

令和3年度厚生労働科学研究費補助金（労働安全衛生総合研究事業）

中小企業等における
治療と仕事の両立支援の取り組み促進のための研究
(19JA1004)

総括・分担研究報告書

令和4年3月

研究代表者

産業医科大学 産業生態科学研究所 教授
立石 清一郎

目次

総括研究報告書

中小企業等における治療と仕事の両立支援の取り組み促進のための研究(19JA1004)

研究代表者 立石 清一郎

分担研究報告書

1. 両立支援に関する医療機関及び企業へのコンサルティング部門の設立

研究代表者 立石 清一郎

研究分担者 永田 昌子

研究分担者 原田 有理沙

2. 医療機関において治療中の労働者の就業に関するデータベースの作成と 復職等に関連する予後指標に関する研究

研究代表者 立石 清一郎

研究分担者 永田 昌子

研究分担者 原田 有理沙

3. 医療機関モデルの構築(大学病院モデル)

研究分担者 白土 博樹

4. 治療と就労の両立支援に対する「10の質問」の有用性

研究代表者 宮内 文久

5. 中小企業のヘルスリテラシーの向上に寄与する映像コンテンツ作成

研究分担者 森 晃爾

研究分担者 永田 昌子

6. 両立支援アクションチェックリストの開発

研究代表者 立石 清一郎

研究分担者 原田 有理沙

令和3年度厚生労働科学研究費補助金（労働安全衛生総合研究事業）

中小企業等における
治療と仕事の両立支援の取り組み促進のための研究
(19JA1004)

総括・分担研究報告書

令和4年3月

研究代表者

産業医科大学 産業生態科学研究所 教授
立石 清一郎

令和3年度厚生労働科学研究費補助金（労働安全衛生総合研究事業）

中小企業等における
治療と仕事の両立支援の取り組み促進のための研究
(19JA1004)

総括・分担研究報告書

令和4年3月

研究代表者

産業医科大学 産業生態科学研究所 教授
立石 清一郎

目次

総括研究報告書

中小企業等における治療と仕事の両立支援の取り組み促進のための研究(19JA1004)

研究代表者 立石 清一郎 1

分担研究報告書

1. 両立支援に関する医療機関及び企業へのコンサルティング部門の設立

研究代表者 立石 清一郎

研究分担者 永田 昌子

研究分担者 原田 有理沙 17

2. 医療機関において治療中の労働者の就業に関するデータベースの作成と 復職等に関連する予後指標に関する研究

研究代表者 立石 清一郎

研究分担者 永田 昌子

研究分担者 原田 有理沙 37

3. 医療機関モデルの構築(大学病院モデル)

研究分担者 白土 博樹 95

4. 治療と就労の両立支援に対する「10の質問」の有用性

研究代表者 宮内 文久 123

5. 中小企業のヘルスリテラシーの向上に寄与する映像コンテンツ作成

研究分担者 森 晃爾

研究分担者 永田 昌子 147

6. 両立支援アクションチェックリストの開発

研究代表者 立石 清一郎

研究分担者 原田 有理沙 163

令和3年度 厚生労働科学研究費補助金(労働安全衛生総合研究事業)

中小企業等における治療と仕事の両立支援の取り組み促進のための研究
(19JA1004)

総括研究報告書

研究代表者

立石 清一郎

(産業医科大学 産業生態科学研究所 教授)

令和3年度厚生労働科学研究費補助金(労働安全衛生総合研究事業)
中小企業等における治療と仕事の両立支援の取り組み促進のための研究(19JA1004)

総括研究報告書

研究代表者 立石 清一郎 (産業医科大学 産業生態科学研究所 教授)

研究要旨:

労災疾病臨床研究ではこれまで数多くの両立支援に関する研究が取り上げられている。企業と医療機関の連携手法や、産業医の標準的考え方に関する検討(立石班 H28-30)、医療機関の立場で事業者に適切な就業上の意見を述べる手法(中村班 H29-31)、地域連携モデルの構築など様々なツールが提案されてきている。しかしながら、企業側の関心はやや低調の状況が続いている。中小企業のヘルスリテラシーを向上させるためには、中小企業の側からの良好事例を発表しても経営者の理解度や業務内容などからできる企業だけが対応していると思われがちであるため、医療機関を受診した労働者の対応事例を示すことで、些細なことであっても労働者にとって両立支援となっていることを実感できるようなデータを集積・公表することが重要で、中小企業にとって有益であることを示し中小企業のモチベーションを上げていくことが求められている。

このような課題を解決するために6つの研究が企画された。

【分担研究1】両立支援に関する医療機関及び企業へのコンサルティング部門の設立

【分担研究2】医療機関モデルの構築(産業医大モデル)

【分担研究3】医療機関モデルの構築(大学病院モデル)

【分担研究4】医療機関モデルの構築(労災病院モデル)

【分担研究5】中小企業のヘルスリテラシーの向上に寄与する映像コンテンツ作成

【分担研究6】両立支援アクションチェックリストの開発

中小企業における両立支援アプローチとして、コンサルティング部門で収集された問題解決のための相談類型と、医療機関タイプごとの対応方法のモデルの提案、事業場向け教育資材の作成がなされた。また、基盤の脆弱などのような中小・零細企業であっても両立支援を少しでも対応することができるアクションチェックリストを整備することができた。また、両立支援データベースの解析により、一度復職してもその後離脱するものが14%程度いることが判明し、職場復帰の時点のみならず継続的なフォローアップが重要であることが示された。

研究分担者

白土 博樹 (北海道大学 医学研究院連携研究センター療養・就労両立医学教室 教授)

宮内 文久 (独立行政法人労働者健康安全機構 愛媛労災病院)

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)

永田 昌子 (産業医科大学 医学部 両立支援科学 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)
簗原 里奈 (HOYA株式会社 産業医)

研究協力者

萩ノ沢 泰司 (産業医科大学 医学部 第2内科学 講師)
金城 泰幸 (産業医科大学 医学部 産婦人科学 助教)
橋本 博興 (産業医科大学 医学部 両立支援科学)
五十嵐 侑 (産業医科大学 医学部 両立支援科学)
井上 俊介 (産業医科大学病院 両立支援科 非常勤医師)
細田 悦子 (産業医科大学病院 外来看護師長)
篠原 弘恵 (産業医科大学病院 がん専門相談員)
古田 美子 (産業医科大学病院 看護師、がん専門相談員)
高倉 加寿子 (産業医科大学病院 看護師)
近藤 貴子 (産業医科大学病院 社会福祉士)
末永 卓也 (産業医科大学病院 精神保健福祉士)
蟻川 麻紀 (産業医科大学病院 公認心理士)
篠原 義剛 (産業医科大学病院 薬剤部長)
武本 暁生 (産業医科大学病院 リハビリテーション部 技師長)
久原 聡志 (産業医科大学病院 理学療法士)
樋口 周人 (産業医科大学病院 リハビリテーション部 理学療法士)
船津 康平 (産業医科大学病院 リハビリテーション部 理学療法士)
岡原 伸太郎 (株式会社ジョンソンアンドジョンソン 産業医)
平岡 晃 (コマツ 産業医)
小田上 公法 (産業医科大学 産業保健経営学 特任助教)
深井 航太 (東北大学 医学部 基盤診療学系 衛生学公衆衛生学 講師)
西岡 健太郎 (北海道大学大学院医学研究院 放射線医理工学教室 助教)
岩崎 由加子 (北海道大学大学院医学研究院 医理工学グローバルセンター
学術研究員)
渋谷 麻実 (北海道大学病院腫瘍センター)
本多 和典 (愛知県がんセンター 薬物療法部)
梶本 祐介 (東京大学大学院 薬学系研究科)
五十嵐 中 (横浜市立大学群健康社会学ユニット・東京大学大学院薬学系研究科)
篠原 信雄 (北海道大学大学院医学研究院 腎泌尿器科教室・教授)
青山 英史 (北海道大学大学院医学研究院 放射線治療学教室・教授)

A. 研究の背景と目的

労災疾病臨床研究ではこれまで数多くの両立支援に関する研究が取り上げられている(立石、産業医学レビュー、2018)。企業と医療機関の連携手法(森班 H26-28)や、産業医の標準的考え方に関する検討(立石班 H28-30)、医療機関の立場で事業者に必要な就業上の意見を述べる手法(中村班 H29-31)、地域連携モデルの構築(堤班 H29-31)など様々なツールが提案されてきている。しかしながら、企業側の関心はやや低調の状況が続いている。健康投資 1 ドルに対し約 3 ドルの休業損失削減というリターンがある(Baicker K ら、Health Affairs、2010) ことなどを背景に、一部の大企業等については健康経営という視点が浸透しつつあるが、経営体力の弱い中小企業では目の前の資金繰りや業務をどうするかという視点に陥るため医療機関との連携も不十分になりやすく、労働者自らが支援を求めることが要求されがちである。また、疾病を抱えながら就業している労働者が 3 割であるにもかかわらず、企業担当者に両立支援について聴取しても経験したことがないと回答するものがほとんどで両立支援のイメージがわきにくい現状があることが想定されている。中小企業のヘルスリテラシーを向上させるためには、中小企業の側からの良好事例を発表しても経営者の理解度や業務内容などからできる企業だけが対応していると思われがちであるため、医療機関を受診した労働者の対応事例を示すことで、些細なことであっても労働者にとって両立支援となっていることを実感できるようなデータを集積・公表することが重要で、中小企業にとって有益であることを示し中小企業の

モチベーションを上げていくことが求められている。

研究を行うにあたって中小企業と医療機関を専門的立場で支援するコンサルティングチームと合わせ以下の 3 つの研究事業を実施する。

- ① 事業場及び医療機関への両立支援コンサルティング部門の創設
- ② 医療機関モデル(産業医大モデル、大学病院モデル、労災病院モデル)の提案
- ③ 中小規模事業場での産業保健の展開

B. 方法

令和2年度の分担研究として、以下を行った。

【研究1】両立支援に関する医療機関及び企業へのコンサルティング部門の設立

【研究2】医療機関モデルの構築(産業医大モデル)

【研究3】医療機関モデルの構築(大学病院モデル)

【研究4】医療機関モデルの構築(労災病院モデル)

【研究5】中小企業のヘルスリテラシーの向上に寄与する映像コンテンツ作成

【研究6】両立支援アクションチェックリストの開発

C. 結果

実施された分担研究ごとの要約を以下に記す。

【研究1】両立支援に関する医療機関及び企業へのコンサルティング部門の設立

【目的】医療機関及び事業場の両立支援に関連する相談事に焦点を当てて、事業場や企業が両立支援を実践する上でつま

ずいている個所を明確にすることを目的とする。

【方法】産業医科大学病院両立支援科及び就学・就労支援センター内に事業場および医療機関が相談できる両立支援コンサルティング部門を創設した。事業場に係るケース・組織作りについては産業医経験があるものが対応し、医療機関に係るケース・組織作りについては両立支援コーディネーター資格者が中心に回答できる体制を構築した。

【結果】事業場からの相談は73件であった。医療機関からの相談は仕組みづくりに関する147件、事例に関する相談が52件聴取された。いずれの相談についても新たな分類は見出されなかった。

【考察】事業場コンサルティングは、令和元年度については産業保健総合支援センターが事業者向け相談事業を行っていること、事業場向けのガイドラインが策定されるなど、の影響で相談が少なかった。令和2年度には新型コロナウイルス感染症の流行で働き方そのものが変わったことから相談件数が増加した。令和3年度には医療機関からの相談はそれほど増えなかったが、独立系産業医向けに講演を終えた後に相談が急激に増えた。相談窓口を置いていても相談に来ることはなかなかないが、顔の見える関係になった場合に相談が増える傾向がみられるため、相談しやすい場所を常設することで事例の蓄積が進むものと考えられる。一方でやらなければならないことが膨大で、どこから手を付けていいかわからないという意見も散見されている。これを解決するために本研究の分担で事業場向けアクションチェックリストを作成する研究をスタートした。事例については、先行

研究の「10の質問」の類型に当てはまるケースばかりであったため、医療機関での「10の質問」の展開は均てん化につながることを期待される。

【研究2】医療機関モデルの構築(産業医大モデル)

両立支援における就労予後因子の検討は大変重要である。特にがんや難病のような進行性の疾患の場合、予後を把握し適切な時期に両立支援を提供することが就労継続に大きく影響すると考えられる。産業医科大学病院では平成27年から800件を超える両立支援を実践してきた。本研究では、産業医科大学病院における両立支援データベースを作成した(SanRISE Study: 産業医科大学病院 両立支援 チームによる医療機関の両立支援 Seek Evidence Study)。両立支援介入による就労予後を把握するための両立支援フォローアップ問診表を用いて行ったフォローアップ状況を一部集計したので、報告する。

産業医科大学病院に通院加療中の、2018年4月から2021年3月に入院加療などで仕事を休み両立支援を行けた患者837例に対し、問診票を用いたフォローアップを行った。このうち2021年11月8日から2022年2月18日にフォローアップを行った103例の問診票結果を集計した。

1) 両立支援を実施した対象背景、2) 両立支援を受けた後の勤務状況(8カ月以上、最大3年経過後の現在)、3) 両立支援を受けた後の業務内容、4) 両立支援を受けた後の勤務時間、5) 両立支援を受けた後の職場での人間関係、6) 両立支援を受けた後の予後指標(1. 「10の質問」: 困りごとの問診、2. EQ-5D: QOLの指標、3. BFI: 簡易倦怠感尺度、4. HAD Scale、

K6：不安抑うつ尺度、5. WFun：労働機能障害の指標、6. QQ：労働生産性の指標、7. IPAQ：身体活動量の指標）について確認した。就労上の転帰やこれら指標患者のを追跡しフォローすることは、効果的かつ継続的な両立支援を検討する上で有用である。

今回、医療機関における大規模な両立支援データベースを作成した。今後、効果的な両立支援を提案する上での活用が期待される。

【研究3】医療機関モデルの構築(大学病院モデル)

中小企業のがん治療患者に対して、医療現場の第一線で活躍しているがん治療医と大学病院・がんセンター等のがん研究医は、経済毒性が発生し得ることを理解し、基本的な知識と対策方法を身に付ける必要がある。医療現場では、医師・医療従事者の働き方改革を遵守し他のタスクシフトを進めつつ、中小企業のがん治療患者が治療に伴う経済的負担が原因で生命予後・生活の質に支障を来すリスクを評価し、その解決のために、(1) 収入と資産の減少を防ぐ努力、(2) 支出を減らす努力、(3) 精神的なサポート、(4) 総合的な支援を行うこと、が重要である。大学病院・がんセンターや医学系研究機関では、「がん治療の経済毒性研究」や「療養・就労両立医学研究」が、患者側に立った最先端がん研究であることを理解し、本質的な課題解決を目指すべきである。がんの治癒率を上げる努力をしつつがん患者の経済毒性を根本的に減らすためには、医療経済学者・政策立案者・業界・患者団体・他のステークホルダーの長期的視野に立った議論が必須であるが、が

ん治療の医療現場では、経済毒性の知識を持ち、治療と仕事の両立支援指導等で経済毒性の軽減措置ができる治療医とそのグループの育成が大変重要である。中小企業のがん治療患者等に関して、FT軽減がなされるための研究開発と施策と医療が、喫緊の課題として、求められている。

【研究4】医療機関モデルの構築(労災病院モデル)

「治療と仕事の両立支援」において、患者が治療と職業生活の両立を図るために医療と職場との連携が推進されてきた。愛媛労災病院は癌、糖尿病、脳卒中、メンタルヘルスのモデル4分野に限定することなく、全ての患者を治療と就労の両立支援の対象と定め、今日まで取り組んできた。

そこで、「治療と仕事の両立支援」を受けながら働き続けるには何が問題なのかを、下記の点に関して検討した。

設問1:退院後も働き続けていたいと希望している患者さんは、退院時に自分の健康や職場への働きかけをどのように認識しているのか、

設問2:患者さんは「治療と仕事の両立支援」の取り組みに満足しているのか

設問3:小規模事業所で働いている労働者は自分の健康をどのように意識し、「治療と仕事の両立支援」をどのように認識しているのか、小規模事業所での「治療と仕事の両立支援」の推進にはどうすれば良いのか

上の検討結果から、「治療と仕事の両立支援」を推進するには、

1) 小規模事業所の経営者に従業員の健康が事業の継続には必要であるとの働き

かけを今まで以上に行うことと

2) 小規模事業所の従業員の健康管理に保健師や両立支援コーディネーターを派遣し、職場で健康相談に応じることが重要と考える。また、

3) 急性期病院には「治療と仕事の両立支援」はチーム医療を推進する契機になると、働きかけを強めることが有用と考える。

【研究5】中小企業のヘルスリテラシーの向上に寄与する映像コンテンツ作成

本分担研究では、中小企業のヘルスリテラシーの向上に寄与する映像コンテンツを作成した。

両立支援の重要性が注目され、大企業など、両立支援に力を入れている企業も散見されるようになってきた。しかし、日本の労働者の約55%が属している中小企業への浸透はまだ十分でない。経営体力の弱い中小企業にとっては目の前の資金繰りや業務をどうするかという視点になりがちで、企業のヘルスリテラシーが十分でなく医療機関との連携も不十分になりやすく労働者に負担をかけている現状がある。

また、中小企業の担当者に両立支援について聴取しても経験したことがないと回答するものがほとんどで両立支援のイメージがわきにくい現状があることが想定される。中小企業のヘルスリテラシーを向上させるためには、事例などを交えた説明資料が有用である可能性がある。

そこで本分担研究は、中小企業経営者向けに教育等で利用する事例などを交えた映像コンテンツを作成することを目的とした。今年度作成した映像コンテンツを、教育等も使い、両立支援について広

く啓発していくことが望まれる。

【研究6】両立支援アクションチェックリストの開発

【目的】治療と仕事の両立支援（以下、両立支援）については、「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン（平成28年）」の取りまとめより6年が経過し、順調に社会的認知は進んできたものの、ガイドラインに列挙されている両立支援に必要な仕組みや環境の整備（休業制度の整備・主治医とのコミュニケーション・就業配慮の検討・個人情報の取り扱い・相談窓口の設置等）を網羅的に行わなければならないという固定観念があるため、現場では未だ「両立支援とは難しく、スタートのハードルが高い」印象が拭えない。本研究では、両立支援のハードルを下げ、支援者各々が次の一歩を歩むためのヒントとして両立支援アクションチェックリストを提案することを目的に、両立支援の経験者らが具体的に実践している良好事例を聴取し、産業医からの聴取で両立支援アクションチェックリストを作成した（令和2年度）。今回は、両立支援のベタな実践要素及び行動を整理しさらに1つでも多く取り入れるべく、さらに当事者及び社会保険労務士より追加聴取し両立支援のベタな実践要素及び行動を整理した。

【方法】オンラインにて、フォーカスグループインタビュー調査を実施した（実施期間：2021年12月 - 2022年3月）。I-1. 当事者インタビュー：当事者11名を対象に、3グループ、I-2. 社会保険労務士インタビュー：社会保険労務士4名2グループを対象に、自身の過去の経験あるいは経験した事例を基に、仕事と治療

の両立支援に必要な要素や行動について聴取した。尚、インタビュー対象者は機縁法によって選抜した。I-3. 事業者及び人事労務担当者の経験：これまで公開されている企業インタビュー等の内容を確認した。聴取内容について、産業医資格を有する医師3名（産業衛生指導医1名、産業衛生専門医1名を含む）によって実践要素及び行動を抽出し、KJ法を用いて、場面別に類型化を行った。

【結果】入院加療・自宅療養によって休職を要する事例発生時に、職場で両立支援を行うために必要な要素及び行動として、I-1. 当事者インタビュー：計39項目、I-2. 社会保険労務士インタビュー及び内容分析：計40項目、が聴取された。産業医からの聴取より作成した両立支援アクションチェックリストに11項目追加された。

【考察】今回、我々は、有効な両立支援アクションについて過不足なく収載した両立支援アクションチェックリストを開発した。両立支援に意欲的に取り組む経験者らから、両立支援の具体的かつベタな実践要素及び行動を聴取し整理できたことで、両立支援とは、たとえ専門家以外の支援者であっても、容易にスタートかつ達成できる取り組みであることを十分に示せた。これらの要素や行動を1つでも実施できれば、両立支援を実践できていると評価でき、さらに1つでも多く取り入れていけば、より円滑な支援を目指せると考える。今後、開発した両立支援アクションチェックリストを公開し、中小企業での両立支援の拡充を図っていく。

D. 考察

本研究班は3つのテーマを研究課題としている（図1）。

- ① 事業場及び医療機関への両立支援コンサルティング部門の創設
 - ② 医療機関モデル（産業医大モデル、大学病院モデル、労災病院モデル）の提案
 - ③ 中小規模事業場での産業保健の展開
- これらのテーマはそれぞれリンクし、相互的な研究が実践されている。

コンサルティング部門については広報活動が進んだ結果、一定の相談件数が得られた。新型コロナウイルス感染症の広がりを受けた質問が増えたこと、テレワークへの対応の相談があったことなどこれまで治療と仕事の両立のテーマでなかったことが相談にあげられるケースが増えた。また、療養・就労両立支援指導料が改訂されたことで、勤務情報提供書の収集の方法についての議論や、算定のタイミングなどの情報提供も必要であった。また、相談内容による新しいカテゴリーは出てこなかったことからある程度の法話がみられ、相談内容の蓄積を図ることが可能であった。

医療機関モデルは、それぞれ特徴のある医療機関でかつ地域の基幹病院である産業医科大学、大学病院、労災病院でのモデルの在り方について検討した。産業医科大学は肉体労働者の困りごとに着目し研究を行った。心理的影響、職場の受け入れ、職場の適正配置が有意に困りごととして挙がっており、特徴的に聴取が必要な項目であることが示唆された。また、ほとんどのものが一度は職場復帰していたが、14%のものが復帰後に離職していることが判明した。数が少なく寄与している要因までは統計的優位さが出て

いないが、継続的なフォローアップをしていくことが必要であることが示された。

大学病院モデルとして北海道大学は、両立支援に関係する部門の立ち上げと病院ぐるみでの仕組み構築がなされた。大学病のような専門分化がされているところでも、中核となる人材がいることで実践可能であることが証明された。したがって、中核病院に対して集中的な研修を行うような枠組みがあれば爆発的に両立支援に取り組む医療機関が増加する可能性がある。また、総合大学であることを活かし、経済毒性に着目した研究分野にも進んでいった。両立支援における事業場のメリット・デメリット、本人のメリット・デメリットなどについて検討するには総合大学の大学病院でモデルを作り対応することで新たな展開があることが示唆された。

労災病院モデルとして愛媛労災病院が活動を実践した。「10の質問」の利用を開始し、患者の困りごとに着目した両立支援を実践することでそのイメージの乖離が徐々に少なくなっていることが報告された。10の質問で具体的な困りごとの項目としては、業務遂行能力の低下や不安などが困りごとの項目として挙げられており、産業医科大学で昨年実施された調査でも同様であったことから地域や病院の特徴を超えて再現性があるものと考えられた。また、患者アンケートから地元根差し、企業教育なども積極的に行うことで、両立支援が推進していくモデルの提唱がなされた。

中小企業での展開については、令和元年度に中小事業者にとって必要な知識・技能が整理されその情報を用いた中小企業向けビデオが作成された。中小企業で

は、ケース発生可能性が低くそもそも関心がないケースが散見される。これらの関心を高めるための啓発ビデオを作成したので、今後、研修会等でビデオを視聴したことでの企業のヘルスリテラシーの向上への寄与の確認が行われ、一定の効果について確認された。中小企業向けには、事例が発生した時に見ることができ映像資料の作成をすることは、効果がある可能性が示された。

また、コンサルティングを通じて、事業場の課題において、相談者は自ら回答を持っているケースが多かった。このことを踏まえ、両立支援を行うためのヒントを提供することで、事業場の両立支援が進展する可能性を見越してアクションチェックリストを作成した。アクションチェックリストは令和2年度の厚生労働省の両立支援広報事業で用いられ、実習を通じて、企業アクションを作成することに寄与することが確認されている。基盤がぜい弱な中小企業にとって、実施しなければならぬ項目が多いチェックリスト形式よりもむしろ、必要な項目を選択し対応できるアクションチェックリストには価値があるものと考えられる。

E. 結論

中小企業における両立支援アプローチとして、コンサルティング部門で収集された問題解決のための相談類型と、医療機関タイプごとの対応方法のモデルの提案、事業場向け教育資料の作成がなされた。また、基盤の脆弱などのような中小・零細企業であっても両立支援を少しでも対応することができた。また、両立支援データベースの解析により、一度復職してもその後離脱するものが

14%程度いることが判明し、職場復帰の時点のみならず継続的なフォローアップが重要であることが示された。

G. 学会発表

1. 細田悦子、原田有理沙、石上紋、橋本博興、立石清一郎、永田昌子：SanRiSE Study 第1報 患者の抱える復職及び就業継続上の困りごとについての実態調査、第95回日本産業衛生学会、2022年高知、ポスター発表予定
2. 石上紋、原田有理沙、細田悦子、橋本博興、立石清一郎、永田昌子、SanRiSE Study 第2報 主治医意見書発行を要した患者の復職及び就業継続上の困りごと、第95回日本産業衛生学会、2022高知、ポスター発表予定
3. 原田有理沙、立石清一郎、石丸知宏、江口尚、辻真弓、池上和範、永田昌子、松垣竜太郎、藤野義久。CORoNaWork：労働者が抱える慢性疾患別の両立支援の実施状況、第95回日本産業衛生学会、2022高知、ポスター発表予定
4. 橋本博興、原田有理沙、五十嵐侑、立石清一郎、永田昌子、藤野善久。CORoNaWork：COVID-19流行下の日本における職場での配慮と心理的苦痛の関連、第95回日本産業衛生学会、2022高知、ポスター発表予定
5. 小倉康平、山瀧一、原田有理沙、橋本博興、立石清一郎：医療者が患者の就業状況を知るための映像コンテンツの作成。第31回日本産業衛生学会全国協議会、2021年三重、口演発表
6. 細田悦子、立石清一郎、原田有理沙、近藤貴子、高倉加寿子、蟻川麻紀、篠原弘恵、古田美子、末永卓也、久原聡志。産業医科大学病院における両立支援コーディネーターによる支援活動報告、第31回日本産業衛生学会全国協議会、2021年三重、口演発表
7. 立石清一郎。慢性病に罹患しても仕事をあきらめない 治療と仕事の両立支援の要点。第16回日本慢性看護学会、2021年9月オンライン開催
8. 立石清一郎、榎田奈保子、原田有理沙、工藤智美、高松あずみ、武花歩実。肝疾患における治療と仕事の両立支援の職域における課題。第107回日本消化器病学会、2021年4月東京、口演発表
9. 篠原弘恵、立石清一郎、井上俊介、細田悦子、高倉加寿子、古田美子。高齢者への両立支援 消化器癌患者の復職を振り返って。第107回日本消化器病学会、2021年4月東京、ミニオーラル
10. 近藤貴子、立石清一郎、井上俊介、細田悦子、篠原弘恵。日常の生活に戻りたい終末期がん患者の就労支援の一考察 エンド・オブ・ライフケアの実現。第107回日本消化器病学会、2021年4月東京、ミニオーラル
11. 井上俊介、永田昌子、永田智久、立石清一郎、藤野義久、森晃爾。下痢腹部症状を有する労働者の生産性低

- 下と関連する要因. 第 107 回日本消化器病学会、2021 年 4 月東京、ミニオーラル
12. 篠原義剛、横山雄一、斎藤暢人、植木哲也、立石清一郎. 外来化学療法センターでの薬剤師の両立支援の取り組み. 第 107 回日本消化器病学会、2021 年 4 月東京、ミニオーラル
 13. 原田有理沙、橋本博興、立石清一郎. 両立支援のハードルを下げるためのベタな実践要素及び行動の整理. 第 94 回日本産業衛生学会、2021 年 5 月松本、口演発表
 14. 井上俊介、永田昌子、原田有理沙、橋本博興、立石清一郎. 肉体労働を有する患者が治療と仕事を両立する上での困りごとの検討. 第 94 回日本産業衛生学会、2021 年 5 月松本、口演発表
 15. 市川富美子、大久保浩司、荻ノ沢泰司、奥谷紀子、立石清一郎、筒井保博. 治療と仕事の両立支援における施設間連携について. 第 94 回日本産業衛生学会、2021 年 5 月松本、口演発表
 16. 橋本博興、原田有理沙、立石清一郎. 主治医が患者の就業配慮を検討しやすくなる両立支援ツールの開発. 第 94 回日本産業衛生学会、2021 年 5 月松本、口演発表
 17. 立石清一郎. 両立支援における医療機関と産業現場との連携～診療報酬改訂及び新型コロナ禍によるリモートワークの中で～ 勤務情報提供書と主治医意見書から考える医療機関と職域との協働. 第 94 回日本産業衛生学会、2021 年 5 月松本、講演
 18. 立石清一郎. 全ての人に産業保健の光を-多様な背景により働きにくさを抱える労働者に- 身体疾患の両立支援の最前線. 第 94 回日本産業衛生学会、2021 年 5 月松本、シンポジウム
 19. 中藤麻紀、濱田学、橋本博興、加藤徳明、立石清一郎、佐伯覚. 脳卒中の両立支援における当院の両立支援科の取り組み. 第 94 回日本産業衛生学会、2021 年 5 月松本、口演発表
 20. 立石清一郎. 産業医科大学の将来を語る 産業医科大学病院の今後 治療と仕事の両立支援. 第 37 回産業医科大学学会、2020 年 9 月北九州、口演
 21. 立石清一郎: 治療と仕事の両立において心理職に期待すること、2020 年度公認心理師の会年次総会産業・労働・地域保健部会シンポジウム、2020 年 9 月、ウェブ開催
 22. 井上俊介、立石清一郎. 患者が治療と仕事の両立を達成するための困りごとの企業規模ごとの検討. 第 93 回日本産業衛生学会、2020 年 5 月旭川、口演発表
 23. 立石清一郎. それぞれの個性を生かす職場づくりを目指して 治療と仕事の両立支援の現状と課題. 第 93

回日本産業衛生学会、2020年5月旭川、
地域交流集会

24. 立石清一郎. 両立支援における医療機関と産業現場との連携 産業医科大学病院での治療と仕事の両立支援の実践 大学病院における両立支援の実践を通して. 第93回日本産業衛生学会、2020年5月旭川、日本職業・災害医学会合同シンポジウム
25. 立石清一郎. 産業医科大学病院での治療と仕事の両立支援の実践、第59回日本肺癌学会、2019年11月東京、シンポジウム
26. 井上俊介、立石清一郎. 医療機関の両立支援スタッフが感じる3つの変化、第26回産業精神保健学会、2019年8月東京、口演発表
27. 立石清一郎. 乳がん患者の就労支援の現状と問題点 産業医の立場からの就労支援の実際、第27回日本肺癌学会総会、2019年7月東京
28. 田中文啓、黒田耕志、立石清一郎、荻ノ沢泰司、安東睦子、細田悦子、黒木一雅、近藤貴子、中藤麻紀、尾辻豊、東敏昭：早期社会復帰を目指したチーム医療の取り組み がん治療と就労の両立に向けた組織的取り組み、第60回日本肺癌学会、2019年大阪、口演発表

H. 論文業績

1. Igarashi Y, Tateishi S, Harada A, Hino A, Tsuji

M, Ogami A, Mori K, Matsugaki R, Fujino Y; CORoNaWork project. Relationship Between Support for Workers with Illness and Work Functioning Impairment in Japan During the COVID-19 Pandemic. J Occup Environ Med. 2022 Jan 25. doi: 10.1097/JOM.0000000000002500. Epub ahead of print. PMID: 35081590.

2. 立石清一郎、原田有理沙、永田昌子：仕事と治療の両立支援 UPDATE として、安全衛生コンサルタント Vol. 22 (141) 69-72、2022
3. 立石清一郎、原田有理沙、永田昌子：治療と仕事の両立支援～支援の要諦と最近の動向、健康開発 Vol. 26(2) 19-24、2021
4. 立石清一郎、原田有理沙：両立支援の実際－「医療機関における治療と仕事の両立支援」、総合リハビリテーション 49巻11号、1087-1093、2021
5. 原田有理沙、立石清一郎、橋本博興、井上俊介、細田悦子、篠原弘恵、高倉加寿子、古田美子、近藤貴子、蟻川麻紀、末永卓也、久原聡志、黒木一雅：2018-2020年度産業医科大学病院における両立支援の診療実績と今後の課題、産業医科大学雑誌 43(4)、445-458、2021
6. 原田有理沙、立石清一郎：産業医科大学における両立支援、消化器・肝臓内科 10(5)：619-624、2021
7. 久米井伸介、渡邊龍之、芳川一郎、山

- 内大夢、谷本彩、中村健太、村石純一、久米恵一郎、立石清一郎、原田大：炎症性腸疾患患者における両立支援、消化器・肝臓内科 10(5):583-589、2021
8. 蓑原里奈、小林祐一、古屋佑子、絹川千尋、廣里治奈、立石清一郎、渡邊聖二、森晃爾：治療と仕事の両立支援の手続きの中で産業医から主治医に提供された情報および助言内容の質的研究. 産業衛生学雑誌 63(1):6-20、2021
 9. 立石清一郎：病気の治療と仕事の両立支援-キャリアをあきらめないために治療と仕事の両立支援における医育機関の役割、公衆衛生 85(1)33-37
 10. 小林清香、平井啓、谷向仁、小川朝生、原田恵理、藤崎遼平、立石清一郎、足立浩祥：身体疾患による休職経験者における職場ストレスと関連要因、総合病院精神医学 32(4):403-409、2020
 11. 立石清一郎：両立支援に欠かせない 産業保健スタッフに必要な疾患の知識と最新の治療法(Part 1)両立支援のためにおさえておきたいポイント 就業配慮を構造化して理解する、産業保健と看護 2020 春季増刊:14-17、2020
 12. 立石清一郎：両立支援に欠かせない 産業保健スタッフに必要な疾患の知識と最新の治療法(Part 1)両立支援のためにおさえておきたいポイント 両立支援におけるメンタルヘルス不調と身体疾患との相違点、産業保健と看護 2020 春季増刊:18-20、2020
 13. 立石清一郎、渡瀬真梨子、藤野義久、森晃爾：産業保健分野でのデルファイ法の応用展開、健康開発第 24 巻第 3 号、71-79、2020
 14. 立石清一郎、井上俊介、永田昌子、荻ノ沢泰司、金城泰幸：職場で取り組む治療と仕事の両立支援 治療と仕事の両立支援の現状と課題、健康開発 24(3):18-22
 15. 立石清一郎：治療と職業生活の両立支援、香川県医師会誌 71(6):73-78、2019
 16. 立石清一郎：治療関連障害でもととの仕事ができない/無理なとき 産業医からみた就労支援、緩和ケア 29(1):44-45、2019
 17. 立石清一郎、井上俊介、黒木一雅、細田悦子、近藤貴子、高倉加寿子、中藤麻紀、篠原弘恵、古田美子、荻ノ沢泰司、蓑原里奈、永田昌子、榎田奈保子、柴田喜幸：治療と仕事の両立支援研究の現在 産業医科大学における治療と仕事の両立への貢献、産業医学ジャーナル 42(4):30-37、2019
 18. 尾辻豊、立石清一郎、田中文啓、荻ノ沢泰司、黒田耕志、市来嘉伸、安東睦子、細田悦子、黒木一雅、近藤貴子、中藤麻紀、東敏昭：産業医科大学病院における両立支援科・就学就労支

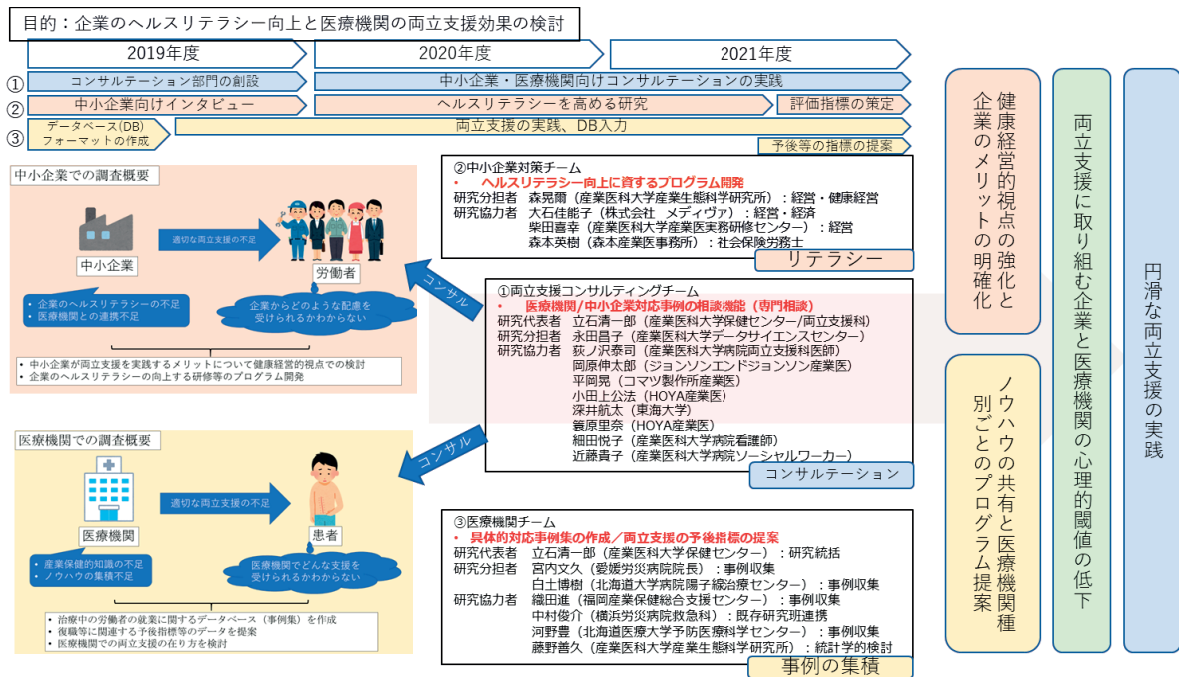
援センター、日本職業・災害医学会
67(5):369-374、2019

なし
3.その他
なし

H. 知的財産権の出願・登録状況:(予定を含む。)

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録

図1. 本研究のシエーマ



令和3年度 厚生労働科学研究費補助金(労働安全衛生総合研究事業)

中小企業等における治療と仕事の両立支援の取り組み促進のための研究
(19JA1004)

分担研究報告書

両立支援に関する医療機関及び企業への コンサルティング部門の設立

研究代表者

立石 清一郎

(産業医科大学 産業生態科学研究所 教授)

研究分担者

永田 昌子

(産業医科大学 医学部 両立支援科学 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)

令和3年度 厚生労働科学研究費補助金(労働安全衛生総合研究事業)

分担研究報告書

産業医科大学での取り組み(産業医科大学モデル)

研究代表者 立石 清一郎 (産業医科大学 産業生態科学研究所 教授)

研究分担者 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 原田 有理沙 (産業医科大学 医学部 両立支援科学 助教)

研究要旨

【目的】医療機関及び事業場の両立支援に関連する相談事に焦点を当てて、事業場や企業が両立支援を実践する上でつまづいている個所を明確にすることを目的とする。

【方法】産業医科大学病院両立支援科及び就学・就労支援センター内に事業場および医療機関が相談できる両立支援コンサルティング部門を創設した。事業場に係るケース・組織作りについては産業医経験があるものが対応し、医療機関に係るケース・組織作りについては両立支援コーディネーター資格者が中心に回答できる体制を構築した。

【結果】事業場からの相談は73件であった。医療機関からの相談は仕組みづくりに関する147件、事例に関する相談が52件聴取された。いずれの相談についても新たな分類は見出されなかった。

【考察】事業場コンサルティングは、令和元年度については産業保健総合支援センターが事業者向け相談事業を行っていること、事業場向けのガイドラインが策定されるなど、の影響で相談が少なかった。令和2年度には新型コロナウイルス感染症の流行で働き方そのものが変わったことから相談件数が増加した。令和3年度には医療機関からの相談はそれほど増えなかったが、独立系産業医向けに講演を終えた後に相談が急激に増えた。相談窓口を置いていても相談に来ることはなかなかないが、顔の見える関係になった場合に相談が増える傾向がみられるため、相談しやすい場所を常設することで事例の蓄積が進むものと考えられる。一方でやらなければならないことが膨大で、どこから手を付けていいかわからないという意見も散見されている。これを解決するために本研究の分担で事業場向けアクションチェックリストを作成する研究をスタートした。事例については、先行研究の「10の質問」の類型に当てはまるケースばかりであったため、医療機関での「10の質問」の展開は均てん化につながることを期待される。

研究協力者

荻ノ沢 泰司 (産業医科大学 医学部 第2内科学 講師)

金城 泰幸 (産業医科大学 医学部 産科婦人科学 助教)

橋本 博興 (産業医科大学 医学部 両立支援科学 修練医)

井上 俊介 (産業医科大学病院 両立支援科 非常勤医師)

石上 紋 (産業医科大学病院 両立支援科 保健師)

細田 悦子 (産業医科大学病院 外来看護師長)
篠原 弘恵 (産業医科大学病院 がん専門相談員)
古田 美子 (産業医科大学病院 看護師 がん専門相談員)
高倉 加寿子 (産業医科大学病院 看護師)
近藤 貴子 (産業医科大学病院 社会福祉士)
末永 卓也 (産業医科大学病院 精神保健福祉士)
蟻川 麻紀 (産業医科大学病院 公認心理士)
篠原 義剛 (産業医科大学病院 薬剤部 部長)
武本 暁生 (産業医科大学病院 リハビリテーション部 技師長)
久原 聡志 (産業医科大学病院 理学療法士)
簗原 里奈 (HOYA 株式会社 産業医)
岡原 伸太郎 (株式会社ジョンソンアンドジョンソン 産業医)
平岡 晃 (コマツ 産業医)
小田上 公法 (産業医科大学 産業保健経営学 特任助教)
深井 航太 (東北大学 医学部 基盤診療学系 衛生学公衆衛生学 講師)

A. 目的

平成 28 年 2 月に事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドラインが発出した。しかしながら、事業場、企業とも取り組みが低調で両立支援が社会的に広がっている状況であるとはいいがたい。そこで、本研究においては、医療機関及び事業場の両立支援に関連する相談事に焦点を当てて、事業場や企業が両立支援を実践する上でつまづいている個所を明確にすることを目的とする。本事業は令和元年度に構築したコンサルティングチームを継続し実施した。

B. 方法

令和元年度に構築した産業医科大学病院両立支援科及び就学・就労支援センター内に事業場および医療機関が相談できる両立支援コンサルティング部門を創設した。事業場に係るケース・組織作りについては産業医経験があるものが対応し、医療機関に係るケース・組織作りについては両立支援コーディネーター資格者が中心に回答できる体制を構築した。広報は、学会や厚生労働省主催のシンポジウム・教育講演および医師会の産業医研修会などで筆頭著者が登壇するときにメールアドレスを開示し自由に相談できるよう通知し、相談のあったケースを本報告書に記述した。相談体制として表 1 のような組織を構築した。なお、本コンサルティング事業を広報した研修会等の一覧を表 2 に示す。また、産業医科大学医学部両立支援科ホー

ムページを開設し、コンサルティングを受けることを広報した (<https://ryoritsuuoeh.com/>)。

C. 結果

【事業場向けコンサルティング】

事業場向けコンサルティングは制度、体制整備に関すること計 73 件であった。両立支援のガイドラインに倣い、方針、教育、相談窓口、制度・体制整備に分けて分類した。相談内容に新たに分類されるものはなかった。

- 1 両立支援の方針に関すること
 - 1.1 事業場方針 31 件
- 2 社内教育に関すること
 - 2.1 教育内容 3 件
 - 2.2 教育対象者 3 件
- 3 相談窓口に関すること
 - 3.1 担当者 4 件
 - 3.2 機能 4 件
- 4 制度・体制整備に関すること
 - 4.1 実施基準 28 件
 - 4.2 手順 1 件
 - 4.3 運用方法 1 件

事例に関するものは職務適正についての相談と主治医とのコミュニケーションに関連するものであった。新型コロナウイルス感染症に関連した相談が 2 件あった。

- 食品製造業のライン作業者が大腸がんでストーマとなっているが勤務させていいか
- 主治医が傷病手当金の文書作成をしてくれないがどうしたらいいか
- てんかん患者の適正配置の考え方
- 両側乳がん患者の健診時の採決の

方法について

- 自己保健義務をどの程度お願いしたらいいかわからない。
- 新型コロナウイルス感染症の流行で在宅勤務で復帰した場合、現職との要求事項が変わる場合の支援の方策について
- 新型コロナウイルス感染症で在宅勤務になった労働者の労務管理について

相談者は、講演会依頼者、既知の企業担当者または産業保健スタッフであった。

【医療機関向けコンサルティング】

医療機関からの制度・体制整備に関連する相談は、講演会直後の相談がほとんどであった。講演会の依頼そのものが、「どこから手を付けていいかわからないので講演してほしい」というニーズも2件あり、ほとんどの医療機関でどのように対応したらいいかわからない状況であることが考えられる。具体的相談として147件が相談され、代表的なものは以下の類型化を行った(表3)。相談内容に新たに分類されるものはなかった。

(制度、体制整備に関すること)

- 1 トップの方針表明
 - 1.1 意思決定プロセス
 - 1.2 院内の理解
 - 1.3 医療機関と企業(産業医)の連携
 - 1.4 教育・研修体制
- 2 両立支援チームの体制
 - 2.1 両立支援チームの体制

- 3 両立支援チームのビジョン
 - 3.1 両立支援チームのビジョン
- 4 両立支援チームの運営
 - 4.1 両立支援チームの目標
 - 4.2 両立支援チームの計画
 - 4.3 各種帳票の整理
 - 4.4 勤務情報提供書の授受
 - 4.5 診療報酬の算定のタイミング
 - 4.6 両立支援フローの整備
 - 4.7 外部機関との連携

医療機関からの事例に関する相談は

- がん患者に夜勤をさせてもいいか
 - 患者が仕事を辞めると言っているがどのように相談したらいいか
 - バス運転士一本でやってきたのでやめたくないと言っているがどうしたらいいか
 - アルコール依存でやめる気がないと言っているがどうしたらいいか
 - 小規模事業場であるためすぐに変わりの要員を入れる必要があり、すでに代替の職種の人が入っているがどうしたらいいか
 - 職場の中で配慮の申し出をしにくいと言っているがどうしたらいいか
 - 配置転換された職場が合わないと言っているがどうしたらいいか
 - 産業医に返事を要求してもらえなかったがどうしたらいいか
- といった52件が収集された。

D. 考察

【事業場向けコンサルティング】

事業場向けコンサルティングは昨年より大幅に増加し 73 件の相談があった。独立系産業医の研修実施後に相談が増えたことから事業者ニーズは潜在化したものが多く存在することが示唆された。一方で、研修会後に急激に相談が増えるところから、掘り起しが容易でないことが推察される。新型コロナウイルス感染症に関する相談事なども得られた半面、「正直、両立支援どころではない」という意見もあった。両立支援と経営については大きく影響する要素であると考えられる。一方で、相談される内容は、ほとんどは自分で曖昧ながらも回答を持っているケースが大半であった。質問を繰り返していくうちに回答につながるものがほとんどであった。したがって、両立支援を行うためのヒント集が必要であり、これらが記載されたアクションチェックリストの開発が有用である可能性が高く、本研究の分担研究の一環として新たなプロジェクトをスタートさせた。

【医療機関向けコンサルティング】

医療機関からの体制・制度に関する相談は昨年に引き続き、講演会の後などに多く得られた。昨年同様の質問が多かったが、令和 2 年 4 月に診療報酬が改定されたことを受けて、必須となった本人と事業所が共同で作成する勤務情報提供書に関する相談が多く得られた。患者に勤務情報提供書をどのようにもらえばいいかわからないという相談が多く、「両立支援のガイ

ドラインで勤務情報提供書を受け取ったうえで主治医の意見書を起債することが要求されている」という説明を行うことで、収集がしやすくなったという意見が多数得られた。医療機関のスタッフは事業者にどのように伝えれば協働できるかというポイントが苦手である可能性がある。今後このような研修プログラム（事業場との協働、役割分担、勤務情報提供書の授受の在り方）などを行うことで発展の可能性があると考えられた。また、NDB によると、診療報酬改定前である平成 30 年の療養・就労両立支援指導料の算定数が 155 件であることを考えると、まずは年間 1000 件程度の算定がなされるように周辺医療機関の支援が必要であると考えられた。

相談された事例は以下のようなもので今年の延長線上であった。

- がん患者に夜勤をさせてもいいか
- 患者が仕事を辞めると言っているがどのように相談したらいいか
- バス運転士一本でやってきたのでやめたくないと言っているがどうしたらいいか
- アルコール依存でやめる気がないと言っているがどうしたらいいか
- 小規模事業場であるためすぐに変わりの要員を入れる必要があり、すでに代替の職種の人が入っているがどうしたらいいか
- 職場の中で配慮の申し出をしにくいと言っているがどうしたらいいか
- 配置転換された職場が合わない

