに則ることで、労働者の本人意思を尊重しながら、主治医、産業医等専門家からの医学的知見、及び職場の実情を踏まえて、リスク現実化の可能性、及びリスクが現実化した場合の健康被害の深刻度の双方を低減させていた場合には、同意の真意性を一定程度、基礎づける事情となり得る。

また、治療と仕事の両立支援は、使用者が求められる疾病のある労働者の就業機会の確保の要請、労働者にとっての収入源・キャリアの維持の必要性に適うものであり、労働者のリスク受け入れは、これらの要請・必要性を背景とし、かつ、本ステップにおいては、リスクテイクに至るまでの労使間協議において、労働者の本人意思の尊重が徹底されている。このことから、②残存リスクを受け入れる旨の労働者の行為がされるに至った経緯及び態様は、同意の真意性を相当程度、基礎づけられる方向で働く。

さらに、本ステップにおいては、労働者本人、職場の意向確認、主治医及び産業医等専門家からの医学的意見の聴取・労働者本人との対話の各過程を通して、リスクリダクション及び残存リスクに関する充実した説明が担保されており、労働者がリスクを受け入れるか否かを自ら判断するために十分な情報提供を実現できる。このことから、③労働者の行為に先立つ労働者の情報提供又は説明の内容は、同意の真意性を強く基礎づける事情といえる。

以上の各事情に照らせば、本ステップに則ることで、労働者の真意に基づく同意が担保され、ひいては、リスクテイキングの合意が有効なものとして、使用者の安全配慮義務違反、乃至は損害賠償責任が否定されることが多いと考える。

以 上

⁵ 最高裁判所判例解説 民事編平成 28 年度 33 頁以下（特に、57 頁）。

(付属 3)

治療と仕事の両立支援における
身体疾患関連の安全配慮上の課題が残存している事例の就業上の措置の検討のステップ



令和 7 年度 労災疾病臨床研究事業
治療と仕事の両立のために必要な勤務制度等の導入の障壁と
解決策の提案と疾病に関連した安全配慮上の危険性が残存する場合のプロセスの検討
(240301-03)

分担研究報告書

中小企業向けリーフレット作成

研究代表者 永田 昌子
(産業医科大学 医学部 両立支援科学 准教授)

研究分担者 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 講師)

令和 7 年度 労災疾病臨床研究事業費補助金
治療と仕事の両立のために必要な勤務制度等の導入の障壁と解決策の提案と
疾病に関連した安全配慮上の危険性が残存する場合のプロセスの検討

分担研究報告書
中小企業向けリーフレット作成

研究代表者 永田昌子（産業医科大学 医学部 両立支援科学 准教授）

研究要旨：

治療と仕事の両立をしようとする労働者は、従前のように働けないことがある。休憩の取得や通院のための時間の確保などの就労に関する配慮はソフト面での配慮と考えられ、ソフト面の配慮は他の労働者の負担を増やす可能性があるため、就業規則に明確やその他の職場のルールが必要と指摘されている。例えば、放射線治療のために30日間連続して通院しなければいけない患者にとっては、企業側が短時間勤務制度などの制度を有していれば、働きやすい環境となる。また、抗がん剤の副作用等により体力低下をきたしている患者にとっては、残業の制限や業務量の軽減という配慮があれば、働くことができる可能性がある。これらの勤務制度の導入など会社で取り組みを促すため「企業・産業保健スタッフ・医療機関の連携による両立支援システムの開発」(平成 29-令和1年)にて「会社の“治療と仕事の両立支援”チェック 30」が、作成され自社の取り組みを評価できる成果物も公開されている。しかし、これらの制度は、十分普及しているとは言い難い。事業主がこれらの制度を導入するには障壁があると考えられる。制度の導入以外にも、制度が運用しやすい環境づくりを企業が行うことが求められる。そのための資料として、これらの制度を導入・運用できているグッドプラクティスと普及を阻害している障壁と解決策を明らかにする必要がある。

我々は、分担研究として、治療と仕事の両立における勤務制度の大企業(令和 6 年度)と中小企業対象のインタビュー調査(令和6, 7 年度)有識者のインタビュー調査(令和 7 年度)、健康経営優良法人における治療と仕事の両立における体制整備と運用に関する調査(令和 7 年度)を行った。

分担研究の結果を踏まえた成果物として、制度の導入と運用における障壁と解決策とグッドプラクティスとして健康経営優良法人の両立支援に資する制度を盛り込んだ治療と仕事の両立支援の環境整備のための企業向け手引き集のプロトタイプを作成した。プロトタイプをもとに、有効性や普及方法について両立支援に精通している人事担当者 4 名に意見を聴取した。聴取内容から修正あるいは追加すべき事項を抽出し、修正を加え、リリース版として「治療と仕事の両立のミカタ環境整備のハンドブック」を完成させた。

本成果物を広く普及することで、治療と仕事の両立支援に資する制度の導入と運用に取り組む企業が増えることが期待される。

研究協力者

研究分担者	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・講師
研究分担者	永田智久	産業医科大学産業生態科学研究所産業保健経営学・准教授
研究協力者	桜井なおみ	キャンサーボードジャパン(株)

A. 目的

治療と仕事の両立をしようとする労働者は、従前のように働けないことがある。休憩の取得や通院のための時間の確保などの就労に関する配慮はソフト面での配慮と考えられ、ソフト面の配慮は他の労働者の負担を増やす可能性があるため、就業規則に明確やその他の職場のルールが必要と指摘されている。例えば、放射線治療のために30日間連続して通院しなければいけない患者にとっては、企業側が短時間勤務制度などの制度を有していれば、働きやすい環境となる。また、抗がん剤の副作用等により体力低下をきたしている患者にとっては、残業の制限や業務量の軽減という配慮があれば、働くことができる可能性がある。これらの勤務制度の導入など会社で取り組みを促すため「企業・産業保健スタッフ・医療機関の連携による両立支援システムの開発」(平成29-令和1年)にて「会社の“治療と仕事の両立支援”チェック 30」が、作成され自社の取り組みを評価できる成果物も公開されている。しかし、これらの制度は、十分普及していると言い難い。事業主がこれらの制度を導入するには障壁があると考えられる。制度の導入以外にも、制度が運用しやすい環境づくりを企業が行うことが求められる。そのための資料として、これらの制度を導入・運用できているグッドプラクティスと普及を阻害している障壁と解決方策を明らかにする必要がある。本研究班の成果物として、治療と仕事の両立支援の環境整備のための企業向け手引き集の作成することを目的とした。

B. 方法

1) プロトタイプの作成

分担研究「治療と仕事の両立における勤務制度のインタビュー調査(中小企業)」と分担

研究「治療と仕事の両立における勤務制度のインタビュー調査(大企業)」、分担研究「治療と仕事の両立における体制整備と運用に関する調査(健康経営優良法人)」、分担研究「人事制度に関する人事担当者インタビュー調査」の結果をもとに、研究者らで協議し、プロトタイプを作成した。中小企業の人事担当者をメインの読者として、想定した。加えて、治療と就業の両立支援指針に環境整備に必要な項目とその内容について記述されているため、治療と就業の両立支援指針と併せて見る資料として、想定し作成した。

2) ヒアリングの実施

プロトタイプをもとに、キャンサーソリューションズの協力を得て、企業の人事担当者4名から、メールおよび対面での議論を行い有効性や普及法について意見を聴取した。

3) リリース版の作成

ヒアリング内容から修正あるいは追加すべき事項を抽出した。「情報量が多く、簡潔でない」との指摘をに対し、情報量を減らした。また、自分に関係する部分が分かりにくいとの課題から、読者が感じている課題から解決策を探せるよう、課題の分類に工夫を図った。読後の具体的行動が見えにくいという指摘を受けて、最終ページに、アクションチェックリストを紹介する箇所を作った。研究者らで協議を重ね、プロトタイプの修正を繰り返し、リリース版を作成した。

C. 結果

2) ヒアリングの実施

ヒアリングの主な結果を示す

ア) 評価された点

- ・ 両立支援に関する論点が整理されており、基礎資料として有用
- ・ 課題と対応策が整理されており、実務と結びつけやすい
- ・ ケースディスカッションや研修教材として活用可能であり、特に「研修・対話の素材」としての価値が高いと言える。

イ) 課題とされた点

- ・ 情報量が多く、簡潔でない
- ・ 自分に関係する部分が分かりにくい
- ・ 読後の具体的行動が見えにくい
- ・ 対象者別の整理がない
- ・ 情報の優先順位や導線がわかりにくい

ウ) 普及方法の工夫

- ・ 単なる配布ではなく「活用前提」で展開 ・ 研修・説明会と組み合わせた配布 ・ 対話・ディスカッションの素材として活用

エ) 普及チャネルの活用

①組織・ネットワーク

- ・ 商工会議所
- ・ 中小企業団体中央会
- ・ 産業保健総合支援センター
- ・ 工業団地等の企業ネットワーク

②イベント

- ・ 就労支援イベント
- ・ 自治体主催イベント

③Web 展開

- ・ 各種ホームページへの掲載
- ・ ダウンロード形式での提供

オ) ヒアリング結論

本手引きは、内容面においては網羅性が高く、両立支援に関する基礎資料としての有効性は評価されている。一方で、現状のままでは「読まれにくい」「活用に結びつきにくい」と