言っているがどうしたらいいか

- 産業医に返事を要求してももらえなかったがどうしたらいいか

昨年同様、今回収集された 46 事例について、先行研究で提案されている、復職に際する患者の困りごとを分析的にコンパクトな質問で把握するための産業医向けのツール「両立支援 10 の質問」(労災疾病研究、森班、H26-H28)を医療機関のケースに準用してみた場合、表 4 のように整理できた。具体的事例については、すべてのケースで患者の困りごとという視点で整理できた。このような整理の仕方は、両立支援を全国展開する際の均てん化に資すると考えられる。

事例について対応することで患者から感謝され対応能力の自信もついて、より両立支援を推進しようと考えた医療機関もあった。医療機関で両立支援を拡充するためには安心してまず 1 例の経験を実践できる枠組みの重要性が考えられる。

E. 結論

事業場コンサルティングは、令和元年度については産業保健総合支援センターが事業者向け相談事業を行っていること、事業場向けのガイドラインが策定されるなど、の影響で相談が少なかった。令和 2 年度には新型コロナウイルス感染症の流行で働き方そのものが変わったことから相談件数が増加した。令和 3 年度には医療機関からの相談はそれほど増えなかったが、独立系産業医向けに講演を終えた

後に相談が急激に増えた。相談窓口を置いていても相談に来ることはなかなかないが、顔の見える関係になった場合に相談が増える傾向がみられるため、相談しやすい場所を常設することで事例の蓄積が進むものと考えられる。一方でやらなければならないことが膨大で、どこから手を付けていいかわからないという意見も散見されている。これを解決するために本研究の分担で事業場向けアクションチェックリストを作成する研究をスタートした。事例については、先行研究の「10 の質問」の類型に当てはまるケースばかりであったため、医療機関での「10 の質問」の展開は均てん化につながることを期待される。

F. 引用・参考文献

なし

G. 学会発表

1. 細田悦子、原田有理沙、石上紋、橋本博興、立石清一郎、永田昌子：SanRiSE Study 第 1 報 患者の抱える復職及び就業継続上の困りごとについての実態調査、第 95 回日本産業衛生学会、2022 年高知、ポスター発表予定
2. 石上紋、原田有理沙、細田悦子、橋本博興、立石清一郎、永田昌子、SanRiSE Study 第 2 報 主治医意

- 見書発行を要した患者の復職及び就業継続上の困りごと、第95回日本産業衛生学会、2022高知、ポスター発表予定
3. 原田有理沙、立石清一郎、石丸知宏、江口尚、辻真弓、池上和範、永田昌子、松垣竜太郎、藤野義久．CORoNaWork：労働者が抱える慢性疾患別の両立支援の実施状況、第95回日本産業衛生学会、2022高知、ポスター発表予定
 4. 橋本博興、原田有理沙、五十嵐侑、立石清一郎、永田昌子、藤野善久．CORoNaWork：COVID-19流行下の日本における職場での配慮と心理的苦痛の関連、第95回日本産業衛生学会、2022高知、ポスター発表予定
 5. 小倉康平、山瀧一、原田有理沙、橋本博興、立石清一郎：医療者が患者の就業状況を知るための映像コンテンツの作成、第31回日本産業衛生学会全国協議会、2021年三重、口演発表
 6. 細田悦子、立石清一郎、原田有理沙、近藤貴子、高倉加寿子、蟻川麻紀、篠原弘恵、古田美子、末永卓也、久原聡志．産業医科大学病院における両立支援コーディネーターによる支援活動報告、第31回日本産業衛生学会全国協議会、2021年三重、口演発表
 7. 立石清一郎．慢性病に罹患しても仕事をあきらめない 治療と仕事の両立支援の要点、第16回日本慢性看護学会、2021年9月オンライン開催
 8. 立石清一郎、榎田奈保子、原田有理沙、工藤智美、高松あずみ、武花歩実．肝疾患における治療と仕事の両立支援の職域における課題、第107回日本消化器病学会、2021年4月東京、口演発表
 9. 篠原弘恵、立石清一郎、井上俊介、細田悦子、高倉加寿子、古田美子．高齢者への両立支援 消化器癌患者の復職を振り返って、第107回日本消化器病学会、2021年4月東京、ミニオーラル
 10. 近藤貴子、立石清一郎、井上俊介、細田悦子、篠原弘恵．日常生活に戻りたい終末期がん患者の就労支援の一考察 エンド・オブ・ライフケアの実現、第107回日本消化器病学会、2021年4月東京、ミニオーラル
 11. 井上俊介、永田昌子、永田智久、立石清一郎、藤野義久、森晃爾．下痢腹部症状を有する労働者の生産性低下と関連する要因、第107回日本消化器病学会、2021年4月東京、ミニオーラル
 12. 篠原義剛、横山雄一、斎藤暢人、植木哲也、立石清一郎．外来化学療法センターでの薬剤師の両立支援の取組み、第107回日本消

- 化器病学会、2021年4月東京、ミニオーラル
13. 原田有理沙、橋本博興、立石清一郎. 両立支援のハードルを下げるためのベタな実践要素及び行動の整理. 第94回日本産業衛生学会、2021年5月松本、口演発表
 14. 井上俊介、永田昌子、原田有理沙、橋本博興、立石清一郎. 肉體労働を有する患者が治療と仕事を両立する上での困りごとの検討. 第94回日本産業衛生学会、2021年5月松本、口演発表
 15. 市川富美子、大久保浩司、荻ノ沢泰司、奥谷紀子、立石清一郎、筒井保博. 治療と仕事の両立支援における施設間連携について. 第94回日本産業衛生学会、2021年5月松本、口演発表
 16. 橋本博興、原田有理沙、立石清一郎. 主治医が患者の就業配慮を検討しやすくなる両立支援ツールの開発. 第94回日本産業衛生学会、2021年5月松本、口演発表
 17. 立石清一郎. 両立支援における医療機関と産業現場との連携～診療報酬改訂及び新型コロナ禍によるリモートワークの中で～ 勤務情報提供書と主治医意見書から考える医療機関と職域との協働. 第94回日本産業衛生学会、2021年5月松本、講演
 18. 立石清一郎. 全ての人に産業保健の光を-多様な背景により働きにくさを抱える労働者に- 身体疾患の両立支援の最前線. 第94回日本産業衛生学会、2021年5月松本、シンポジウム
 19. 中藤麻紀、濱田学、橋本博興、加藤徳明、立石清一郎、佐伯覚. 脳卒中の両立支援における当院の両立支援科の取り組み. 第94回日本産業衛生学会、2021年5月松本、口演発表
 20. 立石清一郎. 産業医科大学の将来を語る 産業医科大学病院の今後 治療と仕事の両立支援、第37回産業医科大学学会、2020年9月北九州、口演
 21. 立石清一郎: 治療と仕事の両立において心理職に期待すること、2020年度公認心理師の会年次総会産業・労働・地域保健部会シンポジウム、2020年9月、ウェブ開催
 22. 井上俊介、立石清一郎. 患者が治療と仕事の両立を達成するための困りごとの企業規模ごとの検討. 第93回日本産業衛生学会、2020年5月旭川、口演発表
 23. 立石清一郎. それぞれの個性を生かす職場づくりを目指して

- 治療と仕事の両立支援の現状と課題. 第 93 回日本産業衛生学会、2020 年 5 月旭川、地域交流集会
24. 立石清一郎. 両立支援における医療機関と産業現場との連携 産業医科大学病院での治療と仕事の両立支援の実践 大学病院における両立支援の実践を通して. 第 93 回日本産業衛生学会、2020 年 5 月旭川、日本職業・災害医学会合同シンポジウム
25. 立石清一郎. 産業医科大学病院での治療と仕事の両立支援の実践、第 59 回日本肺癌学会、2019 年 11 月東京、シンポジウム
26. 井上俊介、立石清一郎. 医療機関の両立支援スタッフが感じる 3 つの変化、第 26 回産業精神保健学会、2019 年 8 月東京、口演発表
27. 立石清一郎. 乳がん患者の就労支援の現状と問題点 産業医の立場からの就労支援の実践、第 27 回日本乳癌学会総会、2019 年 7 月東京
28. 田中文啓、黒田耕志、立石清一郎、荻ノ沢泰司、安東睦子、細田悦子、黒木一雅、近藤貴子、中藤麻紀、尾辻豊、東敏昭：早期社会復帰を目指したチーム医療の取り組み がん治療と就労の両立に向けた組織的取り組み、第 60 回

日本肺癌学会、2019 年大阪、口演発表

H. 論文業績

1. Igarashi Y, Tateishi S, Harada A, Hino A, Tsuji M, Ogami A, Mori K, Matsugaki R, Fujino Y; CORoNaWork project. Relationship Between Support for Workers with Illness and Work Functioning Impairment in Japan During the COVID-19 Pandemic. J Occup Environ Med. 2022 Jan 25. doi: 10.1097/JOM.0000000000002500. Epub ahead of print. PMID: 35081590.
2. 立石清一郎、原田有理沙、永田昌子：仕事と治療の両立支援 UPDATE として、安全衛生コンサルタント Vol. 22 (141) 69-72、2022
3. 立石清一郎、原田有理沙、永田昌子：治療と仕事の両立支援～支援の要諦と最近の動向、健康開発 Vol. 26(2)19-24、2021
4. 立石清一郎、原田有理沙：両立支援の実践－「医療機関における治療と仕事の両立支援」、総合リハビリテーション 49 巻 11 号、1087-1093、2021
5. 原田有理沙、立石清一郎、橋本博興、井上俊介、細田悦子、篠原弘恵、高倉加寿子、古田美子、近藤貴子、蟻川麻紀、末永卓也、久原聡志、黒木

- 一雅:2018-2020 年度産業医科大学病院における両立支援の診療実績と今後の課題、産業医科大学雑誌 43 (4)、445-458、2021
6. 原田有理沙、立石清一郎:産業医科大学における両立支援、消化器・肝臓内科 10(5):619-624、2021
 7. 久米井伸介、渡邊龍之、芳川一郎、山内大夢、谷本彩、中村健太、村石純一、久米恵一郎、立石清一郎、原田大:炎症性腸疾患患者における両立支援、消化器・肝臓内科 10(5):583-589、2021
 8. 蓑原里奈、小林祐一、古屋佑子、絹川千尋、廣里治奈、立石清一郎、渡邊聖二、森晃爾:治療と仕事の両立支援の手続きの中で産業医から主治医に提供された情報および助言内容の質的研究、産業衛生学雑誌 63(1):6-20、2021
 9. 立石清一郎:病気の治療と仕事の両立支援-キャリアをあきらめないために 治療と仕事の両立支援における医育機関の役割、公衆衛生 85(1)33-37
 10. 小林清香、平井啓、谷向仁、小川朝生、原田恵理、藤崎遼平、立石清一郎、足立浩祥:身体疾患による休職経験者における職場ストレスと関連要因、総合病院精神医学 32(4):403-409、2020
 11. 立石清一郎:両立支援に欠かせない 産業保健スタッフに必要な疾患の知識と最新の治療法(Part 1) 両立支援のためにおさえておきたいポイント 就業配慮を構造化して理解する、産業保健と看護 2020 春季増刊:14-17、2020
 12. 立石清一郎:両立支援に欠かせない 産業保健スタッフに必要な疾患の知識と最新の治療法(Part 1) 両立支援のためにおさえておきたいポイント 両立支援におけるメンタルヘルス不調と身体疾患との相違点、産業保健と看護 2020 春季増刊:18-20、2020
 13. 立石清一郎、渡瀬真梨子、藤野義久、森晃爾:産業保健分野でのデルファイ法の応用展開、健康開発第 24 巻第 3 号、71-79、2020
 14. 立石清一郎、井上俊介、永田昌子、荻ノ沢泰司、金城泰幸:職場で取り組む治療と仕事の両立支援 治療と仕事の両立支援の現状と課題、健康開発 24(3):18-22
 15. 立石清一郎:治療と職業生活の両立支援、香川県医師会誌 71(6):73-78、2019
 16. 立石清一郎:治療関連障害でもともの仕事ができない/無理なとき 産業医からみた就労支援、緩和ケア 29(1):44-45、2019

17. 立石清一郎、井上俊介、黒木一雅、細田悦子、近藤貴子、高倉加寿子、中藤麻紀、篠原弘恵、古田美子、荻ノ沢泰司、蓑原里奈、永田昌子、榎田奈保子、柴田喜幸：治療と仕事の両立支援研究の現在 産業医科大学における治療と仕事の両立への貢献、産業医学ジャーナル 42(4)：30-37、2019
18. 尾辻豊、立石清一郎、田中文啓、荻ノ沢泰司、黒田耕志、市来嘉伸、安東睦子、細田悦子、黒木一雅、近藤貴子、中藤麻紀、東敏昭：産業医科大学病院における両立支援科・就学就労支援センター、日本職業・災害医学会 67(5)：369-374、2019

表1. 本事業におけるコンサルティング部門の体制

責任者：

立石清一郎（産業衛生専門医、労働衛生コンサルタント、消化器病専門医）

事業場部門：

永田昌子（産業衛生専門医、労働衛生コンサルタント）

岡原伸太郎（産業衛生専門医、労働衛生コンサルタント）

平岡晃（産業衛生専門医、労働衛生コンサルタント）

小田上公法（産業衛生専門医、労働衛生コンサルタント）

深井航太（産業衛生専門医、労働衛生コンサルタント）

蓑原里奈（産業衛生専門医、労働衛生コンサルタント）

医療機関部門：

荻ノ沢泰司（循環器病専門医）

金城泰幸（産婦人科専門医）

原田有理沙（産業衛生専門医）

橋本博興（医師）

石上紋（保健師）

細田悦子（外来看護師長）

篠原弘恵（看護師、がん専門相談員、キャリアコンサルタント）

古田美子（看護師、がん専門相談員）

高倉加寿子（看護師）

近藤貴子（社会保険福祉士）

末永卓也（精神保健福祉士）

蟻川麻紀（公認心理士）

篠原義剛（薬剤師）

武本暁生（作業療法士）

久原聡志（理学療法士）

表2. コンサルティング部門を広報した研修会等

産業衛生系講演

- ・ 日本産業衛生学会全国協議会 (2019年9月13日産業医部会自由集会、)
- ・ 日本産業衛生学会全国協議会 (2019年9月14日教育講演)
- ・ 日本産業衛生学会近畿地方会 (2019年9月28日教育講演)
- ・ 日本産業衛生学会総会 (2020年5月16日職業災害医学会合同シンポジウム、紙上開催)
- ・ 日本産業衛生学会 (2020年5月18日、地域交流集会、紙上開催)
- ・ 日本産業衛生学会総会 (2021年5月、メインシンポジウム)
- ・ 日本産業衛生学会総会 (2021年5月、職災学会合同シンポ)

臨床系講演

- ・ 日本乳癌学会総会 (2019年7月13日患者企画)
- ・ がんサポーターブケア学会総会 (2019年9月7日ランチョンセミナー)
- ・ 日本医療マネジメント学会 (2020年9月20日)
- ・ 産業医科大学学会 (2019年10月12日シンポジウム)
- ・ 日本肺癌学会九州地方会 (2020年2月21日シンポジウム)
- ・ 日本呼吸器病学会九州地方会 (2020年3月14日教育講演、感染症流行のため紙上開催)
- ・ 公認心理士の会年次総会 (2020年9月26日産業・労働・地域保健部会シンポジウム)
- ・ 日本消化器病学会総会 (2021年4月、東京)
- ・ 日本病院学会 (2021年6月、沖縄)
- ・ 日本慢性看護学会 (2021年7月、佐賀)
- ・ 日本神経治療学会 (2021年10月、三重)
- ・ 日本がんリハビリテーション学会 (2022年2月)

企業向け講演

- ・ 製薬会社 (2019年4月12日)
- ・ 製造業 (2019年5月21日、6月13日)
- ・ 化学メーカー (2019年7月29日)
- ・ 独立系産業医 (2021年6月)
- ・ 自治体職員 (2022年2月7日、高知)

がん連携診療拠点病院連携協議会等

- ・ 東海地区 (2019年9月18日)
- ・ 近畿地区 (2020年2月8日)
- ・ 四国地区 (2019年12月8日)
- ・ 北海道 (2020年7月)

- ・新潟（2020年10月）
- ・鹿児島（2020年10月）
- ・東京（2020年11月）
- ・東京（2020年12月）
- ・熊本（2020年3月）
- ・鹿児島（2020年3月）
- ・関西地区（2021年5月）
- ・愛媛（2021年6月）
- ・鹿児島（2021年10月）
- ・福岡（2022年3月）

厚生労働省セミナー

- ・鹿児島（2019年10月28日）
- ・東京（2019年12月12日）
- ・東京（2020年10月）

医師会研修会等

- ・福岡（2019年5月19日）
- ・愛媛（2019年7月21日）
- ・福岡（2019年9月24日）
- ・奈良（2019年9月29日）
- ・東北（2020年1月12日）
- ・新潟（2021年10月2日）
- ・札幌（2021年12月4日）
- ・東北（2022年1月9日）

表3 事業場からのコンサルティング（相談）依頼内容

大項目	中項目	具体的相談事例	類似件数
両立支援の方針に関すること	事業場方針に関すること	どこからどう手を付けていいかわからない 健康経営の視点から推進が必要なのはわかるが、対策を講じたいが優先順位がよくわからない	8
	両立支援の社内教育に関すること	方針の立て方について 小規模事業場で配慮余地がないがどのように対応すべきか 労働者に対する教育資材が欲しい 教育すべき項目を知りたい	4 4 13 2
相談窓口に関すること	教育対象者	教育を行う対象者は誰にすべきか	1
	相談窓口の機能	両立支援の申し出を受けるのは上司、産業医、人事のいずれが適切か 相談窓口に必要な機能	3 4
両立支援の制度・体制整備に関すること	両立支援の実施基準	どこまで配慮すべきかの基準作り ほかの社員との公平性の担保の方策	4 3
		がんに関心した社員へのサポートとして有給休暇、フレックス休暇、時短勤務、時間有休などの整備したい。抗癌剤のレジメンなどを考えてどのように設計したらいいか、自己保健義務をどこまで求めていいか 個人情報保護とのバランス	13
		労働者自身の努力範囲の設定 意見書の適切な期間設定	5 2
	両立支援の手順	保健職と人事どちらが引っ張っていくべきか	1
	両立支援の運用	両立支援ができていくことの評価軸をどのようにするか	1

計

73

表4 医療機関向け 組織運営に対するコンサルティング（相談）依頼

大項目	中項目	具体的相談事例	類似件数	
【仕組み・体制づくり】	意思決定プロセス	・病院内でどのような手順で進めていけばいいかわからない ・経営層をどうやって説得したらいいか	6	
	院内の理解	・病院内で管理職等の理解を得られることが困難	2	
		・経営層にメリットを説明できない	6	
	トップの方針表明	・スタッフの負担が増えるという相談があるがどうしたらいいか	5	
		・仕事のことでかかわって患者に不利益がないのか	6	
		・そもそも産業医がいるかどうかかわからないときにはどうしたらいいか	7	
		・企業との連携の方法がわからない	6	
	両立支援チームの体制	医療機関と企業（産業医）の連携	・企業が協力的でない場合の対処法	15
			・行政から取り組むよう言われているが何をしたらいいかわからない	7
		教育・研修体制	・意見書の作成方法についてどうしたらいいかわからない	7
・メンバーにどの職種を入れたいかわからない			15	
両立支援チームのビジョン		・メンバーに管理職を入れるべきかどうか	5	
		・両立支援チームが目指す方向性がよくわからない	1	
両立支援チームの運営		両立支援チームの目標	・療養・就労両立支援指導料を1件でも算定することを目標にしてほしいか	1
			・年間計画にどのようなものを入れていくか知りたい	1
		各種帳票の整理	・産業医からの返書フォーマットを欲しい	12
			・勤務情報提供書の収集方法がわからない	25
	診療報酬の算定のタイミング	・退院直後に働きたい患者に対して意見書のタイミングが合わない	2	
		・患者さんなどのタイミングで支援ニーズを聞いたらいいかわからない	8	
	外部機関との連携	・産業保健的知識で相談できるところはあるか	6	
		・新規就労ニーズにはどのように対応したらいいか	3	

計

147

表5 医療機関の事例に関するコンサルティング（相談）依頼

10の質問		相談内容	類似件数	
事例	業務遂行能力の低下	がん患者に夜勤をさせてもいいか	11	
	不安などの心理的影響	患者が仕事を辞めると言っているがどのように相談したらいいか	14	
	個人的な背景	バス運転士一本でやってきたのでやめたくなかないと言っているがどうしたらいいか	4	
	自主的な取り組み不足	アルコール依存でやめる気がないとやっているがどうしたらいいか	2	
	職場の規模や設備	小規模事業場であるためすぐに変わりの要員を入れる必要があり、すでに代替の職種の人が入っているがどうしたらいいか	3	
	職場の受け入れ	職場の中で配慮の申し出をしにくいと言っているがどうしたらいいか	4	
	不適切な配置	配置転換された職場が合わないと言っているがどうしたらいいか	3	
	家族や地域の問題	家族不和がベースにあり仕事に意識を向けることができない	2	
	医療機関との情報共有	産業医に返事を要求してももらえなかったがどうしたらいいか	5	
	情報の過不足	社会資源を医療職側も理解できていない	4	
	その他		0	
	計			52

令和3年度 厚生労働科学研究費補助金(労働安全衛生総合研究事業)

中小企業等における治療と仕事の両立支援の取り組み促進のための研究
(19JA1004)

分担研究報告書

医療機関において治療中の労働者の
就業に関するデータベースの作成と
復職等に関連する予後指標に関する研究

研究代表者

立石 清一郎
(産業医科大学 産業生態科学研究所 教授)

研究分担者

永田 昌子
(産業医科大学 医学部 両立支援科学 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)

令和3年度厚生労働科学研究費補助金(労働安全衛生総合研究事業)
分担研究報告書

医療機関において治療中の労働者の就業に関する
データベースの作成と復職等に関連する予後指標に関する研究

研究代表者 立石 清一郎 (産業医科大学 産業生態科学研究所 教授)
研究分担者 永田 昌子 (産業医科大学 医学部 両立支援科学 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)

研究要旨

両立支援における就労予後因子の検討は大変重要である。特になんや難病のような進行性の疾患の場合、予後を把握し適切な時期に両立支援を提供することが就労継続に大きく影響すると考えられる。産業医科大学病院では平成27年から800件を超える両立支援を実践してきた。本研究では、産業医科大学病院における両立支援データベースを作成した(SanRISE Study: 産業医科大学病院 両立支援 チームによる医療機関の両立支援 Seek Evidence Study)。両立支援介入による就労予後を把握するための両立支援フォローアップ問診表を用いて行ったフォローアップ状況を一部集計したので、報告する。

産業医科大学病院に通院加療中の、2018年4月から2021年3月に入院加療などで仕事を休み両立支援を行けた患者837例に対し、問診票を用いたフォローアップを行った。このうち2021年11月8日から2022年2月18日にフォローアップを行った103例の問診票結果を集計した。

1) 両立支援を実施した対象背景、2) 両立支援を受けた後の勤務状況(8カ月以上、最大3年経過後の現在)、3) 両立支援を受けた後の業務内容、4) 両立支援を受けた後の勤務時間、5) 両立支援を受けた後の職場での人間関係、6) 両立支援を受けた後の予後指標(1. 「10の質問」: 困りごとの問診、2. EQ-5D: QOLの指標、3. BFI: 簡易倦怠感尺度、4. HAD Scale、K6: 不安抑うつ尺度、5. WFun: 労働機能障害の指標、6. QQ: 労働生産性の指標、7. IPAQ: 身体活動量の指標)について確認した。就労上の転帰やこれら指標患者のを追跡しフォローすることは、効果的かつ継続的な両立支援を検討する上で有用である。

今回、医療機関における大規模な両立支援データベースを作成した。今後、効果的な両立支援を提案する上での活用が期待される。

研究協力者

細田 悦子 (産業医科大学病院 就学・就労支援センター)
石上 紋 (産業医科大学病院 両立支援科 保健師)
井上 俊介 (産業医科大学病院 両立支援科 非常勤医師)

橋本 博興（産業医科大学 医学部 両立支援科学 修練医）

樋口 周人（産業医科大学病院 リハビリテーション部 理学療法士）

船津 康平（産業医科大学病院 リハビリテーション部 理学療法士）

A. 目的

両立支援における就労予後因子の検討は大変重要である。特にがんや難病のような進行性の疾患の場合、予後を把握し適切な時期に両立支援を提供することが就労継続に大きく影響すると考えられる。

産業医科大学病院では平成 27 年から 800 件を超える両立支援を実践してきた。当院で通院加療中で支援を希望した患者に対し、両立支援コーディネーターによる初回面談を実施、問診票を用いて就労状況の把握と両立支援における困りごとの整理を行い、個別性の高い支援（課題の整理、情報提供、意見書発行等）を提供している。支援実施後も、本人の希望に沿ってフォローアップを行い、円滑な就労継続につなげている。

本研究では、産業医科大学病院における両立支援データベースを作成した（SanRISE Study: 産業医科大学病院 両立支援 チームによる医療機関の両立支援 Seek Evidence Study）。両立支援介入による就労予後を把握するための両立支援フォローアップ問診表を用いて行ったフォローアップ状況を一部集計したので、報告する。

B. 方法

産業医科大学病院に通院加療中の、2018 年 4 月から 2021 年 3 月に入院加療などで仕事を休み両立支援を行った患者 837 例に対し、問診票を用いたフォローアップを行った。このうち 2021 年 11 月 8 日から 2022 年 2 月 18 日にフォローアップを行った 103 例の問診票結果を集計した。

問診票の予後指標には以下を用いた。

1. 「10 の質問」：困りごとの問診
2. EQ-5D：QOL の指標
3. BFI：簡易倦怠感尺度
4. HAD Scale、K6：不安抑うつ尺度
5. WFun：労働機能障害の指標
6. QQ：労働生産性の指標
7. IPAQ：身体活動量の指標

C. 結果

1) 両立支援を実施した対象背景

(図 1)

- ・ 約 1 割が何らかの障害者手帳を有していた。
(図 1-1)
- ・ 最終学歴は、高校卒業が 34%、大学卒業は 29%であった。
(図 1-2)
- ・ 約 6 割が既婚者であった。
(図 1-3)

- ・ 治療状況について満足しているとの回答（たいへん満足、やや満足）が 77%を占めていた。一方で、不満があるとの回答は（やや不満、大変不満）は 6%であった。

（図 1-4, 1-5）

- ・ 治療と就労の両立状況について満足しているとの回答（たいへん満足、やや満足）が 65%を占めていた。一方で、不満があるとの回答は（やや不満、大変不満）は 10%であった。

（図 1-6）

- ・ 所属する事業場規模は、50 人未満は 34%であった。

（図 1-8）

- ・ 産業医がいることを認知していたのは 52%、保健師がいることを認知していたのは 26%であった。

（図 1-9, 1-10）

- ・ 雇用形態は、正社員が 53%、公務員等は 14%、パートタイムは 13%、契約社員 10%、嘱託社員 5%であった。

（図 1-11）

2) 両立支援を受けた後の勤務状況 (8 カ月以上、最大 3 年経過後の現在) (図 2)

- ・ 85%が就労していた。
（図 2-1）
- ・ 86%が元職場に在籍を継続していた。78%が勤務、8%が休職していた。
（図 2-1）
- ・ 14%は元職場を退職していた。

7%は転職、5%は求職中、2%は就労予定がなかった。

（図 2-1）

(8 カ月以上、最大 3 年の経過期間中)

- ・ 56%が病気や治療の理由で仕事を休んだエピソードを持っていた。一方で、病気や治療の理由で仕事を休んだエピソードの無い者は 42%であった。

（図 2-2）

- ・ 32%が支援後、連続して 4 日以上仕事を休んでいた。10%は休職扱いであった。（図 2-2）

3) 両立支援を受けた後の業務内容

(図 3)

- ・ 26%は、両立支援を受けた後に業務内容に変更があった。
（図 3-1）
- ・ 元職場であるが業務内容が変わった者は 17%であった。転職して業務内容を変えた者は 4%であった。
（図 3-1）
- ・ 一方で、両立支援を受けた後も 77%は元の業務内容のままであった。72%は元職場で、転職後も同じ業務内容についての者は 5%であった。
（図 3-1）

4) 両立支援を受けた後の勤務時間

(図 4)

- ・ 勤務状況は、80%が週 5 日勤務、76%が所定労働時間 1 日 8 時間であった。

(図 4-1, 4-2)

- ・ 時間外労働の状況は、30%は発生していないが、月 20 時間未満は 44%、月 20 時間以上 45 時間未満は 19%であった。

(図 4-3)

- ・ 交代制勤務を有していたのは、13%であった。

(図 4-4)

- ・ 79%は両立支援を受けた後、勤務時間に変更なく就労していた。76%は元職場で、3%は転職していた。
- ・ 一方で、両立支援を受けた後、12%は勤務時間が短縮していた。10%は元職場で、転職後に勤務時間を短縮した者は 2%であった。
- ・ 7%は両立支援を受けた時点よりも、勤務時間が長くなった。3%は元職場で、転職後に勤務時間を延長した者は 4%であった。

(図 4-5)

5) 両立支援を受けた後の職場での人間関係 (図 5)

- ・ 上司と気軽に話ができる（非常に、かなり）者は 58%、非常に個人的な相談をできる（非常に、かなり）者は 52%であった。

(図 5-1)

- ・ 同僚と気軽に話ができる（非常に、かなり）者は 73%、非常に個人的な相談をできる（非常に、かなり）者は 58%であった。

(図 5-2)

6) 両立支援を受けた後の予後指標

(図 6)

1. 10 の質問：困りごとの問診

(図 6-1)

- ・ 27%は病気による症状や後遺症、治療などにより業務を行う能力に影響があった。

(図 6-1-1)

- ・ 37%は病気によって不安などの心理的变化の問題があった。

(図 6-1-2)

- ・ 18%は資格、職位、雇用形態や経済的事項に関する問題があった。

(図 6-1-3)

- ・ 23%は自主的な取り組みの課題があった。

(図 6-1-4)

- ・ 13%は職場の規模や設備の課題があった。

(図 6-1-5)

- ・ 23%は職場の理解、気遣い、受け入れの姿勢に関する課題があった。

(図 6-1-6)

- ・ 17%は職場における自身の配置に関する課題があった。

(図 6-1-7)

- ・ 17%は家族や地域に関する課題があった。

(図 6-1-8)

- ・ 9%は職場と医療機関との連携の問題、産業保健スタッフの支援不足があった。

(図 6-1-9)

- ・ 13%は治療と仕事の両立について情報不足があった。

(図 6-1-10)

- ・ 4%は有している困りごとに対して両立支援コーディネーターによる介入希望があった。

(図 6-1-11)

2. EQ-5D : QOL の指標 (図 6-2)

- ・ 21%は移動に関する課題を有していた。

(図 6-2-1)

- ・ 5%は身の回りの管理に関する課題を有していた。

(図 6-2-2)

- ・ 24%は普段の活動に関する課題を有していた。

(図 6-2-3)

- ・ 38%は痛みや不快感を有していた。

(図 6-2-4)

- ・ 27%は不安やふさぎ込みを有していた。

(図 6-2-5)

3. BFI : 簡易倦怠感尺度 (図 6-3)

- ・ 35%は直近で普通とは違う倦怠感や疲労感を感じていた。

(図 6-3-1)

- ・ 倦怠感の程度が 10 の者は 2%であった。

(図 6-3-2)

- ・ 倦怠感による通常の仕事への支障を有している者(程度が 1 以上)は 60%であった。完全に支障になった者(程度が 10)は 3%であった。

(図 6-3-3, 6-3-4, 6-3-8)

- ・ 日常生活全般の活動に完全な支障をきたした者(程度が 10)は 1%であった。

(図 6-3-5)

- ・ 情緒に完全な支障をきたした者(程度が 10)は 4%であった。

(図 6-3-6)

- ・ 歩行能力に完全な支障をきたした者(程度が 10)は 2%であった。

(図 6-3-6)

- ・ 対人関係に完全な支障をきたした者(程度が 10)は 3%であった。

(図 6-3-9)

- ・ 生活の楽しむ力に完全な支障をきたした者(程度が 10)は 3%であった。

(図 6-3-10)

4. HAD Scale、K6 : 不安抑うつ尺度

(図 6-4)

- ・ 緊張の頻度が高い(しょっちゅう)者は 17%であった。一方、緊張がまったくない者は 26%であった。

(図 6-4-1)

- ・ 楽しみの頻度が低い(めったに)者は 18%であった。一方、昔と同じように楽しめる者は 10%であった。

(図 6-4-2)

- ・ 強い予期的な恐怖感の頻度が高い(しょっちゅうあって非常に気になる)者は 3%であった。一方、まったくない者は 48%であった。

(図 6-4-3)

- ・ 物事の面白さを感じることへの障害が強い(まったくできない)者は 1%であった。一方、いつもと同じだけ楽しめる者は 48%であった。

(図 6-4-4)

- ・ 心配の頻度が高い（しょっちゅう）者は 11%であった。一方、ごくたまにしか感じない者は 24%であった。

(図 6-4-5)

- ・ 不機嫌の頻度が高い（機嫌のよいことが全くない）者は 2%であった。一方、機嫌のよい頻度が高い（しょっちゅう）者は 28%であった。

(図 6-4-6)

- ・ くつろぐことへの阻害が強い（まったくできない）者は 4%であった。一方、よくくつろぐことができた（かならず）者は 22%であった。

(図 6-4-7)

- ・ 仕事を怠けていると感じる頻度が高い（ほとんどいつも）者は 5%であった。一方、常に仕事をできていると感じる（怠けているとまったく感じない）者は、49%であった。

(図 6-4-8)

- ・ 不安で落ち着かないような強い恐怖感の頻度が高い（しょっちゅう）者は 2%であった。一方、落ち着かないような不安をまったく感じなかった者は 62%であった。

(図 6-4-9)

- ・ 自分の容姿に関心がなくなった者は 6%であった。一方、自分の容姿にいつもと同じ程度の関心・気配りを持つ者は 45%であった。

(図 6-4-10)

- ・ 突発的な理由のない恐怖感を抱く頻度が高い（しょっちゅう）者は 0%であった。一方、まったくない者は 85%であった。

(図 6-4-12)

- ・ 物事を楽しみに待つことへの阻害が強い（めったにない）者は 15%であった。一方、いつもと同じだけ物事を楽しみに待てる者は 51%であった。

(図 6-4-13)

- ・ 本やテレビを楽しむことへの阻害が強い（ほとんどめったに）者は 5%であった。一方、たびたび楽しめた者は 50%であった。

(図 6-4-14)

5. WFun：労働機能障害の指標

(図 6-5)

- ・ 社交性への障害が強い（ほぼ毎日）者は 6%であった。一方、障害がまったくない者は 54%であった。

(図 6-5-1)

- ・ 耐性（丁寧な作業）への障害が強い（ほぼ毎日）者は 5%であった。一方、障害がまったくない者は 47%であった。

(図 6-5-2)

- ・ 思考力への障害が強い（ほぼ毎日）者は 8%であった。一方、障害がまったくない者は 45%であった。

(図 6-5-3)

- ・ 遂行力への障害が強い（ほぼ毎日）者は 6%であった。一方、障害がまったくない者は 62%であった。

(図 6-5-4)

- ・ 仕事への不全感が強い（ほぼ毎日）者は 10%であった。一方、障害がまったくない者は 37%であった。
（図 6-5-5）
- ・ 判断力への障害が強い（ほぼ毎日）者は 6%であった。一方、障害がまったくない者は 49%であった。
（図 6-5-6）
- ・ 意欲への障害が強い（ほぼ毎日）者は 6%であった。一方、障害がまったくない者は 53%であった。
（図 6-5-7）

6. QQ：労働生産性の指標（図 6-6）

- ・ 59%が有症状時に仕事量が減る影響（0-9）があった。
（図 6-6-1）
- ・ 66%が有症状時に仕事の質が落ちる（0-9）影響があった。
（図 6-6-2）

7. IPAQ：身体活動量の指標（図 6-7）

- ・ 74%が強い身体活動を行った日なかった。
（図 6-7-1）
- ・ 56%が中等度の身体活動を行った日もなかった。
（図 6-7-2）
- ・ 23%は 10分以上の歩行を毎日行っていた。一方、10%は毎日 10分未満の歩行しかしていなかった。
（図 6-7-3）

D. 考察

今回、本邦初めてとなる医療機関における大規模な両立支援データベ

ースを作成した。

1) 両立支援を実施した対象背景

両立支援実施後の満足度について確認できた。両立支援を受けた患者の約 8 割は治療状況に満足しており、病勢のコントロールがうまくいっている様子を見受けた。その一方で、治療と就労の両立状況への満足度が 65%程度であることを鑑みると、就労状況への不満によって両立への満足度が下がっている可能性が高い。また、6%は治療への不満足があるが、背景には病勢悪化や再発がある可能性がある。今後、診療記録の後方視的検討が望まれる。

両立支援実施後の現在の職場規模や事業場状況について確認できた。両立支援介入によって、産業保健スタッフの認知向上への影響が考えられる。介入により自身で利用できる資源の積極的な探索行動につながっていれば、自律的な就労継続が見込めるだろう。

両立支援実施後の雇用形態の変更状況について確認できた。長期間に渡って確認し、両立支援が必要となるタイミングや出口戦略が検討可能と考える。診療内容と併せて検討し、疾患特異性あるいは治療特異性のある支援の提案につなげたい。

2) 両立支援を受けた後の勤務状況

両立支援実施後の現在の就労状況について確認できた。当院は大学病院であり高度な医療を要する病状の

患者が多い中、85%が就労継続できていたことは当院両立支援の一つの成果と考える。5%は仕事をしなくても職がない状況となっていることは忘れずに活動を続けていきたい。

両立支援実施後の就労経過について確認できた。当院での両立支援介入は入院契機で行われることが9割である。短期入院もあるが多くは休職となるため、復職に向けた支援となることが大部分である。今回、復職した3年以内に6割以上の患者が病気や治療を理由とした連続して4日以上の仕事の休みを経験する可能性が示唆された。これは復職はゴールではなく、身体疾患を抱えた就労のスタートであることを意味している。今後は、当院でもフォローアップを強化し、継続した両立支援の課題解決を模索していく。

3) 両立支援を受けた後の業務内容

両立支援実施後の業務内容について確認できた。4人に1人は両立支援を受けた後に業務内容に変更があった。当院における両立支援実績では、概ね4人に1人に対し意見書発行しており、この結果と近似している。この業務変更に、意見書発行や支援による患者の職場への申し出との関係があったかについて、今後詳細に検討していく。中には、病気や治療を理由とした予期せぬ業務変更もあるかもしれない。フォローアップの際は、再介入のニーズの可能性も忘れずに確認し対応する。

4) 両立支援を受けた後の勤務時間

両立支援実施後の現在の勤務時間について確認できた。1日8時間週5日勤務という一般的な働き方をしている者が8割近くに上るという点は、身体疾患を抱えても就労することができる重大なエビデンスとなると考える。疾患特異性あるいは理療特異性との関連が考えられ、今後は診療内容を後方視的に調査・検討していきたい。

5) 両立支援を受けた後の職場での人間関係

両立支援実施後の上司や同僚との人間関係について確認できた。継続した治療と就労の両立の上では、上司や同僚と個人的な相談をできる関係を構築できることが望ましい。今後は両立支援実施前後の比較を行い、介入効果を評価していきたい。

6) 両立支援を受けた後の予後指標

以下の指標について、両立支援実施後の予後指標として検討していく。

1. 「10の質問」：困りごとの問診

「両立支援 10の質問」は支援者が治療を続ける労働者あるいは患者が抱える、病気による症状だけではない様々な困難を広く把握するツールである。(森晃爾ら：「両立支援 10の質問」、労災疾病臨床研究事業：身体疾患を有する患者の治療と就労の両立を支援するための主治医と事業場（産業医等）の連携方法に関する研究—両立支援システム・パスの開発—総合研究報告書、平成29年3月）

当院では、この 10 の質問によって、患者の困りごとを整理し、そのニーズに応じた支援を提供している。

治療の場である医療機関での問診では、「病気による症状や後遺症、治療などによる業務遂行能力への影響」と「病気による不安などの心理的変化の問題」が聴取されやすく、支援ニーズがある。業務遂行能力及び不安の経過は、患者の就労継続の重要な予後因子である。

2. EQ-5D : QOL の指標

日常生活での支障や困難があれば就労状況にも直接的のみならず間接的にも影響があると考えられる。具体的には作業性への直接的な影響、社会活動としての就労へのニーズやモチベーション等への影響が考えられる。

3. BFI : 簡易倦怠感尺度

慢性疾患では、病気のそのものによる体力低下や治療や療養による影響で易疲労感を有した患者が多い。

4. HAD Scale、K6 : 不安抑うつ尺度

慢性的身体疾患患者では抑うつを合併しやすく、その評価は重要である。

5. WFun : 労働機能障害の指標

6. QQ : 労働生産性の指標

仕事への影響度は直接的な予後指標であると考えられる。

7. IPAQ : 身体活動量の指標

身体活動量は業務内容に直結するが、体力向上へのセルフケアという点でも重要である。

E. 結論

今回、本邦初めてとなる医療機関における大規模な両立支援データベースを作成した。就労上の転帰やこれら指標患者の追跡しフォローすることは、効果的かつ継続的な両立支援を検討する上で有用である。今後、効果的な両立支援を提案する上での活用が期待される。

F. 引用・参考文献

1. Fujino Y, Uehara M, Izumi H, Nagata T, Muramatsu K, Kubo T, Oyama I, Matsuda S. Development and validity of a work functioning impairment scale based on the Rasch model among Japanese workers. J Occup Health. 2015;57 (6) :521-31. doi: 10.1539/joh.15-0135-OA. Epub 2015 Sep 4. PMID: 26345178; PMCID: PMC6706181.
2. 森晃爾ら：「両立支援 10 の質問」、労災疾病臨床研究事業：身体疾患を有する患者の治療と就労の両立を支援するための主治医と事業場（産業医等）の連携方法に関する研究—両立支援システム・パスの開発—総合研究報告書、平成 29 年 3 月

G. 学会発表

1. 細田悦子、原田有理沙、石上紋、橋本博興、立石清一郎、永田昌子：SanRiSE Study 第1報 患者の抱える復職及び就業継続上の

- 困りごとについての実態調査、第95回日本産業衛生学会、2022年高知、ポスター発表予定
2. 石上紋、原田有理沙、細田悦子、橋本博興、立石清一郎、永田昌子、SanRiSE Study 第2報 主治医意見書発行を要した患者の復職及び就業継続上の困りごと、第95回日本産業衛生学会、2022高知、ポスター発表予定
 3. 原田有理沙、立石清一郎、石丸知宏、江口尚、辻真弓、池上和範、永田昌子、松垣竜太郎、藤野義久、CORoNaWork：労働者が抱える慢性疾患別の両立支援の実施状況、第95回日本産業衛生学会、2022高知、ポスター発表予定
 4. 橋本博興、原田有理沙、五十嵐侑、立石清一郎、永田昌子、藤野善久、CORoNaWork：COVID-19流行下の日本における職場での配慮と心理的苦痛の関連、第95回日本産業衛生学会、2022高知、ポスター発表予定
 5. 小倉康平、山瀧一、原田有理沙、橋本博興、立石清一郎：医療者が患者の就業状況を知るための映像コンテンツの作成、第31回日本産業衛生学会全国協議会、2021年三重、口演発表
 6. 細田悦子、立石清一郎、原田有理沙、近藤貴子、高倉加寿子、蟻川麻紀、篠原弘恵、古田美子、末永卓也、久原聡志、産業医科大学病院における両立支援コーディネーターによる支援活動報告、第31回日本産業衛生学会全国協議会、2021年三重、口演発表
 7. 立石清一郎、慢性病に罹患しても仕事をあきらめない 治療と仕事の両立支援の要点、第16回日本慢性看護学会、2021年9月オンライン開催
 8. 立石清一郎、榎田奈保子、原田有理沙、工藤智美、高松あずみ、武花歩実、肝疾患における治療と仕事の両立支援の職域における課題、第107回日本消化器病学会、2021年4月東京、口演発表
 9. 篠原弘恵、立石清一郎、井上俊介、細田悦子、高倉加寿子、古田美子、高齢者への両立支援 消化器癌患者の復職を振り返って、第107回日本消化器病学会、2021年4月東京、ミニオーラル
 10. 近藤貴子、立石清一郎、井上俊介、細田悦子、篠原弘恵、日常生活に戻りたい終末期がん患者の就労支援の一考察 エンド・オブ・ライフケアの実現、第107回日本消化器病学会、2021年4月東京、ミニオーラル
 11. 井上俊介、永田昌子、永田智久、立石清一郎、藤野義久、森晃爾、下痢腹部症状を有する労働者

- の生産性低下と関連する要因. 第107回日本消化器病学会、2021年4月東京、ミニオーラル
12. 篠原義剛、横山雄一、斎藤暢人、植木哲也、立石清一郎. 外来化学療法センターでの薬剤師の両立支援の取組み. 第107回日本消化器病学会、2021年4月東京、ミニオーラル
 13. 原田有理沙、橋本博興、立石清一郎. 両立支援のハードルを下げるためのベタな実践要素及び行動の整理. 第94回日本産業衛生学会、2021年5月松本、口演発表
 14. 井上俊介、永田昌子、原田有理沙、橋本博興、立石清一郎. 肉体労働を有する患者が治療と仕事を両立する上での困りごとの検討. 第94回日本産業衛生学会、2021年5月松本、口演発表
 15. 市川富美子、大久保浩司、荻ノ沢泰司、奥谷紀子、立石清一郎、筒井保博. 治療と仕事の両立支援における施設間連携について. 第94回日本産業衛生学会、2021年5月松本、口演発表
 16. 橋本博興、原田有理沙、立石清一郎. 主治医が患者の就業配慮を検討しやすくなる両立支援ツールの開発. 第94回日本産業衛生学会、2021年5月松本、口演発表
 17. 立石清一郎. 両立支援における医療機関と産業現場との連携～診療報酬改訂及び新型コロナ禍によるリモートワークの中で～勤務情報提供書と主治医意見書から考える医療機関と職域との協働. 第94回日本産業衛生学会、2021年5月松本、講演
 18. 立石清一郎. 全ての人に産業保健の光を-多様な背景により働きにくさを抱える労働者に-身体疾患の両立支援の最前線. 第94回日本産業衛生学会、2021年5月松本、シンポジウム
 19. 中藤麻紀、濱田学、橋本博興、加藤徳明、立石清一郎、佐伯覚. 脳卒中の両立支援における当院の両立支援科の取組み. 第94回日本産業衛生学会、2021年5月松本、口演発表
 20. 立石清一郎. 産業医科大学の将来を語る 産業医科大学病院の今後 治療と仕事の両立支援、第37回産業医科大学学会、2020年9月北九州、口演
 21. 立石清一郎: 治療と仕事の両立において心理職に期待すること、2020年度公認心理師の会年次総会産業・労働・地域保健部会シンポジウム、2020年9月、ウェブ開催

22. 井上俊介、立石清一郎. 患者が治療と仕事の両立を達成するための困りごとの企業規模ごとの検討. 第 93 回日本産業衛生学会、2020 年 5 月旭川、口演発表
23. 立石清一郎. それぞれの個性を生かす職場づくりを目指して治療と仕事の両立支援の現状と課題. 第 93 回日本産業衛生学会、2020 年 5 月旭川、地域交流集会
24. 立石清一郎. 両立支援における医療機関と産業現場との連携 産業医科大学病院での治療と仕事の両立支援の実践 大学病院における両立支援の実践を通して. 第 93 回日本産業衛生学会、2020 年 5 月旭川、日本職業・災害医学会合同シンポジウム
25. 立石清一郎. 産業医科大学病院での治療と仕事の両立支援の実践、第 59 回日本肺癌学会、2019 年 11 月東京、シンポジウム
26. 井上俊介、立石清一郎. 医療機関の両立支援スタッフが感じる 3 つの変化、第 26 回産業精神保健学会、2019 年 8 月東京、口演発表
27. 立石清一郎. 乳がん患者の就労支援の現状と問題点 産業医の立場からの就労支援の実際、第 27 回日本乳癌学会総会、2019 年 7 月東京
28. 田中文啓、黒田耕志、立石清一郎、荻ノ沢泰司、安東睦子、細田悦子、黒木一雅、近藤貴子、中藤麻紀、尾辻豊、東敏昭：早期社会復帰を目指したチーム医療の取り組み がん治療と就労の両立に向けた組織的取り組み、第 60 回日本肺癌学会、2019 年大阪、口演発表

H. 論文業績

1. Igarashi Y, Tateishi S, Harada A, Hino A, Tsuji M, Ogami A, Mori K, Matsugaki R, Fujino Y; CORoNaWork project. Relationship Between Support for Workers with Illness and Work Functioning Impairment in Japan During the COVID-19 Pandemic. *J Occup Environ Med.* 2022 Jan 25. doi: 10.1097/JOM.0000000000002500. Epub ahead of print. PMID: 35081590.
2. 立石清一郎、原田有理沙、永田昌子：仕事と治療の両立支援 UPDATE として、安全衛生コンサルタント Vol.22 (141) 69-72、2022
3. 立石清一郎、原田有理沙、永田昌子：治療と仕事の両立支援～支援の要諦と最近の動向、健康開発 Vol. 26(2)19-24、2021
4. 立石清一郎、原田有理沙：両立支