いった課題があり、普及・定着など実装化には工夫が必要である。特に、「配布すれば活用される資料」ではなく、「使い方まで設計して初めて活用される資料」であることが共通認識として示された。以上を踏まえ、本手引きは内容面では高い有用性を有しているが、現状のままでは現場での活用および普及にはつながりにくいと考えられ、今後は、資料の改善とあわせて「使い方」と「届け方」を一体的に設計することが不可欠である。これにより、手引きの実装性および普及効果の向上が期待される。

3) リリース版として、添付資料を作成した。(添付資料●)

D. 考察

我々は、分担研究の結果をもとに、治療と仕事の両立支援の環境整備のための企業向け手引き集を作成した。研究目的に沿い、環境整備の障壁とその課題解決の方法に着目し内容を構成した。また、治療と就業の両立支援指針に環境整備に必要な項目とその内容について記述されているため、治療と就業の両立支援指針と併せて見る資料として、作成した。

人事担当者からの指摘にあったように、障壁を感じる課題や障壁の程度に合わせての情報の優先順位等を示すガイド等を明示しておらず、読者が自身に必要な情報を探す必要があると考えられた。本手引き集を普及する際には、配布だけでなく、研修や説明会等と組み合わせて展開していく必要があるかもしれない。

E. 結語

分担研究の結果を踏まえた成果物として、制度

の導入と運用における障壁と解決方策とグッドプラクティスとして健康経営優良法人の両立支援に資する制度を盛り込んだ治療と仕事の両立支援の環境整備のための企業向け手引き集として「治療と仕事の両立のミカター環境整備のハンドブック」を完成させた。

本成果物を広く普及することで、治療と仕事の両立支援に資する制度の導入と運用に取り組む企業が増えることが期待される。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

・

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

I. 文献

(添付資料)

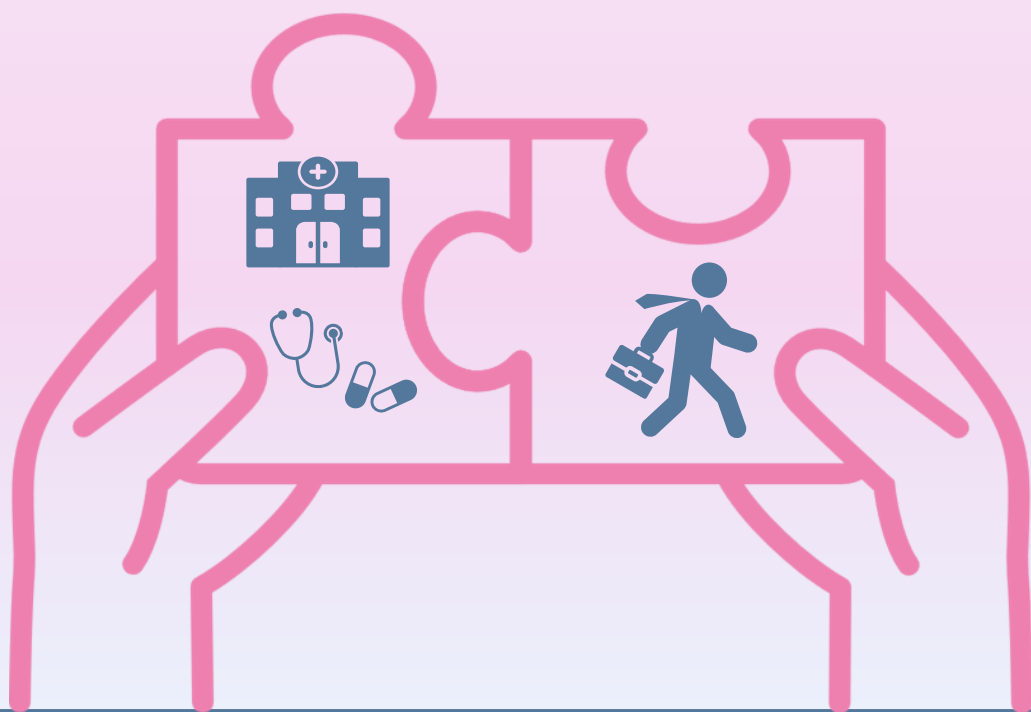
治療と仕事の両立のミカタ

一環境整備のハンドブックー

「まだいい」から「今こそ」へ

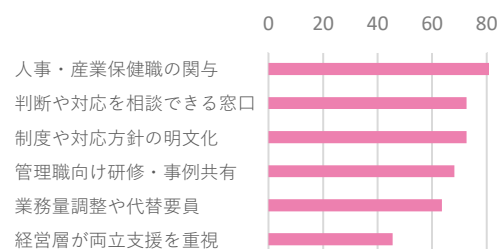
従業員の病気は突然訪れます。
事前に作った制度が、
社員の「働きたい」という願い
を支えます。