- 援の実際－「医療機関における治療と仕事の両立支援」、総合リハビリテーション 49 巻 11 号、1087-1093、2021
5. 原田有理沙、立石清一郎、橋本博興、井上俊介、細田悦子、篠原弘恵、高倉加寿子、古田美子、近藤貴子、蟻川麻紀、末永卓也、久原聡志、黒木一雅：2018-2020 年度産業医科大学病院における両立支援の診療実績と今後の課題、産業医科大学雑誌 43 (4)、445-458、2021
 6. 原田有理沙、立石清一郎：産業医科大学における両立支援、消化器・肝臓内科 10(5):619-624、2021
 7. 久米井伸介、渡邊龍之、芳川一郎、山内大夢、谷本彩、中村健太、村石純一、久米恵一郎、立石清一郎、原田大：炎症性腸疾患患者における両立支援、消化器・肝臓内科 10(5):583-589、2021
 8. 蓑原里奈、小林祐一、古屋佑子、絹川千尋、廣里治奈、立石清一郎、渡邊聖二、森晃爾：治療と仕事の両立支援の手続きの中で産業医から主治医に提供された情報および助言内容の質的研究、産業衛生学雑誌 63(1):6-20、2021
 9. 立石清一郎：病気の治療と仕事の両立支援-キャリアをあきらめないために 治療と仕事の両立支援における医育機関の役割、公衆衛生 85(1)33-37
 10. 小林清香、平井啓、谷向仁、小川朝生、原田恵理、藤崎遼平、立石清一郎、足立浩祥：身体疾患による休職経験者における職場ストレスと関連要因、総合病院精神医学 32(4):403-409、2020
 11. 立石清一郎：両立支援に欠かせない 産業保健スタッフに必要な疾患の知識と最新の治療法(Part 1) 両立支援のためにおさえておきたいポイント 就業配慮を構造化して理解する、産業保健と看護 2020 春季増刊:14-17、2020
 12. 立石清一郎：両立支援に欠かせない 産業保健スタッフに必要な疾患の知識と最新の治療法(Part 1) 両立支援のためにおさえておきたいポイント 両立支援におけるメンタルヘルス不調と身体疾患との相違点、産業保健と看護 2020 春季増刊:18-20、2020
 13. 立石清一郎、渡瀬真梨子、藤野義久、森晃爾：産業保健分野でのデルファイ法の応用展開、健康開発 第 24 巻第 3 号、71-79、2020
 14. 立石清一郎、井上俊介、永田昌子、荻ノ沢泰司、金城泰幸：職場で取

- り組む治療と仕事の両立支援 治療と仕事の両立支援の現状と課題、健康開発 24(3):18-22
15. 立石清一郎：治療と職業生活の両立支援、香川県医師会誌 71(6):73-78、2019
16. 立石清一郎：治療関連障害でもととの仕事ができない/無理なとき 産業医からみた就労支援、緩和ケア 29(1):44-45、2019
17. 立石清一郎、井上俊介、黒木一雅、細田悦子、近藤貴子、高倉加寿子、中藤麻紀、篠原弘恵、古田美子、荻ノ沢泰司、蓑原里奈、永田昌子、榎田奈保子、柴田喜幸：治療と仕事の両立支援研究の現在 産業医科大学における治療と仕事の両立への貢献、産業医学ジャーナル 42(4):30-37、2019
18. 尾辻豊、立石清一郎、田中文啓、荻ノ沢泰司、黒田耕志、市来嘉伸、安東睦子、細田悦子、黒木一雅、近藤貴子、中藤麻紀、東敏昭：産業医科大学病院における両立支援科・就学就労支援センター、日本職業・災害医学会 67(5):369-374、2019
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

H. 知的財産権の出願・登録状況:(予定を含む。)

1. 特許取得
なし

1) 両立支援を実施した対象背景

図1-1. 障害者手帳の有無

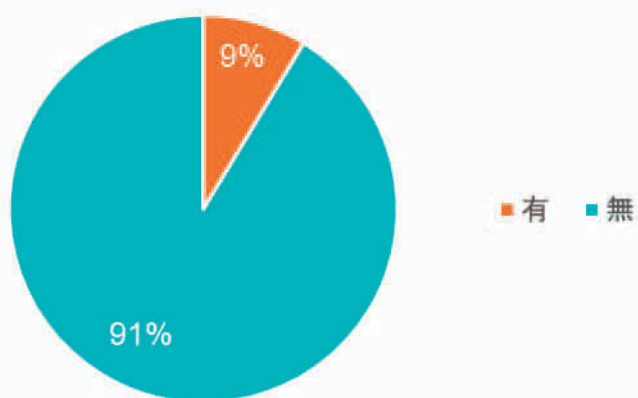


図1-2. 最後に卒業した学校

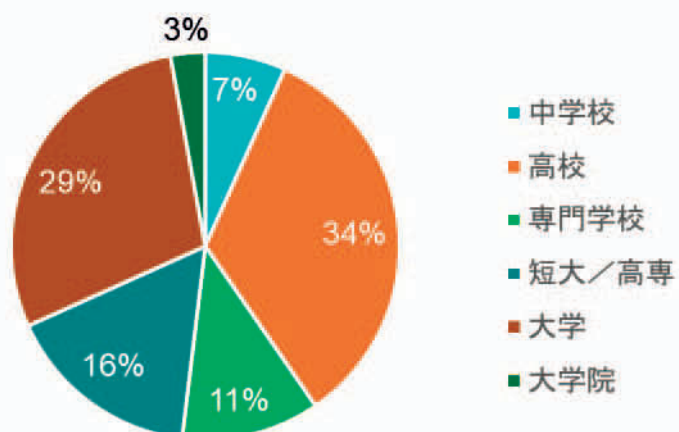


図1-3. 婚姻状況

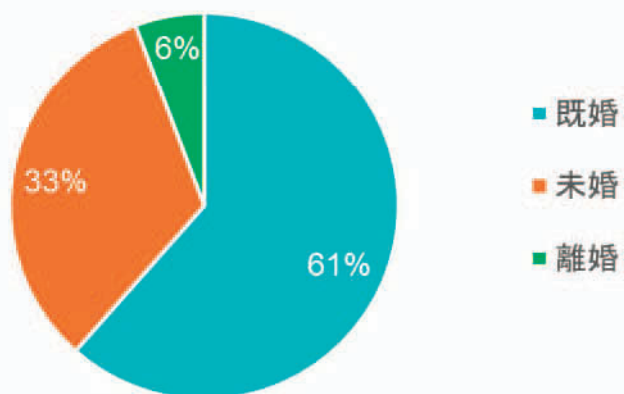


図1-4. 治療に対する満足度

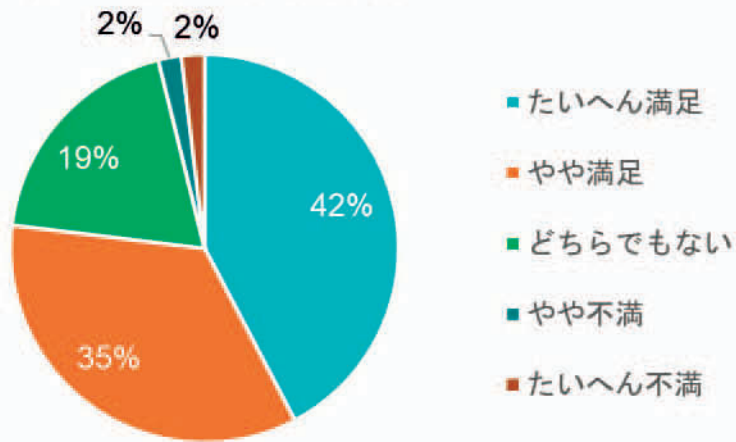


図1-5. 治療と生活の両立に関する満足度

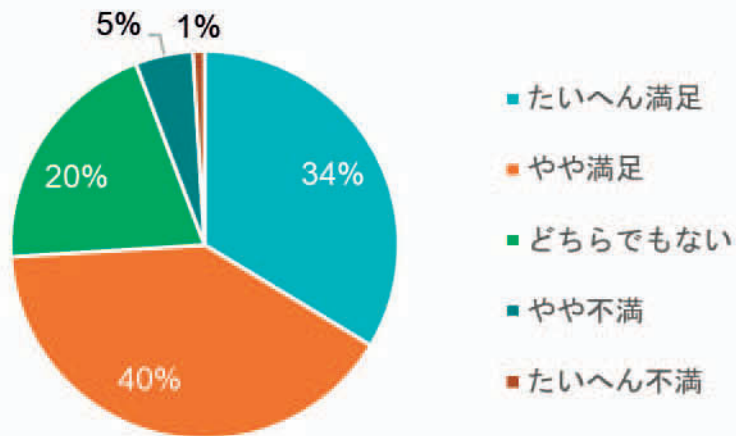


図1-6. 治療と就労の両立に関する満足度

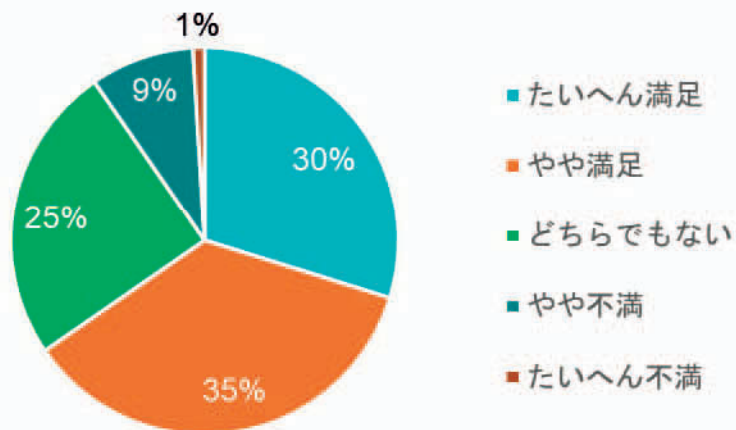


図1-8. 従業員数

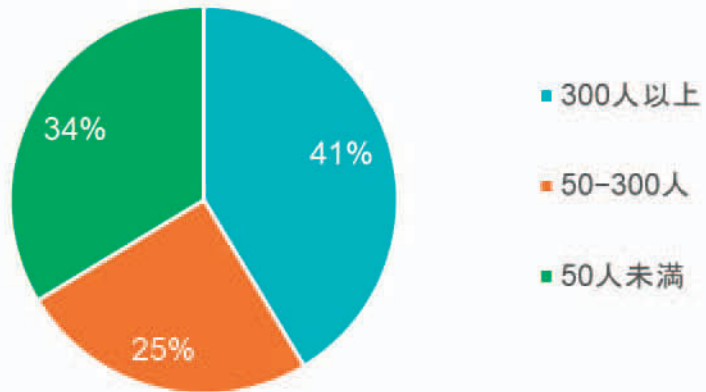


図1-9. 産業医の有無

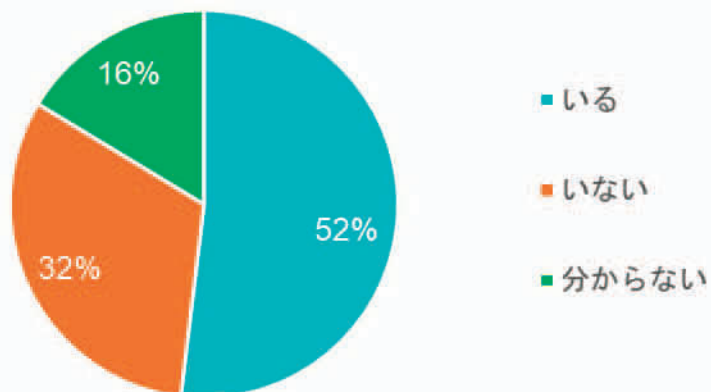
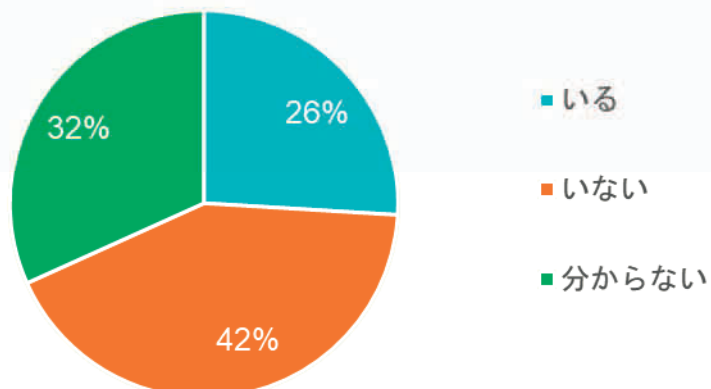
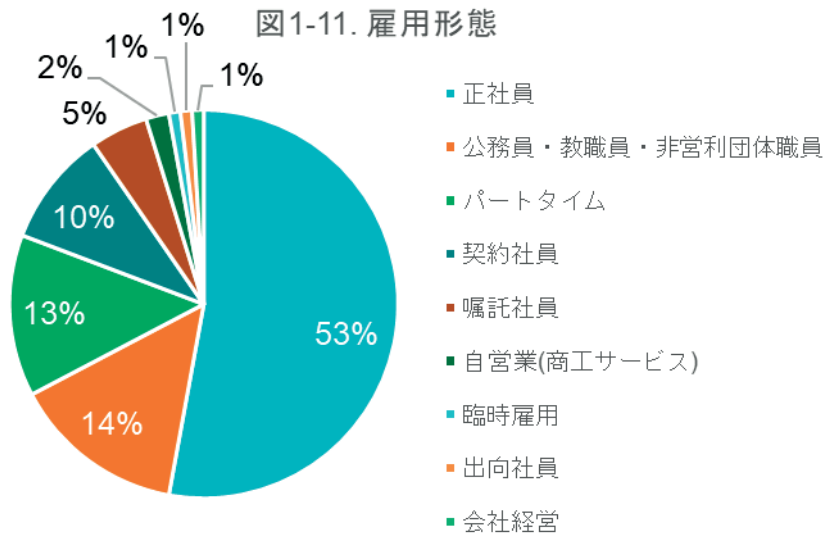


図1-10. 保健師の有無





2) 両立支援を受けた後の勤務状況

図2-1. 現在の就労状況

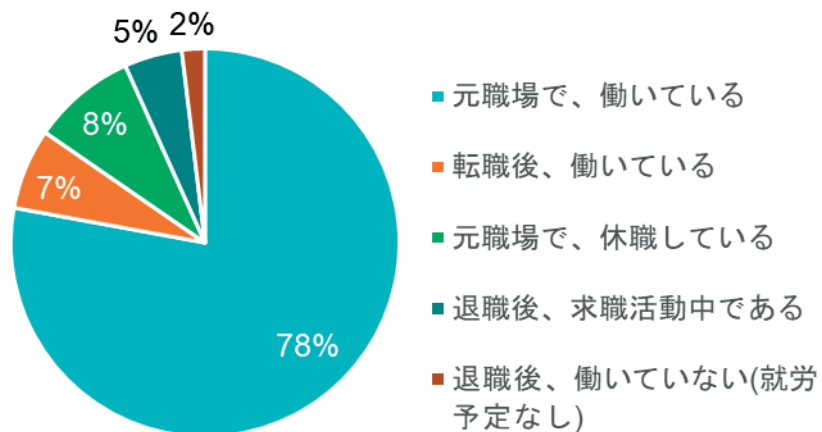
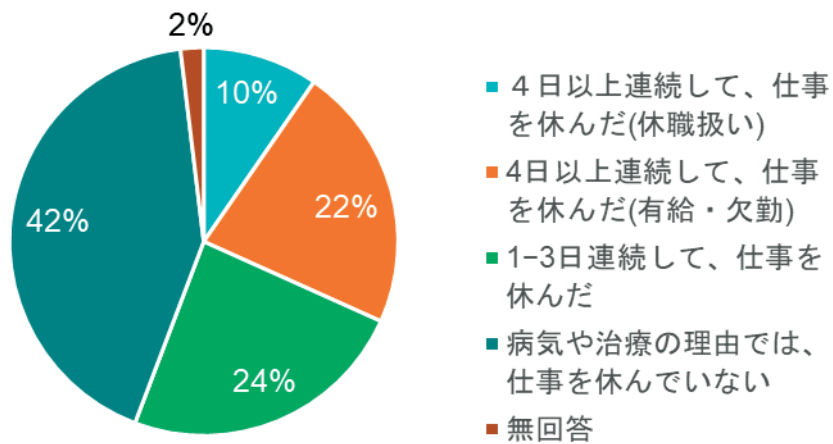
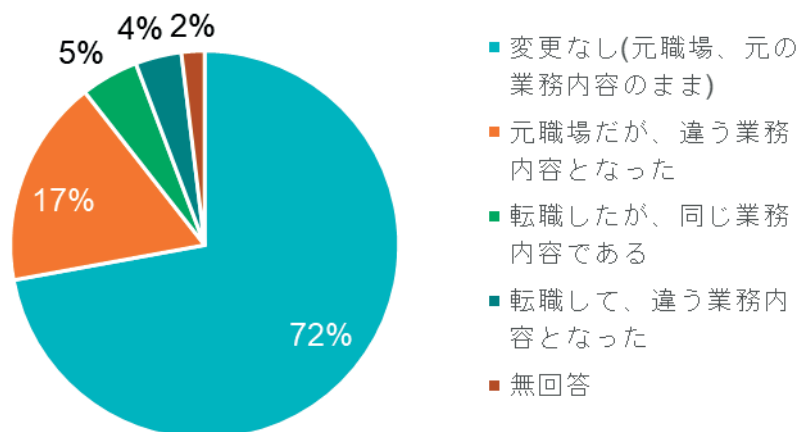


図2-2. ご相談後に病気や治療で休みましたか



3) 両立支援を受けた後の業務内容

図3-1. ご相談後、業務内容の変更はありましたか



4) 両立支援を受けた後の勤務状況

図4-1. 勤務日数

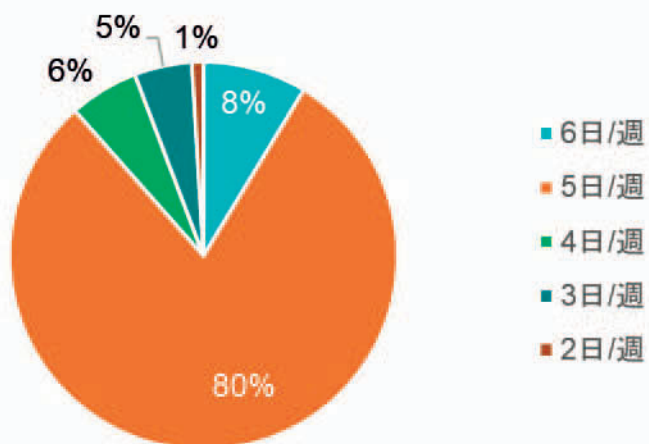


図4-2. 所定労働時間

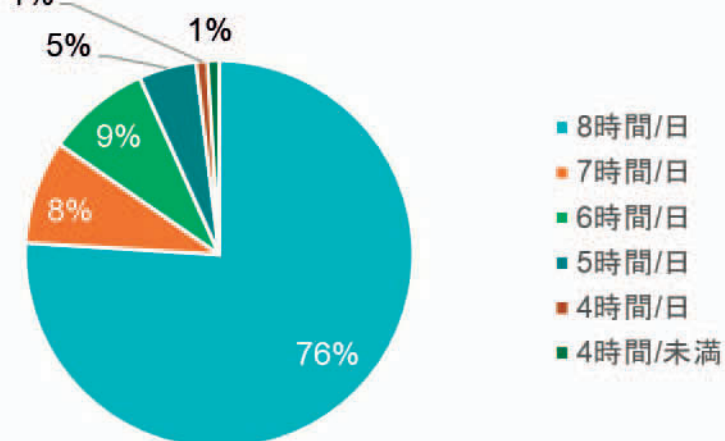


図4-3. 時間外労働

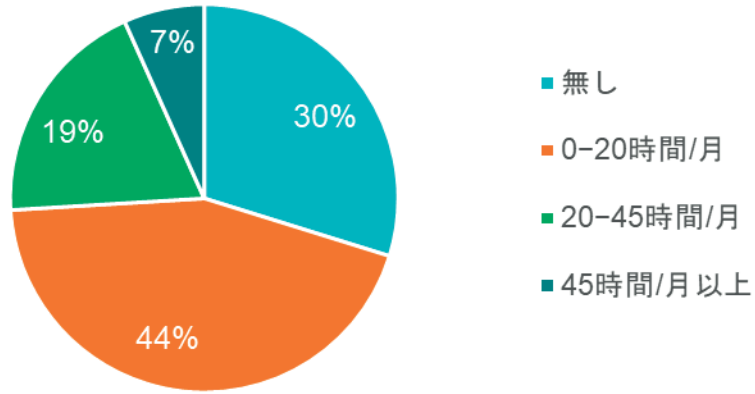


図4-4. 交代制勤務の有無

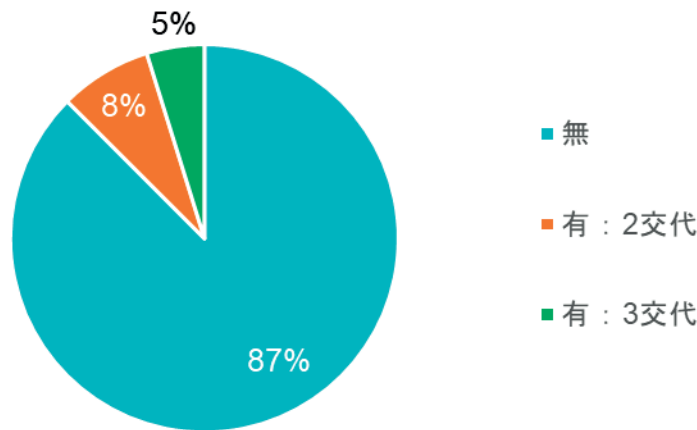
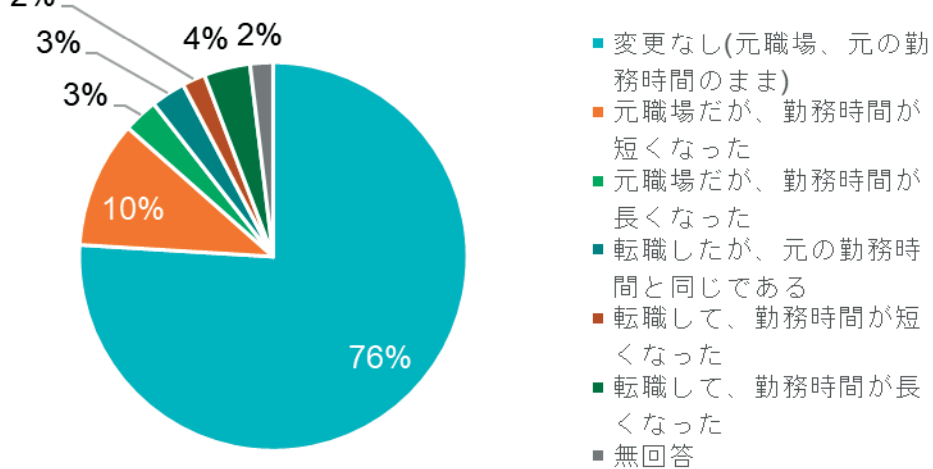
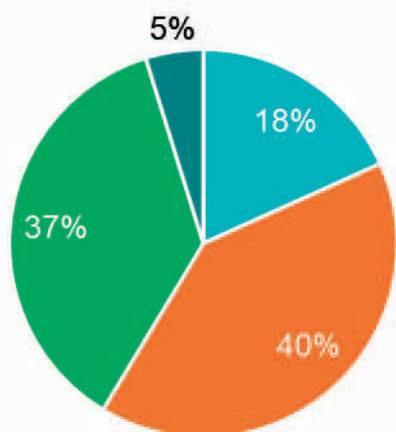


図4-5. ご相談後、勤務時間の変更はありましたか



5) 両立支援を受けた後の職場での人間関係

図5-1. 上司と気軽に話ができる



上司が個人的な相談を聞いてくれる

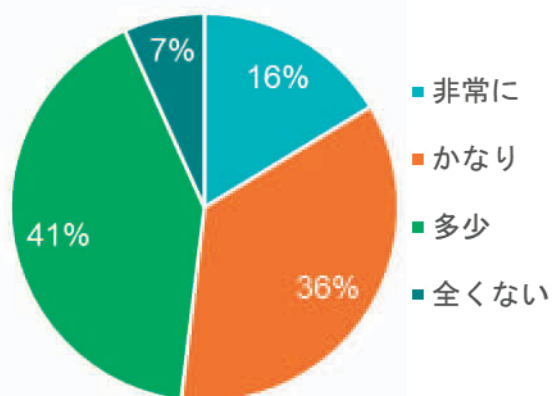
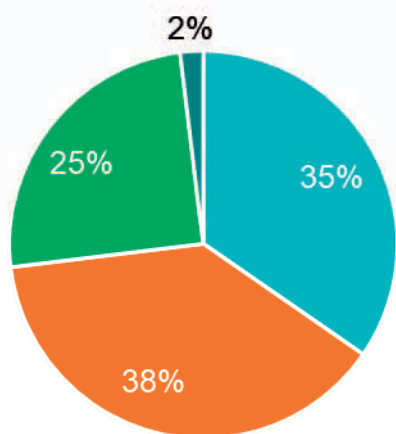
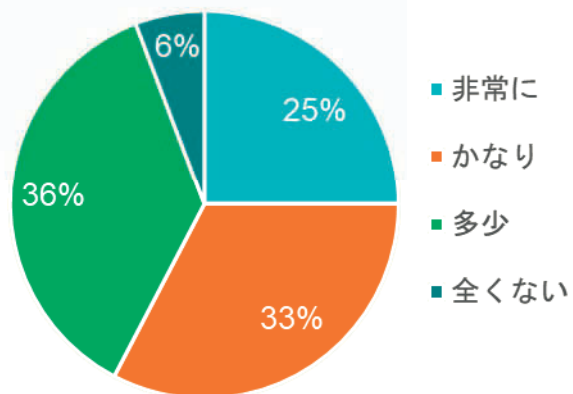


図5-2. 同僚と気軽に話ができる



同僚が個人的な相談を聞いてくれる



6) 両立支援を受けた後の予後指標

1. 「10の質問」：困りごとの問診

図6-1-1. 病気による症状や後遺症、治療などにより業務を行う能力に影響がある

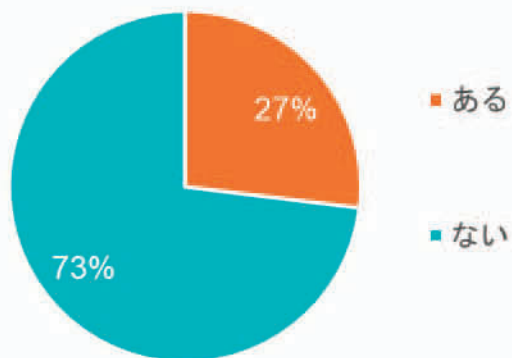


図6-1-2. 病気によって不安などの心理的变化の問題がある

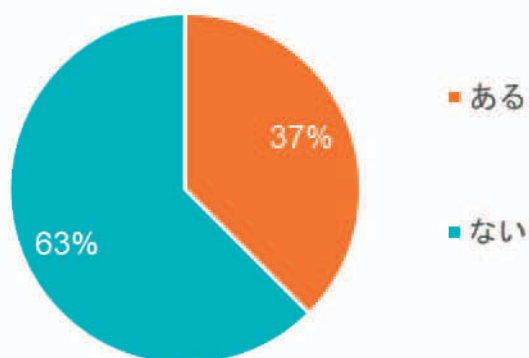


図6-1-3. 資格、職位、雇用形態や経済的状況に関する問題がある

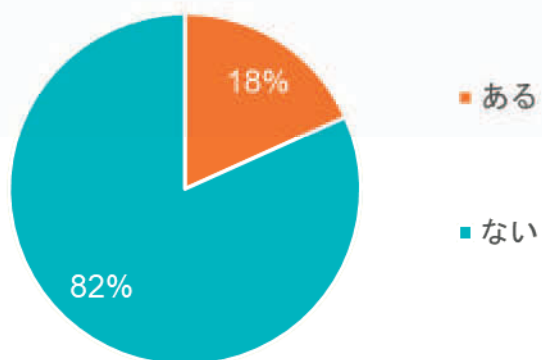


図6-1-4. 自主的な取り組みの課題がある

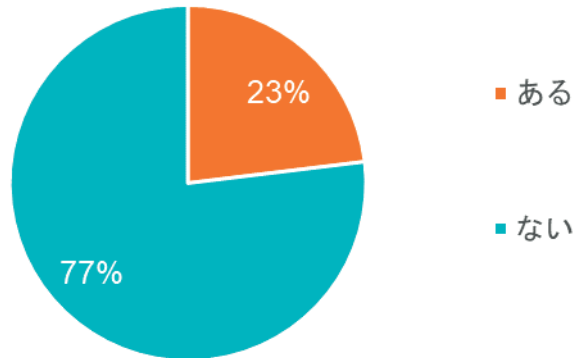


図6-1-5. 職場の規模や設備の課題がある

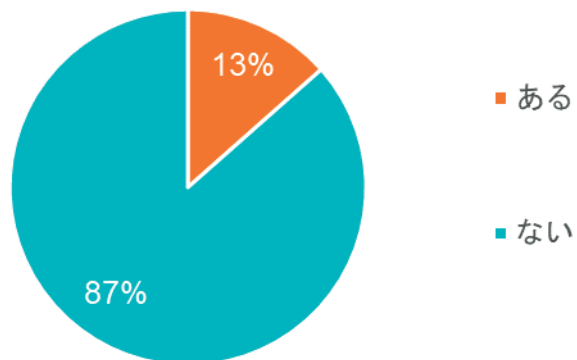


図6-1-6. 職場の理解、気遣い、受け入れの姿勢に関する課題がある

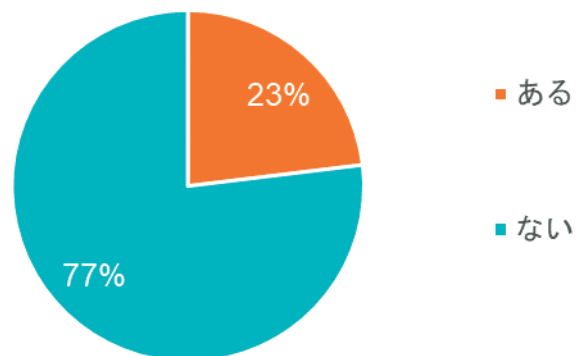


図6-1-7. 職場における自身の配置に関する課題がある

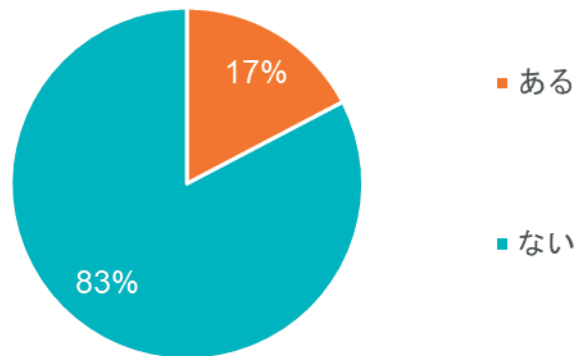


図6-1-8. 家族や地域に関する課題がある

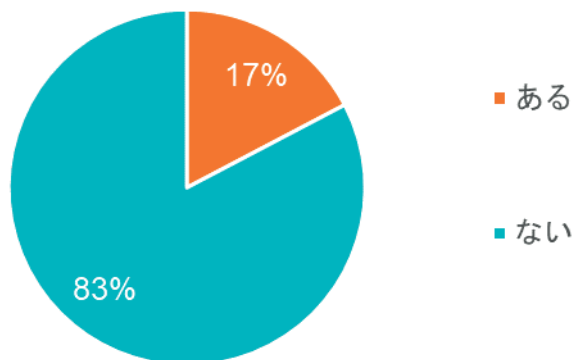


図6-1-9. 職場と医療機関との連携の問題、産業保健スタッフの支援不足がある

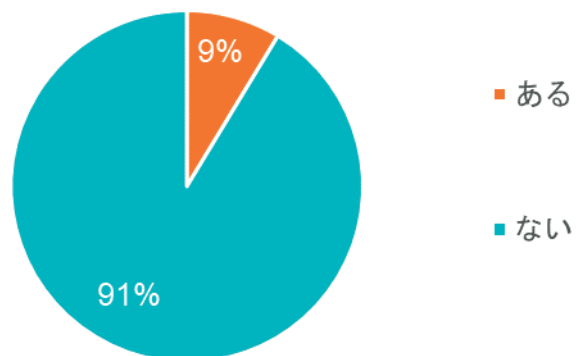


図6-1-10. 治療と仕事の両立についての
情報不足がある

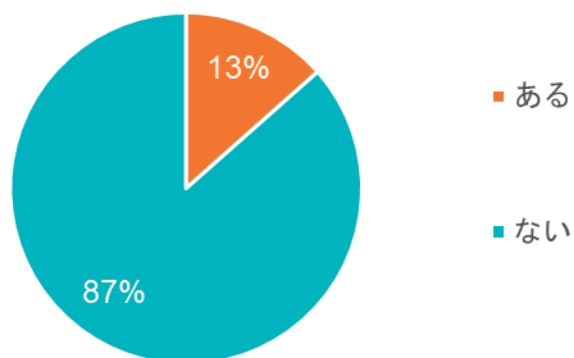
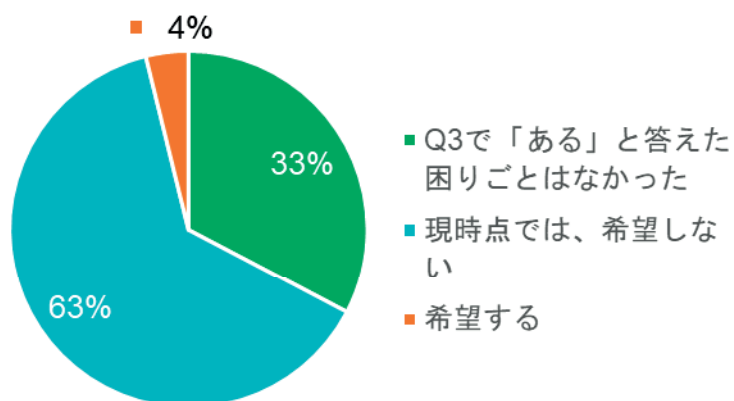


図6-1-11. 現時点で「ある」と答えた困りごとに対して、
両立支援コーディネーターによる支援を希望しますか



2. EQ-5D : QOL の指標

図6-2-1. 移動の程度

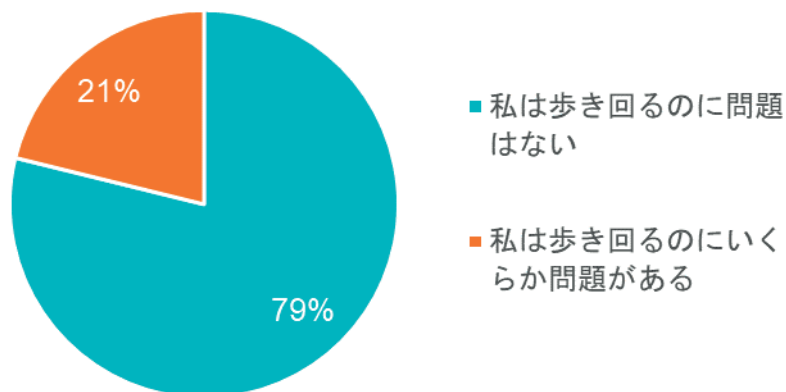


図6-2-2. 身の回りの管理

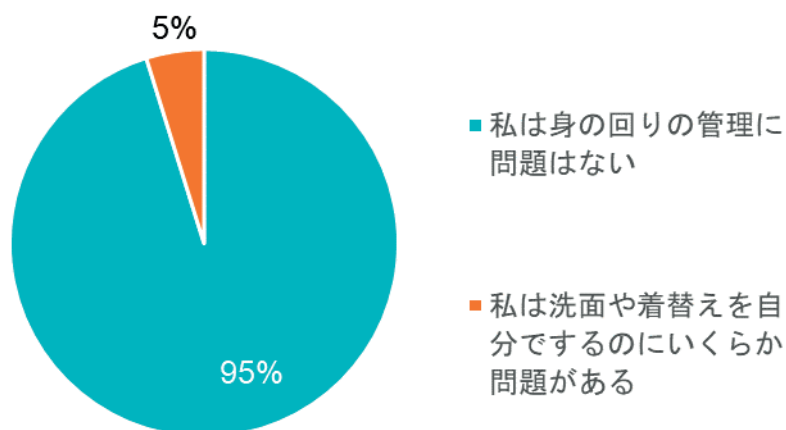


図6-2-3. ふだんの活動

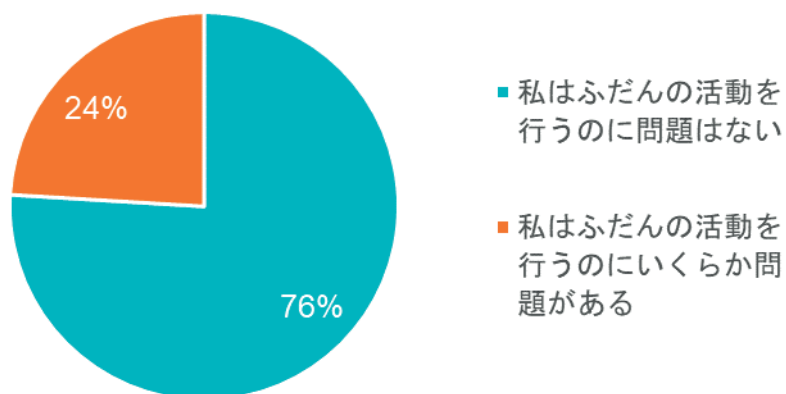


図6-2-4. 痛み/不快感

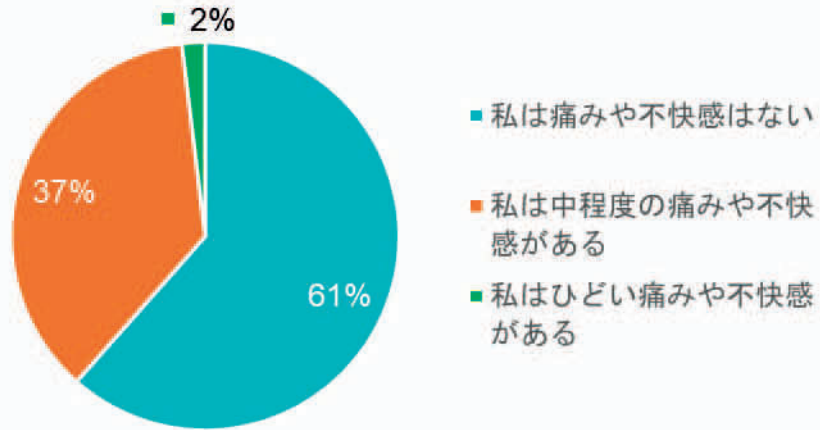
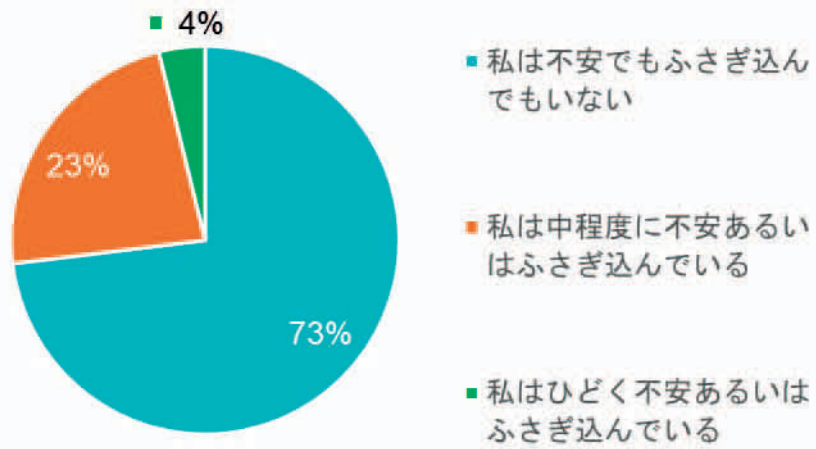


図6-2-5. 不安/ふさぎ込み



3. BFI：簡易倦怠感尺度

図6-3-1. この1週間に普通とは異なる疲れやだるさを感じましたか

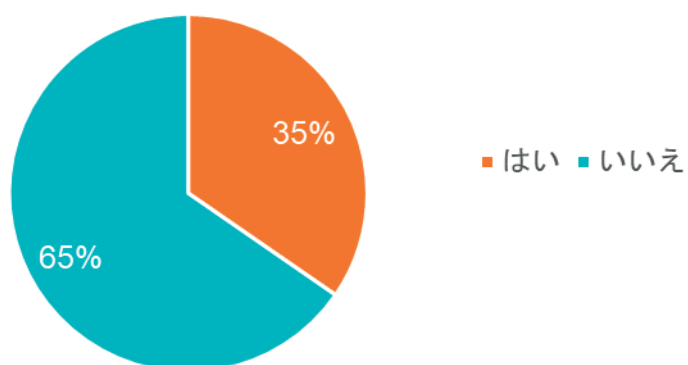


図6-3-2. 今感じているだるさ(倦怠感、疲労感)の程度

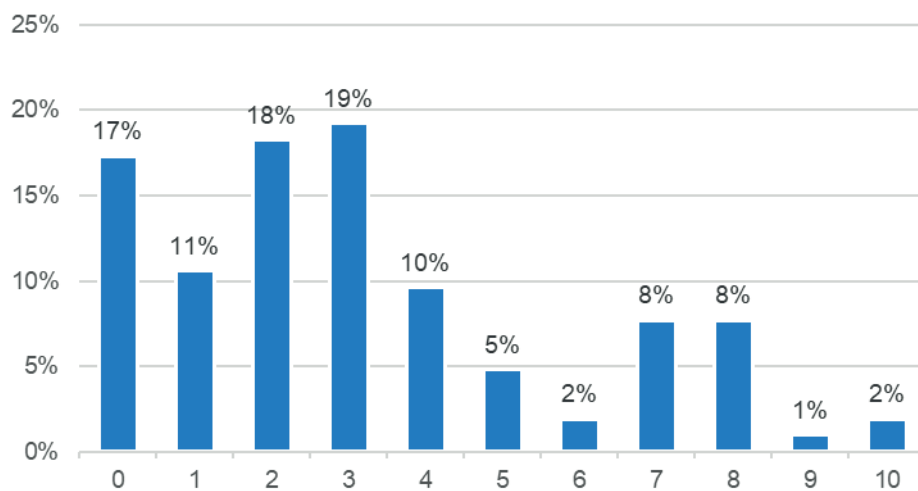


図6-3-3. 24時間にあなたが感じた通常のだるさの程度

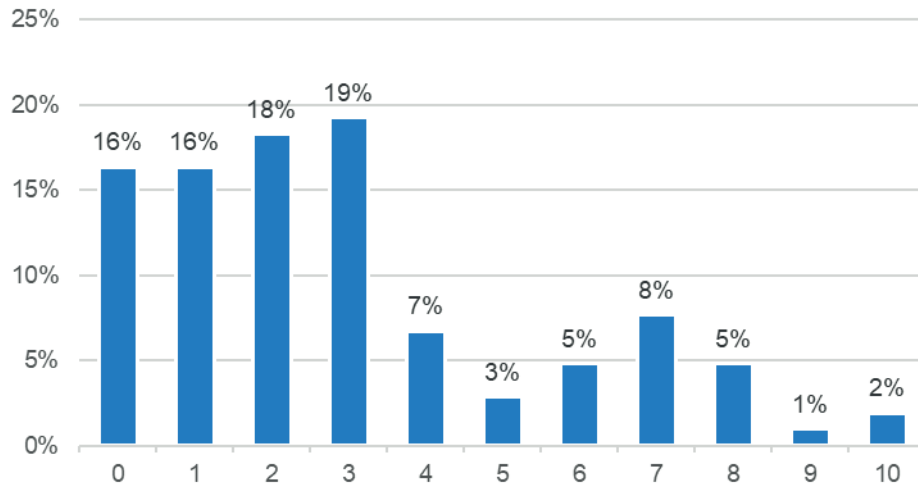
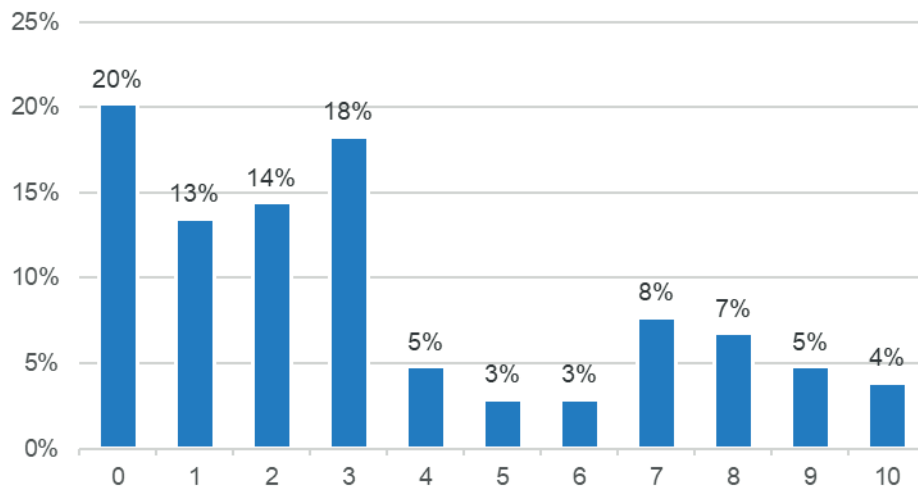


図6-3-4. 24時間に感じたもっとも強いだるさの程度



この24時間のうちで、だるさが生活にどれほど支障になったかを教えてください。(0：支障なし—10：完全に支障になった)

図6-3-5. 日常生活全般の活動

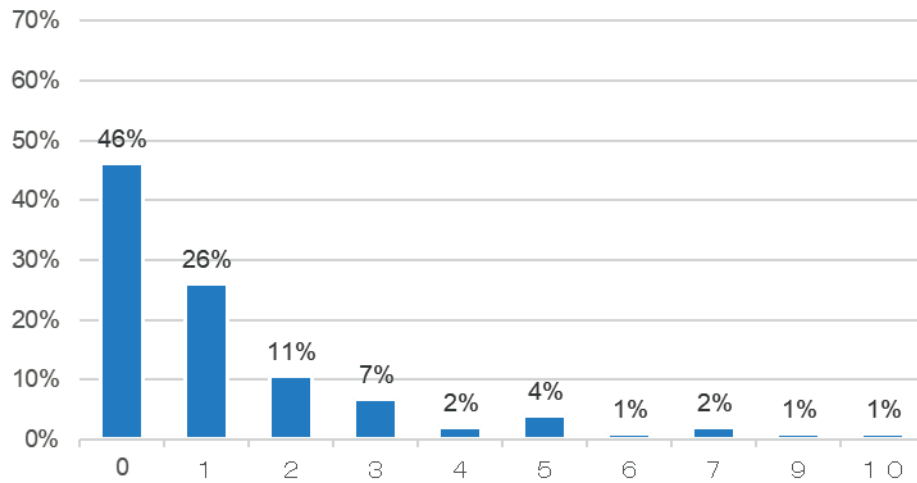


図6-3-6. 気持ち、情緒

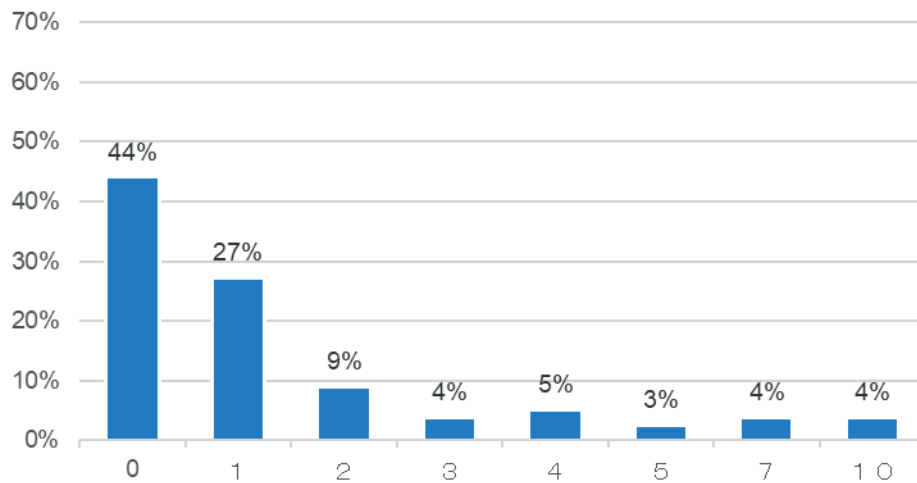


図6-3-7. 歩行能力

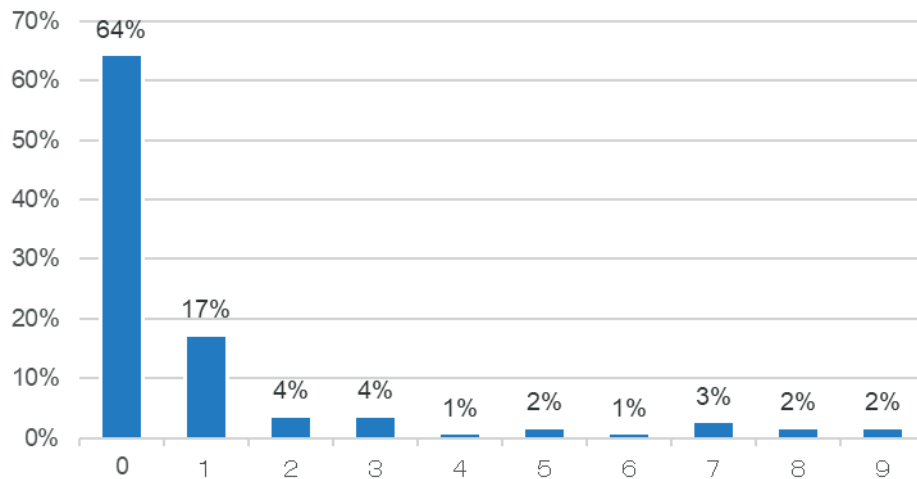


図6-3-8. 通常の仕事
(家庭外での仕事や毎日の生活における雑事を含む)