大切な人材と歩み続けるために、
今、両立支援の環境づくり

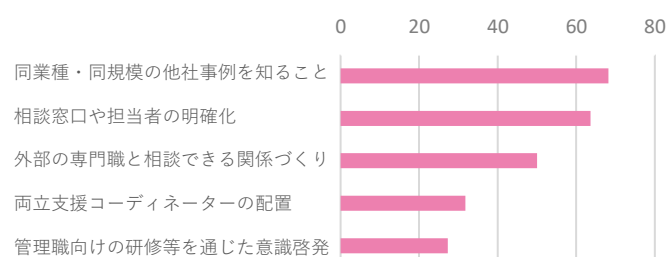


両立支援に取り組む健康経営優良法人の声

管理職が安心して対応できるように重要と思うもの



中小企業が取り組みやすい「第一歩」として推奨される取組



はじめに

高齢化や医療の進歩などの背景から、治療と仕事を両立しやすい環境づくりが企業に求められています。

「治療と就業の両立支援指針」では、環境整備として次の項目が示されています。

- (1) 事業主による基本方針の表明等と労働者への周知
- (2) 研修等による意識啓発
- (3) 相談窓口等の明確化
- (4) 治療と就業の両立支援に関する制度、体制等の整備
 - ア) 休暇制度、勤務制度の整備
 - イ) 治療を受ける労働者から支援を求める申出があった場合の対応手順及び関係者の役割の整理
 - ウ) 関係者間の円滑な情報共有のための仕組みづくり
 - エ) 治療と就業の両立支援に関する制度や体制の実効性の確保
 - オ) 労使や産業保健スタッフの協力
- (5) 事業場内外の連携

これらの環境整備の項目に取り組もうと考えている人事・労務ご担当者向けに、下記①②の調査から得られた「現場の課題を乗り越える実践的なヒント」をお届けします。

- ①環境整備を行った中小企業と十分行えていない中小企業インタビュー調査
- ②健康経営優良法人を対象とした両立支援に資する制度に関する質問票調査

「治療と就業の両立支援指針」と併せてご覧いただくことで、“制度の方向性”と“実践での工夫”の両面から環境整備を進めることができます。



内容

治療と仕事の両立支援をはじめたキッカケと効果 … P2

直面する課題と乗り越え方のヒント

- ・ 休暇制度、勤務制度の整備を阻む現実の課題 … P3-4
 - 気持ちはある。でも、現実はそう簡単じゃない -
- ・ 意識啓発が、思うように進まない理由 … P5-6
 - なぜ、いい話なのに、前に進まないのか -
- ・ 両立支援の制度の運用、一步踏み出した先の課題 … P7-8
 - 制度を動かしてわかった難しさ -