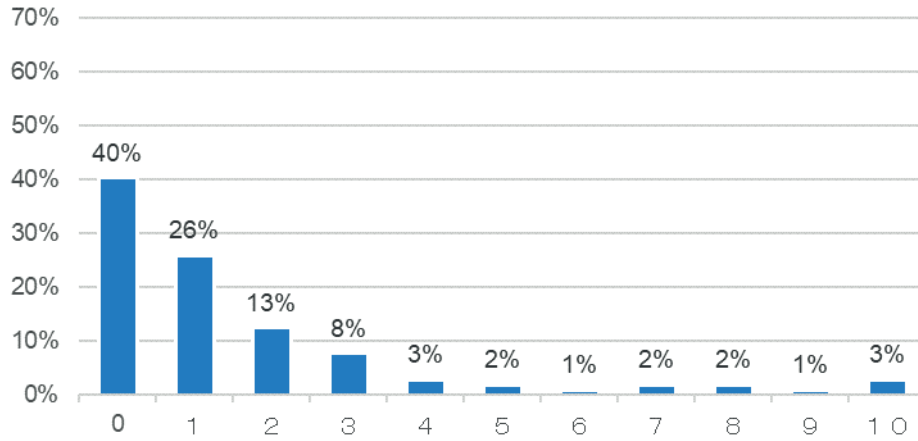


図6-3-9. 対人関係

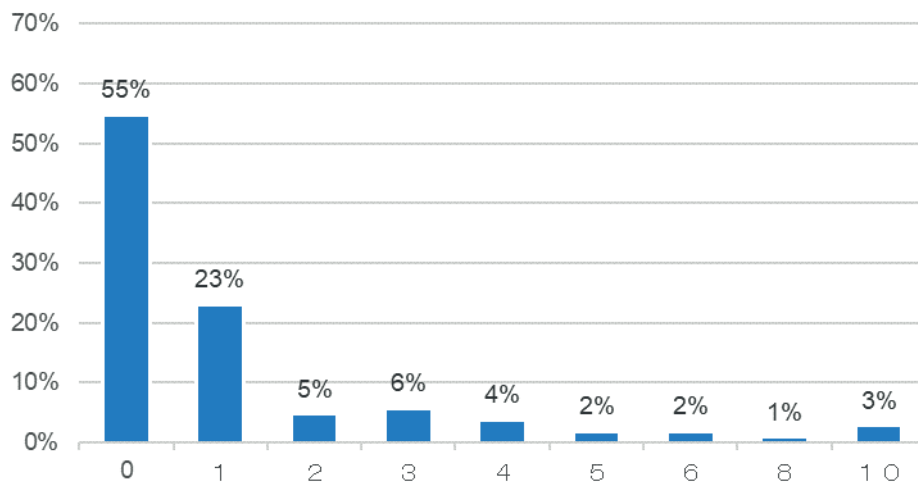
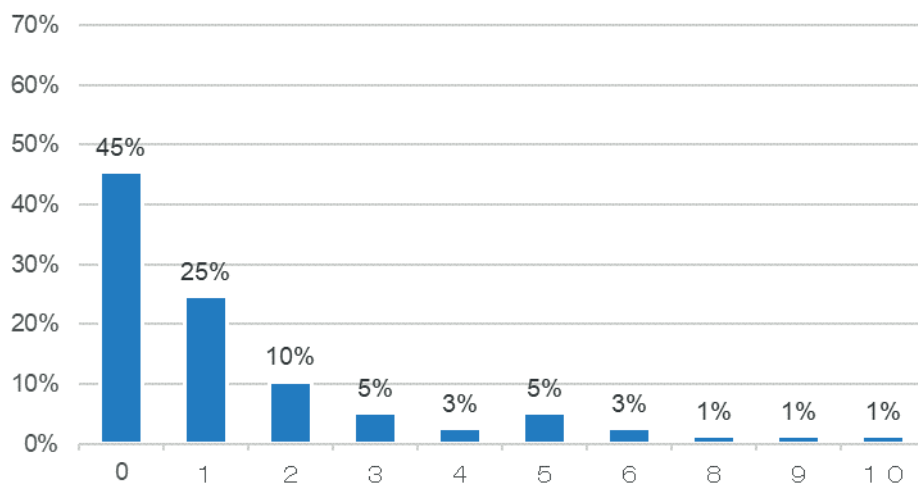


図6-3-10. 生活を楽しむこと



4. HAD Scale : 不安抑うつ尺度

図6-4-1. 緊張したり気持ちが張りつめたりすることがありましたか

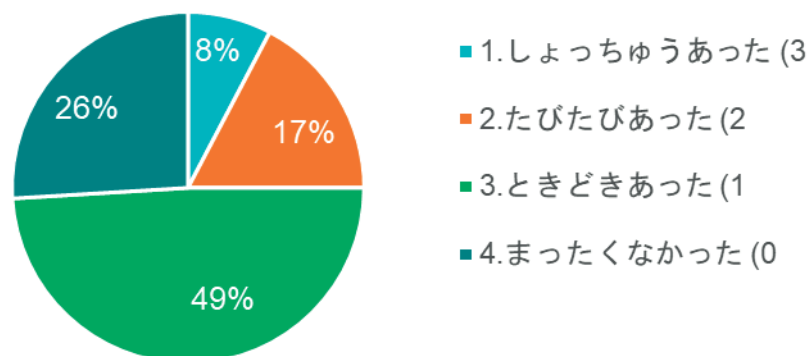


図6-4-2. むかし楽しんだことを今でも楽しいと思うことがありますか

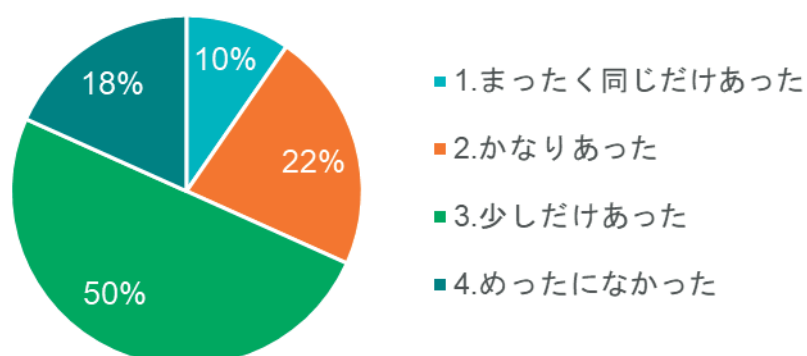


図6-4-3. 何か恐ろしいことが起ころうとしているという恐怖感を持つことが

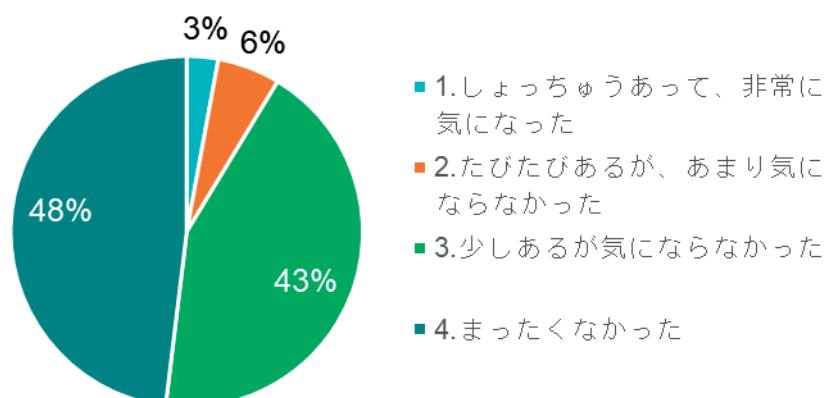


図6-4-4. 物事の面白い面を笑ったり、
理解したりすることが

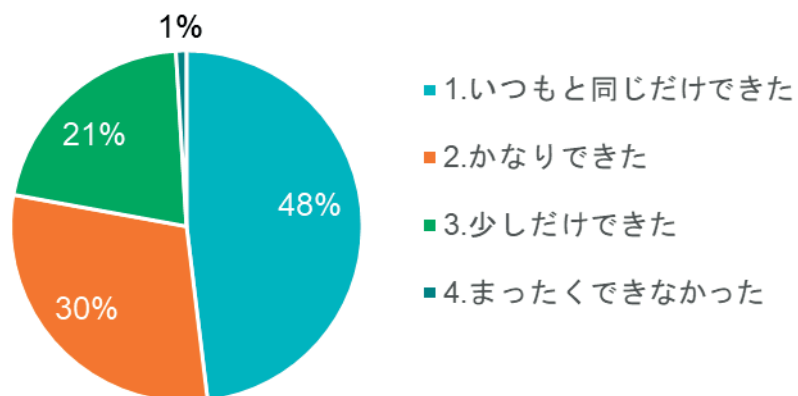


図6-4-5. 心配事が心に浮かぶことが

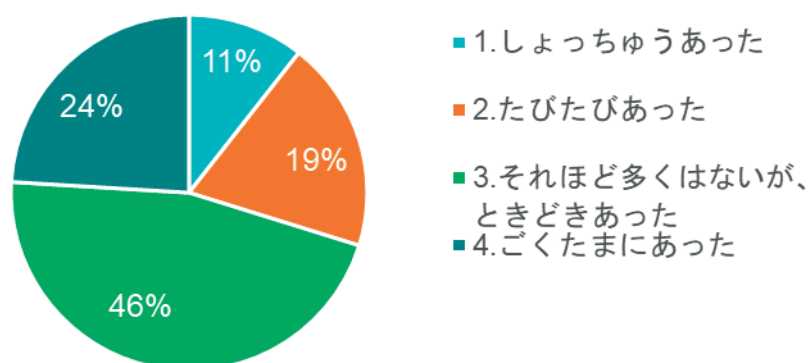


図6-4-6. きげんの良いことが

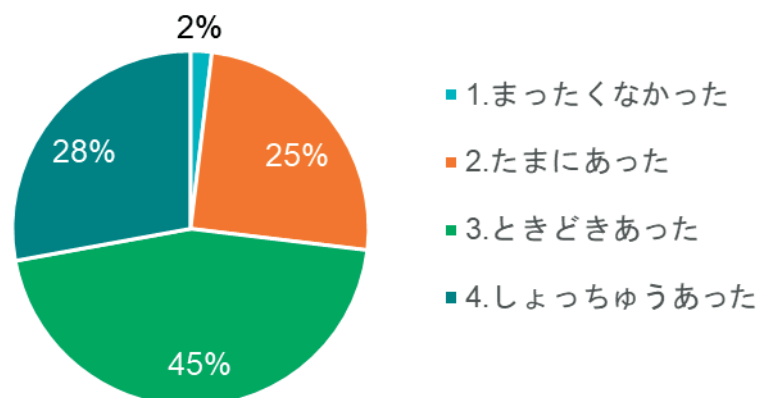


図6-4-7. 楽に座ってくつろぐことが

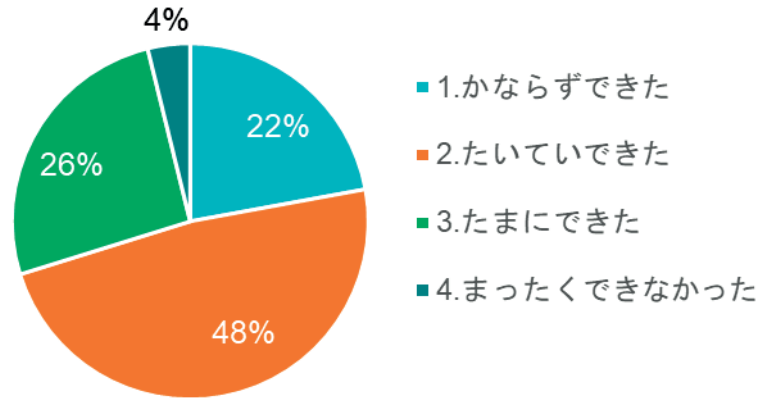


図6-4-8. 仕事を怠けていると感じることが

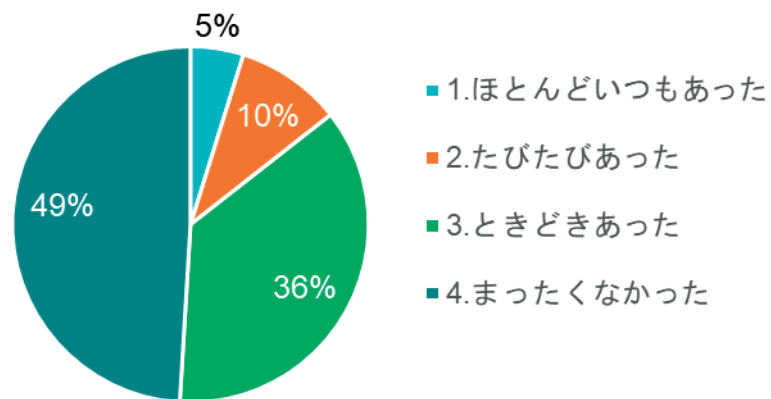


図6-4-9. 不安で落ち着かないような恐怖感を持つことが

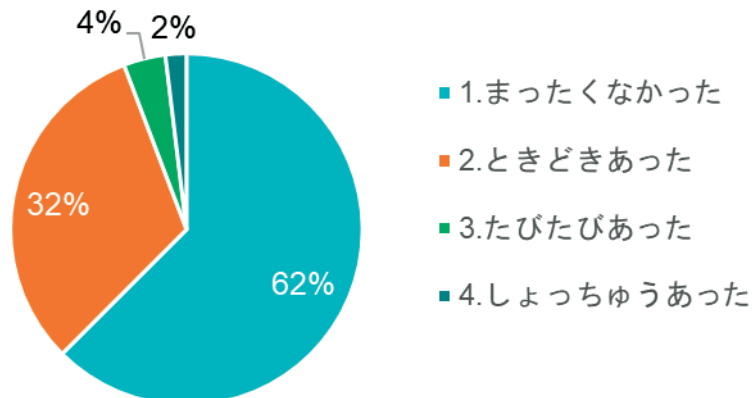


図6-4-10. 自分の顔、髪型、服装に関して

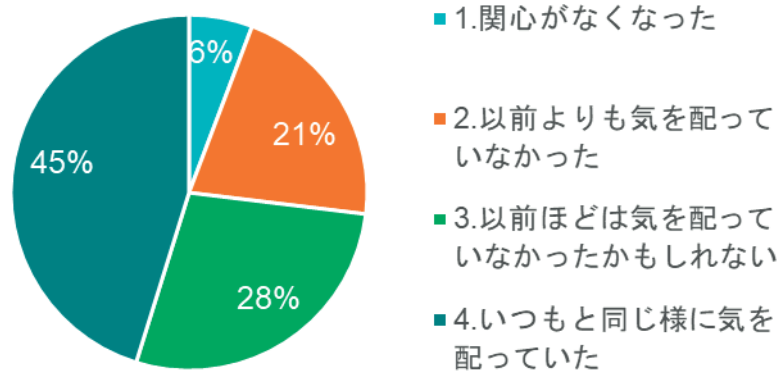


図6-4-11. じっとしてられないほど
落ち着かないことが

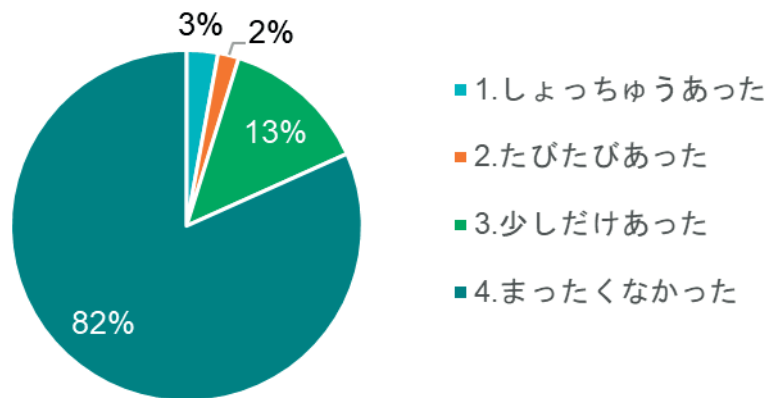


図6-4-12. 突然理由のない恐怖感に
おそわれることが

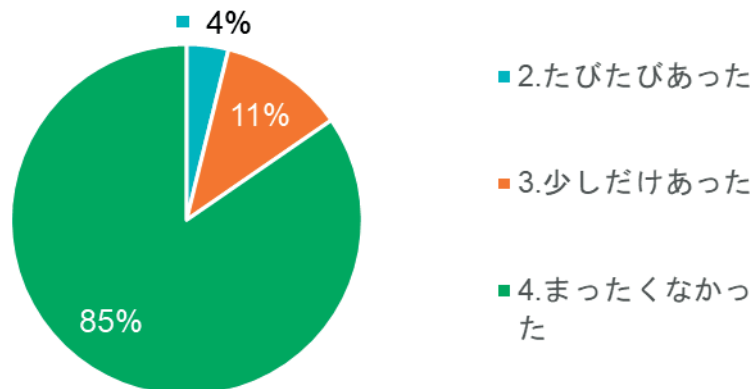


図6-4-13. 物事を楽しみにして待つことが

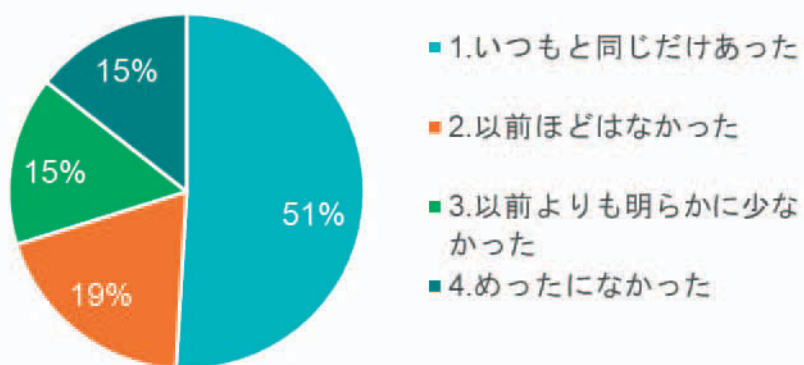
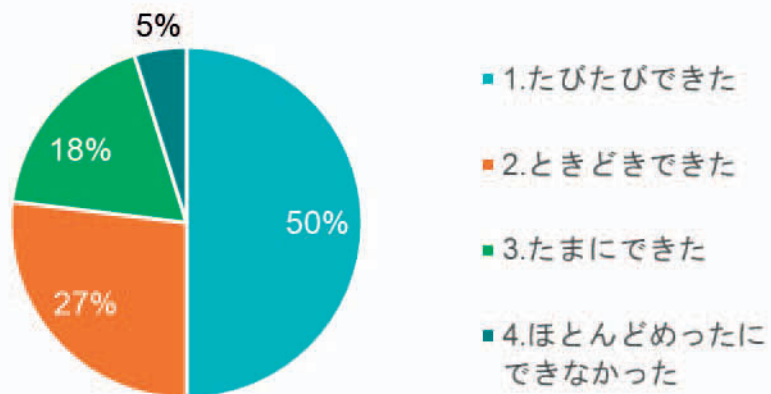


図6-4-14. 面白い本や、ラジオまたはテレビ番組を楽しむことが



K6：不安抑うつ尺度

図6-4-15. 神経過敏に感じましたか

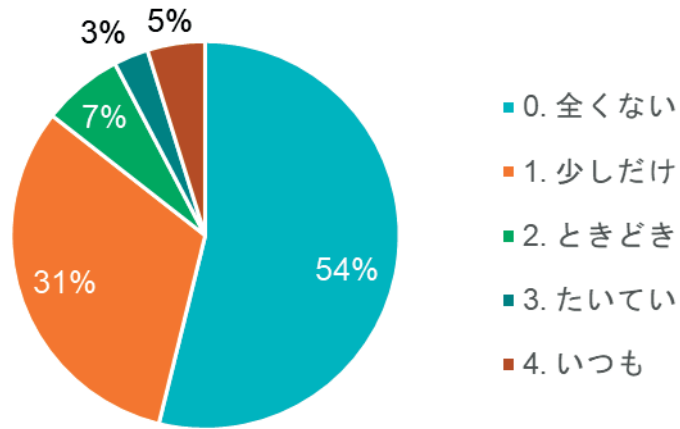


図6-4-16. 絶望的だと感じましたか

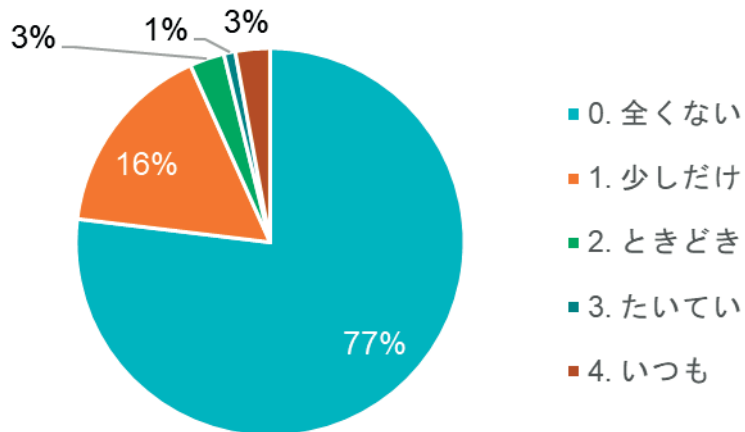


図6-4-17. そわそわ、落ち着かなく感じましたか

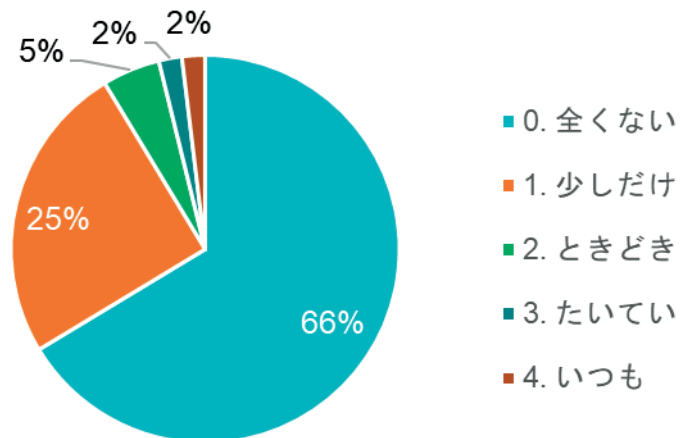


図6-4-18. 気分が沈み込んで、
何が起っても気が晴れないように感じましたか

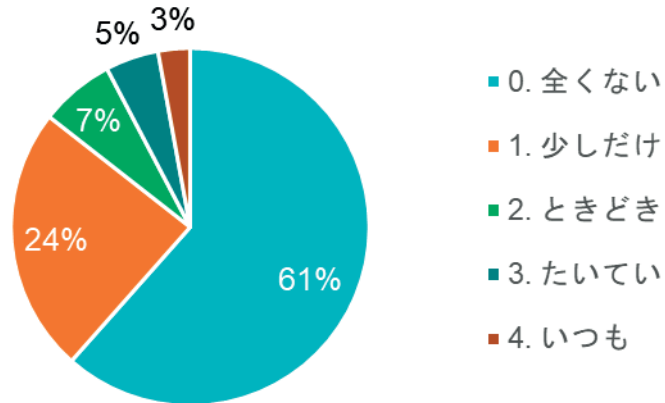


図6-4-19. なにをするのも骨折りだと感じましたか

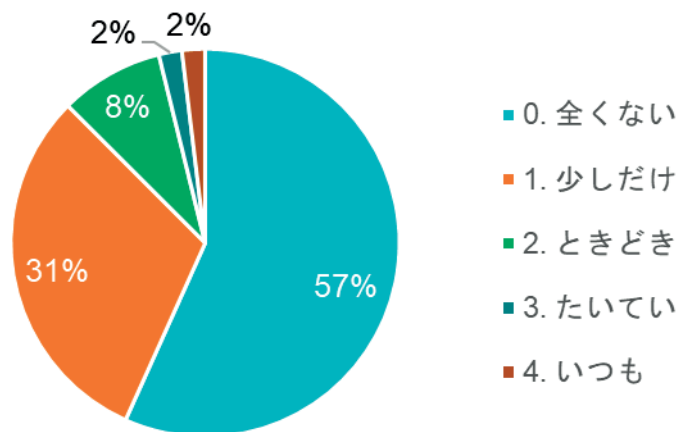
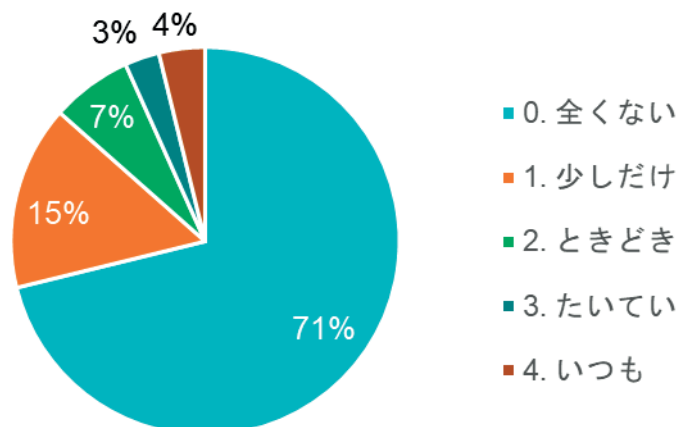


図6-4-20. 自分は価値のない人間だと感じましたか



5. WFun：労働機能障害の指標

図6-5-1. 社会的に振舞えなかった

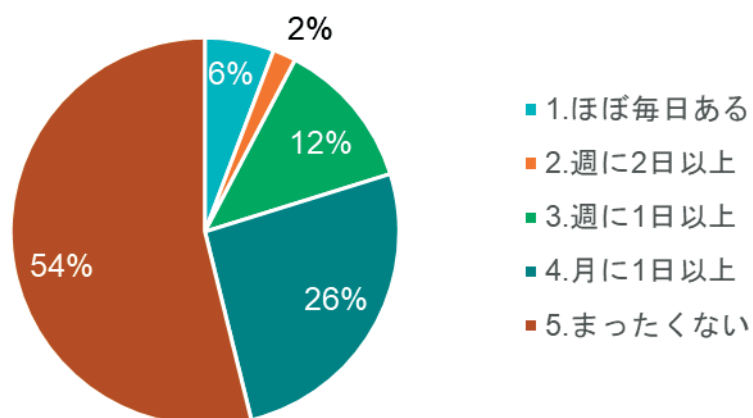


図6-5-2. ていねいに仕事をすることが出来なかった

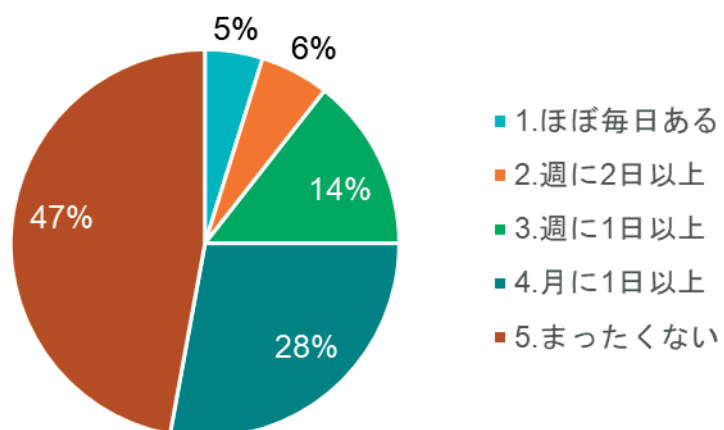


図6-5-3. 考えがまとまらなかった

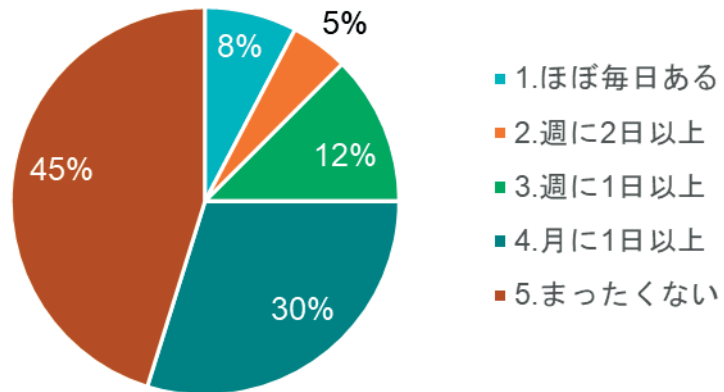


図6-5-4. 仕事を中断する回数が増えた

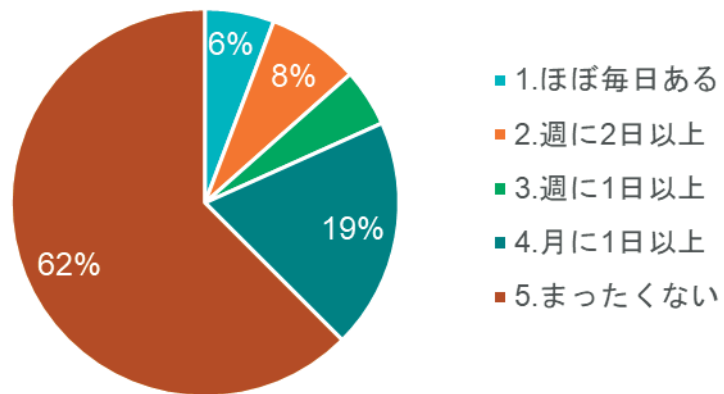


図6-5-5. 仕事がうまくいかないと感じた

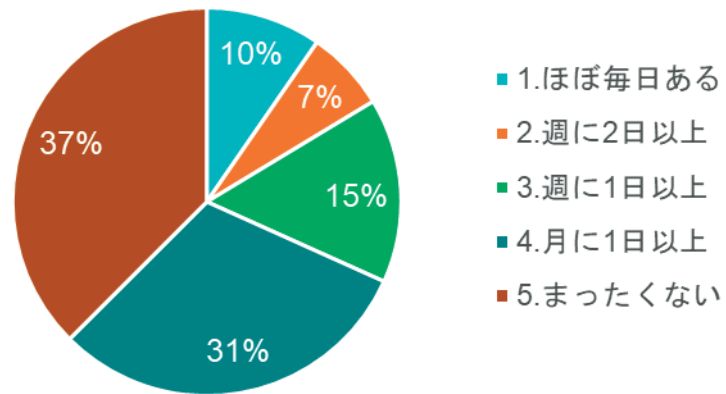


図6-5-6. 冷静に判断することが出来なかった

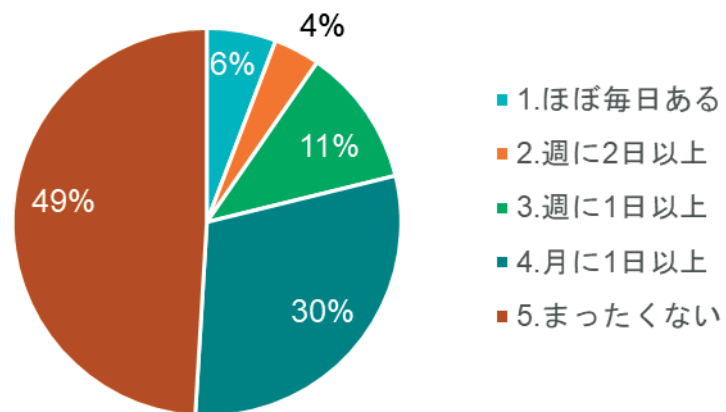
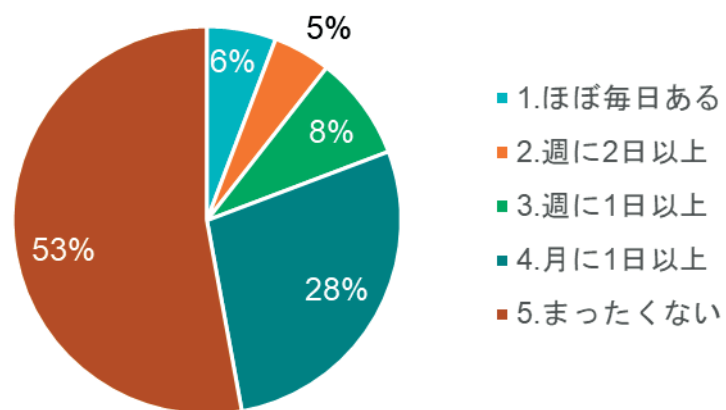


図6-5-7. 自発的に仕事ができなかった



6. QQ：労働生産性の指標

図6-6-1. 症状がない時に比べて症状があるときの
仕事量

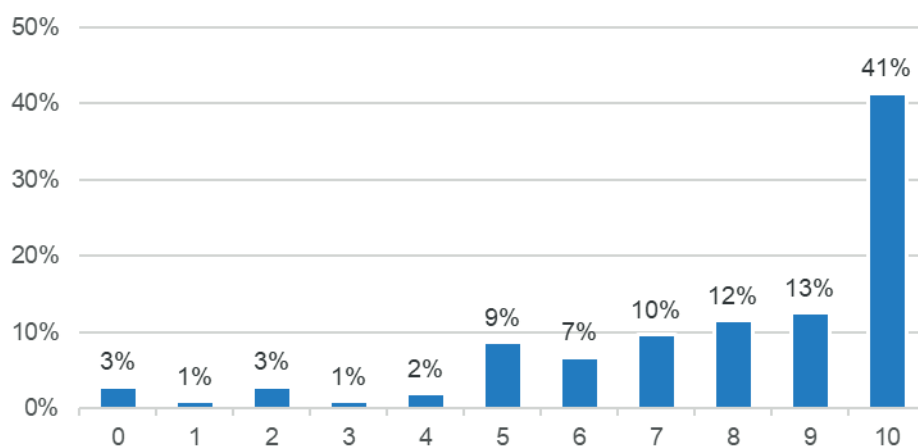
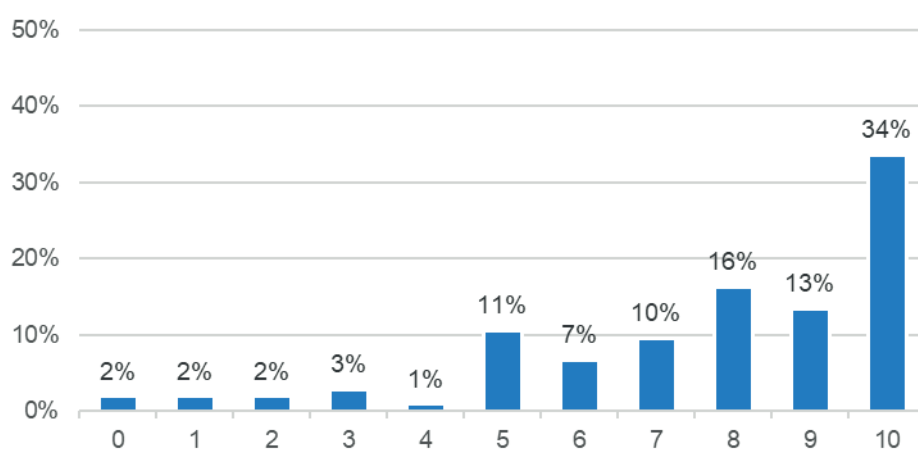


図6-6-2. 症状がない時に比べ、症状があるときの
仕事の質



7. IPAQ：身体活動量の指標

図6-7-1. 強い身体活動を行った日は週に何日ありましたか

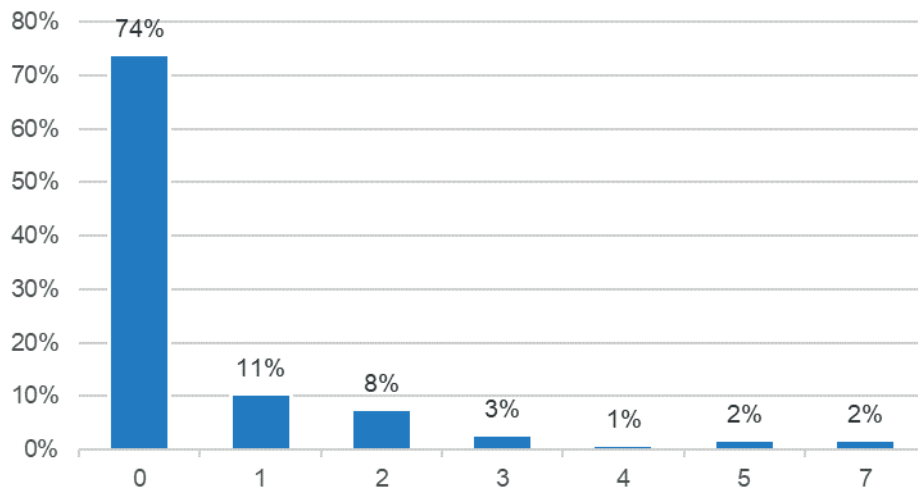


図6-7-2. 中等度の身体活動を行った日は週に何日ありましたか

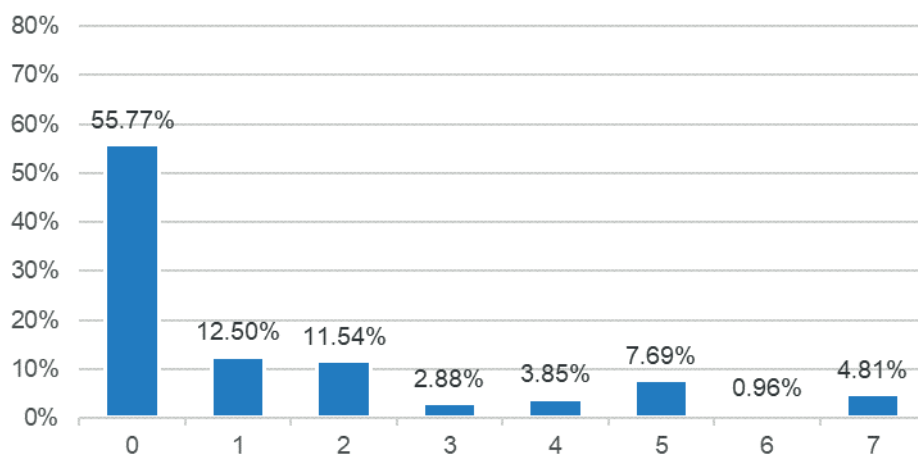
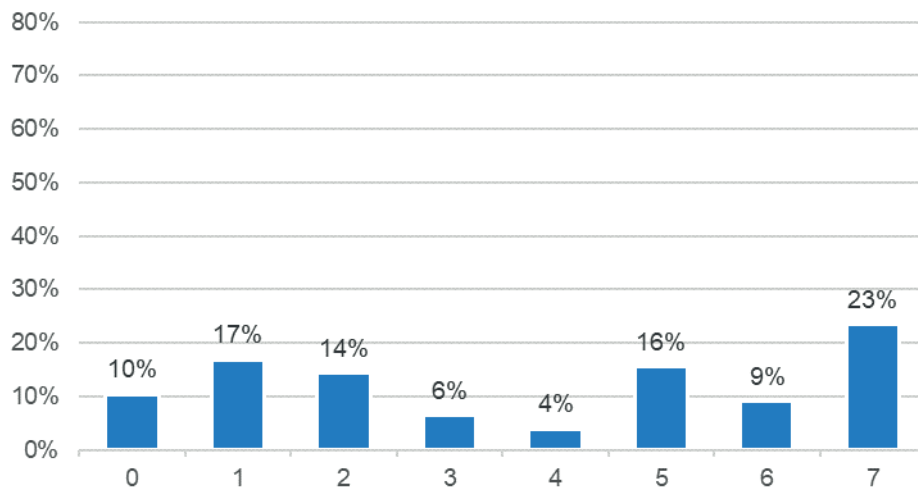
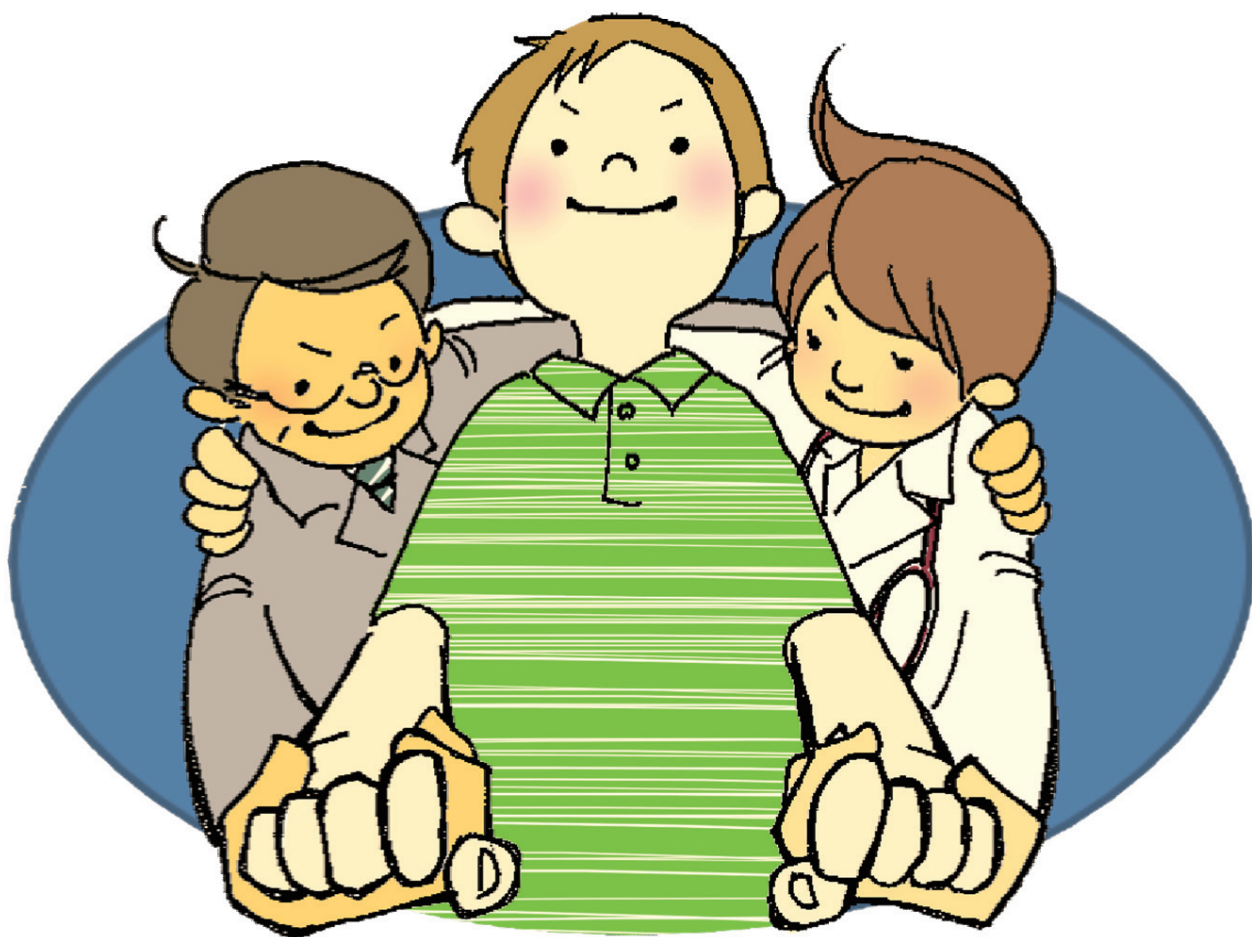


図6-7-3. 10分以上続けて歩いた日は週に何日ありましたか



産業保健スタッフ向け
両立支援 10の質問



目次

- ▶ はじめに . . . p.2
- ▶ 目的 . . . p.3
- ▶ 両立支援 10の質問 . . . p.4
 - ① 業務遂行能力の低下
 - ② 心理的影響
 - ③ 本人背景
 - ④ 自助努力
 - ⑤ 職場背景
 - ⑥ 職場の受け入れ
 - ⑦ 職場の適正配置
 - ⑧ 社会・家族背景
 - ⑨ 職場と医療の連携
 - ⑩ 情報獲得
- ▶ おわりに . . . p.10

はじめに

：両立支援

- ◆ 身体疾患（あるいは内部障害）を有しながら働く従業員が、「仕事と治療を両立させる」ために必要な就業配慮を検討するためには、病状や治療状況、業務上の注意事項等についての医学的情報や意見が主治医より提供される必要があります。
- ◆ よりよい両立支援を目指し、文献調査、主治医インタビュー、事業所インタビュー、労働者インタビュー・質問紙調査を実施し、これらをもとに「両立支援パス」を作成しました。
- ◆ 各調査に加え、「両立支援パス」の妥当性調査を行う中で、よりよい両立支援が達成されるためには、
 - 必要十分な情報をもとに
 - 柔軟な対応がなされること

が重要であるという知見を得ました。

目的

：「両立支援 10の質問」

- ◆ 前記経過を経て、労働者インタビュー・質問紙調査をもとに、「両立支援 10の質問」をリスト化しました。
- ◆ 「両立支援 10の質問」の目的は、
復職、就労継続に臨む労働者の困りごとを
包括的に把握し、共感すること
です。
- ◆ 産業保健スタッフ(産業医、保健師)がこのツールを使用することで、治療を続ける労働者が抱える、病気による症状だけではなく様々な困難を広く把握することが出来ます。
- ◆ 困りごとの把握、共感をもとに、職場の状況に応じて、柔軟に対応を検討していただければ幸いです。

両立支援 10の質問 使い方

1 10の質問により労働者さんの復職における困り事を把握します。

①で「いいえ」と答えた場合は、次の質問へ移動します。

2 ①で「はい」と答えた場合は、具体的な内容について、リストを参考に確認します。

1 病気による症状や後遺症などにより、業務を行う能力に直接的な変化が
1. あることで、仕事の継続や職場復帰に困難を感じますか

はい ・ いいえ

1.で「はい」と回答した場合は、下記を参考に具体的な内容について確認しましょう

<input type="checkbox"/> 身体の機能の低下がある (運動麻痺、心機能低下など)	<input type="checkbox"/> 高次脳機能の低下がある (失語、失認、失行など)
<input type="checkbox"/> 病気・治療による障害の程度が大きい	<input type="checkbox"/> 脱毛や手術痕など容姿の変化がある
<input type="checkbox"/> 疲労・体力低下がある	<input type="checkbox"/> 治療の副作用がある
<input type="checkbox"/> 障害や治療による運転の制限がある	<input type="checkbox"/> 心臓デバイス(ICD)への電磁干渉の問題がある
<input type="checkbox"/> 基礎的な体力が足りない	<input type="checkbox"/> 日常生活にも変化がある
<input type="checkbox"/> 医療リハビリテーションが十分に受けられない	<input type="checkbox"/> 職業リハビリテーションが十分に受けられない
<input type="checkbox"/> その他 ()	

支援の留意点：
それぞれの業務を実行する能力に応じて適正配置、就業制限、勤務形態を検討する必要があります。なわ、業務を実行する能力は、時期によって変化する可能性があるため、見直しの時期を設けることを検討してください。

2 病気によって、不安などの心理的な変化が起こったことで、仕事の継続や
2. 職場復帰に困難を感じますか

はい ・ いいえ

2.で「はい」と回答した場合は、下記を参考に具体的な内容について確認しましょう

3 支援の留意点を参考に、両立支援を実施します。

病気による症状や後遺症、治療などにより、業務を行う能力に影響が

1. あることで、仕事の継続や職場復帰に困難を感じますか

はい ・ いいえ

1.で「はい」と回答した場合は、下記を参考に具体的な内容について確認しましょう

<input type="checkbox"/> 身体の機能の低下がある (運動麻痺、心機能低下など)	<input type="checkbox"/> 高次脳機能の低下がある (失語、失認、失行など)
<input type="checkbox"/> 病気・治療による障害の程度が大きい	<input type="checkbox"/> 脱毛や手術痕など容姿の変化がある
<input type="checkbox"/> 疲労・体力低下がある	<input type="checkbox"/> 治療の副作用がある
<input type="checkbox"/> 障害や治療による運転の制限がある	<input type="checkbox"/> 心臓デバイス(ICD)への電磁干渉の問題がある
<input type="checkbox"/> 基礎的な体力が足りない	<input type="checkbox"/> 日常生活にも変化がある
<input type="checkbox"/> 医療リハビリテーションが十分に受けられない	<input type="checkbox"/> 職業リハビリテーションが十分に受けられない
<input type="checkbox"/> その他 ()	

支援の留意点：できること、できないことを明確にしましょう。

できないことの程度の大きさに応じて、治具等の支援ツールの検討、できないことの業務制限、配置転換と、段階的に支援の程度を検討するようにしましょう。

また、業務を行う能力は、徐々に回復することが多いため、見直しの時期を設けることを検討してください。

病気によって、不安などの心理的な変化が起こったことで、仕事の継続や

2. 職場復帰に困難を感じますか

はい ・ いいえ

2.で「はい」と回答した場合は、下記を参考に具体的な内容について確認しましょう

<input type="checkbox"/> 業務に復帰することに自信が持てない	<input type="checkbox"/> 職を失うかもしれないという恐れがある
<input type="checkbox"/> 自身の疾患を受け入れることが出来ない	<input type="checkbox"/> 「障害者」となったことを受け入れることが出来ない
<input type="checkbox"/> 症状の再発や治療に対して、不安・心配・恐怖がある	<input type="checkbox"/> その他 ()

支援の留意点：

心理的な影響について、前向きな変化のためには、ある程度の時間を要すると考えられます。周囲は受容的な姿勢を示し、また、自信の回復をサポートするよう心がけるとよいでしょう。

資格、職位、雇用形態や経済的な事情などといった個人背景が理由で、
3. 仕事の継続や職場復帰に困難を感じますか

はい ・ いいえ

3で「はい」と回答した場合は、下記を参考に具体的な内容について確認しましょう

<input type="checkbox"/> 特定の資格・専門性がない	<input type="checkbox"/> 特定の職位・責任・裁量権がない
<input type="checkbox"/> 雇用条件・定年制度の問題がある	<input type="checkbox"/> 職場に長く・大きく貢献した経緯がない
<input type="checkbox"/> 職場から復職の期待を感じない	<input type="checkbox"/> 家庭から復職の要求を感じない
<input type="checkbox"/> 経済的な事情から、治療と就労の両立ができない	<input type="checkbox"/> その他 ()

支援の留意点：産業保健スタッフが直接的に介入することが難しい場合が多いです。状況を把握することにとどめ、出来る限り共感的な態度で状況を把握しましょう。

自主的な取り組み(意欲、職場への働きかけ、自主トレーニングなど)の
4. 不足が理由で、仕事の継続や職場復帰に困難を感じますか

はい ・ いいえ

4で「はい」と回答した場合は、下記を参考に具体的な内容について確認しましょう

<input type="checkbox"/> 自分から職場に、自身の状況を十分に説明することができない	<input type="checkbox"/> 自分から職場に、配慮を申し出ることが十分にできない
<input type="checkbox"/> 自分から職場に自身の状況を十分にアピールできない	<input type="checkbox"/> 自身で体調管理を十分にできない
<input type="checkbox"/> 自主トレーニングを十分にできない	<input type="checkbox"/> 自主的な努力を十分にできない
<input type="checkbox"/> その他 ()	

支援の留意点：本人のモチベーションが向上できるように、自主的な取り組みを阻害する問題の解決を支援しましょう。

職場の規模や設備といった職場の特徴が理由で、仕事の継続や
5. 職場復帰に困難を感じますか

はい ・ いいえ

5.で「はい」と回答した場合は、下記を参考に具体的な内容について確認しましょう

<input type="checkbox"/> 職場の規模が小さい	<input type="checkbox"/> 職場のマンパワーが不十分である
<input type="checkbox"/> 職場の設備(エレベータ、診療所など)の不足や、環境(広さ、立地、衛生状態など)が妨げとなる	<input type="checkbox"/> その他 ()

支援の留意点：

この項目の解決のためには、日頃からの動機づけが重要となることが多いです。事例発生後の対応の場合は、職場と労働者の合意形成において、産業医の調整能力が必要になります。

職場の理解や配慮、気遣いといった受け入れの姿勢が理由で、仕事の継続や
6. 職場復帰に困難を感じますか

はい ・ いいえ

6.で「はい」と回答した場合は、下記を参考に具体的な内容について確認しましょう

<input type="checkbox"/> 職場からの共感が不十分である	<input type="checkbox"/> 上司からの共感が不十分である
<input type="checkbox"/> 職場からの声掛けが不十分である	<input type="checkbox"/> 職場からの過剰な気遣いがある
<input type="checkbox"/> 職場の状況から復職の期待を十分に感じない	<input type="checkbox"/> 職場での差別がある
<input type="checkbox"/> 職場の風土が支援的でない	<input type="checkbox"/> 職場で過去に両立支援が行われたことがない
<input type="checkbox"/> その他 ()	

支援の留意点：

上司の方の勘違いで支援がうまくいかないことがあります。うまく支援者に引き込むよう工夫が必要です。職場教育の折には、労働者の希望やプライバシーに配慮しましょう。

職場における自身の配置に関わることが理由で、仕事の継続や職場復帰に
7. 困難を感じますか

はい ・ いいえ

7で「はい」と回答した場合は、下記を参考に具体的な内容について確認しましょう

<input type="checkbox"/> 職場からの配慮の実施が不十分である	<input type="checkbox"/> 上司からの配慮の実施が不十分である
<input type="checkbox"/> 新たな配置による困難がある	<input type="checkbox"/> 職場からの過剰な要求がある
<input type="checkbox"/> その他()	

支援の留意点：

配慮が困難な理由について職場と一緒に再検討してみましょう。

両立支援について、職場へのアドバイスや指導が必要となる場合があります。

8. 家族や地域に関する問題が理由で、仕事の継続や職場復帰に困難を感じますか

はい ・ いいえ

8で「はい」と回答した場合は、下記を参考に具体的な内容について確認しましょう

<input type="checkbox"/> 家族からの理解が不十分である	<input type="checkbox"/> 家族からの支援が不十分である
<input type="checkbox"/> 家族の過剰な気遣いや心配がある	<input type="checkbox"/> 世間から病気への偏見を感じる
<input type="checkbox"/> その他()	

支援の留意点：

社会や家族との関係に困難がある場合は、職場でのサポートが重要な支えとなりえます。
労働者の気持ちに寄り添いましょう。

職場と医療機関との情報のやり取りや連携に関わる問題が理由で、仕事の継続や
9. 職場復帰に困難を感じますか

はい ・ いいえ

9.で「はい」と回答した場合は、下記を参考に具体的な内容について確認しましょう

<input type="checkbox"/> 入院、通院など、治療時間の確保が困難である	<input type="checkbox"/> 産業保健スタッフ(産業医、保健師など)による支援が不十分である
<input type="checkbox"/> 職場と医療機関との連携が不十分である	<input type="checkbox"/> 職場での医療情報の管理が適切でないと感じる
<input type="checkbox"/> 主治医からの支援が不十分である	<input type="checkbox"/> その他 ()

支援の留意点：

適正配置や就業制限、勤務形態の調整の際に参考にするとよいでしょう。

治療と就労の継続、病状の変化への対応のため、職場と医療機関との連携は非常に大切です。労働者さんを中心に、積極的にコミュニケーションをとるとよいでしょう。

治療と仕事の両立についての情報の過不足により、仕事の継続や職場復帰に
10. 困難を感じますか

はい ・ いいえ

10.で「はい」と回答した場合は、下記を参考に具体的な内容について確認しましょう

<input type="checkbox"/> 相談先についての情報が不十分である	<input type="checkbox"/> 職場の福利厚生についての情報が不十分である
<input type="checkbox"/> 治療・療養のため休める期間についての情報が不十分である	<input type="checkbox"/> 就業規則についての情報が不十分である
<input type="checkbox"/> 医療費についての情報が不十分である	<input type="checkbox"/> 医療保険についての情報が不十分である
<input type="checkbox"/> 傷病手当金についての情報が不十分である	<input type="checkbox"/> 傷病中のお金について算段が出来ない
<input type="checkbox"/> その他 ()	

支援の留意点：

情報提供、または情報源へのアクセス方法などについて支援するとよいでしょう。また、困難を抱えることのないよう、あらかじめ休職中から必要な情報を共有できるシステムを作ることも大切です。相談内容に応じた相談先の一覧表を作ることも有用です。

おわりに

- ◆ 就労と治療の両立支援を行う上で最も重要なのは、「対話」です。従業員（労働者）・職場・主治医の間で両立支援に必要な情報が共有され、身体疾患を有しながら働き続ける従業員に職場・主治医が寄り添う姿勢が求められます。
- ◆ 本ツールはあくまでもこの困難を乗り越える手助けをするものです。ひとりでも多くの方に使用していただき、両立支援の環境づくりに寄与できることを期待します。そして、身体障害を有しながらでも、十分に働きやすい社会が実現することを切に願います。

<学校法人 産業医科大学 労災疾病臨床研究 両立支援研究班>

産業生態科学研究所 産業保健経営学：森 晃爾

産業医実務研修センター：立石 清一郎, 柴田 喜幸, 原田 有理沙,

岡田 岳大, 永尾 保, 大橋 りえ, 横山 麻衣

化学療法センター・血液科：塚田 順一, 山口 享宏, 北村 典章

不整脈先端治療学：安部 治彦, 河野 律子

第2内科：荻ノ沢 泰司, 林 克英, 高橋 正雄

循環器内科・腎臓内科：大江 学治

リハビリテーション医学：佐伯 覚, 加藤 徳明, 伊藤 英明, 二宮 正樹, 杉本 香苗

若松病院リハビリテーション科：白石 純一郎

医学概論：藤野 昭宏

国立がん研究センターがん対策情報センター

がんサバイバーシップ支援部：高橋 都

令和3年度 厚生労働科学研究費補助金(労働安全衛生総合研究事業)

中小企業等における治療と仕事の両立支援の取り組み促進のための研究
(19JA1004)

分担研究報告書

「治療と仕事の両立支援」に資する 大学病院モデルの構築

研究分担者

白土 博樹

(北海道大学医学研究院連携研究センター
療養・就労両立医学分野 療養・就労両立医学教室 教授)

令和3年度 厚生労働科学研究費補助金(労働安全衛生総合研究事業)
中小企業等における治療と仕事の両立支援の取り組み促進のための研究
分担研究報告書

「治療と仕事の両立支援」に資する大学病院モデルの構築

研究分担者 白土 博樹 (北海道大学医学研究院連携研究センター
療養・就労両立医学分野 療養・就労両立医学教室・教授)

研究要旨

中小企業のがん治療患者に対して、医療現場の第一線で活躍しているがん治療医と大学病院・がんセンター等のがん研究医は、経済毒性が発生し得ることを理解し、基本的な知識と対策方法を身に付ける必要がある。医療現場では、医師・医療従事者の働き方改革を遵守し他のタスクシフトを進めつつ、中小企業のかん治療患者が治療に伴う経済的負担が原因で生命予後・生活の質に支障を来すリスクを評価し、その解決のために、(1)収入と資産の減少を防ぐ努力、(2)支出を減らす努力、(3)精神的なサポート、(4)総合的な支援を行うこと、が重要である。大学病院・がんセンターや医学系研究機関では、「がん治療の経済毒性研究」や「療養・就労両立医学研究」が、患者側に立った最先端がん研究であることを理解し、本質的な課題解決を目指すべきである。がんの治癒率を上げる努力をしつつがん患者の経済毒性を根本的に減らすためには、医療経済学者・政策立案者・業界・患者団体・他のステークホルダーの長期的視野に立った議論が必須であるが、がん治療の医療現場では、経済毒性の知識を持ち、治療と仕事の両立支援指導等で経済毒性の軽減措置ができる治療医とそのグループの育成が大変重要である。中小企業のかん治療患者等に関して、FT軽減がなされるための研究開発と施策と医療が、喫緊の課題として、求められている。

研究協力者

西岡 健太郎 (北海道大学大学院医学研究院 放射線医理工学教室・助教)

岩崎 由加子 (北海道大学大学院医学研究院
医理工学グローバルセンター 学術研究員)

渋谷 麻実 (北海道大学病院腫瘍センター)

本多 和典 (愛知県がんセンター 薬物療法部)

梶本 祐介 (東京大学大学院薬学系研究科)

五十嵐 中 (横浜市立大学群健康社会学ユニット 東京大学大学院薬学系研究科)

A.目的

中小企業のがん患者の両立支援には、大学病院・がんセンター等の医療機関の医師が、使命感を持つ必要があるが、そのために、がん治療の経済毒性について、注目した。中小企業で働くがん患者は、がんの治療に伴う経済的負担が大きくなり得ることは、想像に難くない。患者が、療養に伴う経済的負担で、患者・家族に及ぼす悪い影響のことを” Financial Toxicity, FT” と言う。FTは、(1) 支出の増加、(2) 収入と資産の減少、(3) 精神的要素からなる(図1)¹⁾。

近年、多種のがん治療において、優れた薬剤が、手術や放射線治療との組み合わせあるいは薬剤単独で、効果と安全性が立証され標準治療となった。それ自体は喜ぶべきである一方で、それらの薬剤費が高額で治療が長期に渡ることに伴う患者の経済的負担の問題が深刻化した。国民皆保険制度がない米国から、経済的な負担が、精神的な苦痛を誘起し、服薬や受診を減らし、生存率や生活の質に悪影響を及ぼす報告が出た⁴⁻⁷⁾。

従来 FT の評価基準が明確でなかったが⁷⁾、近年、

COST(Comprehensive Score for Financial Toxicity)という簡単な評価法が検証され^{8,9)}、日本語版も発行され¹⁰⁾、FTの国際比較が可能となりつつある(表1)。

その結果、米国はもちろん、国民皆保険制度を持つイタリア¹¹⁾や日本でも FT が発生していることが示唆され¹²⁾、世界中の注目を集めている¹³⁾。それらの報告によると、特に非正規職員や資産が少ない患者に、経済毒性が現れており、まさにそれらの患者は中小企業に多いことが予想される。

以上のことから、まず、経済毒性そのものに関する文献レビュー的研究を行い、さらに、有識者とのウェブ上での座談会を設けることで、経済毒性軽減のために、両立支援が有効であることを浮かび上がらせ、大学病院等の医師が中小企業のがん患者の両立支援に使命感を持つことを、目的とした。

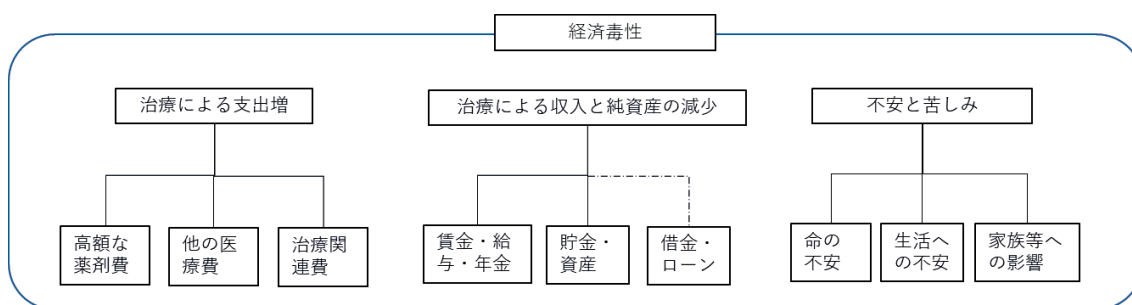


図1. がん治療患者・家族の経済毒性

表 1. 日本語版 COST¹⁰⁾

	全く 思わない	少し そう思う	そう思う	かなり そう思う	とても そう思う
ここ7日間に当てはまるものを一つ選んでください					
治療にかかるお金を支払うのに十分な貯蓄、年金や資産を持っていると思う。	0	1	2	3	4
治療にかかるお金は予想していたよりも多い。	0	1	2	3	4
病気や治療による、将来の経済的な問題を心配している。	0	1	2	3	4
治療などにかかる金額に仕方がないと思う。	0	1	2	3	4
以前のように会社や家庭で働けないことにながっかりしている。	0	1	2	3	4
現在の経済状態に納得している。	0	1	2	3	4
毎月の出費に対処することができる。	0	1	2	3	4
経済的に苦しいと感じている。	0	1	2	3	4
自分の仕事や収入、あるいは家庭での役割が維持できるか、気にかかる。	0	1	2	3	4
病気や治療のせいで、自分の経済状態に対する満足度が減った。	0	1	2	3	4
自分の経済状態をコントロールできていると思う。	0	1	2	3	4

B.方法

Web of Science にて、financial toxicity、cancer treatment、return to work のキーワード検索を行い、その中で、被引用数の多い論文から、中小企業に勤めるがん患者に関連ある論文を抽出した。その論文を、網羅的にレビューし、項目ごとに解析結果をまとめた。

続いて、経済毒性に関する専門家を招き、ウェブ会議にて、がん治療に関する課題を議論し、療養・就労両立支援の有効性を議論し、項目ごとに、各専門家の意見を座談会形式でまとめた。

C.結果

文献学的考察に用いた資料は、参考文献として、本報告書の末尾に記

載した。

1. はたして、どのような日本国民に、がんの経済毒性が発生しているか

我が国でのがん治療の FT について、がん治療医による研究としては、愛知県がんセンターの本多らの研究が嚆矢となった¹²⁾。固形癌への化学療法を最低2月間行った191例中、156例(82%)が調査に協力した。内訳は大腸(77例)、胃(39例)、食道(16例)、甲状腺(9例)、頭頸部(4例)、その他(11例)。分子標的薬は96例で使われ、年齢中央値67(範囲30-87)歳、治療期間中央値12(範囲2-138)月、自腹を切ったひと月当たりの医療費(自己申告)は幅広く、中央値44,400(範囲3750-375,000)円であった。結果は、「がんのために仕事をなくした」が19%(29例)、「預貯金

を切り崩した」が 63%(95 例)、「旅行、外食、映画などを減らした」が 44%(67 例)、「食費や医療費を削った」が 28%(42 例)、「自分の仕事を増やした（あるいは家族が余計に働いた）」が 8%(12 例)、「資産（車、家、土地等）を売った」が 3%(5 例)、「借金をした」が 2%（3 例）、さらに「処方された薬や量を減らして飲んだ」が 3%(4)、「処方箋をもらったが、薬を受け取らなかった」1%(1 例)であった（表 2）。

がん患者の経済的な負担に関しては、厚生労働省等の多くの優れた調査研究と報告がある。たとえば濃沼らの報告では、がん患者の自己負担額は、

年間平均 92 万円で、回答者の 62%は経済外来な困りごとがあり、経済的理由が治療そのものに影響した患者は 6%であった。ベバシズマブ治療患者の実質的な経済的負担が高額なこと、免疫チェックポイント阻害剤の出現による懸念、FT の深刻化を予測している¹⁴⁾。

2020 年 10 月に国立がん研究センターから発行された全国のべ 22000 人のがん患者の調査に基づく患者体験調査報告書（平成 30 年度調査）が発行され、近年の FT の実態がさらに明確になった¹⁵⁾。就労の継続について医療者から何らかの説明を受けた人は 39.5%にとどまった。

表 2. 日本におけるがん治療患者の経済毒性

項目			厚生省 患者体験調査報告書 ¹⁵⁾ (のべ22000人)	Hondaら ¹²⁾ (N=146)	De Souzaら ⁹⁾ (N=233)
			一般がん患者	若年がん患者*	
患者回答					
1	就労の継続について医療者から何らかの説明を受けた		38.9%	54.9%	
2	がん治療のため、退職・廃業した		19.8%	20.5%	19%
3	退職・廃業をしたのは、がん診断直後であった**		34.8%	28.4%	
4	がん治療のため、退職・休業した		54.2%	57.1%	
5	(長期に貯蓄していた)貯金を切り崩した***		19.5%	33.4%	63%
6	日常生活における食費、衣料費を削った		7.5%	17.9%	28%
7	資産（車、家、土地等）を売った		0.7%	2.5%	3%
8	親戚や他人から金銭的援助を受けた（借金を含む）		3.2%	16.9%	2%
9	主治医に処方箋や治療法を安価なものに変更してもらった		2.5%	4.2%	
10	収入を増やすため、家族が仕事を増やした、あるいは働くようになった		1.7%	6.3%	8%
11	治療費用の負担が原因で、がん治療を変更・断念したことがある		4.8%	11.1%	4%
経済毒性					
COST	平均±標準偏差				21.1±8.45
	中央値(最小-最大)				21(0 - 41)
グレード	0(なし)	COST 26以上			54 (34.6%)
	1(軽度)	COST 14-25			99(42%)
	2(中等度)	COST 1-13			78(50.0%)
	3(重度)	COST 0			71(31%)
					23(14.7%)
					58(25%)
					1(0.6%)
					5(2.0%)
* 若年がん患者:診断示19歳以上40歳未満の者、一般がん患者:希少がん患者と若年がん患者を除く者					
** 「がん治療のため、退職した」と回答した者のうちの割合					
*** (長期に貯蓄していた)は、厚生省の調査のみ、質問に含まれている。					

がん診断時に収入のある仕事をしていた人のうち「がん治療のため、退職・廃業した」は19.8%、「がん治療のため、休職・休業した」は54.2%であった。全体と若年がん患者（診断示19歳以上40歳未満）では、FTに繋がる「10個の質問のいずれかを選択した回答者」が26.9%（若年者46.9%）、「長期的に直していた貯金を切り崩した」が20.0%（若年者33.4%）、「日常生活における食費、医療費を削った」が8.0%（若年者17.9%）、「親戚や他人から金銭的援助を受けた（借金を含む）」3.6%（若年者16.9%）、「主治医に処方箋や治療法を安価なものに変更してもらった」2.5%（若年者4.2%）、「収入を増やすため、家族が仕事を増やした、あるいは働くようになった」1.8%（若年者6.3%）となっており、若年がん患者で数値が大きく跳ね上がりFTが強いことが明確になった¹⁵⁾。「治療費用の負担が原因で、がん治療を変更・断念したことがある人」の割合は、若年がん患者で11.1%で、一般がん患者（希少がん患者と若年がん患者を除く）4.8%に比べて有意に高かく（ $p=0.03$ ）、「60歳未満」6.5%は、「60歳以上」4.1%より有意に高かった（ $p=0.01$ ）（表2）。

2. 米国と比較して、どうなのか

上述したCOST（44点満点）は低スコアほどFTが強いのであるが、本多らの我が国のがん患者のCOSTの評価では、中央値21点（範囲0-41）、平

均±標準偏差 21.1 ± 8.45 で、米国のがん患者233例の報告⁹⁾の数値分布（中央値23, 範囲0-44）平均±標準偏差 22.23 ± 11.89 と大差なかった¹²⁾。今回、その後に発表されたCOSTに基づくFTグレード¹⁶⁾で、米国からの代表的報告と比較してみたところ、我が国のグレード3以上のFTは15.3%で、米国の27.0-34.8%よりも少ない傾向ではあった（表2）。しかし、誰もが安心して医療を受けられる医療制度を実現し、高額療養費制度があり、世界最高レベルの平均寿命と保健医療水準を達成してきた日本で、COSTの平均±標準偏差が米国と差がなく、グレード3以上のFTが15%に発生しているというこのデータを、がん治療医や医療関係者は、強く認識すべきである。

程度の差こそあれ、どのような患者にFTが発生しやすいかは、国を超えて共通している。がんに起因する退職、若い年齢、非正規雇用に加え、世帯収入の低さ、婚姻状況、教育、人種、居住市域などが、FTの低値と相関する因子である^{1,4,11,12)}。がん生存者が健康なコントロール群よりも仕事を失いやすいことは、メタアナリシスで示されている（失業率33.8% vs 15.2%, 相対リスク(RR); 1.47: 95%CI; 1.21-1.55)¹⁷⁾。特に、脳腫瘍(RR:1.78(1.58-1.99))と上咽頭癌(RR:2.47(1.67-3.66))で強く、乳癌(RR:1.28(1.11-1.49))、胃腸癌(RR:1.44(1.02-2.05))、婦人科癌(RR:1.28(1.17-1.40))が続く。最近では、米国で2020年12月から

2021年2月のコロナ禍下での調査で、若年成人のがんサバイバー212名のCOSTが 17 ± 9.33 と極めて低く、必要な医療を受けることが困難になった実態がある¹⁸⁾。我が国でも、ここ数年のコロナ禍で、もともとの社会弱者に、強烈なFTが現れていることは想像に難くない。また、社会的弱者は、個人加入の医療保険に加入できない場合も多い。がん治療の経済毒性を、皆保険制度がない米国の特殊事象と考えるのは、大きな間違いである。

3. がん治療に関わる医師は、どのようにして、経済毒性を減らせか

現在、がん治療医とそのグループは、がん治療における「生存率を伸ばすための治療を行いつつ、身体的・精神的な有害反応を最低限に抑える」という従来の指導原理から、「生存率を伸ばすための治療を行いつつ、身体的・精神的・**経済的**な有害反応を最低限に抑える」という指導原理に気持ちを切り替えることが必要となっている¹⁹⁾。現在は、FTの解析から、解決法に関する研究に移るべきことの重要性が、指摘されている¹³⁾。

がん治療医とそのグループは、FTを軽減するために、**FTの存在とその予後因子を知り**、患者と費用に関する会話をすることの重要性を知り²⁰⁾、患者との費用に関する会話をすることができる能力が必要である^{1, 2, 3, 21)}。しかし、米国でさえ、各種がんのガイドラインにおいて、FTをど

のように軽減するかの記載に関しては、33%にとどまっている²²⁾。本稿では、我が国の実態と海外の研究結果をもとに、具体的な対処法を、図2に例として挙げたい。

FTは、**(1) 収入と資産の減少を防ぐ努力、(2) 無駄な支出を減らす努力、(3) 精神的なサポート、(4) 総合的な支援**により、経済毒性を軽減することが可能である。

(1) 収入と資産の減少を防ぐ努力

・全患者に対し、がんの診断確定を患者に伝える際に、できるだけ仕事を継続することを、医師・患者・家族がいっしょに考え、いわゆる「**びっくり退職**」を防ぐ。がんと診断を受けて離職した者のうち、診断されてから最初の治療が開始されたまでに退職した者が40.2%であったとの我が国の患者調査結果があり²³⁾、特に若年がん患者ではこれを減らす意義は大きい。

・患者に**がん相談支援センター**等で、経済的な負担、就労、各種の工夫に関する相談が受けられることを患者の尊厳を尊重しつつ伝え²⁴⁾、同センターでは、看護師、医療ソーシャルワーカー、両立支援コーディネーターなどが、各々の患者にあった支援を行う²⁵⁾。

・患者の了解のもとで、勤め先の企業からの情報を得て、就労に関する意見書を記載し、**療養・就労両立支援指導**を行う²⁵⁾。

(2) 支出を減らす努力

- ・価値の低い割に FT に繋がりがやすい、低バリュー医療を避ける²⁶⁾。
- ・適切な回数 of 画像検査、適切な後発薬等の利用、緩和医療の適切な利用を行う¹⁹⁾。
- ・患者に、**限度額適応認定証**、**高額療養費制度**の存在を伝え、早期の申請を支援することで、患者が借金をしたり、食費や教育費を減らしたり、手持ちの資産に手を付けたりすることをできるだけ防ぐ²⁷⁾とともに、同制度下でも FT が発生している我が国の実態を忘れない。
- ・日本の公的保険制度（被用者保険、国民健康保険、後期高齢者医療制度）を理解し、付加給付制度、傷病手当金（2021年1月からの通算化を含む）、障害年金、介護保険、障害者手帳、失業保険等に関する基礎知識を身につけたうえで、丁寧に診察・評価し、それぞれの制度の主旨に合った診断書・意見書を記載する。
- ・個人加入の民間医療保険は有効だが、ある程度余裕がある患者のみが加入でき、FT 弱者には大きなインパクトを与えないことも多いことを理解する。
- ・患者の了解を得たうえで、病院のがん相談支援センター等と協力し、患者・家族と時間をかけて相談し、抗がん剤等でどのくらいの経済負担がかかるのか等を調べ、固定費の削減と制度の活用を図る。
- ・コロナ禍では、病院内での対面支

援が不十分な場合もある。利益相反に注意しつつ、公的機関の各種窓口にお問い合わせること、インターネット上の優れたウェブサイトで患者自身が知識を身に着けることも一案であること、治療中の住宅ローン・教育費・借金問題などでは、ファイナンシャルプランナーが役立つ場合もあること等を伝える。

(3) 精神的なサポート

- ・どのように、どの範囲まで、患者に対して、経済的な心配がないか、治療と仕事の両立に関する問いかけをすべきか、を身に着ける^{3, 21, 24, 28)}。
- ・患者側の心理的負担を減らすために、患者が経済的な負担に関して心配事がないか、病院としてのルーチンの質問項目に加える^{29, 30)}。
- ・外来受付や病院内の目立つ場所はホームページに、がん相談支援センターや就労支援や両立支援外来があることを、表示する。
- ・患者によっては、深刻な FT が発生していても、病院側の介入を望んでいない場合もあるが、そのような場合にはセルフケアが可能となるような支援が望まれる²⁴⁾。
- ・ピアサポート（同じような立場の人によるサポート）の紹介や、コロナ禍では、患者団体や医療費やがん治療の専門家による優良なウェブサイトを自ら調べ、患者に伝えることも重要な支援となり得る³⁾。
- ・若年がん患者では、家族には患者ががんを治すことに専念してほしいと

いう気持ちがあるとしても、決まった支出（住宅ローン、学費、自動車ローン、携帯電話代）を減らすことが必要になり、生活水準を下げることの苦痛、子どもの教育費軽減への苦痛などを伴い、本人一人が抱え込み、がん治療を断念したり、返す当てがない借金をするリスクが高い。本人だけでなく家族のサポートを得られるような支援が重要であることを理解する。

（４）総合的な支援

・キャンサーボードにて、医療ソーシャルワーカーや社会福祉士を加えて、患者毎に FT や仕事の両立支援に関する議論をする³¹⁾。

・FT が原因で服用薬のアドヒアランスが低下していないかに注意し、FT が原因であった場合には、次善の策を練るとともに、がん相談支援センター等での支援を勧める。

・経済毒性を減らすための研究開発^{32,33)}、安価かつ等効果薬の開発研究³⁴⁾、患者への経済的問題に関する介入の効果に関する臨床試験^{29,35)}、高額薬剤の中止基準に関する研究等を

行い³⁶⁾、システマティックレビューを実施し³⁷⁾、学会としての態度と科学的評価基準を明確にし^{38,39,40)}、改善策をガイドラインに掲載し、発信する。

D. 考察

上記の解析結果をもとに、FT 軽減には、対応すべき人物、社会制度、あるいは抜本的政策など、異なるレベルでの軽減策がある。

1. がん治療医が対応すべき FT 軽減策

2. 医師とがん治療グループ（医療ソーシャルワーカー、看護師等）が対応できる、FT 軽減策

3. 社会的支援策

4. 抜本的対策

上記を、図 2 に統合し、まとめた。同図が示すように、FT の解決には各ステークホルダーが、それぞれの責任のもとに、各層で活動をすることで、トータルな改善に繋がっていくことが期待できる。

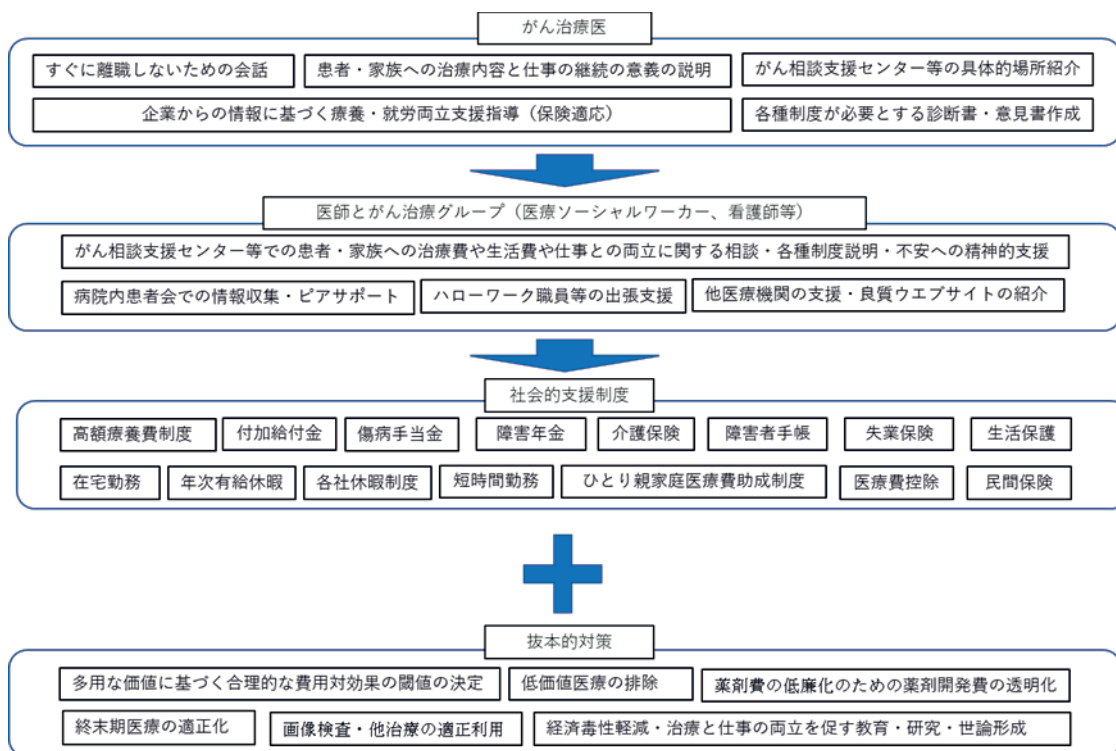


図2. 経済毒性の軽減方法の統合図

1. FT 軽減のための治療と仕事の両立支援

治療と仕事の両立を支援する体制に関して、がん治療医自身の対応が遅々として進まない背景には、(1) 医師への卒然教育・専門医教育などが追い付いていない、(2) がん診療拠点病院の指定要件に両立支援が明確には入っていない、(3) がん治療医や病院側のインセンティブが低い、という現状がある。

がん治療医の参加する国際学会や科学雑誌で FT が多いに議論されるようになってきている昨今の状況を考えると、がん治療医や病院が、FT を発生させないための診療・教育・研究が重要なことを理解し、患者の収入減

を防ぐため、患者の治療と仕事の両立支援指導を行うことは、大いに期待される方法である。

一方、治療と仕事の両立支援の重要性は、FT の議論とは半ば独立して、産業医学や医療経済学や精神腫瘍学領域で研究されてきた⁴¹⁻⁴⁷⁾。また、我が国では重要な国策として取り入れられ、厚生労働省が中心となって「治療と仕事の両立支援のマニュアル」や「企業・医療機関連携マニュアル」や「医療機関における治療と仕事の両立支援導入ガイド」を作成し⁴⁸⁻⁵⁰⁾、毎年関連シンポジウムが開催され、労働者県境安全機構等の努力もあり、両立支援体制を改善した企業も増えつつある。各病院で

も、がん相談支援センターで就労支援がなされ、療養・就労両立支援指導は保険収載され、その適応基準は2年毎に緩和され、使いやすくなっている。しかし、がん治療医の間でのその認知度や活用頻度は低い。我々が行った我が国のがん放射線治療医152名を対象とした最近の調査では、治療と仕事の両立を意識した診療をしていると答えたのは93%(142名)だが、がん相談支援センター等での就労相談を利用しているのは37%(56名)、企業から提供された勤務情報を記載した文書を利用しているのは5%(8名)であった⁵¹⁾。

2. 両立支援外来・両立支援グループ

産業医科大学病院では、2018年1月に、「両立支援科」を新設し、「両立支援外来」にて幅広い両立支援を行っている⁵²⁾。北海道大学病院腫瘍センターでは、2019年11月に産業医大病院を医師と医療ソーシャルワーカーが見学し、同大学の支援を受けつつ、2020年4月から、腫瘍センター内に「両立支援グループ」を立ち上げ、従来からのがん相談支援センターでのハローワークによる復職支援相談に加え、新たに医師・看護師・医療ソーシャルワーカーによる「両立支援外来」を立ち上げた⁵³⁾。コロナ禍で、対面指導の機会は極めて制限されてしまったが、専門家による特別講演や北大病院腫瘍センターでの実際の研修を通して、各診療

科長や有意の若手医師が両立支援の重要性を理解し、自らもそれに対応できるようになりつつある。これらは、大学病院等にて、中小企業に対する両立支援を始める際の参考になると思われる。

3. 療養・就労両立医学の重要性

現実には、働き改革が叫ばれる医療現場で、がん治療医らのインセンティブを維持することは簡単なことではなく、今後は卒然教育・卒後教育・専門医制度・がん診療拠点病院の指定要件などに、療養・就労両立支援を積極的に加えるべき時期に来ている。

がん治療医の立場でのFTに関する科学研究は、欧米で急激に増えつつあるだけではなく、地球全体レベルで国際問題化している。WHOでは、2年毎に、各国が最低限、保険適応をすべきがん治療薬のリストをHP上で公表しているが、近年の報告では、多くの国において、経済的な負担が問題となることから、有用性が認められていても、保健でカバーすべき抗がん剤としてリストアップすることを断念する薬剤が増えつつある⁵⁴⁾。また、仮にリストアップしても、多くの国でその薬剤を利用できないという報告もある⁵⁵⁾。我が国でも、「効果が同等であれば、より経済的な医薬品を優先する」という考え方に基づいて、薬物治療を標準化するためのツールとしてフォームラリシステムが注目されている^{56,57)}。

本邦でのがん治療医からの FT に関する科学的研究やその報告は、極めて数少ない。これは、本邦の皆保険制度や高額療養費制度に目隠しされ、同分野での科学的研究が、遅れつつあることを示唆していると捉えるべきである。北海道道大学医学研究院は、時限付きのプロジェクトではあるが、連携研究センターに療養・就労両立医学分野を立ち上げ、療養・就労両立医学教室に教授1名を起し、関係する臨床系・基礎系・社会医学系教室と連携し、FTの根本的な解決に向けた研究を行ってきた。現在までに、アンケートによる患者意識調査⁵¹⁾、「がん治療患者を対象とした経済毒性 (Financial Toxicity)に関する調査研究 (プロトコールひな型)」、「大学病院・がん診療連携拠点病院等における療養と就学・就労・介護支援に関するマニュアル (第一版) Version 2. 2021. 2. 1.」等を作成し、現在その有用性の検証を行っている^{58, 59)}。

超高額薬剤の出現で、「全薬剤が保険でカバーされる」制度を聖域化する議論から、財政状況その他を考慮して最適な医療システムを維持しつつ、個々の患者には優れた医療を継続していく方法を考える方向へ、医療系の報道内容は転換している。医療経済学・薬剤経済学、費用対効果の議論は FT 軽減にも重要である⁶⁰⁾、単に費用と質調整生存年の比較ではなく、さまざまな価値 (バリュー) をどのように定量化するか、に議論が深化している⁶¹⁾。たとえば、就労できないことによ

る損失、いわば生産性損失としての FT、それを通してさらに健康への影響が出てしまうという 2 段階目の FT をそれぞれ数値化することで、両立させることがなぜ大事なのか、が明確にするような研究が示唆されている⁶¹⁾。我が国では、療養・就労両立支援指導が保険収載され、両立支援による FT 軽減の臨床研究を行う環境が整っているわけで、国際的に期待される部分も大きい。

E. 結論

- ・中小企業のがん患者の FT を軽減するために、医療現場の第一線で活躍しているがん治療医が、FT に関して知っておくべき知識と、基本的な対策方法を記載した。

- ・医療現場では、医師・医療従事者の働き方改革を遵守し他のタスクシフトを進めつつ、患者が治療に伴う経済的負担が原因で生命予後・生活の質に支障を来すリスクを評価し、その解決のために、(1) 収入と資産の減少を防ぐ努力、(2) 支出を減らす努力、(3) 精神的なサポート、(4) 総合的な支援を行うこと、が重要である。

- ・大学病院・がんセンターや医学系研究機関では、「がん治療の FT 研究」や「治療と仕事の両立支援」が、患者側に立った最先端がん治療であること、我が国はその科学的研究で遅れつつある可能性を理解し、本質的な課題解決を目指した、療養・就労両立医学研究を行うべきで

ある。

・がんの治癒率を上げる努力をしつつがん患者の FT を根本的に減らすためには、医療経済学者・政策立案者・業界・患者団体・他のステークホルダーの長期的視野に立った議論が必須であるが、医療現場では、FT の知識を持ち、治療と仕事の両立支援指導等で FT の軽減措置ができるがん治療医とそのグループの育成が、大変重要である。

・若年がん患者などに関して、FT 軽減がなされるための研究開発と施策と医療が、喫緊の課題として、求められている。

現時点では、患者団体、がん治療経験者のほうが、医師側よりも、FT を軽減するための方策を良く理解している。これは、FT の責任の一端が医師にあることが教育されていないことの他に、各種の経済的な救済策が「申請主義」に基づいていることも原因と考えられる。医師・医療者の FT リテラシーを高め、「申請制度」を是正し、若年がん患者などに関する FT 軽減を図ることは、喫緊の課題として求められている。

F. 学術大会等の開催

1. 第 16 回北海道大学医学研究院連携研究センター研究成果発表会. 特別講演会「がん医療の経済毒性と療養・就労両立支援」(演者: 本多和典). 2021. 11. 14. 札幌(web 開催)

G. 学会等発表

1. 西岡健太郎、立石清一郎、浅川勇雄、内海暢子、青山英史、高橋健夫、茂松直之、白土博樹. がん放射線治療における療養・就労両立支援に関するアンケート調査. 日本放射線腫瘍学会第 34 回学術大会. 2021. 11. 12-14. 山形(web 開催)

H. 論文等業績

1. 本多和典, 五十嵐 中, 榎本 祐介, 白土博樹: 札幌がんセミナー 座談会: がん医療の経済毒性と両立支援について. *THE WAY FORWARD* 20: 11- 18, 2021.

I. 研究に関連した実務活動

1. 北海道大学病院腫瘍センターでの両立支援外来の実施.

H. 知的所有権の取得状況

なし

参考文献

- 1) Carrera PM, Kantarjian HM, Blinder VS. The financial burden and distress of patients with cancer: Understanding and stepping-up action on the financial toxicity of cancer treatment. *CA Cancer J Clin* **68**(2):153-165, 2018.
- 2) National Cancer Institute. Financial Toxicity and Cancer Treatment (PDQ) - Health professional version. [cited 2022 Jan 10]. Available from:<https://www.cancer.gov/about-cancer/managing-care/track-care-costs/financial-toxicity-hp-pdq>.
- 3) Dittrich C, Kosty M, Jezdic S, *et al*: ESMO / ASCO Recommendations for a Global Curriculum in Medical Oncology Edition 2016. *ESMO Open* **1**(5):e000097, 2016.
- 4) Zafar SY, Peppercorn JM, Schrag D, *et al*: The financial toxicity of cancer treatment: a pilot study assessing out-of-pocket expenses and the insured cancer patient's experience. *Oncologist* **18**(4):381-90, 2013.
- 5) Ramsey SD, Bansal A, Fedorenko CR, *et al*: Financial Insolvency as a Risk Factor for Early Mortality Among Patients With Cancer. *J Clin Oncol* **34**(9):980-986, 2016.
- 6) Lathan CS, Cronin A, Tucker-Seeley R, *et al*: Association of Financial Strain With Symptom Burden and Quality of Life for Patients With Lung or Colorectal Cancer. *J Clin Oncol* **34**(15):1732-1740. 2016.
- 7) Altice CK, Banegas MP, Tucker-Seeley RD, *et al*: Financial Hardships Experienced by Cancer Survivors: A Systematic Review. *J Natl Cancer Inst* **109**(2):djw205, 2016.
- 8) de Souza JA, Yap BJ, Hlubocky FJ, *et al*: The development of a financial toxicity patient-reported outcome in cancer: The COST measure. *Cancer* **120**(20):3245-3253, 2014.
- 9) de Souza JA, Yap BJ, Wroblewski K, *et al*: Measuring financial toxicity as a clinically relevant patient-reported outcome: The validation of the Comprehensive Score for financial Toxicity (COST). *Cancer* **123**(3):476-484, 2017.
- 10) 本多和典. “がん治療に伴う”経済毒性“. *癌と化学療法* **45**(5): 785-788, 2018.
- 11) Perrone F, Jommi C, Di Maio M, *et al*: The association of financial difficulties with

- clinical outcomes in cancer patients: secondary analysis of 16 academic prospective clinical trials conducted in Italy. *Ann Oncol* **27**(12):2224-2229, 2016.
- 12) Honda K, Gyawali B, Ando M, *et al*: Prospective Survey of Financial Toxicity Measured by the Comprehensive Score for Financial Toxicity in Japanese Patients With Cancer. *J Glob Oncol* **5**:1-8, 2019.
- 13) Desai A, Gyawali B. Financial toxicity of cancer treatment: Moving the discussion from acknowledgement of the problem to identifying solutions. *EClinicalMedicine* **20**:100269, 2020.
- 14) 濃沼信夫. がん治療における患者の経済的負担とその影響. 薬局 **68**:2843-2852, 2017.
- 15) 厚生労働省. 患者体験調査報告書 (平成 30 年度調査). 国立がん研究センターがん対策情報センター 厚生労働省委託事業. 最終アクセス 2021 年 01 年 10 日. <https://www.mhlw.go.jp/content/10901000/000860132.pdf>
- 16) De Souza JA, Wroblewski K, Prousaloglou E, *et al*: Validation of a financial toxicity (FT) grading system. *J Clin Oncol* **35**:6615-6615, 2017.
- 17) de Boer AG, Taskila T, Ojajarvi A, *et al*: Cancer survivors and unemployment: a meta-analysis and meta-regression. *JAMA* **301**(7):753-62, 2009.
- 18) Thom B, Benedict C, Friedman DN, *et al*: Economic distress, financial toxicity, and medical cost-coping in young adult cancer survivors during the COVID-19 pandemic: Findings from an online sample. *Cancer* **127**(23):4481-4491, 2021.
- 19) Kelly RJ, Smith TJ. Delivering maximum clinical benefit at an affordable price: engaging stakeholders in cancer care. *Lancet Oncol* **15**(3):e112-118, 2014.
- 20) Shih YT, Chien CR. A review of cost communication in oncology: Patient attitude, provider acceptance, and outcome assessment. *Cancer* **123**(6):928-939, 2017.
- 21) Meropol NJ, Schrag D, Smith TJ, *et al*: American Society of Clinical Oncology guidance statement: the cost of cancer care. *J Clin Oncol* **27**(23):3868-74, 2009.
- 22) Agarwal A, Livingstone A, Karikios DJ, *et al*: Physician-patient communication of costs and financial burden of cancer and its treatment: a

- systematic review of clinical guidelines. *BMC Cancer* **21**(1):1036, 2021.
- 23) Takahashi M, Tsuchiya M, Horio Y, *et al*: Job resignation after cancer diagnosis among working survivors in Japan: timing, reasons and change of information needs over time. *Jpn J Clin Oncol* **48**(1):43-51, 2018.
- 24) Hisamura K, Matsushima E, Tsukayama S, *et al*: An exploratory study of social problems experienced by ambulatory cancer patients in Japan: Frequency and association with perceived need for help. *Psychooncology* **27**(7):1704-1710, 2018.
- 25) 厚生労働省. 治療と仕事の両立支援ナビ. 最終アクセス 2021 年 01 年 10 日.
<https://chiryoutoshigoto.mhlw.go.jp/formedical/>
- 26) Gyawali B. Low-value practices in oncology contributing to financial toxicity. *Ecancermedicalscience* **11**:727, 2017.
- 27) 厚生労働省. 高額療養費制度を利用される皆さまへ. 最終アクセス 2021 年 01 年 10 日.
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryuhoken/juuyou/kougakuiry
[ou/index.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryuhoken/juuyou/kougakuiry/ou/index.html)
- 28) 産業医科大学 両立支援学講座. 両立支援 診察ビデオ. 最終アクセス 2021 年 01 年 10 日.
<https://www.youtube.com/playlist?list=PLGMS8EnkL4ivCuzbzFI38zqVgCPid9fno>
- 29) Knight TG, Deal AM, Dusetzina SB, *et al*: Financial Toxicity in Adults With Cancer: Adverse Outcomes and Noncompliance. *J Oncol Pract* :JOP1800120, 2018.
- 30) Arastu A, Patel A, Mohile SG, *et al*: Assessment of Financial Toxicity Among Older Adults With Advanced Cancer. *JAMA Net Open* **3**(12):e2025810, 2020.
- 31) Raghavan D, Keith NA, Warden HR, *et al*: Levine Cancer Institute Financial Toxicity Tumor Board: A Potential Solution to an Emerging Problem. *JCO Oncol Pract* **17**(10):e1433-e1439, 2021.
- 32) 白土博樹. がん診療ナビゲーションシステムの研究開発. 2016. 最終アクセス 2021 年 01 年 10 日.
<https://researcher.jp/projects/view/956180>
- 33) Hamel LM, Dougherty DW, Kim S, *et al*: DISCO App: study protocol for a randomized controlled trial to test the effectiveness of a patient intervention to reduce the financial burden of cancer in a diverse patient population.