参考情報) 治療と仕事の両立支援に資する制度について

健康経営優良法人がどんな制度を持っているか …P9-10

治療と仕事の両立支援のキッカケ

①危機的な人材リスク

深刻な人手不足・離職の危機



採用難や一人の離職が事業継続に直結する状況に。中枢人材のがん告知も制度整備を一気に加速させた。

②経営層のリーダーシップ

経営・リーダーの意思



社長交代を機に長時間労働の是正や「社員を大切にする」方針が打ち出され、制度化の強い推進力となった。

③体制整備への内外の動機

認定取得・ハラスメント対応



健康経営優良法人やくるみん等の認証が制度化の追い風となった。ハラスメント問題を機に秘匿性の高い相談窓口が生まれた。

④データと事例の蓄積

見える化・手順の標準化



アンケートで健康問題の生産性損失が数値化され経営層が動く根拠に。労災・長期休業の蓄積から手順書やしおりを作った。

⑤専門家と当事者の声

産業医・自己申告で実態把握



産業医の交代で実務的な衛生委員会運営が始まった。自己申告制度で事例が集まり支援ニーズを抱える層の存在が判明した。

治療と仕事の両立支援の効果

①人材定着の改善

離職率低下と採用力強化



取り組みにより離職率が15%→5%程度まで低下。先進的な取り組みが採用・講演依頼にも波及した。

②従業員の安心感

心理的安全性と経済的安定



「病気になっても会社は守ってくれる」という安心感が広がった。入院費返金や補償制度の利用で治療に専念できる環境に。

③戦力の維持

柔軟な就労で休職を防止



中抜け・在宅・短時間勤務の活用により、完全休業せず「働きながら治す」ことで戦力低下を最小化できた。

④組織力の強化

レジリエンスと管理職の成長



一人の欠員をカバーする業務標準化・ジョブローテが進み属人化を解消。管理職も本人同意の情報共有で先回りして調整するように。

⑤文化・風土の変革

休職観と外部評価の変化向上



「休むなら退職」という昭和的な感覚から、病気や育児を前提とした休みやすい文化へ。企業のブランド力も向上した。

休暇制度、勤務制度の整備を阻む現実の課題

- 気持ちはある。でも、現実はその簡単じゃない -

1人が欠ければ回らない職場

- 職種によって補充・代替人員の確保が難しい
- もともと人員がギリギリで、休みが工数管理に直結している
- 小規模組織ほど1人の仕事が他者に割り振られた時の負担が重くなる
- 人手不足や業務過多に加えて、欠勤分は「しわ寄せ」になってしまう

人員や日程感がギリギリだと、管理が厳しくなりがちだとの声を多く聞きました



現場特性ゆえの現実

- 金融関連では個人情報等を取り扱うため、在宅勤務は原則不可である
- 効率的な製造には設備の連続運転と夜勤体制が不可欠
- 長期の出張、他社での単独常駐での仕事では、支援の手が届きにくい
- 分散拠点は小規模のことが多く総務担当者が不在で、本社からの遠隔対応しかできない

ニーズの見えづらさ

- 拠点で人が休業している情報が、本社まですぐに上がってこない
- 配慮は事業所単位で決定されていて、全体としてのニーズやどの配慮が良かったのかなどは見えない
- 従業員が増えたことで、個別対応で続けるのは限界となった
- 対策をしようと思って調査したら、病気で治療している人がいることが分かった

制度や体制づくりの優先度が上がらない

- 厳密なヘッドカウント管理下では、復帰の受け入れによる利益低下と復帰する場所がない可能性が懸念される
- 月々の社会保険料の支払いに負担感がある
- 財源の継続性が不足しており、体制整備に踏み切れない

課題を乗り越えるヒント💡

持続可能なチーム設計

- 多能工化・ジョブローテーションで欠員耐性を上げる。

「クリニック：マルチタスク化－事務受付以外の医療職のメンバーが受付会計も担当」
「旅行業：調理スタッフ2人以外のスタッフは全員が他部署も担当可能にした」
「運送業：すべてのルートを回れるスタッフの配置」などの工夫があるそうです



- 3割程度の業務を相互把握するなど、代替可能性を考慮したチーム設計
- バックオフィスセンターを導入し、事務処理を集約・効率化し現場の余力を作る

現場に即した柔軟な応援体制

- 現場の人手不足時に、他部署・他拠点からの応援を出す運用

現場に即した制度設計

- オンライン労務管理を導入し、本社と各拠点がリアルタイムで情報共有できる仕組みを整備
- 休暇単位を細分化し、30分単位で請求可能にした
- 中抜けを可能にし、退勤時間をずらす制度とした。中抜けは何時間までと決めず、受診の待ち時間が読めず、時間制限で焦って帰らせることを避けた
- コロナ流行に合わせて、デジタル化の整備、テレワークの制度を明確に規定した

コロナ禍からのデジタル化やテレワークをその後も活用しているんですね



経営層の意識の変化

- 辞められると会社が回らないという現実直面
- 休まれたら困る ではなく 休んでも困らないように
- 採用活動でワークライフバランスを重視する人が増えるなど、制度を作っていく必要性を実感してきた
- 離職率が高く、ノウハウ喪失や顧客対応などのサービスが不安定になっていたため、社員の健康と働きやすさが経営課題となった

外部環境の変化や気付き

- 健康経営優良法人の認定基準の項目に、両立支援が含まれ、導入を後押しした
- 採用活動時に持病の申告があり、取り組みを進める好機と捉えた

意識啓発が、思うように進まない理由

-なぜ、いい話なのに、前に進まないのか-

変化への抵抗感

- 健康に働けることが当たり前／休むなら退職という認識が根強く残っている
- 反発は一部の役員層に限らず、製造・営業・現場まで「全階層」に及び、まず無理と言う保守性が広範に存在する
- 業界は顧客との上下関係が強く、厳しい納期圧力があり、業界慣行との摩擦があった
- 支援や配慮に対して「やりすぎだ」と声を上げる人がある
- 店舗間で人への対応や支援に温度差がある
- 業務の範囲が増えることに対してメンバーの抵抗感がある

経営層・管理職の他人事の意識

- 社員支援を掲げていながら、経営層の実際の言動が一致していないことで、組織全体に冷めた空気が漂う
- 人事部門が休業者管理を行うべきだという考えがあり、管理職によるマネジメントが機能していない

本人の「言えない・隠したい」心理的ハードル

- 健康問題による休みを店長には話しにくいという声がある
- 相談窓口で相談を多少受けたとしても、そのあとはブラックボックスになっていて上がってこない

相談しにくくなると辞めてしまう人が出てくるとの声も



周囲の不公平感

- 柔軟化が権利化すると運用摩擦が生じる
- 職種によって利用できない制度あり 完全に公平にすることはできない
- 世代によっては「休みすぎ」という認識をもっていることがある

課題を乗り越えるヒント

経営層のリーダーシップ

- 社長自らが大口顧客へ説明に回り理解を取り付けるなど、トップが先頭に立って導入を成立させた
- 人事部門主導だと反発が起きるため、制度周知では社長コメントを必ず添えた
- 健康経営の推進を通じて「休むことは悪ではない」「休ませるのも管理職の役割」という考えを浸透を図った

継続的で段階的な働きかけ

- 導入は全社一斉ではなく、可能部署から段階的に開始、3か月後にアンケートで受容度確認しながら、反発者の変化を待った
- 「あなたが休みたいときに休めるためにも」という文脈で説明した

管理職への意識啓発

- 健康経営の研修会や説明会を実施し、経営層や管理職に受講してもらった
- 今いる社員を大切にする方針を明確に出してもらった
- 管理職を大事にした

管理職が「自分自身も上司から支援をしてもらっている」ので、部下にもしてあげようという思いになるようです



従業員への意識啓発

- 病気やケガで手術するようなことになったら有休使って休んでよいという雰囲気づくりをした
- 給与明細なら家族にも届くのではないかと考えて、健康パンフレットを給与明細に同封した

「相談すること」を経営理念に取り入れることで、評価項目に繋がられる、という意見もありましたよ



制度の周知

- 不公平感で荒れないよう、新制度は全社説明会で申請方法・モデルケースまで説明し、現場向けに録画を残して後追い視聴できるようにした

両立支援の制度の運用、一步踏み出した先の課題

- 制度を動かしてわかった難しさ -

相談窓口の担当者の負担

- 担当者が、本人と現場の板挟みになってしまった
- 窓口を作った時に担当者が自分事になってしまうタイプだと担当者がつぶれてしまうリスクがあり、安易に設置できない
- 担当者の本業以外での工数が増加してしまった
- 休業補償や病欠の手続きは総務部門のみで負担する

相談窓口を設けていない企業からは、担当者の負担を心配する声が多く聞かれました....



相談しにくさ

- 小規模の企業では相談の内容が筒抜けになりやすい
- 制度の導入初期は利用者が限定されてしまう
- 導入した制度を最初に利用する人に従業員がなりたがらない
- 長期治療のための説明や負担が摩擦になる
- 都度申請が労働者本人の負担となる

本人の不安や遠慮

- 検査などに恐怖があって受診勧奨を拒否する
- 同僚に休みや通院を伝えるのを、ためらう
- 医療者に勤務の都合を言い出しにくい

職場の負担と不安

- 突然の休みなどへの対応が続くと、周囲の不満がたまる
- 職場で急変したときにどう対応してよいかわからない職場が不安を感じる
- 働き方の調整では判断に迷うことが多い
- 休業から本当にちゃんと戻ってしてくれるのか職場も不安

課題を乗り越えるヒント💡

外部資源を整備して解決力を担保する

- 産業医・保健師を活用／拠点ごとに産業医と契約
- 休業補償や病欠の手続きは総務部門がひとりでできないため、社労士等のプロに作業をフォローしてもらった

プロにお願いできることは任せるという選択ですね



窓口担当者の選定

- 相談窓口を担うのは性格的な向き不向きがあるため、やりますという人だけを選任した
- 機密保持ができることは条件で、幹部候補の中から選定した

相談しやすい窓口

- 働くことに関連した相談を全部できる窓口を一元的に設置した
- 病気で思考余力が落ちた状態でも「誰に言えば進むか」が分かるようにした

経済的な見通しの提示で安心を支える

- GLTD等の所得補償や公的補助を組み合わせ、見通しを提示した
- 外来治療費の補助で経済的な見通しを提示した

配慮の可能性を示す

- 復帰後に配慮できるかもしれない内容を、事前に説明をしておいた

経済的や職場での配慮の見通しを示すと、本人の不安を軽減することに繋がりますね



本人同意の上で職場共有し理解を形成した

- 病名や治療予定を周囲に伝えてよいか本人に確認し、同意が得られた場合は職場に共有して「治療で途中離席・欠勤がある」ことへの理解を先にとった
- 急変時への救急車要請についてルール化して、掲示した