- Trials* **22**(1):636, 2021.
- 34) Block KI, Gyllenhaal C, Lowe L, *et al*: Designing a broad-spectrum integrative approach for cancer prevention and treatment. *Semin Cancer Biol* **35** Suppl(Suppl):S276-S304, 2015.
- 35) Hazell SZ, Fu W, Hu C, *et al*: Financial toxicity in lung cancer: an assessment of magnitude, perception, and impact on quality of life. *Ann Oncol* **31**(1):96-102, 2020.
- 36) Hähnel T, Baldow C, Guilhot J, *et al*: Model-Based Inference and Classification of Immunologic Control Mechanisms from TKI Cessation and Dose Reduction in Patients with CML. *Cancer Res* **80**(11):2394-2406, 2020.
- 37) Gordon LG, Merollini KMD, Lowe A, *et al*: A Systematic Review of Financial Toxicity Among Cancer Survivors: We Can't Pay the Co-Pay. *Patient* **10**(3):295-309, 2017.
- 38) American Society of Clinical Oncology. American Society of Clinical Oncology Position Statement on Addressing the Affordability of Cancer Drugs. *J Oncol Pract* **14**(3):187-192, 2018.
- 39) Schnipper LE, Davidson NE, Wollins DS, *et al*: Updating the American Society of Clinical Oncology Value Framework: Revisions and Reflections in Response to Comments Received. *J Clin Oncol* **34**(24):2925-34, 2016.
- 40) Cherny NI, Dafni U, Bogaerts J, *et al*: ESMO-Magnitude of Clinical Benefit Scale version 1.1. *Ann Oncol* **28**(10):2340-2366, 2017.
- 41) Mehnert A. Employment and work-related issues in cancer survivors. *Crit Rev Oncol Hematol* **77**(2):109-30, 2011.
- 42) Zebrack BJ. Psychological, social, and behavioral issues for young adults with cancer. *Cancer* **117**(10 Suppl):2289-94, 2011.
- 43) Islam T, Dahlui M, Majid HA, *et al*: Factors associated with return to work of breast cancer survivors: a systematic review. *BMC Public Health* **14** Suppl 3(Suppl 3):S8, 2014.
- 44) Duijts SF, van Egmond MP, Spelten E, *et al*: Physical and psychosocial problems in cancer survivors beyond return to work: a systematic review. *Psychooncology* **23**(5):481-92, 2014.
- 45) Ahles TA, Root JC. Cognitive Effects of Cancer and Cancer Treatments. *Annu Rev Clin*

- Psychol* 14:425-451, 2018.
- 46) Endo M, Haruyama Y, Muto G, *et al*: Work Sustainability Among Male Cancer Survivors After Returning to Work. *J Epidemiol* 28(2):88-93, 2018.
- 47) Ikeda T, Igarashi A, Odani S, *et al*: Health-Related Quality of Life during COVID-19 Pandemic: Assessing Impacts of Job Loss and Financial Support Programs in Japan. *Appl Res Qual Life*:1-17, 2021.
- 48) 厚生労働省. 事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン. 令和3年3月改訂版. 最終アクセス 2021年01月10日. <https://www.mhlw.go.jp/content/11200000/000780068.pdf>
- 49) 厚生労働省. 企業・医療機関連携マニュアル. 令和3年3月改訂版. 最終アクセス 2021年01月10日. <https://www.mhlw.go.jp/content/11200000/000780069.pdf>
- 50) 中村俊介. 医療機関における両立支援の取り組みに関する研究. 平成29年度～令和元年度 総合研究報告書(資料1) 医療機関における治療と仕事の両立支援導入ガイド. 労災疾患臨床研究事業補助金. 令和元年3月. 最終アクセス 2021年01月10日. <https://www.mhlw.go.jp/content/000700437.pdf>
- 51) 西岡健太郎, 立石清一郎, 浅川勇雄, 他. がん放射線治療における就労・両立支援に関するアンケート調査. 日本放射線腫瘍学会第34回学術大会報文集 337, 2021. 最終アクセス 2021年01月10日. http://www.congre.co.jp/jastro2021/proceedings/files/jastro2021_proceedings.pdf
- 52) 尾辻 豊, 立石清一郎, 田中文啓, 他. 産業医科大学病院における両立支援科・就学就労両立支援センター. 日本職業・災害医学会会誌 67:369-374, 2019.
- 53) 北海道大学病院腫瘍センター. 両立支援・就労支援. がん相談支援センター. 最終アクセス 2021年01月10日. https://cancer.huhp.hokudai.ac.jp/about/patient-support_group/hellowork#working1
- 54) World Health Organization. WHO model lists of essential medicines. 22nd List (2021). [cited 2022 Jan 10]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MHP-HPS-EML-2021.02>
- 55) Fundytus A, Sengar M, Lombe D, *et al*: Access to cancer medicines deemed essential by oncologists in 82 countries: an international, cross-sectional survey. *Lancet Oncol* 22(10):1367-1377, 2021.
- 56) 厚生労働省. 令和4年度診療報酬改定への意見について. 中央社会保険医療協議会総会(第508回).

最終アクセス 2021年01月10日.
<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000872459.pdf>

- 57) Tyler LS, Cole SW, May JR, *et al*: ASHP Expert Panel on Formulary Management. ASHP guidelines on the pharmacy and therapeutics committee and the formulary system. *Am J Health Syst Pharm* 65(13):1272-1283, 2008.
- 58) 北海道大学病院医学研究院連携研究センター療養・就労両立医学分野. 大学病院・がん診療連携拠点病院等における療養と就学・就労・介護支援に関するマニュアル (第一版) Version 2.
2021. 2. 1. 2020年度厚生労働省科学研究費補助金労働安全衛生総合研究事業「医療機関における治療と仕事の両立支援の推進に資する研究」(研究代表者 立石清一郎)
- 59) 北海道大学病院医学研究院連携研究センター療養・就労両立医学分野. がん治療患者を対象とした経済毒性(Financial Toxicity)に関する調査研究(プロトコールひな型). 2020年度厚生労働省科学研究費補助金労働安全衛生総合研究事業「医療機関における治療と仕事の両立支援の推進に資する研究」(研究代表者 立石清一郎)
- 60) Takushima Y, Igarashi A, Yoshihara H, *et al*: Cost-effectiveness of trifluridine/tipiracil against nivolumab for heavily pretreated metastatic gastric cancer in Japan. *Jpn J Clin Oncol* 51(9):1383-1390, 2021.
- 61) 本多和典, 五十嵐 中, 榎本祐介, *et al*: 札幌がんセミナー 座談会: がん医療の経済毒性と両立支援について. *THE WAY FORWARD* 20: 11- 18, 2021.

がん医療の経済毒性と 両立支援についての談話会

愛知県がんセンター薬物療法部

本多和典(専門 腫瘍内科、経済毒性)

横浜市立大学医学群健康社会医学ユニット 准教授
東京大学大学院薬学系研究科医薬政策学 客員准教授

五十嵐 中(専門: 医療経済学、薬剤経済学)

東京大学薬学系研究科医薬政策学

梶本裕介(研究テーマ: 日本での経済毒性)

(司会)北海道大学医学研究院連携研究センター
療養・就労両立医学教室、教授

白土博樹(専門: がん治療、療養・就労両立医学)

1. サトゥルヌス

白土: 今日「がん医療の経済毒性と両立支援」についての座談会に都合を合わせていただき、ありがとうございます。がん医療の経済毒性とは、がんと診断されたことに関連する経済的な負担により、患者・家族に及ぼす悪い影響のことですが、その背景には、がんに対する高額な分子標的薬の出現があります。4年前に、札幌がんセミナーが発行するこの雑誌「The Way Forward」に、高額ながん治療に関して、國頭英夫先生が巻頭の提言として「サトゥルヌス」という、ショッキングな文章を載せられました(1)。

サトゥルヌスというのは自分の子供を食べて生き延びる怪人であって、國頭先生は現在のがん医療者は、国民皆保険制度に胡坐をかいて、最先端医療を追究し、自分の子供に借金を押し付けていることから、我が子を食らいながら医学の勝利に興奮しているサトゥルヌスと変わらないという、極めて恐ろしい指摘をされておりました。

その後、4年たっておりますが、その後の我が国の状況はどうなったのか、ということをも、まず五十嵐先生にお聞きしたいですけれども、いかがでしょうか。

五十嵐: 図でご説明させていただきます(図1)。2016年にオプジーボが、メラノーマの薬として出てきたときには魔法の薬が出てきたと

いうふうには手放して称賛する声が多かったのですが、より患者数が多い非小細胞性肺がんに適応が広がったときに、患者数で掛け算した財政影響は大変なことになるという論調に変わりました。もっともこの時点では裏返しの考え方、すなわち「単価が多少高くても希少疾病の分野なら、財政影響は小さい。なので、オカネのことは気にしなくてもいい」という論理も成り立っていました。

その後、単価が非常に高い、悪性リンパ腫や白血病に対するキムリア、脊髄性筋委縮症に対するゾルゲンスマが出ました。それぞれ一人3500万円、1.7億円となり、ここまで高くなると、薬価が世の中の人々の耳目を集めるようになってきました。年間売上で見れば、キムリアが年間200人で70億円、ゾルゲンスマは年間20-30人で30億円程度です。くすりの年間売上は、年間500-600億でトップ10、200億でトップ50、100億でトップ100…ですから、70億円や30億円は財政影響としては小さいです。ただ、「他のくすりに比べれば…」のような論理は、霞が関と一部の医療者だけで通じる論理です。世間の人々からすれば、「3500万！ 1億7000万！ 高い！」というシンプルな考え方になりますよね。世の中が注目している以上は、売り手側には説明責任が生まれる。その意味で、現在は國頭先生が一石を投じられたときよりも、さらに環境はシビアになっているかなと思います。

2 がんの臨床

白土：杞憂に終わりましたということではなく、むしろ問題はシビアになりつつあるということですか。

五十嵐：そうですね。キムリアあたりから、一般新聞社やNHKなんかでも、医療費だけが聖域ではないのでは？という形を打ち出すようになってきています。そして、決め手になったのは、コロナだと思っています。

白土：え、コロナですか。

2. コロナ禍の影響

五十嵐：私は薬学部の1年生相手に医療経済の授業をやっているんですけど、コロナ禍以降、医療資源という言葉の説明しなくてよくなったんですよ。みんな分かっていますから。つまり物理的な資源に限りがあるという話が、一般のニュースで毎日報じられて、遠い世界の話だったのが、いきなり近場に出てきた。さらにコロナ禍で身の回りでも飲食店等がつぶれていき、医療と経済というのは密接不可分なもので、前者だけを優先させることはできないことを目の当たりにした。その影響で、医療費増大を野放しにしたら、ほかのところにしわ寄せがやってくるかもということ、みんなが半ば強制的に認識してしまった時代だと思うんですよ。

白土：解決の道筋はついているのでしょうか？
4年前に、國頭先生は、医療費増大の解決策

として、「高価な薬剤の適用に年齢制限を加えることが最も公平で明確な基準でないか」というご提案もされていました。コロナのワクチンは、まず65歳以上で切って、そこから始めましたよね。

五十嵐：ワクチンは薬とはデフォルトが逆なんですよ。ワクチンは、基本はいわゆる任意接種で、国のオカネでは面倒は見てもらえないというところからスタートします。一方で治療薬は、承認されればほぼ自動的に保険適用、すなわち面倒を見てもらえるのが当然となります。一部のワクチンのみ面倒を見てもらえる世界と、一部の薬だけが面倒を見て「もらえない」世界では、ニュアンスは全然変わりますよね。

白土：なるほど、ワクチンだから、年齢制限ができた部分も大きいんですね。

本多：確かに年齢というのは、一番クリアで分かりやすい公平な明確な基準だとは思いますが、年齢は患者さんの状態を必ずしも表しているわけじゃない。現在、抗がん剤の適応には年齢だけでは判断してはいけないことになっています。また、79歳の方は治療できるのに8歳になったらだめになっちゃうとか、現場でそれをやるのはなかなか難しい。

五十嵐：國頭先生は、仮に費用対効果のような軸を導入しても不確実性は残ってしまう、だとしたら、どんな偉い人でもごまかしの利かない年齢という軸で切るのが、むしろ逆に公

薬名	平均	年間患者数	年間総額
C型肝炎 (DAA) がん (PD-L1)	肝炎: 500-600万円/コース がん: 1000-3000万円/年	数万人/年	1,000 - 2,000億円 (最大) 「みんなが使ったら 保険持たない」
白血病 (CAR-T)	3,500万円/人 「高い??」	MAX200人?	50-100億円程度 (最大) 「影響小さい??」
遺伝性疾患 (脊髄性筋萎縮症) 遺伝子治療薬	1億7,000万円/人 「高い!!!」	MAX20-30人	50億円未満 (最大)

五十嵐先生作成資料

図1. 高額薬剤。上から第一波、第二波、第三波

平なんじゃないかというふうに提言され、議論を前に動かしたと思います。しかし、年齢というのは、やっぱりみんな納得しづらい。そこで、自己負担に傾斜をつけたり、重症度で制限をつ



五十嵐 中先生

ける形というのは選択肢に入ってくるのかなと思います。これもまた國頭先生の視点からすると、「それだってちゃんと決められるわけじゃないよ、やっぱり一見公平に見えて、実はうまく測定できない物差しを入れちゃうということ自体が危ないよ」と怒られてしまうかもしれません。

白土：救急医療にはトリアージという概念があり、医者が重症度を判断してそこで決めちゃうという権限を渡される。がんの場合はみんなディスカッションする時間があるという違いも関係してくるのですかね。

五十嵐：救急医療でトリアージが必要ということには、それはもう誰も異論は挟まないと思うんですね。なぜならもう明白に使える資源が限られていて、誰を救うかみたいな話をしないといけないので。たぶん切羽詰まった状況ではその選択をせざるを得ない。でも一步引いた目で見れば、日本の医療費というの広い意味では切羽詰まっている状況なので、やっぱり救急のような考え方が少しずつ必要になってくる。3年、5年、10年みたいなスパンで見たときには、トリアージのような話というのが、場合によっては必要になる。コロナ対策でも、今までだったら、どこかからお金を持ってくればいだろうみたいな話になっていたと思うんですけど、時々トリアージみたいな話が報じられる。がんも今後はそんな議論になるかな、と考えています。

白土：ここにもコロナ禍が関係していますね。

五十嵐：今の状況を見たら、そういうことも考えておかないといけないということは、自然

の発想だと思うんですね。

梶本：コロナがターニングポイントになった他の点として、今までだったら病院に行けば医療が受けられるというのは当たり前だったのが、それが病院に行きたくても行けない人とか自宅療養をする人が増えてきて、その医療の優先順位というのが、日本の全員がおそらく頭に植え付けられたと思うんですよね。そこから医療費の方に波及して、限りある財源の中で誰が医療を賄わなきゃいけないのかという議論の土台ができてきたんじゃないか、と感じます。

本多：うちのがんセンターでは、コロナ禍でも誰を優先するかみたいのところまでは議論はなかなかあったんですけど、日本中のコロナ診療の現場ではやむにやまれずトリアージ的なことが行われ、優先順位をつけてみたいなのが、きつと行われているんじゃないかなと思います。その中で、がん医療の議論は、ちょっと後回しになりがちになっているところはあるんじゃないかなと、違った意味で心配になります。

白土：線の引き方というところをどうするかというのは、もう将来の問題じゃなくて今の問題であるというところが、皆さんの共通認識なんですね。

一同：そうですね。

白土：僕は30歳ぐらいのときに1年間イギリスで医者をやっていたんですけど、そのときは日本とイギリスは考え方自体が全然違うと思ったんです。例えば抗がん剤を選ぶとき、一番コストが少なく同じ効果なものとはどれかという議論から入る。何が無駄ですかという議論から入らないと専門医試験を通らないのです。今思うと、英国が先取りしていたのかなという感覚もありますが、太古の昔から続く日本のお互いに助けましょうという気持ち、そこに基づく医療のほうがよい、という気持ちもある。コロナで言えば、65歳の次には基礎疾患のある人とか弱者救済期間があり、そして全員に広げるという感覚は日本人の気質に合っていたなと思うんですけど。

五十嵐：ただ、コロナワクチンでも、イギリスですと年齢や基礎疾患の他に、マイノリ

2 がんの臨床

ティーの人が不公平にならないように、みたいな軸をもう1個加えていたりするんです。優先順位づけも、無用な差別を生み出さないために、我々より進んでいるのかなという部分はありますね。

3. 日本の医療保険制度と経済毒性

白土：次に、がん治療の経済毒性を減らすために、我が国の施策がどう機能しているのか、についてです。自己負担が極端に上がらないようにする我が国の「高額療養費制度」に関して、國頭先生は、「ほかの国では考えられない制度で、そんな制度がいつまでも続くのでしょうか」という疑問を呈されていましたが、この部分の公的負担はどうなっているのかと、そしてそれに対する皆さまのお考えも教えてください。

五十嵐：他国でも、大事な疾患の領域では薬剤費を100%国が持つとか、自己負担が大きすぎるときには負担率を変えるなど、同じようなシステムはあるにはあります。高額療養費制度は「数千万の薬でも、自己負担は数万円」…のように報じられるので、見かけのインパクトは非常に大きいですね。ただ、保険者の給付額の全体に占める割合、すなわち健保組合、国保、後期高齢者の全給付額に占める高額療養費の割合というのは、健保や国保が6~10%程度、後期高齢者は4%程度で、高額療養費がとても大きな割合を占めている訳ではありません。もっとも、ここ数年での伸び具合は医療費全体よりも大きいので、(総額が増えているので)4年前よりはある程度苦しくなっているかなというふうには思います。また、小さな国保組合等だと、1人がものすごく高い薬を使っただけでも、かなり財政



梶本裕介様

に影響を及ぼしてしまう、みたいなこともあり得ます。どこかで、そもそも全部、保険で面倒見るべきなのか、という話の議論が必要になるかな、とは思っています。

梶本：高額ながん治療を受けている患者さんの負担は、高額療養費制度のおかげでだいぶ緩和され、経済毒性は軽減されていると思います。もし高額療養費制度を撤廃すると、医療費負担を避けるための治療拒否や服薬コンプライアンスの低下を招き、治療の成功ですとか患者さんのQOLに直結してくるというふうに考えます。ですので、こういった制度というのは継続する必要があると思っています。一方で高額療養費があるから、どんな高い薬を使ってもいいとなってとしまうとまたそれは問題になってくるんじゃないかと思えます。

五十嵐：難病とか高額療養費も、制度として続けられないといけないという意見には、まったく私は賛成です。ただ、ややもすると現場の患者さん、あるいは現場の医療者の人からコストという意識が消し飛んでしまうリスクはあると思います。

本多：私も高額療養費制度というのは患者さんを経済毒性から強く守ってくれている制度だというふうに感じていて、続けていく必要性があるというふうに思います。それがモラルハザードの原因になり得ると指摘されると、現場の人間としては心苦しく感じますが、その前に、無駄な医療、例えば風邪に抗生物質とか、ポリファーマシーとか、そういう無駄を省くことにしっかり取り組んでいく必要性があると感じています。

白土：共済組合などの各組合では、窓口負担が例えば2万5000円、高額所得者では5万円という部分を超えた分に関して付加給付が支給されるために、さらに経済毒性が低いという方もいると思います。全国民のうちこのような仕組みを利用できている人数はどのくらいなのか、そしてその効果はどのようなのでしょうか。

五十嵐：国保と協会けんぽにはそれがいないことから、全体のおよそ3分の1、4000万人ぐらいが対象になっていると思います。ただし組

合健保や共済組合に入っている人は定年前で元気な世代なので、実際にそういうシチュエーションになる人はさらに少ないと思います。

梶本：若い年齢層では、付加給付金が出れば、経済毒性を軽減する効果はかなりあると思います。最初、経済毒性は、アメリカだけに起きているのかなと思っていたんですけども、ヨーロッパの自己負担のない国であっても、がん治療で経済毒性が発現しているという報告が出て、年齢の若い方、収入の少ない方、資産の少ない方に経済毒性が強く、その理由は、治療により仕事をできる時間が減り収入が減ったり、仕事を完全に辞めてしまう、そういったところが原因であるということなんです。日本でも例えば非正規雇用の方や、がん



本多和典先生

で仕事を辞めてしまった方には、給付金などの救済措置がなく、経済毒性が強く発現している可能性があり、今、五十嵐先生や本多先生のご協力のもと、実態を調査しております。
本多：共済組合とか国保とか健保とか、現場だと全然そういうことを意識していないというのが正直なところなんです。そもそも医療者が、患者さんがどれぐらいお金を払っているの？というところに興味を持たず、把握してないというのを最近感じています。医療者は、純粹にその病気だけに向き合いたいとか、お金を病気の治療と同じ土俵で議論したくないみたいなのところがあって、お金の話になると引いてしまう。通常の商売だと、サービスを提供する人間がその費用を把握してないということはあり得ない話だと、思うんです。そういうところの啓蒙をしていかないといけないと最近思っています。

白土：医療者は、高額医療費があるから何とかなるだろうと思われる方が多いんですが、保

険の違いによる給付金に大きな差があり、高額ながん治療では、経済毒性に差があり得ることを、もっと知るべきですね。このあたりに関して、個人が自分の判断で入る民間の医療保険は、格差を是正する役割を果たしているか、ということに関して、いかがですか。

五十嵐：日本では公的保険が大きいので、民間保険はさほど大きな役割は果たしていません。また、民間保険も付加給付金と同じく、余裕のある人だけしか加入できず、格差の緩和という方向にはあまり働いていません。今後、格差の緩和のために公的な部分を絞り込むならば、民間保険の意義も増していくかもしれないというふうには思っています。

梶本：民間保険、お金で安心を買っている訳なので、お金のある人がけしからんという話ではなく、格差是正のために利用するには難しいという点もありますよね。

4. がん治療の経済毒性の認知度

白土：4年前にはまだ國頭先生も指摘されていなかったこととして、患者側の経済毒性という問題、がん治療の経済的な負担が患者側の生活のバリューを悪化させ得ることが問題となっていますが、その認知度はいかがでしょう。

梶本：数年前に、本多先生が、日本でも、がん治療の経済負担により、貯蓄を切り崩したり、レジャーを減らしたり、食費を減らしたという方が結構いることを論文で報告され、大きな反響がありました(2)。さらに、20人に1人ぐらいの患者さんは、抗がん剤の回数を減らす、継続を断念するなど、経済負担で標準的な治療が受けられていないことも報告され、私は本多先生の論文で、日本でも経済毒性を研究する重要性がわかりました。

本多：経済毒性は、英語だと「financial toxicity (ファイナンシャルトキシシティー)」ですが、医療者の間で言葉してはなかなか伝わってないというのが実感です。実際のところどれぐらい「経済毒性」をみんなが知っているのか、どういう認識をしているのかというところについて、今、アンケート調査を計画していま

す。アンケートをやること自体が、啓発につながっていけばなというふうに思っています。

五十嵐：アメリカでは、がん治療薬に続いて認知症薬に関して、抗体薬アデュカヌマブに伴う経済毒性が、今問題となっています。アメリカでの価格は年間5万6000ドルで、高齢者の公的保険・メディケアの自己負担割合20%がそのまま適用されると、年間1万1000ドルと、ちいさくない負担になります。日本でも、薬価が付けば、そういう話題が出てくるはずなので、本多先生のアンケートで日本の実情がわかれば、大変意味のあることだと思いますね。

白土：経済毒性の評価は、本多先生が論文で使われたComprehensive Score for Financial Toxicity (COST)が、国際的な標準法となっていると考えてよろしいですか。

本多：そうですね。国際的比較には、今のところはCOSTというツールが最も簡便で、広く使われているという認識です。ただ、実際には、国による違いもあり、万能ではないです。

梶本：COSTの調査票には、医療費の自己負担に関する質問というのがあり、自己負担のない国にとってはこの質問が有効に働かないので、ヨーロッパの自己負担のない国では、別の調査票も考案中と聞いています。私は、EORTCのQLQ-C30の28問目が経済負担に関する質問なので、それとCOSTの調査票の相関も見研究をしています。また、どの質問が日本でうまく経済毒性を評価できているかということも、詳しく見ていこうかと思っています。

白土：日本版のCOSTプラスアルファ的なものも出るかもしれないですね。

5. 療養と就労の両立支援

白土：本多先生のご講演資料の受け売りですが、経済毒性の要因には、支出、資産、不安の3つがあります(図)。その「資産」に分類される「給与収入」がゼロになるというところを、「治療と仕事の両立支援」で減らすことができれば、経済毒性は減らせると思います。私は、2年前から療養・就労両立支援医学教室を作って経済毒性に関して研究をしつつ、病院の腫瘍センターで両立支援の仕事をしております(3)。鯉沼らの研

究では、がんは治る可能性が増えているのに、「びっくり退職」といって、がんと診断されたらすぐに、パニックになっちゃって辞職する方が結構いる(4)。しかも、治療で高率に治る初期・中期の方も少なくなく、「この人たち、職を失ったらどうなっちゃうんだろう、パッドニュースの伝え方が原因だとしたら、医療として大問題」と心配しています。そのような方が就労しながら療養できるだけでも、経済毒性はだいぶ減らせるのではないかと思うのですが、いかがでしょうか。

五十嵐：この療養・就労両立という教室の名前ですが、それがすごく大きな課題であるということが打ち出されているというのが、ものすごくいいなと思いました。さっき経済毒性のところでもいかに可視化するかという話をしたんですけど、仕事ができなくなる損失というのはある程度、分析も進んでいるところなんです。まず、就労できないあるいは就労しづらくなることの損失、いわば生産性損失としての経済毒性、それを通してさらに健康への影響が出てしまうという2段階目の経済毒性。これらを両方、数値化できれば、逆に何で両立させることが大事なのか、が明確になる。そうすれば、高額療養費や付加給付金がある日本では、これだけ患者負担や治療成績への悪影響が生じているんだよということを定量的に明らかにできるというのは、すごく大事だと思います。

白土：先の鯉沼らの研究では、放射線治療でも、治療期間が1月以上の通院や入院があるために、仕事との都合がつかず、放射線治療を途中でやめるという方もいることもわかっており、これも、医療者側の工夫で減らせるような気がしています。

梶本：就労支援については僕もすごく重要だなと思っていて、収入がなくなれば貯蓄から出す、知り合いからお金を借りるとかになって、それも負担になってくる。金の問題というのは家族とか周りにも影響するところがあって、自分の命よりも経済的負担の方がより心配だという患者さんもしらっしゃる。働きたい、働けるという方に、こういった活動を通してそういった機会が提供で

きるのは、すごいいいことだなと思います。
 白土：今、大学病院で、「治療と仕事の両立支援外来」というのをやっています。ちょっとしたトレーニングで主治医よりも細かく見ていくことが可能になるので、たとえばいままでは「事務仕事は可能」という診断書しか書けなかったのですが、「感染リスクを避けるために冷凍庫での作業、生ゴミの処理、ボイラー作業などの作業は除く事務仕事から復職すべきである。」というふうに変わりました。「3カ月



司会 白土博樹

後をめぐりに完全復職可能」で終わっていたのが「すでに傷病休暇も使い、現在休職中であり、短時間勤務制度もないとのことですので、試し出勤として週に2～3回の半日勤務程度から開始し、目安として3カ月後に再度診察して、問題ないことを確認させていただいた上で完全復職すべきだと思います」と書き方が変わりました。医療側が、その患者さんの状況を把握すると、本人も安心する。医師がそういう知識を持つと、本当に救済が必要な人が見えてくる。

梶本：僕も「びっくり退職」する方はかなりいると聞いたので、冷静になれば、継続して働けばよかったという人が多いんじゃないかなと思っていて、働ける人、働きたい人、そのアクセスというか患者さんから相談できるきっかけづくりが重要なんじゃないかなと思っていました。ただ、経済的な相談には保険点数が付かないから、なかなか病院の経営者側としてはソーシャルワーカーを増やせられないという現実もあるというふうに聞いてますが。

白土：この意見書による「療養・就労両立支援指導」には1回8000円で保険収載され、2021年4月からは条件も緩和されています。保険が効くので、(保険が効かない)診断書が必要なく、患者さんも負担が減ります。これだけ

のためにソーシャルワーカーを増やすのは難しい金額ですが、医師のちょっとしたトレーニングで「診断書」→「意見書」に気持ちを変え、両立支援コーディネーターの研修を受けた看護師や既存のソーシャルワーカーと連携するだけで、かなり改善するようにも思います。

本多：通常は、「復職可能です」とか、シンプルなことしか診断書に書けなくて、先生のように細かく聞いて、ああいう意見書を書いていただけるような仕組みがあると、現場は助かるなと思って、非常に感心して聞いていました。うちにもあるとうれしいなというふうに、純粹に思いました。

白土：両立支援指導は、医師であれば、だれでもできます。ビデオもあるので、意見書の書き方のコツをお教えすることも可能ですので、是非、経済毒性の軽減のために、療養・就労両立支援指導が普及することを願っています。

梶本：経済毒性に関してはカウンセリングで負担感や不安感を緩和できるというデータも出ているので、こういった両立支援の相談窓口でお話を聞いてあげられれば、さらに患者さんにとって助けになると思います。

白土：医師が重要視する治療効果に経済毒性が影響しているのであれば、さらに踏み込んで、各種のがんの治療ガイドラインに「療養・就労両立支援による経済毒性の軽減」の項目を作るべきであろうと思いますが、いかがでしょうか。

本多：ガイドラインとなると、論文があって、エビデンスがあって、システムチェックレビューとなってくるので、ハードルは高いとは思いますが、確かにそうですね。

白土：最近、この経済毒性に関する論文が世界中で増え始めており、アカデミアとしても十分に研究価値があるはずで、日本全体として、本格的に取り組むべきだと思います。本多先生や梶本さんの論文をエビデンスとして、システムチェックレビューをして、「経済毒性の軽減のためには、就労・両立支援を行わなければならない。」という文章を、ガイドラインに載せることを、目指して欲しいです。

2 がんの臨床

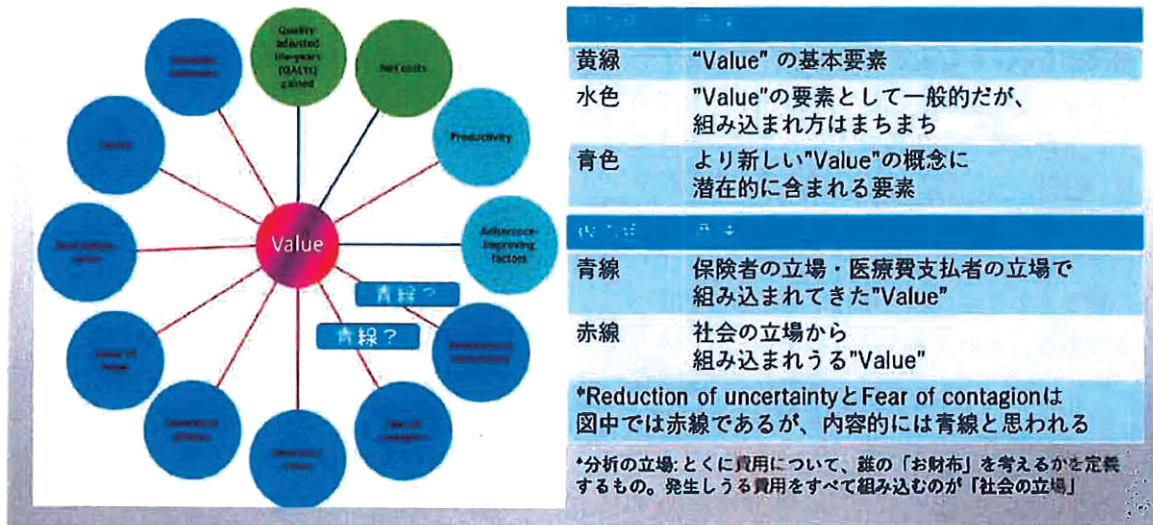


図2. “VAUE”の構成要素

6. バリュー・ベースド・ヘルス・ケア

白土: 國頭先生は、当時、我が国の厚労省が導入を検討し始めていた「費用対効果」の式を紹介されていました。最近では、国家財政を健全に保ちつつ、医療の公平性を保つための国際的な基準・客観的評価法として、バリュー・ベースド・ヘルス・ケアというのが叫ばれています。このあたりは4年間でどう変わったのでしょうか?

五十嵐: 最も大事なものは、バリューベースドと、費用対効果ベースドとは違うということ。一番錯覚されがちなのは、費用対効果という道具を使うだけで、価値、バリューというものが1対1対応で測れるという錯覚です。そのように錯覚した時期もあったけど、昨今の状況は、費用対効果以外にもいろいろな要素がある、それをどうやって定量化していくのか、という話がメインになっています。

白土: ああ、そうなんですね。

五十嵐: もちろん費用対効果が価値の要素の一部を占めることは間違いないですけど、大事なものはほかにもいろいろな要素があるんだなということを認識することです。最近この分野で、よくこんな図が使われます(図2)。狭い意味での費用対効果の評価でカバーしているのは、緑色の二つ、costとQALYだけです。しかし他にも、仕事ができなくなるとか、重

症度とか、いろいろな価値をどんなふうに組み入れていくか、が議論されています。何でもかんでも入れると、「そんなの測れるわけじゃないじゃん」というふうに、また逆に覆さるちやうので、少しずつ少数値化して可視化していくことが重要と思っています。つまりちゃんと測れるじゃないですか、こうやればというのをいせると、定性的な議論から定量的な議論に入れると、期待しています。

白土: それは重要な進歩ですね。まだまだ問題は解決していないと思いますが、明るい日差しが見えたような気がいたしました。本当は今日はお忙しい中、2時間にわたりご参加いただきまして、皆様、どうもありがとうございました。

参考

1. 國等英夫 巻頭提言. サトルヌス. The Way Forward 11; 3-8, 2017.
2. Honda K, Gyawali B, Ando M, et al. Prospective survey of financial toxicity measured by the comprehensive score for financial toxicity in Japanese patients with cancer. J. Glob. Oncol 5; 1-8, 2019.
3. 白土博樹. がんの治療. 治療と仕事の両立. The Way Forward 18; 10-11, 2020.
4. 鯉沼信夫. がん治療における患者の経済的負担とその影響. 薬局 68(8); 2843-2852, 2017

令和3年度 厚生労働科学研究費補助金(労働安全衛生総合研究事業)

中小企業等における治療と仕事の両立支援の取り組み促進のための研究

(19JA1004)

分担研究報告書

地域産業保健センターとの連携・実践モデルの構築

研究分担者

宮内 文久
(愛媛労災病院)

令和3年度 厚生労働科学研究費補助金(労働安全衛生総合研究事業)
中小企業等における治療と仕事の両立支援の取り組み促進のための研究

分担研究報告書

地域産業保健センターとの連携・実践モデルの構築

研究分担者 宮内 文久 (愛媛労災病院)

研究要旨

「治療と仕事の両立支援」において、患者が治療と職業生活の両立を図るために医療と職場との連携が推進されてきた。愛媛労災病院は癌、糖尿病、脳卒中、メンタルヘルスのモデル4分野に限定することなく、全ての患者を治療と就労の両立支援の対象と定め、今日まで取り組んできた。

そこで、「治療と仕事の両立支援」を受けながら働き続けるには何が問題なのかを、下記の点に関して検討した。

設問1：退院後も働き続けていたいと希望している患者さんは、退院時に自分の健康や職場への働きかけをどのように認識しているのか、

設問2：患者さんは「治療と仕事の両立支援」の取り組みに満足しているのか

設問3：小規模事業所で働いている労働者は自分の健康をどのように意識し、「治療と仕事の両立支援」をどのように認識しているのか、小規模事業所での「治療と仕事の両立支援」の推進にはどうすれば良いのか

上の検討結果から、「治療と仕事の両立支援」を推進するには、

- 1) 小規模事業所の経営者に従業員の健康が事業の継続には必要であるとの働きかけを今まで以上に行うことと
- 2) 小規模事業所の従業員の健康管理に保健師や両立支援コーディネーターを派遣し、職場で健康相談に応じることが重要と考える。また、
- 3) 急性期病院には「治療と仕事の両立支援」はチーム医療を推進する契機になると、働きかけを強めることが有用と考える。

A.目的

「治療と仕事の両立支援」において、患者が治療と職業生活の両立を図るために医療と職場との連携が推進されてきた。愛媛労災病院は癌、糖尿病、脳卒中、メンタルヘルスのモデル4分野に限定することなく、全ての患者を治療と就労の両立支援の対象と定め、今日まで取り組んできた。

B.方法

そこで、「治療と仕事の両立支援」を受けながら働き続けるには何が問題なのかを、下記の点に関して検討した。

設問 1：退院後も働き続けたいと希望している患者さんは、退院時に自分の健康や職場への働きかけをどのように認識しているのか、

設問 2：患者さんは「治療と仕事の両立支援」の取り組みに満足しているのか

設問 3：小規模事業所で働いている労働者は自分の健康をどのように意識し、「治療と仕事の両立支援」をどのように認識しているのか、小規模事業所での「治療と仕事の両立支援」の推進にはどうすれば良いのか

C.結果・D. 考察

その結果は下記のごとくであった。

1) 設問 1 への回答：治療と就労の両立支援に対する「10 の質問」の有用性（添付資料 1）

患者さんは「病気による症状や後遺症、治療などにより、業務を行う能力に影響があることで、仕事の継続や職場復帰に困難を感じる」「病気によって、不安などの心理的な変化が起こったことで、仕事の継続や職場復帰に困難を感じる」「自主的な取り組み（意欲、

職場への働きかけ、自主トレーニングなど）の不足が理由で、仕事の継続や職場復帰に困難を感じる」状態にあり、「家族や地域に関する問題が理由で、仕事の継続や職場復帰に困難を感じる」ことはなかった。

また、両立支援に際して男女の差や年代の差は認められなかった。一方、診療科別には循環器内科と婦人科の患者さんが困難をより多く感じ、消化器内科と外科がより少なく感じていた。

2) 設問 2 への回答：整形外科領域疾患で手術を受けた患者への「治療と就労の両立支援」に関するアンケート調査（添付資料 2）

愛媛労災病院における治療就労の両立支援の取り組みを評価するため、平成 28 年度と令和 1 年度に愛媛労災病院整形外科に 1 週間以上入院し、退院時に就労の意志があった 309 人の回答を分析した。退院後に働き続けていたのは平成 28 年度 89.9%令和 1 年度 86.5%で、働き続けている患者が同じ事業所で働いていたのは平成 28 年度 82.3%令和 1 年度 85.5%であった。平成 28 年度は、勤務形態は常勤が有意に減少し、非常勤やパートが有意に増加した。一方、令和 1 年度は、常勤はやや減少し、非常勤やパートはやや増加した。治療と就労の両立支援の説明を受けたのは平成 28 年度の 58.4%から令和 1 年度の 69.0%へと有意に増加した。両立支援の満足度は平成 28 年度 74.9±4.5 点から令和 1 年度の 83.5±4.2 へと有意に増加した。一方、入院治療の満足度は平成 28 年度 77.4±4.9 点から令和 1 年度の 86.7±3.9 点へと増加傾向を示した。

愛媛労災病院での両立支援の取

り組みが進展するにつれ、患者の両立支援の取り組みに対する満足度が向上し、入院治療に対する満足度が向上する傾向を観察し、チーム医療が進行する可能性を観察した。

3) 設問3への回答：小規模事業所における健康管理と「治療と就労の両立支援」(添付資料3)

小規模事業所での従業員の健康管理には健康診断と事後措置で行われているが、従業員の健康診断結果と自身の健康意識との関連、両立支援に対する認識度などの調査はいまだ行われていないことから、小規模事業所で働く従業員に質問調査を行った。無所見者の出現頻度は業種によって異なり、卸売・小売業、複合サービス事業、サービス業で多く、建設業、鉱業、運輸業で少なかった。従業員自身の健康に対する意識は有所見項目が0個から3個の範囲内では有意差を認めなかったものの、有所見項目が増えれば健康度は低下していた。治療就労両立支援に対する認識度は低く、両立支援の制度や相談窓口などの周知徹底や会社の積極的な取り組みを期待し、自分自身の問題とは認識していない傾向が窺えた。

用と考える。

E. 結論

以上の検討結果から、「治療と仕事の両立支援」を推進するには、

- 1) 小規模事業所の経営者に従業員の健康が事業の継続には必要であるとの働きかけを今まで以上に行うことと
- 2) 小規模事業所の従業員の健康管理に保健師や両立支援コーディネーターを派遣し、職場で健康相談に応じることが重要と考える。また、
- 3) 急性期病院には「治療と仕事の両立支援」はチーム医療を推進する契機になると、働きかけを強めることが有

治療と就労の両立支援に対する「10の質問」の有用性

愛媛労災病院

宮内文久

愛媛労災病院に入院し治療を受け、令和2年4月1日から令和3年3月31日までの1年間に退院した患者3263人のうち、入院時に働いていて退院後も働きたいと希望していた524人（16.1%）に退院が決定した時期に「10の質問」を配布し、386人（73.7%）から回答を得た。この「10の質問」はもともと医療スタッフ用に開発されたものであるが、今回は患者への質問用として流用し、治療と就労の両立支援を客観的に評価することとした。

「はい」との答えを得た質問は、質問1「病気による症状や後遺症、治療などにより、業務を行う能力に影響があることで、仕事の継続や職場復帰に困難を感じますか？」で、17.4%（67人）であった。次に、質問2「病気によって、不安などの心理的な変化が起こったことで、仕事の継続や職場復帰に困難を感じますか？」では、14.8%（57人）であった。その次が質問4「自主的な取り組み（意欲、職場への働きかけ、自主トレーニングなど）の不足が理由で、仕事の継続や職場復帰に困難を感じますか？」で、6.7%（27人）、質問6「職場の理解や配慮、気遣いといった受け入れの姿勢が理由で、仕事の継続や職場復帰に困難を感じますか？」で5.7%（22人）であった。

回答の傾向に男女や年代別に差を認めなかったが、診療科別では循環器内科や婦人科の患者に高い結果を得た。

今回の検討結果から、治療の確実な実践が必要であるものの、入院に限定するのではなく入院から退院後の外来通院期間も含めて対応すべきであり、職場の理解を得て両立支援を推進するためにも患者・家族と医療スタッフ、事業所スタッフの3者面談は必要不可欠かつ重要な設定と考えた。また、両立支援には職場の産業医や保健師を活用して、治療と就労の両立を目指している就労者を支え、上司や同僚には疾病の知識を増やすことが重要と考えた。

はじめに

患者が治療と職業生活の両立を図る目的で、医療と職場との連携が推進されてきた。そこで、労働者健康安全機

構は癌、糖尿病、脳卒中、メンタルヘルスの4分野をモデル分野と定め、両立支援を展開してきた¹⁾。ただ、愛媛労災病院はこれらの4分野に限定するこ

となく、全ての患者を治療と就労の両立支援の対象と定め、今日まで取り組んできた。その成績を振り返り、これからの治療と就労の両立支援を推進するために、患者が治療を受けながら働き続けるには何が問題なのかを明らかにする必要があると考え、「10の質問」²⁾を用いて検討することとした。

対象と方法

愛媛労災病院に入院し治療を受け、令和2年4月1日から令和3年3月31日までの1年間に退院した患者3263人のうち、入院時に働いていて退院後も働き続けたいと希望している524人(16.1%)に退院が決定した時期に「10の質問」を配布し、386人(73.7%)から回答を得た。「10の質問」の構成は

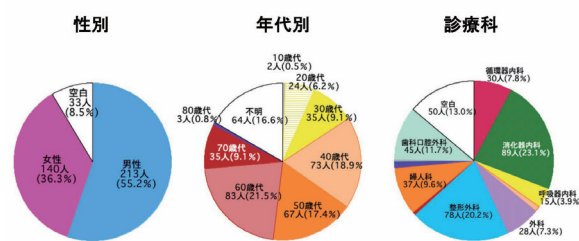
質問1から質問10までの大項目と、それぞれの大項目の中には設定された複数の下位項目からなる。大項目でも下位項目でも質問全てにおいてそれぞれ「はい」か「いいえ」で答えることとなっていることから、回答率は386人に対する比率で算出した。なお、回答用紙は無記名で病棟の回収箱に投函することとし、回答によって治療や退院後の対応に影響を受けないことを口頭で配布時に説明した。これらの過程は愛媛労災病院倫理審査委員会の承認を受け、審査基準に従って実施した(第94号)。

386人の性別、年代別、診療科別の構成を図1に示す。また、診療科別に検討可能であった症例336人の詳細を表1に示す。検討対象の多くは消化器

336/386

診療科	性別			年齢・年代							計
	男	女	空白	年齢 (平均±標準誤差)	10歳代	20歳・ 30歳代	40歳・ 50歳代	60歳・ 70歳代	80歳代	空白	
循環器内科	22	8	0	60.2±1.7(a)	0	0	14	16	0	0	30
消化器内科	64	23	2	58.9±1.2(a)	0	5	33	46	1	4	89
呼吸器内科	9	6	0	58.4±3.3(a)	0	1	6	8	0	0	15
内科	3	1	0	63.5±7.3(a)	0	0	2	1	1	0	4
外科	12	15	1	58.3±2.3(a)	0	2	7	18	0	1	28
整形外科	56	21	1	48.6±1.0(b)	2	19	36	18	1	2	78
脳神経外科	2	1	0	56.3±8.0(a)	0	0	2	1	0	0	3
婦人科	0	37	0	44.8±1.3(c)	0	9	25	3	0	0	37
泌尿器科	3	1	0	54.8±10.2(a)	0	1	1	2	0	0	4
耳鼻咽喉科	0	1	0		0	0	1	0	0	0	1
皮膚科	1	0	0		0	1	0	0	0	0	1
総合診療科	0	1	0		0	1	0	0	0	0	1
歯科・口腔外科	19	22	4	41.1±2.1(c)	0	20	15	10	0	0	45
計	191	137	8	52.4±0.8	2	59	142	123	3	7	336

内科、整形外科、歯科・口腔外科、婦人科であった。なお、今回の検討対象からは産科で入院治療を受けた患者を除外した。



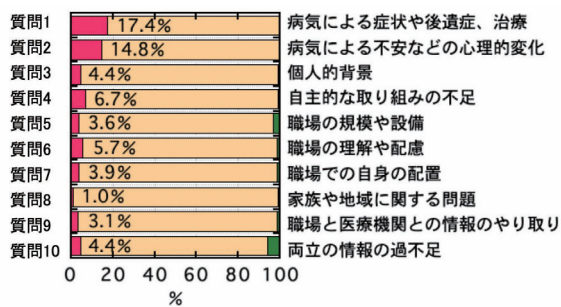
結果

「10の質問」に対する回答で「はい」と回答を得た質問で最も多かったのは、質問1「病気による症状や後遺症、治療などにより、業務を行う能力に影響があることで、仕事の継続や職場復帰に困難を感じますか？」で、17.4% (67/386人) であった。次に、質問2

「病気によって、不安などの心理的な変化が起こったことで、仕事の継続や職場復帰に困難を感じますか？」で、14.8% (57/386人) であった。その次が質問4「自主的な取り組み（意欲、職場への働きかけ、自主トレーニングなど）の不足が理由で、仕事の継続や職場復帰に困難を感じますか？」で、6.7% (27/386人) であった。一方、最も「はい」の回答が少なかったのが質問8「家族や地域に関する問題が理由で、仕事の継続や職場復帰に困難を感じますか？」で、1.0% (4/386人) であった (表2、図2)。

「10の質問」には質問項目ごとに、さらに5~8項目の下位項目が設定されていることから、下位項目で「はい」と数多く回答された質問を拾い上げてみ

質問	順位		頻度	人数
1	1	病気による症状や後遺症、治療などにより、業務を行う能力に影響があることで、仕事の継続や職場復帰に困難を感じますか？	17.4%	67人
2	2	病気によって、不安などの心理的な変化が起こったことで、仕事の継続や職場復帰に困難を感じますか？	14.8%	57人
3	5	資格、職位、雇用形態や経済的な事情などといった個人背景が理由で、仕事の継続や職場復帰に困難を感じますか？	4.4%	17人
4	3	自主的な取り組み（意欲、職場への働きかけ、自主トレーニングなど）の不足が理由で、仕事の継続や職場復帰に困難を感じますか？	6.7%	26人
5	8	職場の規模や設備といった職場の特徴が理由で、仕事の継続や職場復帰に困難を感じますか？	3.6%	14人
6	4	職場の理解や配慮、気遣いといった受け入れの姿勢が理由で、仕事の継続や職場復帰に困難を感じますか？	5.7%	22人
7	7	職場における自身の配置に関わることが理由で、仕事の継続や職場復帰に困難を感じますか？	3.9%	15人
8	10	家族や地域に関する問題が理由で、仕事の継続や職場復帰に困難を感じますか？	1.0%	4人
9	9	職場と医療機関との情報のやり取りや連携に関わる問題が理由で、仕事の継続や職場復帰に困難を感じますか？	3.1%	12人
10	6	治療と仕事の両立についての情報の過不足により、仕事の継続や職場復帰に困難を感じますか？	4.4%	17人