公平感の摩擦を先回りして、制度への反発を抑える

- たとえ役職者であっても、不公平感などの反発が出そうな場面など、対応に自信がなければ遠慮せず上に聞けばいいだけ、言えばいいだけ、を推奨し、相談しやすくした

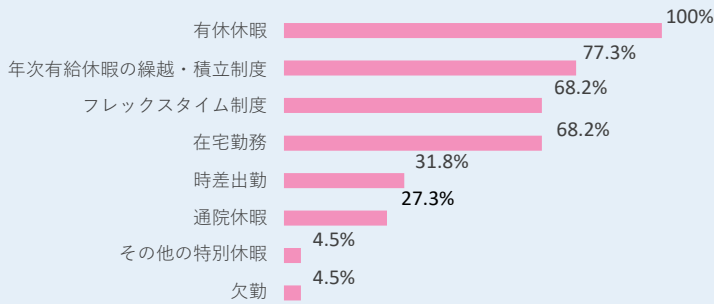
ひとつひとつの出来事にきちんと向き合った対応をする

- 一気に変えようと思っても時間も追いつかないので、アクシデントや問題があったことにひとつひとつきちんと対応することで、環境が変わるキッカケにした

治療と仕事の両立支援に資する制度について

～健康経営優良法人の企業の産業医に聞きました（22社）～

「週1回・半日の通院が必要な社員」は、どんな制度を利用して休む？



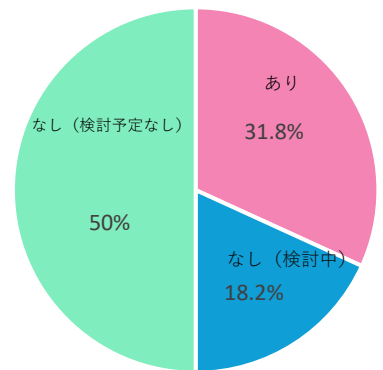
有休以外の制度を持っている企業が
多く、組み合わせて、
対応しているよう。

それぞれの制度について
の実態をみていきま
しょう。



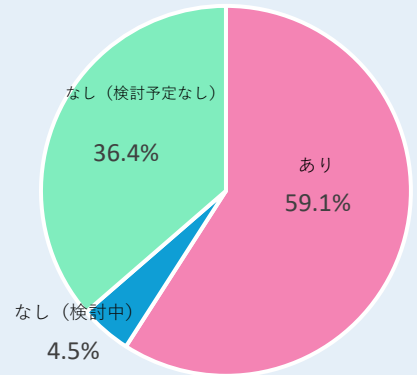
通院に特化した休暇制度

- 約3割の企業が通院に特化した休暇制度あり
- 半数の企業は、業務の特性上制度の導入が現実的でない
- 支給日数は、2日～35日/年
- 積み立て可能な企業も
- 繰り越した有給の積み立てを利用可能な企業も

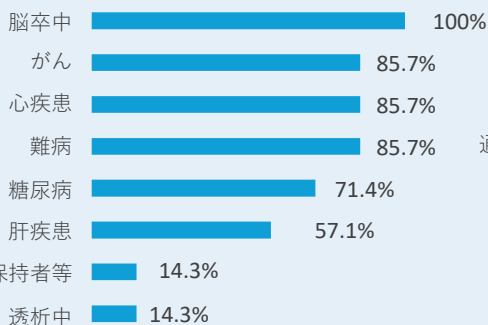


短時間勤務制度

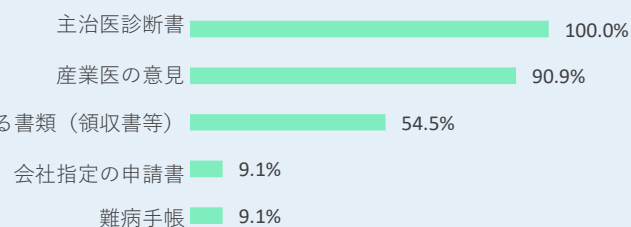
- 約6割の企業が短時間勤務制度あり
- 短縮できる時間は2～4時間が多数
- 利用できる期間は3ヶ月以内が多い
- 賃金は短縮分を減額が多数
- 約6割の企業は制度の利用対象疾患を決めている