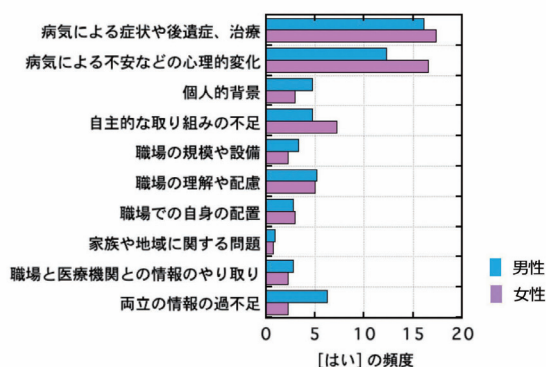
ると、最も多い回答が大項目質問2の下位項目「症状の再発や治療に対して不安・心配がある」で、9.1%（35人）であった。次いで、大項目質問1の下位項目「疲労・体力低下がある」で、8.8%（34人）であった。その次が大項目質問1の下位項目「身体の機能の低下がある（運動麻痺、心機能低下など）」で5.7%（22人）、大項目質問2の下位項目「業務に復帰することに自信が持てない」で5.2%（20人）、であった。これらの回答は治療に伴う変

化であり、上位を占めた。一方、回答率第5位「自分から職場に、配慮を申し出ることが十分に出来ない」3.6%（14人）、第6位「職を失うかもしれないという恐れがある」3.1%（12人）、第8位「上司からの共感が不十分である」2.8%（11人）などの回答は、事業所への対応を求めるものであり、事業所と患者や事業所と医療スタッフとの間の緊密な連携が必要される課題と考えられる（表3）。

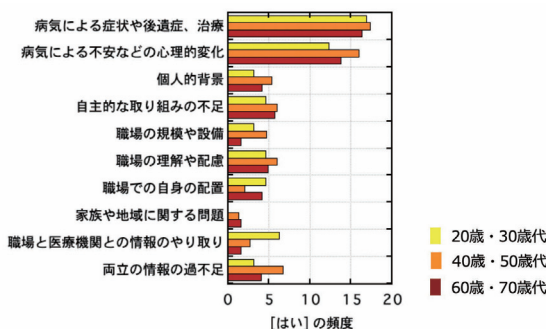
「10の質問」の回答率が男女によって異なるかを検討した。女性は男性に比較して、質問1「病気による症状や後遺症、治療などにより、業務を行う能力に影響があることで、仕事の継続や職場復帰に困難を感じますか?」、質問2「病気によって、不安などの心理的な変

順位	大項目	下位項目	回答者数	頻度
第1位	質問2	症状の再発や治療に対して不安・心配・恐怖がある	35人	9.1%
第2位	質問1	疲労・体力低下がある	34人	8.8%
第3位	質問1	身体の機能の低下がある（運動麻痺、心機能低下など）	22人	5.7%
第4位	質問2	業務に復帰することに自信が持てない	20人	5.2%
第5位	質問4	自分から職場に、配慮を申し出ることが十分に出来ない	14人	3.6%
第6位	質問2	職を失うかもしれないという恐れがある	12人	3.1%
第7位	質問1	病気・治療による運動の制限がある	11人	2.8%
第8位	質問1	基礎的な体力が足りない	10人	2.6%
第8位	質問6	上司からの共感が不十分である	10人	2.6%
第10位	質問1	病気・治療による障害の程度が大きい	9人	2.3%
第10位	質問10	入院・通院など、治療時間の確保が困難である	9人	2.3%
第12位	質問3	職場から復職の期待を感じない	7人	1.8%
第12位	質問4	自分から職場に、自分の状況を十分にアピールが出来ない	7人	1.8%
第14位	質問4	自主トレーニングを十分にできない	6人	1.6%
第14位	質問6	職場からの共感が不十分である	6人	1.6%
第14位	質問10	治療・療養のため休める期間についての情報が不十分である	6人	1.6%
第14位	質問10	傷病手当金についての情報が不十分である	6人	1.6%

化が起こったことで、仕事の継続や職場復帰に困難を感じますか?」、質問4「自主的な取り組み（意欲、職場への働きかけ、自主トレーニングなど）の不足が理由で、仕事の継続や職場復帰に困難を感じますか?」との質問に対して男性を上回ったが、有意の差ではなかった（図3）。

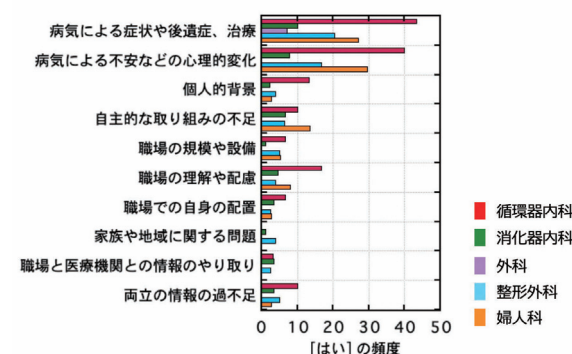


「10の質問」に対する回答を20歳・30歳代、40歳・50歳代、60歳・70歳代と3群に分けて検討したが、年代別による回答率に有意の差を認めなかった（図4）。



「10の質問」に対する回答を診療科別に検討すると、循環器内科と婦人科の患者は質問1「病気による症状や後遺症、治療などにより、業務を行う能力に影響があることで、仕事の継続や職場復帰に困難を感じますか?」、質問2

「病気によって、不安などの心理的な変化が起こったことで、仕事の継続や職場復帰に困難を感じますか?」の回答が高率であった。次いで、整形外科が循環器内科と婦人科につぐ回答率であった。一方、外科は回答が最も低率であり、消化器内科がやや低率であった（図5）。



考察

わが国では少子化や高齢化の影響を受け、今後長期にわたって生産年齢人口が減少し、人手不足が経済成長の制約になることが懸念されている³⁾。そのために、労働参加機会の拡大や労働生産性の向上を実現していく必要があり、働く意欲と能力のあるものが働き、その能力を発揮できるような雇用環境の整備を図ることが重要であると考えられている。そこで、治療と就労の両立支援は必要かつ重要な方策であり、コーディネーターの養成も進んでいる。しかし、実際に両立支援を進めて行く過程では症例ごとの個別性が大きく影響し、両立支援を客観的に評価する指標に欠けていた。そこで、産業医科大

学森教授が開発した「10の質問」を活用して、両立支援を量的に評価しようと試みた。なお、この「10の質問」は、本来は医療スタッフが患者を面接しながら問題点を探索する目的で開発されたものであり、患者の質問調査用ではないことを理解して流用することとした。

今回の検討で「治療と就労の両立」支援を進めていく過程で障害となっていると明らかになったのは、質問1「病気による症状や後遺症、治療などにより、業務を行う能力に影響があることで、仕事の継続や職場復帰に困難を感じますか?」、質問2「病気によって、不安などの心理的な変化が起こったことで、仕事の継続や職場復帰に困難を感じますか?」、質問4「自主的な取り組み（意欲、職場への働きかけ、自主トレーニングなど）の不足が理由で、仕事の継続や職場復帰に困難を感じますか?」で「はい」と答えた領域であった。これらの質問に関する回答結果は、病気になったことであるいは治療に伴う変化で肉体的にも精神的にも低下した能力を就労に結びつく段階にまで回復するには、入院している期間だけの支援では不十分であるということを示していると考えた。下位項目の回答の中には第1位「症状の再発や治療に対して不安・心配がある」（質問2）、第2位「疲労・体力低下がある」（質問1）、第3位「身体の機能の低下が

ある（運動麻痺、心機能低下など）」（質問1）、第7位「病気・治療による運動の制限がある」（質問1）など治療に関する内容が上位を示していたことが、その証左と考える。両立支援には、医療の確実な展開が最優先であるものの近年の急性期病院では在院日数が短縮していることから入院期間内に治療を完了することは困難であり、退院後の対応を見据えて入院中からきめ細やかな対応が必要であると考えられる。

今回の検討結果から、両立支援に際して男女の差や年代の差は認められなかった（図3、図4）。しかし、診療科によって回答率が異なり、高回答群が循環器内科と婦人科、中回答群が整形外科、低回答群が消化器内科と外科であった。高年齢群は循環器内科、消化器内科、外科であることから、高齢者が必ずしも両立支援が困難であるとする可能性は低いと推測している。この診療科による変化の原因は不明であり、診療科の特性に由来するのかもしれないが、詳細は今後の検討に待ちたいと考えている。

ところで、「10の質問」に対する回答で、質問6「職場の理解や配慮、気遣いといった受け入れの姿勢が理由で、仕事の継続や職場復帰に困難を感じますか?」に対する回答も多く、下位項目での回答を見ても第5位「自分から職場に、配慮を申し出ることが十分に出来ない」（質問4）、第8位「上司からの

共感が不十分である」(質問 6)、第 12 位「職場から復職の期待を感じない」(質問 3)、「自分から職場に自分の状況を十分にアピールが出来ない」(質問 4) など、患者と職場との連携に関する内容が上位を占めていた。就労者は入院前から家庭に対するよりもむしろ職場に配慮することが多く⁴⁾⁵⁾、職場から多くの影響を受けやすい立場にあると考えられる。愛媛労災病院では両立支援に際しては、患者・家族に医療スタッフと事業所スタッフを交えた 3 者面談を進めてきたが⁶⁾、今回の検討結果から職場の理解を得て両立支援を推進するためにも 3 者面談は必要不可欠かつ重要な設定と考えた。治療と就労の両立支援には疾患による共通性(同一の疾患では同一の経過を辿る)と患者の個別性(患者ごとに異なる経過を辿る)とが同時に存在することから、患者に対する同一のアプローチがうまくいく場合もあれば、うまくいかない可能性も同時に存在している。そのため、愛媛労災病院では治療就労立支援委員会を毎月開催し、情報共有の場として活用している。なお、職場の上司や同僚は医学的知識に乏しく、患者となった部下や同僚の病像を正しく理解できていない可能性や訴えを正しく理解することが困難であると考えられる。そこで、両立支援には職場の産業医や保健師を活用して、治療と就労の両立を目指している就労者を支え、上司や同

僚には疾病の知識を増やすことが重要であると考えられる。

愛媛労災病院では小規模事業所の健康診断後の事後措置に取り組んでおり、令和 2 年度は 66 事業所 516 人のうち 181 人に対して受診勧奨を行った。このような取り組みも病院と事業所を繋ぐ一手段となり、両立支援に対する補助機能として機能すれば有用だと考えている。

参考文献

- 1) 労働者健康安全機構「治療就労両立支援モデル事業」 <https://www.johas.go.jp/ryoritsumodel/tabid/1013/Default.aspx>
- 2) 両立支援 10 の質問 - 産業医実務研修センター - 産業医科大学 http://ohtc.med.uoeh-u.ac.jp/ryouritsu/wp-content/uploads/2017/06/h26_28_81103_q10.pdf
- 3) 総務省統計局労働力調査(基本集計): <https://www.stat.go.jp/data/roudou/nenndo/index.html>
- 4) 宮内文久、大角尚子、香川秀之、星野寛美、松江陽一、中山昌樹、藤原多子、志岐保彦、伊藤公彦、辰田仁美、東矢俊光 「就労女性が子宮筋腫の手術を受ける時に職場から受ける影響」・日本職業・災害医学会会誌・第 65 巻(5号) 276 - 282、2017 年
- 5) 宮内文久、大角尚子、香川秀之、星野寛美、松江陽一、中山昌樹、藤原多子、志岐保彦、伊藤公彦、辰田仁美、

東矢俊光 「子宮筋腫より見えてきた就労の影響」・日本職業・災害医学会会誌・第66巻(2号)129-137、2018年

6) 宮内文久、神野結花、大山淳子、渡部夏子、大沢由香、三浦彩、横井由実、近藤大輔、堀内桂、中井一彰、今田御洋子、伊藤千鶴 「愛媛労災病院での治療と就労の両立支援に対するこれまでの取り組み」 日本職業・災害医学

会誌・第67巻(6号)547-550、2019年

7) 宮内文久、大角尚子、香川秀之、星野寛美、松江陽一、中山昌樹、藤原多子、志岐保彦、伊藤公彦、辰田仁美、東矢俊光・「女性特有の疾患に対する男性中間管理職と女性中間管理職の認識の差」・日本職業・災害医学会会誌・第65巻(6号)350-357、2017年

There were a total of 3263 patients at Ehime Rosai Hospital, who were hospitalized in the hospital, treated and discharged in a timespan of one year between April 1st, 2020 and March 31st, 2021. We asked 524 (16.1%) workers among them, who were employed at the time of their hospitalization, and who wished to keep their jobs after discharge from the hospital, a set of "ten questions" at the time of their discharge from the hospital, and received 386 (73.7%) answers. The set of "ten questions" was originally developed specifically for medical workers, but it was tuned for general patient usage for this study, in order to objectively evaluate the Promotion of Health and Employment Support.

Those who answered "yes" to the question No.1, "Are you feeling any difficulties on continuing or returning to work, as a result of an influence on your ability to work from your disease's symptoms, aftereffects, or treatments?" were 17.4% (67). Those who answered "yes" to question No.2, "Are you feeling any difficulties on continuing or returning to work, as a result of changes in psychological state, such as anxiety, caused by your disease?" followed with 14.8% (57). Question No.4, "Are you feeling any difficulties on continuing or returning to work, as a result of lack of voluntary efforts, such as motivation, appeal to workplace, or voluntary training?" followed with 6.7% (27), followed by question No.6, "Are you feeling any difficulties on continuing or returning to work, as a result of lack of accepting attitude of the workplace, such as understanding or care?" with 5.6% (22).

There were no significant differences in response rates among sex or age groups, but there was a higher rate of affirmative answers among the patients

of the cardiovascular medicine and the gynecology.

These results suggest that while reliable practice of treatment is required, it is essential to support patients not only during hospitalizations, but also during outpatient periods. Three party interview with patient and family, medical staff, and workplace staff is an essential and important setting to promote Health and Employment Support with the understanding of the workplace. It is also important for Health and Employment Support to utilize industrial physicians and public health nurses to support workers aiming to balance treatment and work, and to increase patients' superiors' and colleagues' knowledge of diseases.

整形外科領域疾患で手術を受けた患者への「治療と就労の両立支援」に関するアンケート調査

愛媛労災病院
宮内文久

抄録

愛媛労災病院における治療就労の両立支援の取り組みを評価するため、平成 28 年度と令和 1 年度に愛媛労災病院整形外科に 1 週間以上入院し、退院時に就労の意志があった 309 人の回答を分析した。退院後に働き続けていたのは平成 28 年度 89.9% 令和 1 年度 86.5% で、働き続けている患者が同じ事業所で働いていたのは平成 28 年度 82.3% 令和 1 年度 85.5% であった。平成 28 年度は勤務形態は常勤が有意に減少し、非常勤やパートが有意に増加した。一方、令和 1 年度は常勤はやや減少し、非常勤やパートはやや増加した。治療と就労の両立支援の説明を受けたのは平成 28 年度の 58.4% から令和 1 年度の 69.0% へと有意に増加した。両立支援の満足度は平成 28 年度 74.9±4.5 点から令和 1 年度の 83.5±4.2 へと有意に増加した。一方、入院治療の満足度は平成 28 年度 77.4±4.9 点から令和 1 年度の 86.7±3.9 点へと増加傾向を示した。

愛媛労災病院での両立支援の取り組みが進展するにつれ、患者の両立支援の取り組みに対する満足度が向上し、入院治療に対する満足度が向上する傾向を観察し、チーム医療が進行する可能性を観察した。

はじめに

これまでの「治療と就労の両立支援」は労働者健康安全機構が定めたモデル事業としてのがん、脳卒中、糖尿病、メンタルヘルスの 4 疾患であり、整形外科疾患領域での検討は未だ行われていない。そこで、今回は整形外科領域で手術を受けた患者を対象に、両立支援の取り組みが復職率の向上に繋がっているか？両立支援の取り組みが患者の満足度の向上に繋がっているか？を検討することとした。

対象と方法

平成 28 年度と令和 1 年度に愛媛労

災病院整形外科に入院して手術を受けた患者 1173 人（平成 28 年度 625 人、令和 1 年度 548 人）に令和 2 年 7 月 1 日から 1 週間で質問用紙を配布した。令和 2 年 7 月 15 日から令和 2 年 12 月 31 日まで返信を受け付け、令和 3 年 1 月 1 日から処理作業を開始した。このうち住所不明で返送された 96 人を除いた 1077 人のうち、返送されたのは 545 人（回収率 50.6%）であった。そのうち、入院期間が 1 週間以上で、退院時に就労の意志が有った患者 309 人（平成 28 年度 125 人、令和 1 年度 184 人）を検討対象とした。309 人の回答から、「治療と就労の両立支援」に対する愛

媛労災病院の取り組み状況、復職率、入院治療に対する満足度などを尋ね、平成28年度と令和1年度とで差があるかどうかを検討することとした。

なお、本研究は愛媛労災病院倫理審査委員会の審議を経て開始した。

	入院患者	在院日数	手術患者		
			回答返送患者		
			1週間以上の入院期間で、退院時に就労の意志が有る		
平成28年度	1108人	21.7日	625人	298人	125人
	60.3±4.3歳		56.3±3.9歳	54.7±4.0歳	55.4±3.7歳
令和1年度	839人	27.4日	548人	247人	184人
	65.4±5.2歳		61.7±4.5歳	60.3±4.4歳	58.5±4.9歳

結果

平成28年度に入院前に働いていた患者69人のうち働き続けていたのは62人(89.9%)であり、62人のうち51人(82.3%)が同じ事業所で働き続けていた。一方、令和1年度に入院前に働いていた患者89人のうち働き続けていたのは77人(86.5%)であり、77人のうち73人(85.5%)が同じ事業所で働き続けていた。就労率や同じ事業所での就労状態には平成28年度と令和1年度との間に差を認めなかった。

	対象者	入院前		退院後		
平成28年度	125人	働いていた	69人(55.2%)	働き続けている	62人(89.9%)	同じ事業所 51人(82.3%) 別の事業所 11人(17.7%)
		働いていなかった	46人(36.8%)	辞めた	7人(10.1%)	
		空白	10人(8.0%)			
合計			125人(100.0%)		69人(100.0%)	62人(100.0%)
令和1年度	184人	働いていた	89人(48.4%)	働き続けている	77人(86.5%)	別の事業所 4人(14.5%) 同じ事業所 73人(85.5%)
		働いていなかった	72人(39.1%)	辞めた	12人(15.5%)	
		空白	23人(12.5%)			
合計			184人(100.0%)		89人(100.0%)	77人(100.0%)

事務作業か現場作業かとの作業形態には入院前と退院後とで有意の変化を平成28年度と令和1年度とも認めなかった。

平成28年度は勤務形態は常勤が有

	入院前		退院後	
平成28年度	事務作業	16人(23.2%)	事務作業	16人(25.8%)
	現場作業	53人(76.8%)	現場作業	42人(67.7%)
	空白	14人(20.3%)	空白	4人(6.5%)
	合計	69人(100.0%)	合計	62人(100.0%)
令和1年度	事務作業	27人(30.3%)	事務作業	27人(35.1%)
	現場作業	52人(58.5%)	現場作業	44人(57.1%)
	空白	10人(11.2%)	空白	6人(7.8%)
	合計	89人(100.0%)	合計	77人(100.0%)

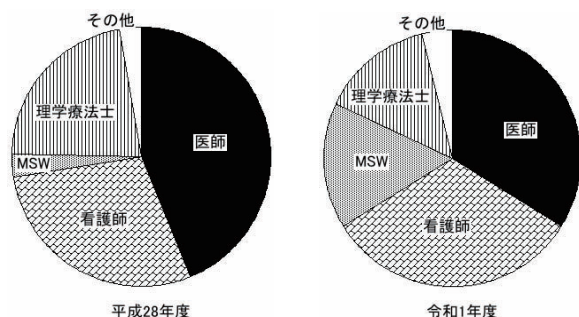
意に減少し、非常勤やパートが有意に増加した。一方、令和1年度は常勤はやや減少示し、非常勤やパートはやや増加した。

	入院前		退院後	
平成28年度	常勤	50人(72.5%)	常勤	31人(50.0%)
	非常勤	2人(2.9%)	非常勤	7人(11.3%)
	パート	11人(15.9%)	パート	18人(29.0%)
	空白	6人(8.7%)	空白	6人(9.7%)
	合計	69人(100.0%)	合計	62人(100.0%)
令和1年度	常勤	53人(59.6%)	常勤	41人(53.2%)
	非常勤	3人(3.4%)	非常勤	5人(6.5%)
	パート	25人(28.1%)	パート	26人(33.8%)
	空白	8人(8.9%)	空白	5人(6.5%)
	合計	89人(100.0%)	合計	77人(100.0%)

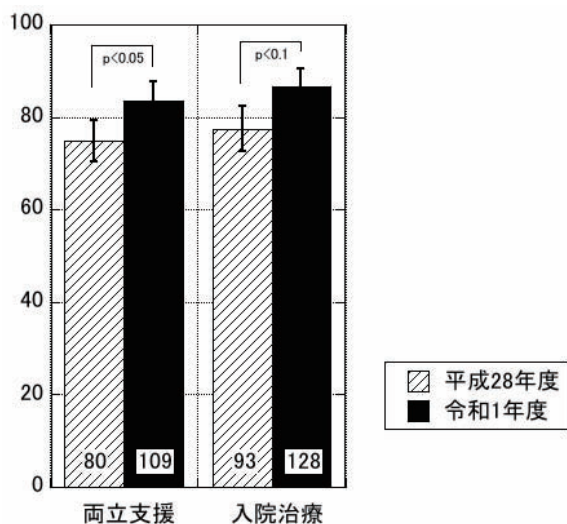
治療と就労の両立支援の説明を受けたのは平成28年度の58.4%から令和1年度の69.0%へと有意に増加し、説明を受けなかったのは平成28年度の18.4%から令和1年度の11.4%へと有意に減少した。両立支援を説明した職種のうち最も多いのは医師であった。しかし、医師の比率は平成28年度の

	両立支援	人数
平成28年度	説明を受けた	73人(58.4%)
	説明を受けなかった	23人(18.4%)
	空白	29人(23.3%)
	合計	125人(100.0%)
令和1年度	説明を受けた	127人(69.0%)
	説明を受けなかった	21人(11.4%)
	空白	39人(19.6%)
	合計	184人(100.0%)

43.8%から33.9%へと減少した。看護師は28.8%から32.2%へと増加し、MSWは2.7%から15.7%へと顕著に増加した。



両立支援と入院治療の満足度を0点から100点までの尺度で評価していたと、両立支援の満足度は平成28年度74.9±4.5点から令和1年度の83.5±4.2へと有意に増加した。一方、入院治療の満足度は平成28年度77.4±4.9点から令和1年度の86.7±3.9点へと増加傾向を示した。



考察

愛媛労災病院では全疾患を対象に治療と就労の両立支援を取り組んでおり¹⁾、その取り組みは時間とともに進展している。この流れの中で、整形外科領域で手術を受けた患者の評価を指標として、平成28年度と令和1年度で比

較検討した。両立支援の満足度は平成28年度から令和1年度へ有意に増加し、入院治療の満足度は増加傾向を示した。この時、治療と就労の両立支援を説明したのは平成28年度では医師が多くを占めていたが、令和1年度はさまざまな職種がほぼ均等に参与していた。つまり、平成28年度から3年を経過すると病院内で両立支援への取り組みが浸透し、チーム医療が発展してきた証と考える。つまり、両立支援への取り組みを介して、チーム医療が進展し、入院治療への満足度も向上することにつながった。

ただ、両立支援への取り組みが進んでも、働き続けている復職率は平成28年度は89.9%、令和1年度は86.5%であり、復職率の向上にまではつながらなかった。しかし、東京労災病院が取り纏めたがん患者の復職率²⁾は49.8%、若年脳卒中患者の復職率³⁾約40%と、今回の結果約85%は整形外科領域でがんや脳卒中とは疾病の種類が異なるものの優れた成績であり、当院の取り組みを反映した結果と考える。

ところで、愛媛労災病院では医療スタッフと患者・家族、事業所スタッフが一堂に集って復職について相談する3者面談を行っているが¹⁾、同じ事業所で働き続けている割合は平成28年度は82.3%、令和1年度は85.5%であり、同じ事業所に復職する割合の向上にもつながっていなかった。しかし、両立支援の取り組みと同じ事業所での就労率を比較した報告は未だに行われていないことから、当院の成績の評価は今後の報告との比較検討を待つこととした。

勤務形態は平成28年度では常勤の頻

度が入院前の72.5%が退院後は50.0%へと減少し、非常勤が2.9%から11.3%へパートが15.9%から29.0%へと増加した。一方、令和1年度では常勤や非常勤、パートとも大きな変化を認めなかった。両立支援の取り組みが常勤就労者が非常勤者やパート勤務者に移行するのを食い止めていた可能性も考えられる。このように両立支援の取り組みとその評価は多方面にわたることから、これからも多くの報告が行われてくることが期待される。

参考文献

- 1) 宮内 文久, 神野 結花ら: 愛媛労災病院での治療と就労の両立支援に対するこれまでの取り組み. 日職災医誌, 67: 547-550, 2019
- 2) 加藤 宏一: 治療就労両立支援モデル事業報告:がん分野 日職災医誌, 67: 289-293, 2019
- 3) 佐伯覚、蜂須賀明子ら: 脳卒中の復職の現状 脳卒中, 41: 411-416, 2019

本研究は独立行政法人労働者健康福祉機構令和2年度病院機能向上計画によって行われた。

小規模事業所における健康管理と「治療と就労の両立支援」

愛媛労災病院
宮内文久

抄録

小規模事業所での従業員の健康管理には健康診断と事後措置で行われているが、従業員の健康診断結果と自身の健康意識との関連、両立支援に対する認識度などの調査はいまだ行われていないことから、小規模事業所での質問調査を行った。無所見者の出現頻度は業種によって異なり、卸売・小売業、複合サービス事業、サービス業で多く、建設業、鉱業、運輸業で少なかった。従業員自身の健康に対する意識は有所見項目が0個から3個の範囲内では有意差を認めなかったものの、有所見項目が増えれば健康度は低下していた。治療就労両立支援に対する認識度は低く、両立支援の制度や相談窓口などの周知徹底や会社の積極的な取り組みを期待し、自分自身の問題とは認識していない傾向が窺えた。

はじめに

愛媛労災病院では平成30年4月から新居浜地域産業保健センターと協力して小規模事業所の事後措置に取り組んできた。小規模事業所の従業員の多くに異常所見が発見されていることから、健康管理を推進する目的で成績を取り纏めこととした。さらに、治療と就労の両立支援を小規模事業所で展開する

ための問題点を明らかにするために、小規模事業所の従業員に質問調査を行うこととした。

対象と方法

令和1年4月1日から令和3年3月31日までの2年間に愛媛労災病院産業医学教育・支援センターで事後措置を取り扱った58事業所1765人のうち、

事業所	従業員					年齢 (平均値±標準誤差)	身長 (平均値±標準誤差)	体重 (平均値±標準誤差)	健康診断 無所見者		健康診断 有所見者			有所見者の項目数 (平均値±標準誤差)
	男性	女性	総数	※	人数				頻度	人数	頻度	※		
鉱業	4	87	10	97	a	51.4±5.5	167.9±11.3	65.3±13.5	5	5.2	92	94.8	a	3.4±1.7
建設業	9	290	21	311	a	50.1±4.8	161.5±13.7	71.1±10.5	12	3.9	299	96.1	b	3.5±1.9
製造業	3	74	7	81	a	49.7±4.4	164.6±12.5	68.5±11.7	10	12.3	73	90.1	a	3.7±1.5
電気・ガス・熱供給・水道業	3	57	8	65	a	48.3±5.6	154.9±13.2	67.4±10.1	5	7.7	60	92.3	a	3.2±1.8
情報通信業	1	15	8	23	b	42.9±5.3	159.8±14.6	62.4±9.4	4	17.4	19	82.6	a	1.7±1.1
運輸業	5	102	11	113	a	50.7±6.2	162.3±14.1	70.3±9.2	9	8.0	104	92.0	a	4.7±2.2
卸売・小売業	2	9	56	65	a	49.3±5.6	157.8±13.6	64.3±8.5	14	21.5	49	75.4	c	2.1±1.4
飲食店、宿泊業	2	5	34	39	a	48.1±3.7	152.9±13.4	65.7±7.9	5	12.8	34	87.2	a	2.4±1.3
教育、学習支援業	2	29	6	35	b	64.8±6.1	163.2±10.5	68.2±8.7	4	11.4	31	88.6	a	3.8±2.1
複合サービス事業	1	3	16	19	a	45.3±5.7	157.6±12.9	66.5±9.6	4	21.1	15	78.9	a	2.6±1.8
サービス業	1	4	17	21	a	43.1±5.4	156.8±11.5	68.5±10.6	4	19.0	17	81.0	a	2.2±1.7
合計	33	626	243	869		47.9±5.3	158.7±12.6	66.9±10.4	76	8.7	793	91.3		3.3±1.7

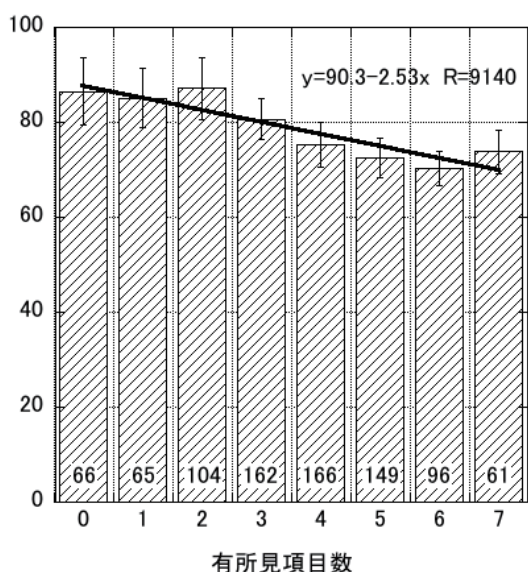
※ ANOVA分析による層別を示す

同意の得られた 33 事業所に質問用紙を配布し、回答を得られた 869 人（回答回収率 75.2% 869 / 1156 人）を解析対象とした。平均年齢は 47.9±5.3（平均値 ± 標準誤差）歳、男性 626 人（72.0%）、女性 243 人（28.0%）であった。産業区分別の対象の分布を表 1 に示す。なお、今回の解析に際しては愛媛労災病院の倫理委員会の審査を受けて、実施した。

結果

無所見の従業員数は 76 人（8.7%）であり、有所見の従業員数は 791 人（91.3%）であった。有所見者の多い産業は建設業、鉱業、電気・ガス・熱供給・水道業、運輸業、製造業であった。一方、有所見者の少ない産業は卸売・小売業、複合サービス事業、サービス業であった。有所見者が指摘された有所見項目は 1 項目から 7 項目と幅広く分布し、平均項目数は 3.3±1.7 であった（表 1）。有所見項目数が最も多い産業は運輸業であり、最も少ない産業は情報通信業であった（表 1）。

自分の健康度を 0 点（自分の健康に



は全く自信が無い) から 100 点 (自分は全く健康で何の問題も無い) からの範囲で自己評価すると、無所見者の平均値は 86.5±7.1 であり、有所見の項目数が増えれば増えるほど自己評価点は減少し、両者には有意な相関関係を認めた。有所見項目が増えれば増えるほど自己健康評価点は減少したが、有所見項目が 0 個の従業員から 2 個の従業員の自己評価点に有意差を認めなかった。

事後措置で通常勤務が可能と判断した従業員は 591 人（68.0%）であり、診察を受けることを奨めた従業員数は 273 人（31.4%）であり、就業禁止を指示した従業員は 5 人（0.6%）であり、その主な疾患は糖尿病、高血圧、心房細動、肝機能障害、視力障害であった。

	人数	頻度	
通常勤務	591人	68.0%	
受診勧奨	273人	31.4%	
就労禁止	5人	0.6%	糖尿病、高血圧、心房細動、肝機能障害、視力障害
合計	869人	100.0%	

869 人のうち 2 週間以上休職したことがある従業員は 28 人（96.8%）であり、休職後現在と同じ事業所で働いているのは 12 人（42.9%）であり、他の事業所で復職したのは 16 人（57.1%）であった。

2週間以上休職したことが	人数	頻度	その後復職したのは	人数	頻度
無い	841人	96.8%			
有る	28人	3.2%			
			同じ事業所	12人	42.9%
			別の事業所	16人	57.1%

そこで、治療就労両立支援を知っているかと尋ねたところ、「知っている」と答えたのは 39 人（4.5%）、「何とな

く知っている」「聞いたことがある」のが35人(4.0%)であり、合わせて74人(8.5%)であった。「知っている」「何となく知っている」のを合わせた頻度は産業医に対して88人(10.1%)であり、安全衛生委員会73人(8.4%)、地域産業保健支援センター66人(7.7%)であった。

	知っている		何となく知っている 聞いたことがある		知らない 聞いたことがない	
	人数	頻度	人数	頻度	人数	頻度
産業医	47人	5.4%	41人	4.7%	781人	89.9%
	88人 10.1% (p<0.05)		32人 3.7%		796人 91.6%	
安全衛生委員会	41人	4.7%	32人	3.7%	796人	91.6%
	73人 8.4%		31人 3.6%		803人 92.4%	
地域産業保健支援センター	35人	4.1%	31人	3.6%	803人	92.4%
	66人 7.7%		35人 4.0%		795人 91.5%	
治療就労両立支援	39人	4.5%	35人	4.0%	795人	91.5%
	74人 8.5%					

治療と就労の両立支援を推進する種には何が必要かと尋ねると(複数回答可)、最も多かった回答は「制度の周知徹底」135人(15.5%)であり、次いで「制度の有用性の広報」129人(14.8%)、「会社の積極的な取り組み」122人(14.0%)と続いた。比較的少ない回答が会社の「会社の相談窓口の明示」91人(10.5%)、「社会の相談窓口の明示」76人(8.7%)であった。

治療就労両立支援を推進するには	人数	頻度
会社の積極的な取り組み(会社は積極的にやる気があるのか)	122人	14.0%
会社の相談窓口の明示(会社のどの部門に相談していいかわからない)	91人	10.5%
社会の相談窓口の明示(会社以外の病院や市役所に相談するのかわからない)	76人	8.7%
制度の周知徹底(制度そのものが解らない)	135人	15.5%
申請方法の明示(誰が、何時、どこに申請するのか解らない)	113人	13.0%
制度の有用性の広報(制度を利用したとしても有用なのか解らない)	129人	14.8%

さらに、会社が従業員の健康増進のために取り組むべき対策には何が必要かと尋ねると(複数回答可)、最も多かった回答は「受診への配慮」803人(92.4%)、「時間単位の年休制度」764人(87.9%)であった。比較的少ない回答だったのが「電話相談制度」96人(11.0%)、「会社のかかりつけ病院の設定」81人(9.3%)であった。

会社の健康施策に望むのは	人数	頻度
会社のかかりつけ病院の設定	81人	9.3%
受診への配慮	803人	92.4%
時間単位の年休制度	764人	87.9%
年休日数の拡大	281人	32.3%
健康講座の開催	137人	15.8%
健康相談窓口の設置	164人	18.9%
保健師・看護師による健康管理	193人	22.2%
電話相談制度	96人	11.0%
時間外労働の制限	245人	28.2%
レクリエーション施設の充実	129人	14.8%

考察

従業員数が50人未満の小規模事業者での健康調査を行い、健康診断で全く異常を認めなかった無所見者の頻度は76人(8.7%)にしか過ぎず、従業員数の91.3%に何らかの異常所見が認められた。これは常時50人以上の労働者を使用する事業所を対象とした政府統計の定期健康診断実施結果では令和1年57.0%、令和2年58.5%であり¹⁾、事業所の規模によって全く異なる結果となった。平井ら²⁾は高血圧を指標とした場合、小規模事業者の方が大規模事業所より高い有所見率を認めたと報告している。有賀ら³⁾は小規模事業所で働く労働者の健康管理こそが重要であると報告している。

有所見者が有していた異常項目の数は平均3.3個であり、多くの従業員は複数の異常所見を有していた。無所見者(有所見項目数0)の健康自己評価は 86.5 ± 7.1 点であり、この評価点と有所見項目数1の評価点 85.1 ± 6.2 、有所見項目数2の評価点 87.1 ± 6.5 、有所見項目数3の評価点 80.7 ± 4.4 、と有意差を認めなかった。つまり、異常所見が1個や3個の状態では自分の健康状態に疑問を感じていないと推測した。一方、無所見者(有所見項目数0)と有意差を

認めたのは有所見項目数4の評価点75.3±4.7であり、健康状態の自己評価と実際の健康状態には大きな乖離があることが判明した。これは健康診断の重要性を裏打ちする結果であり、小規模事業所で働く従業員に対する事後措置の必要性を物語っている³⁾。

2週間以上休職した経験がある従業員は28人(3.2%)であり、その半数弱の12人(42.9%)しか同一事業所に復職できていなかった。小規模事業所では2週間以上休職すると元の職場に復帰するのは困難な状況にあると推測できた。

そこで、「治療と就労の両立支援」を少しでも知っているか尋ねたところ、知っていたのは74人(8.5%)ときわめて少数であり、「産業医」を知っていた88人(10.1%)より低率であった。「治療と就労の両立支援」を推進するにはとの質問に対して、制度の周知徹底(135人15.5%)や制度の有用性の広報(129人14.8%)、会社の積極的な取り組み(122人14.0%)を期待した回答と表裏一体をなすと考えられた。山口ら⁴⁾もがん患者を対象とした調査結果から、治療を続けながら働くための制度や社内の理解が不十分なため、離職している患者さんが多いと報告している。そこで、厚生労働省は専門家(両立支援促進員)が企業を訪問し、治療と職業生活の両立支援に関する制度導入や教育などについて、具体的な支援を事業所や経営者に実施することとしている⁵⁾。有賀ら³⁾は治療と就労の両立支援の推進には地域産業保健推進センターを活用してはと提案している。

会社の健康施策に期待するのは「受診への配慮」が803人92.4%、「時間

単位の年休制度」が764人87.9%と多くの従業員に支持されていた。小規模事業者の従業員の健康推進には「治療と就労の両立支援」も重要であるものの、日常生活での健康施策も同様に重要であると考えた。

参考文献

- 1) 厚生労働省定期健康診断結果報告
https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450211&tstat=000001018638&cycle=7&year=20200&month=0&result_back=1&tclass1val=0
- 2) 平井一芳、日下幸則ら：企業規模ならびに業種からみた高血圧の有所見率に関する研究—福井県内事業所健診結果の解析— 日本公衛誌 43巻9号 806-814、1996年
- 3) 有賀徹、伊藤弘人：小規模事業場における従業員の健康管理の課題と展望 日職災会誌 68巻3号 155-161 2020年
- 4) 山口建、静岡がんセンター「がんの社会学」に関する研究グループ：2013がん体験者の悩みや負担等に関する実態調査 がんと向き合った4054人の声 <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10904750-Kenkoukyoku-Gantaisakukenkouzoushinka/0000129860.pdf>
- 5) 厚生労働省治療と職業生活の両立支援についての取り組み <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000213499.pdf>

Health management at small business and "Support for balancing medical treatment and employment"

Fumihisa Miyauchi

Employee health management at small businesses is carried out through health examinations and follow-up measures. However, research on the relationship between employee health examination results and employees' perception of their own health, and the degree of awareness about the support for work-life balance, have not yet been explored. This motivated us to conduct a questionnaire survey at small businesses. The percentage of healthy employees varied among industries, with wholesale, retail, compound services, and service businesses being the healthiest, while construction, mining, and transportation being the unhealthiest. Although there were no significant differences in the employees' perception of health within the range of 0 to 3 symptoms, the health level decreased as the symptoms increased. The awareness about the support for balancing medical care and employment is lacking among employees, and they tend to expect that the balance support and consultation desk will be thoroughly advertised and that companies will actively work on it, but they don't recognize it as their own problem.

令和3年度 厚生労働科学研究費補助金(労働安全衛生総合研究事業)

中小企業等における治療と仕事の両立支援の取り組み促進のための研究
(19JA1004)

分担研究報告書

中小企業のヘルスリテラシーの向上に寄与する 映像コンテンツ作成

研究分担者

森 晃爾

(産業医科大学 産業生態科学研究所 教授)

永田 昌子

(産業医科大学 医学部 両立支援科学 准教授)

令和3年度 厚生労働科学研究費補助金(労働安全衛生総合研究事業)
中小企業等における治療と仕事の両立支援の取り組み促進のための研究
分担研究報告書

中小企業のヘルスリテラシーの向上に寄与する映像コンテンツ作成

研究分担者 森 晃爾 (産業医科大学 産業生態科学研究所 教授)

研究分担者 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:

本分担研究では、中小企業のヘルスリテラシーの向上に寄与する映像コンテンツを作成した。

両立支援の重要性が注目され、大企業など、両立支援に力を入れている企業も散見されるようになってきた。しかし、日本の労働者の約 55%が属している中小企業への浸透はまだ十分でない。経営体力の弱い中小企業にとっては目の前の資金繰りや業務をどうするかという視点になりがちで、企業のヘルスリテラシーが十分でなく医療機関との連携も不十分になりやすく労働者に負担をかけている現状がある。

また、中小企業の担当者に両立支援について聴取しても経験したことがないと回答するものがほとんどで両立支援のイメージがわきにくい現状があることが想定される。中小企業のヘルスリテラシーを向上させるためには、事例などを交えた説明資料が有用である可能性がある。

そこで本分担研究は、中小企業経営者向けに教育等で利用する事例などを交えた映像コンテンツを作成することを目的とした。今年度作成した映像コンテンツを、教育等も用い、両立支援について広く啓発していくことが望まれる。

研究協力者

原田 有理沙 (産業医科大学 医学部 両立支援科学 助教)

A. 目的

両立支援の重要性が注目され、大企業など、両立支援に力を入れている企業も散見されるようになってきた。しかし、日本の労働者の約 55%が属している中小企業への浸透はまだ十分でない。経営体力の弱い中小企業にとっては目の前の資金繰りや業務をどうするかという視点になりがちで、企業のヘルスリテラシーが十分でなく医療機関との連携も不十分になりやすく労働者に負担をかけている現状がある。

また、中小企業の担当者に両立支援について聴取しても経験したことがないと回答するものがほとんどで両立支援のイメージがわきにくい現状があることが想定される。中小企業のヘルスリテラシーを向上させるためには、事例などを交えた説明資料が有用と考えられ、映像コンテンツを作成することを目的とした。

B. 方法

1) 教育コンテンツ案の作成

初年度の成果で、治療と仕事の両立支援に取り組む小規模事業場の経営者に必要な知識・能力として、①両立支援の基本的知識、②就業規則等の制度化の知識、③個人情報保護の知識、④産業保健スタッフの活用の知識、⑤主治医への情報提供・入手のための知識、⑥両立支援関連機関の活用のための知識、⑦従業員／家族とのコミュニケーションのための知識・能力、⑧職場環境の理解・改善方法・

同僚への配慮のための知識・能力、⑨健康経営推進のための知識が挙げられた。

研究分担者らで協議し、これらの項目を盛り込む教育コンテンツ案を作成した。

2) 教育コンテンツ案の試行

全国健康保険協会熊本支部が事務局を担い、熊本県の企業の健康経営の質の向上、従業員の健康度の向上及び生産性の向上を目指している「くまもと健康企業会」の勉強会にて、令和 2 年度の成果物である映像コンテンツの視聴と、両立支援の取り組み方に関する 20 分程度の講演を行い、受講者にアンケートを行った。受講者にアンケートとして、1) 受講者属性 2) 内容①治療と仕事の両立支援の必要性、②個別事例の対応で企業が行うこと、③治療と仕事の両立支援のために制度面で企業が取り組むこと)の理解度 3) 両立支援の具体的な取り組み 4 つ (①安全衛生委員会などの会議で議題とする、②時間単位の有給休暇制度をつくる、③短時間勤務制度をつくる、④啓発)について取り組み状況と取り組む意向、個別事例が発生し対応する場面でああなたが考える優先度を確認した。

3) 教育コンテンツ案の映像化

1) 2) をもとに教育コンテンツを映像化した。

C. 結果

教育コンテンツ案を作成し、試行を9月に実施した。受講者45名のアンケートの結果を得た。受講者は役員1割、人事労務役職者が18%、人事労務担当者が24%であった。理解度は、①治療と仕事の両立支援の必要性について回答者全員が「十分理解できた」もしくは「ある程度理解できた」と回答した。②個別事例の対応で企業が行うことについても回答者全員が「十分理解できた」もしくは「ある程度理解できた」と回答した。③治療と仕事の両立支援のために制度面で企業が取り組むことについては、回答者の8割が「十分理解できた」もしくは「ある程度理解できた」と回答した。具体的な取り組み4つ（①安全衛生委員会などの会議で議題とする、②時間単位の有給休暇制度をつくる、③短時間勤務制度をつくる、④啓発）の取組状況ならびに今後の見込みについて、全項目6割以上の回答者が「既に取り組んでいる」もしくは「1年以内に取り組みたい」との回答であった。（資料1）

映像コンテンツの用途として、①集合教育の導入映像、②HPでの一般向けに公開する映像とした。

シナリオを完成させ、（資料1）のシナリオをもとに映像コンテンツを作成した。

D. 考察

中小企業の経営者等向けの啓発に利用できる年度作成した映像コンテンツを作

成した。

研修後のアンケートでは理解度も高かった。また、具体的な取組について6割以上の回答者が「既に取り組んでいる」「1年以内に取り組みたい」を回答し、制度面の取り組みは中小企業にとっても実施上の困難はそれほど大きくない可能性もある。

今後動画を公開するなど、普及を図りたい。

F. 引用・参考文献

なし

G. 学会発表

なし

H. 論文業績

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況：(予定を含む。)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

資料1 研修後アンケート結果

(n=45)

I.あなたについて教えてください。

1) 年代について

	実数	割合(%)
20代	4	8.9%
30代	9	20.0%
40代	12	26.7%
50代	9	20.0%
60代	9	20.0%
70代	1	2.2%
無回答	1	2.2%

2) 職種について

	実数	割合(%)
役員/取締役	5	11.1%
人事労務/役職者	8	17.8%
人事労務/担当者	11	24.4%
その他	18	40.0%
無回答	3	6.7%

II.本日の研修の理解度を教えてください。

① 治療と仕事の両立支援の必要性

	実数	割合(%)
a.十分理解できた	33	73.3%
b.ある程度理解できた	12	26.7%
c.あまり理解できなかった	0	0.0%
d.理解できなかった	0	0.0%

② 治療と仕事の両立支援のために、個別事例の対応で企業が行うこと

	実数	割合(%)
a.十分理解できた	28	62.2%
b.ある程度理解できた	17	37.8%
c.あまり理解できなかった	0	0.0%
d.理解できなかった	0	0.0%

③ 治療と仕事の両立支援のために制度面で企業が取り組むこと

	実数	割合(%)
a.十分理解できた	27	60.0%
b.ある程度理解できた	16	35.6%
c.あまり理解できなかった	2	4.4%
d.理解できなかった	0	0.0%

III.以下の取り組みについて、御社で既に組み込まれていること、今後取り組もうと思われたこと・取り組む予定がないことについて教えてください

① 安全衛生委員会などの会議で議題とする

	実数	割合(%)
既に実施している	12	26.7%
1年以内に取り組みたい	17	37.8%
いつか取り組みたい	14	31.1%
取り組む予定はない	2	4.4%
無回答	0	0.0%

② 時間単位の有給休暇制度をつくる

	実数	割合(%)
既に実施している	21	46.7%
1年以内に取り組みたい	9	20.0%
いつか取り組みたい	15	33.3%
取り組む予定はない	0	0.0%
無回答	0	0.0%

③ 短時間勤務制度をつくる

	実数	割合(%)
既に実施している	26	57.8%
1年以内に取り組みたい	7	15.6%
いつか取り組みたい	11	24.4%
取り組む予定はない	0	0.0%
無回答	1	2.2%

④ 啓発(治療と仕事の両立支援に関するポスターの掲示や研修会の開催など)

	実数	割合(%)
既に実施している	10	22.2%
1年以内に取り組みたい	21	46.7%
いつか取り組みたい	14	31.1%
取り組む予定はない	0	0.0%
無回答	0	0.0%

IV.個別事例が発生し対応する場面あなたが考える優先度を教えてください。(3つ優先度が高いものを選択)

	実数	割合(%)
a.本人の働く意欲	40	88.9%
b.仕事を安全にできるか	32	71.1%
c.手続きをしっかりと踏むこと	8	17.8%
d.従業員間の平等	11	24.4%
e.本人のこれまでの会社への貢献	2	4.4%
f.(本人や家族)経済的に困窮しないか	14	31.1%
g.本人の個性の配慮	28	62.2%