対象疾患



対象とする際の根拠（複数選択）



治療と仕事の両立支援に資する制度について

～健康経営優良法人の企業の産業医に聞きました（22社）＆人事労務専門家のコメント～

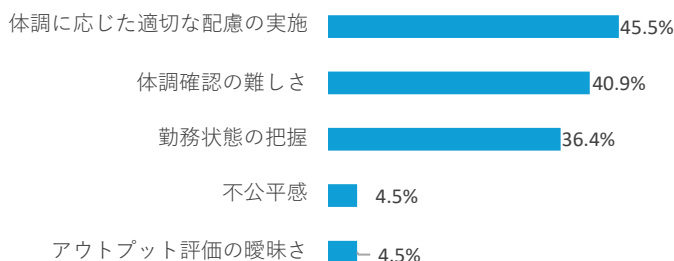
フレックス勤務や在宅勤務の活用

- フレックス勤務制度あり：約 9 割
- 在宅勤務制度あり：9 割超
（うち約3割は利用職種・職務を限定）

すべての職種が制度を利用できない場合、「個々の事情に応じた合理的配慮を行う」という方針を出している企業もありましたよ



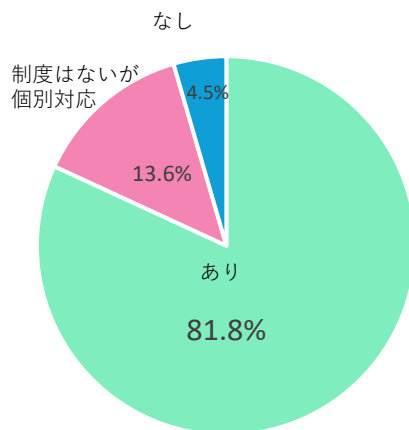
フレックス勤務や在宅勤務の運用の課題



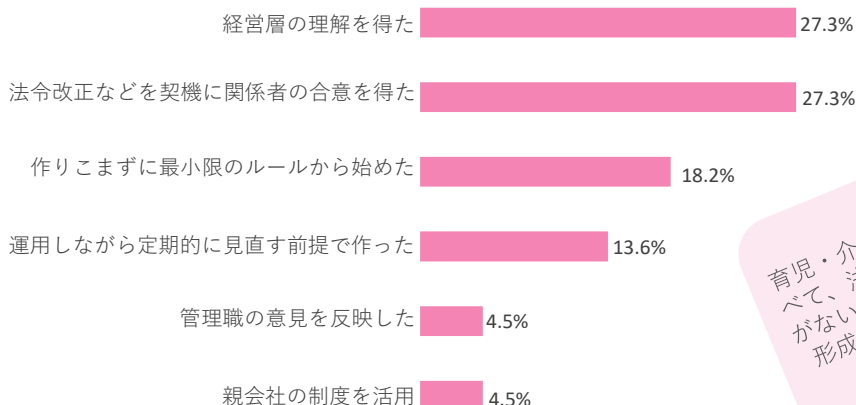
療養中の方が、フレックスや在宅勤務を利用する場合は、産業保健スタッフが面談したり、主治医と連携したり体調把握している企業が多かったです！

試し出勤制度

- ほぼすべての企業で試し出勤制度あり
- 利用できる期間の上限は3～6ヶ月が多数
- メンタルヘルス不調では短時間勤務が使えない企業あり



制度作りの工夫



育児・介護支援の制度をそのまま転用できる部分は活かす

育児・介護休業と比べて、法令の後ろ盾がない分、社内合意形成に工夫は必要

制度を一気に整えようとすると社内合意が難しくなる。小さく始めて、バージョンアップするのが現実的



会社が相談できる公的機関

産業保健総合支援センター

都道府県の産業保健総合支援センターにおいて、治療と仕事の両立支援のための専門の相談員を配置し、以下のような支援を行っています。

- ◆ 事業者等に対する啓発セミナー
- ◆ 産業医、産業保健スタッフ、人事労務担当者に対する専門的研修
- ◆ 関係者からの相談対応
- ◆ 両立支援に取り組む事業上への個別訪問指導
- ◆ 患者（労働者）と事業者の間の調整支援等

<https://www.johas.go.jp/shisetsu/tabid/578/Default.aspx>



参考情報・参考ツール

ポータルサイト 治療と仕事の両立支援ナビ

治療と仕事の両立支援の取組方法や取組事例、活用可能な制度・助成、活用可能な支援人材、相談可能な支援機関等についての情報を確認できます。



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



実践ヒント集

中小企業向けの実践ヒント集です。自分の企業で何ができていないかを確認し、できることから取り組むことが出来るアクションチェックリスト形式で構成されています。。

<https://chiryoutoshigoto.mhlw.go.jp/files/pdf/checklist.pdf>



執筆者

永田昌子（産業医科大学）

古屋佑子（東海大学）

発行：2026年3月