資料2

「治療と仕事の両立支援について」動画シナリオ

P 1 (表紙) …治療と仕事の両立支援について

1 – この動画の目的

治療と仕事の両立支援
について

産業医科大学

参考／厚生労働省「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」

この動画では、「治療と仕事の両立支援」について厚生労働省のガイドラインに沿いながら分かりやすく説明します。

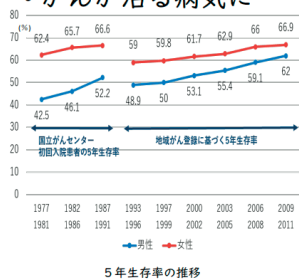
「治療と仕事の両立支援」は、ここ数年で注目されている国の「健康経営優良法人」認定制度でも、「病気の治療と仕事の両立の促進に向けた取り組み」として、任意項目の1つに盛り込まれています。

P 2 …治療と仕事の両立支援の必要性が注目される背景

2 – 治療と仕事の両立支援が注目される3つの背景

治療と仕事の両立支援の必要性が注目される背景

・がんが治る病気に



・入院期間の短縮 (厚生労働省患者調査より)
がんの平均在院日数 35.8日 (H8) → 16.1日 (H29)

「治療と仕事の両立支援」とは、がんなどの重い病気を患っても、従業員が治療を受けながら仕事を続けられるように支援するための取り組みです。

この「治療と仕事の両立支援」が注目されているのは3つの社会的な背景があります。

まずは、医療の進歩によってかつて「不治の病気」とされていた様々な疾病が、「長くつきあう病気」に変化しつつあることです。

がんを一例に見ても5年生存率は年々上がり続けています。

つまり、重い病気を患っても、治療を経てやがて日常生活に戻っていく人が増えているということです。

<p>がんや心臓血管疾患の罹患率が高い60-70代、疾病を有しても意欲がある人は働ける環境の整備が必要</p>	<p>これに続いて、病院での入院期間も短縮傾向にあります。がんの平均在院日数は、いまや20年前の半分以下です。</p> <p>長くつきあう病気が増え、入院期間が短縮していることはたとえ病気になっても短期で社会復帰を果たし、治療を続けながら再び働いている人が増えていることを示しています。</p> <p>それは3つ目の背景、「労働力の確保」に通じます。国内の労働力は少子高齢化によって減少の一途をたどっており、それは今後も続く予測されています。</p> <p>企業にとって人材の確保は重要な課題ではないでしょうか。</p> <p>がんや循環器疾患といった病気を抱えながらも働く意欲を持つ人たちは、仕事や通院に対する適切な配慮があれば活躍することが出来る、企業にとって貴重な人材です。</p> <p>つまり、治療と仕事の両立支援に取り組むことは、従業員の支援であると同時に、企業側にとっても大切な人材を確保し、安定した経営を続けるための重要な取り組みなのです。</p>
---	--

<p>P 3…病気になった時</p> <p>3-1 病気を抱えた本人の心境を想像する</p>	
	<p>治療と仕事の両立支援を行うにあたって経営者がまず理解しておきたいのが、病気を抱えた従業員本人の不安定な心境です。</p> <p>病気を告知された本人は突然のことに大きなショックを受け、将来への不安、治療への不安、経済的な不安などつらい精神状態に陥ることが少なくありません。</p> <p>そして、心配ごとを一つでも減らしたい、周りに迷惑をかけたくないという一心から、</p>

すぐに退職を願い出てしまう人がとても多いのです。

しかし前にも述べたとおり、がんをはじめ様々な疾患は長くつきあう病気へと変わり始めており、実際多くの方が社会復帰を果たしています。

「仕事を辞めたい」「続ける自信がない」などの言葉を本人が口にしても、それは冷静な判断ではないかもしれません。突然大きな病気に直面し大変なショックを受けていることを念頭に置きながら、本人に寄り添い、今後のことを一緒に考えていく姿勢が大切です。

(挿入-PDF 資料 P 31 棒グラフ)

4-病気を抱える従業員への対応で困ったこと

そうは言っても、受け入れる企業としては、これまでと同じように働けるのか、仕事をさせても良いのか、不安もあると思います。

こちらは実際に両立支援を実施した企業が、病気を抱える従業員への対応で困ったことを調査したアンケート結果です。

最も多かったのは「従業員の病気や治療に関する見通しが分からなかった」という声です。

たしかに、病気の状態や治療方法、どういう副作用があるかといった、治療に関する詳しい情報は医療機関にあるため、企業側だけでは把握できません。

一方で、企業側が治療の詳細な情報を知り得ないように、主治医は患者の仕事がどんな業務でどんな働き方か、詳しく知りません。

図表 156 配慮が必要な従業員

困ったこと	割合 (%)
病気や治療に関する見通しが分からなかった	43.7
復職可否の判断がなかなかつかなかった	16.5
就業制限の必要性や期間が分からなかった	9.8
症状の悪化や再発予防への対応策が分からなかった	20.2
病状や副作用の具体的な就業への影響が分からなかった	23.2
他の従業員の場力が得られなかった	1.1
部署異動や業務内容の調整が困難だった	7.0
その他	4.5
対応に苦慮したことはなかった	18.5
無回答	17.6

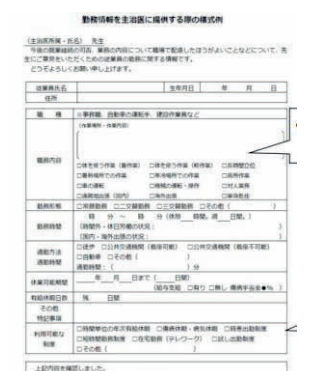
※「全体 (n=357)」を使う
東京都の企業向け調査

P 4… (グラフ) / P 6…勤務情報提供書

5-企業と主治医の連携

※グラフをパーツごとに表示していくイメージです

そこで重要になるのが「企業と主治医の連携」です。

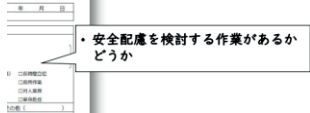
<p>・グラフの縦軸・横軸を表示</p> <p>・黒線（健康度）を表示</p> <p>・【診断】【入院】【退院】</p> <p>・【職場復帰】を表示</p> <p>・赤の点線（就業能力）を表示</p> <p>職場、主治医、連携⇔</p> <p>※地域社会が出てこない</p> <p>...</p>	<p>主治医は、患者が日常生活を送るなかで、どんな負担をどの程度なら行っても病状に支障がないか判断を行います。働いている患者にとっては、仕事も日常のうちです。</p> <p>患者の仕事がどんな業務でどんな働き方なのか、詳しい情報があれば、主治医は仕事についても判断が可能になります。</p> <p>だからこそ、両立支援を円滑に進めるには企業と主治医の連携が不可欠なのです。</p>
	<p>連携を図る具体的な手段のひとつが、業務内容や勤務状況を主治医に伝える書類、「勤務情報提供書」です。</p> <p>基本的には病気を抱える従業員本人が記入するものですが、企業の担当者が書類の作成をサポートしても構いません。</p> <p>企業と主治医、それぞれが持っている情報を共有し連携することで、より適切な両立支援を実施することができます。</p>

<p>P7 取り組むこと② ～両立支援を行うための環境整備～</p>	
<p>6－両立支援に必要な社内環境・体制づくり</p>	
<p>(4項目=P7の1～4)</p> <p>1. 事業者による基本方針の表明と労働者への周知 ✓例) 衛生委員会議題にする 朝礼等で話す</p> <p>2. 研修等による両立支援に関する意識啓発 ✓例) 健康経営の一環として研修</p>	<p>では、社内にはどんな体制を整えておけばよいのでしょうか。</p> <p>まずは、社内の風土づくりとして</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 事業者による基本方針の表明と労働者への周知 2. 研修等による両立支援に関する意識啓発 <p>から始めましょう。</p> <p>病気を抱えながらも働き続けられるように支援する方針であることを、全ての従業員に周知しましょう。治療と仕事の両立支援に関する研修や情報発信を行うことで、「もし自分が」「もし同僚が」病気になっても、働き続けられるように皆で協力し</p>

<p>3. 相談窓口の明確化</p> <p>✓ 例) 人事総務部門の担当者、診断書などの窓口をしている担当者、産業保健スタッフ</p>	<p>て当たり前という「持ちつ持たれつ」の社内風土を育みます。</p> <p>また、</p> <p>3. 相談窓口の明確化</p> <p>両立支援の相談窓口となる部署はどこかを明確に決めて周知しておきましょう。</p> <p>「病気を抱える従業員の受け入れ」と聞くと大がかりな取り組みのようにも感じますが、この3点からも分かるように治療と仕事の両立は「育児と仕事の両立」や「介護と仕事の両立」に必要な取り組みや制度を活用することが出来ます。</p> <p>様々な事情を抱えていても、その特性等に応じて最大限活躍できる社内風土を醸成すること。それは、ダイバーシティ推進等の観点からも、これからの時代を生きる企業にとって大きな強みになるはずです。</p>
<p>4. 両立支援に関する制度・体制等の整備</p> <p>1. 休暇制度、勤務制度の整備</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 時間単位の年次有給休暇 <input type="checkbox"/> 時差出勤制度 <input type="checkbox"/> 短時間勤務制度 <input type="checkbox"/> 在宅勤務 <p>2. 関係者の役割の整理</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 人事労務担当者 <input type="checkbox"/> 上司 <input type="checkbox"/> 産業保健スタッフ <input type="checkbox"/> 未選任の場合 	<p>4. 両立支援に関する制度・体制等の整備</p> <p>具体的な制度や体制等としては「休暇制度・勤務制度の整備」や「関係者の役割の整理」があげられます。</p> <p>(1. 休暇制度、勤務制度の整備)</p> <p>例えば、がんの化学療法のために数時間だけ仕事を抜けなければならないという時、有給休暇を1日単位で取得していると日数が足りなくなることがあります。有給休暇を1日単位ではなく時間単位で取得できるようにすれば、有給休暇をより有効に治療に活用できるかもしれません。</p> <p>そのほか、時差出勤、短時間勤務、在宅勤務など、様々な視点から休暇制度・勤務制度を検討してみましょう。</p>
	<p>(2. 関係者の役割の整理)</p> <p>両立支援に関して、専門的な知識やスキルがあるのは産業医や産業保健師等の産業保健専門スタッフですが、ほとんどの中小企業では専門スタッフが常勤していないのが現実です。</p>

<p>・産業保健総合支援センター</p>	<p>そこで頼りになるのが地域の公的機関です。</p> <p>通称「さんぽセンター」と呼ばれている「産業保健総合支援センター」は、各都道府県に展開されており、両立支援コーディネーターの研修を受講した両立支援促進員が配置されています。</p> <p>両立支援コーディネーターは、患者側（家族など）、医療機関側（主治医、看護師など）、企業側（産業医、衛生管理者、人事労務担当者など）のそれぞれの立場から患者に寄り添い、3者間の情報共有を円滑にする役割を担います。</p> <p>さんぽセンターでは、支援に備えた制度・体制づくりに関する企業からの相談はもちろん、従業員から支援の申し出があった場合の個別調整など、随時無料で両立支援相談員が相談に乗ってくれます。お困りの際には、是非ご活用ください。</p>
----------------------	---

<p>P 5…取り組むこと① ～個別事例 留意事項～／P 6…勤務情報提供書 7_01—病気を抱える従業員に対する留意点①</p>	
<p>1. 安全と健康の確保（安全配慮）</p> <p><input type="checkbox"/> 疾病の増悪がないように</p> <p><small>例）腎臓がんによる腎臓切除後、腎毒性のある化学物質を使用する作業の禁止</small></p> <p><input type="checkbox"/> 労働災害が生じないように</p> <p><small>例）作業の停止し、ふらつきがある場合、高所作業を禁止する</small></p> <p><small>例）化学療法中である、脱水による脱水状態をきたしやすい状態と判断、塵埃粉塵を禁止とする。</small></p>	<p>では実際、社内に両立支援が必要な従業員が現れたとき、従業員本人に対してどのような取り組みが望ましいでしょうか。</p> <p>まず考えるべきは、従業員の安全と健康の確保です。</p> <p>（<input type="checkbox"/>労働災害が生じないように）</p> <p>安全はすべてに優先されるように、労働災害が生じないための留意が大切です。</p> <p>体力の低下によってふらつきがある場合は、高所での作業をさせない、化学療法中で脱水症状を起こしやすい状態にある場合は炎天下の作業をさせないなど、従業員の健康状態に合わせて職務内容を配慮しましょう。</p> <p>（<input type="checkbox"/>疾病の増悪がないように）</p> <p>また、企業として気になるのは仕事をすることで病気を悪化させてしまうことではないでしょうか。たしかに心配だと思いま</p>

	<p>す。</p> <p>しかし、すべての業務が実際に病状に悪影響を及ぼすとは言えません。例えば、化学物質を扱う業務や過度な長時間労働など対処が必要なケースももちろんありますが、一般的なデスクワークなどは「ほとんど影響はない」と主治医に判断されるでしょう。</p> <p>こうした労働災害防止のための安全配慮は、先に紹介した「勤務情報提供書」で職務内容や勤務形態を主治医に伝えることで適切な判断を仰ぐことができます。</p>
<p>2. 労働者本人による取組（自己保健義務） 3. 労働者本人の申出 <small>申出を促す働きかけ</small></p>	<p>ところで、治療と仕事の両立は、病気を抱える本人が治療にしっかり向き合うこと（労働者本人による取組）、</p> <p>また、仕事と両立するために必要な支援を本人から申し出ることを基本としています（労働者本人の申出）。</p> <p>しかし、病気を患う本人は周囲に気を遣って、業務内容の変更や勤務についての要望をなかなか言い出しにくいものです。何か気になっていることはないか、企業側からの働きかけや申し出をしやすい環境を整えることも大切です。</p>
<p>4. 治療と仕事の両立支援の特徴を踏まえた対応 <input type="checkbox"/> 疾病の症状や治療の副作用、障害等により業務遂行能力低下が一時的に低下する場合あり <small>※1 中等症未満の病状でも一時的に低下する ※2 中等症未満、病状が重くても、治療中に治療で悪くなることも併発してらう</small></p>	<p>（治療と仕事の両立支援の特徴を踏まえた対応） （<input type="checkbox"/> 疾病の症状や治療の副作用、障害等により業務遂行能力が一時的に低下する場合もあり）病気を抱える従業員の中には、治療の副作用などによって体調が数日悪くなることもあります。</p>
<p>5. 個別事例の特性に応じた配慮 <small>同じがん種でも同じステージでも治療法や副作用、予後は大きく異なることあり</small></p>	<p>さらに、たとえ同じ肺がんの同じステージでも、がんの性質や元々の健康状態によって病状は大きく異なるように、病気による症状の個人差も想像以上に大きいものです。</p> <p>なお、配慮を検討するうえでは、人づてに聞いた話やインター</p>

<ul style="list-style-type: none"> • 個別事例の特性に応じた配慮 • 本人の気持ちに寄り添って • 聞きにくいこともあるが、お互い気を遣いすぎず。 • 状況の変化に柔軟に対応する 	<p>ネットの情報を鵜呑みにするのではなく、まずは本人の困っていることに耳を傾けましょう。</p> <p>聞きにくいこともあるかも知れませんが、お互いに気を遣い過ぎてもうまくいきません。</p> <p>何が難しくて、何が出来るのか、どういう希望を持っているのか、本人にしか分からないことは本人に聞いて相談しながら、事業場の実情に応じた配慮を検討していきましょう。</p>
--	---

P 8…両立支援の実際

7_02－病気を抱えた従業員に対する留意点②

<ul style="list-style-type: none"> • 個人情報の配慮 <ul style="list-style-type: none"> • 本人の意向の確認 • 病名をいう必要はないが配慮を受けるなら説明が必要であるということを理解してもらう • 受け入れ状況への配慮 <ul style="list-style-type: none"> • 周囲の方への説明 • 周囲の負担が過度にならないように日頃から対策。 	<p>両立支援を行ううえで、気をつけなければならないのが個人情報の取り扱いです。</p> <p>病気は、最も機微なプライバシーな情報であり、その取り扱いには最大の注意が必要です。</p> <p>例えば、がんの治療中であることは知らせて構わないけれど、「乳がん」や「子宮がん」、「精巣がん」といった詳しい病名までは知られたくないという人も少なくありません。</p> <p>(受け入れ状況への配慮)</p> <p>一方で、治療のための欠勤や職務の変更は、本人だけでなく、多くの場合、周りの従業員たちにも負担が生じます。治療は長期にわたることも多く、周囲の負担が大き過ぎると徐々に協力が得づらくなり、ひいては治療を受ける本人も働きづらくなってしまいます。</p> <p>周りの理解や協力を得るには、病気の状況について、ある程度の情報開示が効果的なことも現実です。どの個人情報をどの範囲の人に開示するか、本人の意向を確認しながら、慎重に進めていく必要があります。</p> <p>また、周囲の負担が過度にならないよう、業務分担が可能な体制を整えておく等、日頃から具体的な対策を講じることが大切です。</p>
--	--

(ナシ)

8－まとめの言葉

特に中小企業にとって1人の従業員の損失が、経営に与える影響は決して小さくありません。

様々な従業員が最大限活躍できる会社は、これからの時代を生きるうえで大きな強みになるはずです。

大切な従業員、そして企業の未来のためにも治療と仕事の両立支援の環境づくりを始めましょう！

(※昨年の動画へのリンク)

【参考動画】

従業員が大腸がんに…。ある中小企業経営者の決断とは――

<https://www.youtube.com/watch?v=IcYovuclaXA>

令和3年度 厚生労働科学研究費補助金(労働安全衛生総合研究事業)

中小企業等における治療と仕事の両立支援の取り組み促進のための研究
(19JA1004)

分担研究報告書

両立支援アクションチェックリストの開発

研究代表者

立石 清一郎
(産業医科大学 産業生態科学研究所 教授)

研究分担者

原田 有理沙
(産業医科大学 医学部 両立支援科学 助教)

令和3年度 厚生労働科学研究費補助金(労働安全衛生総合研究事業)
中小企業等における治療と仕事の両立支援の取り組み促進のための研究
分担研究報告書

両立支援アクションチェックリストの開発

研究代表者 立石 清一郎 (産業医科大学 産業生態科学研究所 教授)

研究分担者 原田 有理沙 (産業医科大学 医学部 両立支援科学 助教)

研究要旨:

【目的】治療と仕事の両立支援（以下、両立支援）については、「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン（平成28年）」の取りまとめより6年が経過し、順調に社会的認知は進んできたものの、ガイドラインに列挙されている両立支援に必要な仕組みや環境の整備（休業制度の整備・主治医とのコミュニケーション・就業配慮の検討・個人情報取り扱い・相談窓口の設置等）を網羅的に行わなければならないという固定観念があるため、現場では未だ「両立支援とは難しく、スタートのハードルが高い」印象が拭えない。本研究では、両立支援のハードルを下げ、支援者各々が次の一歩を歩むためのヒントとして両立支援アクションチェックリストを提案することを目的に、両立支援の経験者らが具体的に実践している良好事例を聴取し、産業医からの聴取で両立支援アクションチェックリストを作成した（令和2年度）。

今回は、両立支援のベタな実践要素及び行動を整理しさらに1つでも多く取り入れるべく、さらに当事者及び社会保険労務士より追加聴取し両立支援のベタな実践要素及び行動を整理した。

【方法】オンラインにて、フォーカスグループインタビュー調査を実施した（実施期間：2021年12月 - 2022年3月）。I-1. 当事者インタビュー：当事者11名を対象に、3グループ、I-2. 社会保険労務士インタビュー：社会保険労務士4名2グループを対象に、自身の過去の経験あるいは経験した事例を基に、仕事と治療の両立支援に必要な要素や行動について聴取した。尚、インタビュー対象者は機縁法によって選抜した。I-3. 事業者及び人事労務担当者の経験：これまで公開されている企業インタビュー等の内容を確認した。聴取内容について、産業医資格を有する医師3名（産業衛生指導医1名、産業衛生専門医1名を含む）によって実践要素及び行動を抽出し、KJ法を用いて、場面別に類型化を行った。

【結果】入院加療・自宅療養によって休職を要する事例発生時に、職場で両立支援を行うために必要な要素及び行動として、I-1. 当事者インタビュー：計39項目、I-2. 社会保険労務士インタビュー及び内容分析：計40項目、が聴取された。産業医からの聴取より作成した両立支援アクションチェックリストに11項目追加された。

【考察】今回、我々は、有効な両立支援アクションについて過不足なく収載した両立支援アクションチェックリストを開発した。両立支援に意欲的に取り組む経験者らから、両立支援の具体的かつベタな実践要素及び行動を聴取し整理できたことで、両立支援

とは、たとえ専門家以外の支援者であっても、容易にスタートかつ達成できる取り組みであることを十分に示せた。これらの要素や行動を1つでも実施できれば、両立支援を実践できていると評価でき、さらに1つでも多く取り入れていけば、より円滑な支援を目指せると考える。今後、開発した両立支援アクションチェックリストを公開し、中小企業での両立支援の拡充を図っていく。

研究協力者

橋本 博興 (産業医科大学 医学部 両立支援科学 修練医)

石上 紋 (産業医科大学病院 両立支援科 保健師)

A. 目的

治療と仕事の両立支援(以下、両立支援)については、「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン(平成28年)」の取りまとめより6年が経過し、順調に社会的認知は進んできたものの、ガイドラインに列挙されている両立支援に必要な仕組みや環境の整備(休業制度の整備・主治医とのコミュニケーション・就業配慮の検討・個人情報取り扱い・相談窓口の設置等)を網羅的に行わなければならないという固定観念があるため、現場では未だ「両立支援とは難しく、スタートのハードルが高い」印象が拭えない。本研究では、両立支援のハードルを下げ、支援者各々が次の一步を歩むためのヒントとして両立支援アクションチェックリストを提案することを目的に、両立支援の経験者らが具体的に実践している良好事例を聴取し、両立支援のベタな実践要素及び行動を整理した。

前年度、両立支援に意欲的に取り組む経験者として産業医から、両立支援の具体的かつベタな実践要素及び行動を聴取し整理できたことで、両立支援とは、たとえ専門家

以外の支援者であっても、容易にスタートかつ達成できる取り組みであることを十分に示せた。これらの要素や行動を1つでも実施できれば、両立支援を実践できていると評価でき、さらに1つでも多く取り入れていけば、より円滑な支援を目指せると考えた今回は、両立支援のベタな実践要素及び行動を整理しさらに1つでも多く取り入れるべく、さらに当事者及び社会保険労務士より追加聴取し両立支援のベタな実践要素及び行動を整理した。

B. 方法

I-1. 当事者インタビュー

オンラインにて、フォーカスグループインタビュー調査を実施した。

- ・実施期間：2021年12月8-26日
- ・対象者選抜：機縁法により選抜した。
- ・対象者：当事者11名。3グループに分けた(3名、4名、4名)
- ・聴取内容：自身の過去の経験を基に、仕事と治療の両立支援に必要な要素や行動について聴取した。

I-2. 社会保険労務士インタビュー

オンラインにて、フォーカスグループインタビュー調査を実施した。

- ・実施期間：2021年2月－3月
- ・対象者選抜：機縁法により選抜した。
- ・対象者：社会保険労務士4名（両立支援の経験を有する）。
- ・聴取内容：自身が過去に経験した事例を基に、仕事と治療の両立支援に必要な要素や行動について聴取した。

I-3. 事業者及び人事労務担当者の経験

これまで公開されている企業インタビューや過去の日本産業衛生学会シンポジウム、厚生労働省主催の両立支援セミナーの内容を確認した。（厚生労働省、治療と仕事の両立ナビ、2021年度両立支援シンポジウム/セミナー：

<https://chiryoutoshigoto.mhlw.go.jp/symposium/2021/>)

I-4. 内容分析

- 1) 聴取内容について、産業医資格を有する医師3名（産業衛生指導医1名、産業衛生専門医1名を含む）、産業保健看護職（両立支援の経験を30例以上有する）によって、実践要素及び行動を抽出した。
- 2) KJ法を用いて、場面別に類型化を行った。

II. アクションチェックリスト案作成

内容分析を基に、産業医資格を有する医師3名（産業衛生指導医1名、産業衛生専門医1名を含む）、産業保健看護職（両

立支援の経験を30例以上有する）によって、企業向け両立支援アクションチェックリスト案を作成した。

C. 結果

I-1. 当事者インタビュー及び内容分析

入院加療・自宅療養によって休職を要する事例発生時に、職場で両立支援を行うために必要な要素及び行動として、計39項目が聴取された。

事例対応の関係者の行動（個別対応）について、場面別には、

1) 休職に入る時：6項目

（休職前でも使える有給休暇日数などについて本人に伝える等）、

2) 休職中：4項目

（しっかりと休職できるよう、職場の仕事の分担をする等）、

3) 職場復帰時：13項目

（原則として現職復帰から検討する等）、

4) フォローアップ時：4項目

（日ごろから本人に声かけをする等）があった。

また、事例発生に備える平時からの取り組みとして、

0-1) 組織対応：8項目

（休職中に月に1回程度上司が本人に連絡するルールを構築する等）、

0-2) 風土：4項目

（両立支援シンポジウムやがん教育研修に参加する等）があった。

I-2. 社会保険労務士インタビュー及び内容分析

入院加療・自宅療養によって休職を要する事例発生時に、職場で両立支援を行うために必要な要素及び行動として、計40項目が聴取された。

事例対応の関係者の行動(個別対応)について、場面別には、

1) 休職に入る時：7項目

(診断書の提出について本人に伝える等)、

2) 休職中：3項目

(予想休業・休暇期間を主治医に確認する等)、

3) 職場復帰時：14項目

(産業医・産業看護職との面接の機会を設ける等)、

4) フォローアップ時：3項目

(資格取得や技能習得を支援する等)があった。

また、事例発生に備える平時からの取り組みとして、

0-1) 組織対応：5項目

(外部機関(ジョブコーチ、職業訓練センター、産業保健総合支援センターなど)を活用する準備をする等)、

0-2) 風土：8項目

(両立支援コーディネーター研修を受講する等)があった。

I-3. 事業者及び人事労務担当者の経験

これまで一般公開されている両立支援の取り組みへの企業インタビューや過去の日本産業衛生学会シンポジウムの内容から、人事労務担当者の視点からの経験も確認できたが、追加されるアクションは無かった。

II. アクションチェックリスト作成

両立支援に取り組んだ経験のある産業医の聴取より作成した両立支援アクションチェックリストに、当事者及び社会保険労務士からの聴取にて、11項目が追加となった。

【事例対応の関係者の行動(個別対応)】

1) 休職に入る時

1.1 辞めないで、いったん休業・休職することを本人に伝えます

1.2 制度的にも心理的にも安心して休めるように本人に声掛けをします

1.3 休職の手続きなどについて本人に伝えます

1.4 診断書の提出について本人に伝えます

1.5 有給休暇と休職制度の使い分けについて、本人と話し合います

1.6 休職で影響を受ける同僚に、休職の見込みと病状の一部を伝えることを本人と相談します

1.7 本人に相談したいことや配慮を受けたいことなどは気軽に連絡するよう伝えます

1.8 職種ごとの役割について確認します。

1.9 休職者の情報を産業医・産業看護職などの職場の医療職に伝え、休養中の職場の対応についてアドバイスを受けます

1.10 厚生労働省のHPなどで似たような両立支援に関連する事例を確認するなど復帰に向けて準備を行います。

2) 休職中

2.1 本人がしっかり休むことができるよう職場の仕事の分担を行います

2.2 定期的に本人と連絡を取り状況を確認します

2.3 予想休業・休暇期間を主治医に確認します

2.4 対応者は共感の姿勢で対応するよう心掛けます

3) 職場復帰

3.1 職場復帰に当たって本人の話や本人の希望をよく聴取します

3.2 産業医・産業看護職との面接の機会を設けます

3.3 原則、現職復帰から検討します

3.4 本人の健康情報が適切に取り扱われることを説明します

3.5 利用できる制度や配慮可能な範囲や選択肢を、本人と確認します

3.6 主治医に勤務情報提供書を提出します

3.7 主治医に就業上の注意点が記載された意見書の提出を求めます

3.8 主治医の診察時に本人の同意を得て会社の上司が同席し就業上の注意点を確認します

3.9 本人に就業に当たって配慮してほしいこと(駐車場を近くにするなど)の申し出をするよう勧めます

3.10 主治医の意見書を参考に、①安全配慮上必要である適切な就業上の措置の検討と、②配慮してほしいことの実践について本人とともに確認します

3.11 就業上の措置が実施される場合には産業医に相談します

3.12 就業上の措置を実施することで影響を受ける同僚に影響の範囲と病状の一部を説明します

3.13 安全に通勤可能か確認します

3.14 職場復帰の目的・目標・ゴールを、本人を含めた関係者で協議します

3.15 職場復帰プランを本人とともに検討します

3.16 外部機関(ジョブコーチ、職業訓練センター、産業保健総合支援センターなど)の活用を検討します。

4) フォローアップ時

4.1 日ごろから本人に声かけをします

4.2 見た目の変化についての申し出に対して、受容的な姿勢で対応するよう心がけます

4.3 仕事や環境が負担になっていないか本人に聴取します

4.4 本人のキャリアやアイデンティティなどについて不安に思っていることについて聴取します

4.5 病状や治療状況に変化がないか本人に聴取します。変化があれば、3（職場復帰）の対応と同様の検討を行います。

4.6 就業上の措置の実施で影響を受けている同僚等にも、負担になっていないか聴取します。必要に応じて、病状の一部も追加説明します。

4.7 資格取得や技能習得を支援します

【0-1 組織対応】

5) 休職時

5.1 休職者情報を、関係者（上司・人事・衛生管理者・産業保健スタッフ）に周知する仕組みを構築します

5.2 健康情報（個人情報）の取り扱いフローを作成します

6) 休職中

6.1 休職中に月に1回程度上司が本人に連絡するルールを構築します。

7) 職場復帰時

7.1 勤務情報提供書の書式を準備し主治医に手渡す仕組みを構築します

7.2 主治医の意見書の書式を整備し主治医から確実に意見書を受け取るルー

ルを構築します。

7.3 就業上の措置を実施するにあたり、産業医の助言を受ける体制を構築します

7.4 就業上の措置を実施する場合、事前に本人と協議する仕組みを構築します

8) 日ごろから

8.1 特定の疾患（がんなど）に偏らずすべての労働者が働きやすくなる（ダイバーシティマネジメント）制度・環境づくりを行います

8.2 制度や環境が実際に充分利用できる状況か定期的に確認します

8.3 慢性疾患では経過中の症状変化に合わせて就業上の措置を実施できるよう工夫します

8.4 労働者が健康に関することについて相談できる相談窓口を設置し、周知します

8.5 外部機関（ジョブコーチ、職業訓練センター、産業保健総合支援センターなど）を活用する準備をします

8.6 部下の変化に気づいた際は本人の話を十分に聴くことを、管理者に教育します

8.7 仕事での病気による働きづらさがあれば都度を申し出るよう、労働者に教育します

【0-2 風土】

9) 目的の共有化

9.1 自社にとって両立支援を実施する目的について事前に検討します

9.2 健康経営の一環として両立支援に取り組みます

10) 周知

10.1 利用できる制度や環境について周知します

10.2 両立支援の実施について社内周知をします

10.3 実際に一例体験したら、組織体験や個人体験を個人情報の範囲内で共有します

10.4 厚生労働省や地方自治体主催の企業向けの両立支援シンポジウムやがん教育研修会に参加します

10.5 両立支援コーディネーター研修を受講します。

11) 助け合いの文化

11.1 日ごろからチームワークを構築し「お互い様」の文化を育てます

11.2 必要に応じて制度を柔軟に運用できるように体制を構築します

11.3 休みやすい環境整備を行います

11.4 がん検診の受診など衛生委員会等で周知します

D. 考察

今回、両立支援に意欲的に取り組む経験者らから、両立支援の具体的かつベタな実践要素及び行動を聴取し整理できた。

産業医の聴取より作成した両立支援アクションチェックリストに、当事者及び社会保険労務士からの聴取にて11項目が追加となった。産業医からの聴取に相反する内容は認めなかった。

また、これまで一般公開されている両立支援の取り組みへの企業インタビューや過去の日本産業衛生学会シンポジウムの内容から、人事労務担当者の視点からの経験も確認できたが、追加されるアクションは無かった。

本研究では、産業医・社会保険労務士・当事者・企業人事労務担当者の視点から、両立支援アクションを収集した。有効な両立支援アクションについて、概ね収載できたと考える。

当事者インタビュー及び社会保険労務士インタビューにて追加となった具体的な項目は、以下の通りである。

1.4 診断書の提出について本人に伝えます

1.3の休職の手続きの中で、特に、医療機関から情報や書面をとってくることは本人にわかりやすく伝えなければ、行動できないことが多い。診断書で正確な病名がわかると、専門職への相談がしやすくなる。また、事務処理上必要な、診断書に記載してもらいたい事柄や記載上の注意点があれば、あわせて本人に伝える。必要な書式を本人から主治医に伝えられるように通知することで、診断書を何度も再

発行せずに済む。例えば、休業起算日と整合性をとるための日時に関する注意点、就業規則上の1度で有効な最長期間(1か月毎の提出の決まりがある)等である。

1.5 有給休暇と休職制度の使い分けについて、本人と話し合います

事業場ごとに利用できる休職制度や有給休暇の種類に違いがある。本人から休業・休職の申し出があった際に、利用できる有給休暇の残り日数や休職可能期間を確認し、どのように使い分けるとより有効利用できる可能性があるかを事前に相談しておく、治療・療養がスムーズに開始できる。例えば、通院で散発的に休む場合は有給休暇取得で対応、入院でまとまって休む場合は休職制度利用で対応、等である。

1.6 休職で影響を受ける同僚に、休職の見込みと病状の一部を伝えることを本人と相談します

これまでの人間関係から自分で同僚に伝えたいこともある。誰が、いつ、お伝えするのか本人の希望をよく確認する。また、休職前から通院のための休暇取得や、病気の症状によって仕事に影響が出ており業務軽減が必要な場合もある。休養中の職場の対応の背景となる病状を説明することで理解が得られお互い働きやすい環境になることがある。

3.2 産業医・産業看護職との面接の機会を設けます

産業医や産業看護職は医療のことと職場のこと両方を知りうる存在で難解な医療用語を職場にわかりやすく翻訳することができる。本人との直接の面接で、より詳しい状況を把握することができる。

3.13 安全に通勤可能か確認します

決まった時間に安全に通勤が可能か、復職までに本人自身で試しておく必要がある。送迎環境なども継続可能な手段か事前に確認しておく、安定した就業継続につながる。事業場によっては試し出勤制度を設けて確認している。

4.1 日ごろから本人に声かけをします

復職後は職場に迷惑をかけたという気持ちから、自分から自分の状況を言い出しにくいケースが多いようだ。また、職場からも気遣いから声をかけにくいことがある。上司から、日常の挨拶や「体調はどうか」という一言があると、仕事に関して困ったことや相談したいことも言い出しやすく、お互いに働きやすい状況となる。

4.2 見た目の変化についての申し出に対して、受容的な姿勢で対応するよう心がけます

治療の影響で、脱毛などの見た目の変化や、声が出にくいなどの障害を有した

場合、人の目や差別に悩むことがある。着替えやウィッグ着脱についての申し出に対して受容的な対応があると、本人の心理的負担が軽減され、業務に前向きに取り組むことができる。

4.7 資格取得や技能習得を支援します

資格取得の支援や、技能習得や自己研鑽を奨励することで、本人ができる仕事の幅が広がり、結果的に就労・雇用継続しやすくなる。本人の病気を抱えてもキャリアを諦めない姿勢や働く意欲を維持につながり、周囲も配慮しながら働きやすい雰囲気が醸成される。

8.5 外部機関（ジョブコーチ、職業訓練センター、産業保健総合支援センターなど）を活用する準備をします

休業や両立支援が必要な労働者が発生した時に、利用できる外部機関がどこにありどのように利用できるのか、わからないことがある。相談できる外部機関の情報を収集し、いつでも利用できるよう準備する。ジョブコーチの職場受け入れ経験や外部機関に相談した際の記録があると、次回以降対応しやすくなる。

10.4 厚生労働省や地方自治体主催の企業向けの両立支援シンポジウムやがん教育研修会に参加します

治療と仕事の両立支援の取組の促進を

図ることを目的に、厚生労働省や地方自治体がシンポジウムや研修会を開催している。他企業での実際の取り組みや経験から、自社に役立つ情報を得ることができます。開催情報は、厚生労働省の両立支援ポータルサイト（<https://chiryoutoshigoto.mhlw.go.jp/case/index.html>）や各地方自治体のサイトから確認できる。

10.5 両立支援コーディネーター研修を受講します

両立支援コーディネーターは、患者・家族と医師・医療ソーシャルワーカーなどの医療側と産業医・衛生管理者・人事労務担当者などの企業側の3者間の情報共有の役割を果たす。両立支援コーディネーター研修の開催情報は、労働者健康安全機構のサイト（<https://www.johas.go.jp/ryoritsumodel/tabid/1015/Default.aspx>）や各地方産業保健総合支援センターのサイトから確認できる。

E. 結論

本研究では、産業医・社会保険労務士・当事者・企業人事労務担当者の視点から、両立支援アクションを収集した。我々は、有効な両立支援アクションについて過不足なく掲載した両立支援アクションチェックリストを開発した。

両立支援は、「まずは実際の1例に取り

組む」ことからスタートできる。たとえ専門家以外の支援者であっても、容易にスタートかつ達成できる取り組みであることを十分に示せた。これらの要素や行動を1つでも実施できれば、両立支援を実践できていると評価でき、さらに1つでも多く取り入れていけば、より円滑な支援を目指せると考える。経験の少ない中小企業でも、小さなアクションから始め、事例を積み重ねることで、しくみをつくり、PDCAを回すような活動へつなぐと、より円滑な支援の実現を図れる。

F. 引用・参考文献

1. 厚生労働省. 治療と仕事の両立ナビ. 2021年度両立支援シンポジウム/セミナー：
<https://chiryoutoshigoto.mhlw.go.jp/symposium/2021/>
2. 労働者健康安全機構：
<https://www.johas.go.jp/ryoritsumodel/tabid/1015/Default.aspx>

G. 学会発表

1. 原田有理沙、橋本博興、立石清一郎. 両立支援のハードルを下げるためのベタな実践要素及び行動の整理. 第94回日本産業衛生学会、2021年5月松本、口演発表
2. 細田悦子、原田有理沙、石上紋、橋本博興、立石清一郎、永田昌子: SanRiSE Study 第1報 患者の抱える復職及び就業継続上の困りごとについての実

- 態調査、第95回日本産業衛生学会、2022年高知、ポスター発表予定
3. 石上紋、原田有理沙、細田悦子、橋本博興、立石清一郎、永田昌子、SanRiSE Study 第2報 主治医意見書発行を要した患者の復職及び就業継続上の困りごと、第95回日本産業衛生学会、2022高知、ポスター発表予定
4. 原田有理沙、立石清一郎、石丸知宏、江口尚、辻真弓、池上和範、永田昌子、松垣竜太郎、藤野義久. CORoNaWork: 労働者が抱える慢性疾患別の両立支援の実施状況、第95回日本産業衛生学会、2022高知、ポスター発表予定
5. 橋本博興、原田有理沙、五十嵐侑、立石清一郎、永田昌子、藤野善久. CORoNaWork: COVID-19流行下の日本における職場での配慮と心理的苦痛の関連、第95回日本産業衛生学会、2022高知、ポスター発表予定
6. 小倉康平、山瀧一、原田有理沙、橋本博興、立石清一郎: 医療者が患者の就業状況を知るための映像コンテンツの作成. 第31回日本産業衛生学会全国協議会、2021年三重、口演発表
7. 細田悦子、立石清一郎、原田有理沙、近藤貴子、高倉加寿子、蟻川麻紀、篠原弘恵、古田美子、末永卓也、久原聡志. 産業医科大学病院における両立支援コーディネーターによる支援活動報告、第31回日本産業衛生学会全国協議会、2021年三重、口演発表
8. 立石清一郎. 慢性病に罹患しても仕事をあきらめない 治療と仕事の両立支援の要点. 第16回日本慢性看護学会、2021年9月オンライン開催

9. 立石清一郎、榎田奈保子、原田有理沙、工藤智美、高松あずみ、武花歩実. 肝疾患における治療と仕事の両立支援の職域における課題. 第107回日本消化器病学会、2021年4月東京、口演発表
10. 篠原弘恵、立石清一郎、井上俊介、細田悦子、高倉加寿子、古田美子. 高齢者への両立支援 消化器癌患者の復職を振り返って. 第107回日本消化器病学会、2021年4月東京、ミニオーラル
11. 近藤貴子、立石清一郎、井上俊介、細田悦子、篠原弘恵. 日常の生活に戻りたい終末期がん患者の就労支援の一考察 エンド・オブ・ライフケアの実現. 第107回日本消化器病学会、2021年4月東京、ミニオーラル
12. 井上俊介、永田昌子、永田智久、立石清一郎、藤野義久、森晃爾. 下痢腹部症状を有する労働者の生産性低下と関連する要因. 第107回日本消化器病学会、2021年4月東京、ミニオーラル
13. 篠原義剛、横山雄一、斎藤暢人、植木哲也、立石清一郎. 外来化学療法センターでの薬剤師の両立支援の取り組み. 第107回日本消化器病学会、2021年4月東京、ミニオーラル
14. 井上俊介、永田昌子、原田有理沙、橋本博興、立石清一郎. 肉体労働を有する患者が治療と仕事を両立する上での困りごとの検討. 第94回日本産業衛生学会、2021年5月松本、口演発表
15. 市川富美子、大久保浩司、荻ノ沢泰司、奥谷紀子、立石清一郎、筒井保博. 治療と仕事の両立支援における施設間連携について. 第94回日本産業衛生学会、2021年5月松本、口演発表
16. 橋本博興、原田有理沙、立石清一郎. 主治医が患者の就業配慮を検討しやすくなる両立支援ツールの開発. 第94回日本産業衛生学会、2021年5月松本、口演発表
17. 立石清一郎. 両立支援における医療機関と産業現場との連携～診療報酬改訂及び新型コロナ禍によるリモートワークの中で～ 勤務情報提供書と主治医意見書から考える医療機関と職域との協働. 第94回日本産業衛生学会、2021年5月松本、講演
18. 立石清一郎. 全ての人に産業保健の光を-多様な背景により働きにくさを抱える労働者に- 身体疾患の両立支援の最前線. 第94回日本産業衛生学会、2021年5月松本、シンポジウム
19. 中藤麻紀、濱田学、橋本博興、加藤徳明、立石清一郎、佐伯覚. 脳卒中の両立支援における当院の両立支援科の取り組み. 第94回日本産業

- 衛生学会、2021年5月松本、口演発表
20. 立石清一郎. 産業医科大学の将来を語る 産業医科大学病院の今後治療と仕事の両立支援、第37回産業医科大学学会、2020年9月北九州、口演
 21. 立石清一郎：治療と仕事の両立において心理職に期待すること、2020年度公認心理師の会年次総会産業・労働・地域保健部会シンポジウム、2020年9月、ウェブ開催
 22. 井上俊介、立石清一郎. 患者が治療と仕事の両立を達成するための困りごとの企業規模ごとの検討. 第93回日本産業衛生学会、2020年5月旭川、口演発表
 23. 立石清一郎. それぞれの個性を生かす職場づくりを目指して 治療と仕事の両立支援の現状と課題. 第93回日本産業衛生学会、2020年5月旭川、地域交流集会
 24. 立石清一郎. 両立支援における医療機関と産業現場との連携 産業医科大学病院での治療と仕事の両立支援の実践 大学病院における両立支援の実践を通して. 第93回日本産業衛生学会、2020年5月旭川、日本職業・災害医学会合同シンポジウム
 25. 立石清一郎. 産業医科大学病院での治療と仕事の両立支援の実践、第59回日本肺癌学会、2019年11月東京、シンポジウム
 26. 井上俊介、立石清一郎. 医療機関の両立支援スタッフが感じる3つの変化、第26回産業精神保健学会、2019年8月東京、口演発表
 27. 立石清一郎. 乳がん患者の就労支援の現状と問題点 産業医の立場からの就労支援の実際、第27回日本乳癌学会総会、2019年7月東京
 28. 田中文啓、黒田耕志、立石清一郎、荻ノ沢泰司、安東睦子、細田悦子、黒木一雅、近藤貴子、中藤麻紀、尾辻豊、東敏昭：早期社会復帰を目指したチーム医療の取り組みががん治療と就労の両立に向けた組織的取り組み、第60回日本肺癌学会、2019年大阪、口演発表

H. 論文業績

1. Igarashi Y, Tateishi S, Harada A, Hino A, Tsuji M, Ogami A, Mori K, Matsugaki R, Fujino Y; CORoNaWork project. Relationship Between Support for Workers with Illness and Work Functioning Impairment in Japan During the COVID-19 Pandemic. *J Occup Environ Med.* 2022 Jan 25. doi: 10.1097/JOM.0000000000002500. Epub ahead of print. PMID: 35081590.
2. 立石清一郎、原田有理沙、永田昌子：仕事と治療の両立支援 UPDATE として、安全衛生コンサルタント Vo1.22 (141) 69-72、2022

3. 立石清一郎、原田有理沙、永田昌子：治療と仕事の両立支援～支援の要諦と最近の動向、健康開発 Vol. 26(2) 19-24、2021
4. 立石清一郎、原田有理沙：両立支援の実際－「医療機関における治療と仕事の両立支援」、総合リハビリテーション 49 卷 11 号、1087-1093、2021
5. 原田有理沙、立石清一郎、橋本博興、井上俊介、細田悦子、篠原弘恵、高倉加寿子、古田美子、近藤貴子、蟻川麻紀、末永卓也、久原聡志、黒木一雅：2018-2020 年度産業医科大学病院における両立支援の診療実績と今後の課題、産業医科大学雑誌 43(4)、445-458、2021
6. 原田有理沙、立石清一郎：産業医科大学における両立支援、消化器・肝臓内科 10(5)：619-624、2021
7. 久米井伸介、渡邊龍之、芳川一郎、山内大夢、谷本彩、中村健太、村石純一、久米恵一郎、立石清一郎、原田大：炎症性腸疾患患者における両立支援、消化器・肝臓内科 10(5)：583-589、2021
8. 蓑原里奈、小林祐一、古屋佑子、絹川千尋、廣里治奈、立石清一郎、渡邊聖二、森晃爾：治療と仕事の両立支援の手続きの中で産業医から主治医に提供された情報および助言内容の質的研究。産業衛生学雑誌 63(1)：6-20、2021
9. 立石清一郎：病気の治療と仕事の両立支援-キャリアをあきらめないために治療と仕事の両立支援における医育機関の役割、公衆衛生 85(1)33-37
10. 小林清香、平井啓、谷向仁、小川朝生、原田恵理、藤崎遼平、立石清一郎、足立浩祥：身体疾患による休職経験者における職場ストレスと関連要因、総合病院精神医学 32(4)：403-409、2020
11. 立石清一郎：両立支援に欠かせない産業保健スタッフに必要な疾患の知識と最新の治療法(Part 1)両立支援のためにおさえておきたいポイント就業配慮を構造化して理解する、産業保健と看護 2020 春季増刊：14-17、2020
12. 立石清一郎：両立支援に欠かせない産業保健スタッフに必要な疾患の知識と最新の治療法(Part 1)両立支援のためにおさえておきたいポイント両立支援におけるメンタルヘルス不調と身体疾患との相違点、産業保健と看護 2020 春季増刊：18-20、2020
13. 立石清一郎、渡瀬真梨子、藤野義久、森晃爾：産業保健分野でのデルファイ法の応用展開、健康開発第 24 卷第 3 号、71-79、2020
14. 立石清一郎、井上俊介、永田昌子、荻ノ沢泰司、金城泰幸：職場で取り組む治療と仕事の両立支援 治療と仕事の両立支援の現状と課題、健康開発 24(3)：18-22
15. 立石清一郎：治療と職業生活の両立支

援、香川県医師会誌 71(6):73-78、
2019

16. 立石清一郎：治療関連障害でもととの
の仕事ができない/無理なとき 産業
医からみた就労支援、緩和ケア
29(1):44-45、2019

17. 立石清一郎、井上俊介、黒木一雅、細
田悦子、近藤貴子、高倉加寿子、中藤
麻紀、篠原弘恵、古田美子、荻ノ沢泰
司、蓑原里奈、永田昌子、榎田奈保子、
柴田喜幸：治療と仕事の両立支援研究
の現在 産業医科大学における治療と
仕事の両立への貢献、産業医学ジャー
ナル 42(4):30-37、2019

18. 尾辻豊、立石清一郎、田中文啓、荻ノ

沢泰司、黒田耕志、市来嘉伸、安東睦
子、細田悦子、黒木一雅、近藤貴子、
中藤麻紀、東敏昭：産業医科大学病院
における両立支援科・就学就労支援セ
ンター、日本職業・災害医学会
67(5):369-374、2019

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

「両立支援アクションチェックリスト」

主語：基本的には企業の両立支援担当者です。

本ヒント集は両立支援の実践者の良好事例をもとに作成されたものです。他社でも行われている実践例を参考に自社でも両立支援を一步でも進めるヒントとしてください。

【事例対応の関係者の行動（個別対応）】

1 休職のタイミング

- 1.1 辞めないで、いったん休業・休職することを本人に伝えます
- 1.2 制度的にも心理的にも安心して休めるように本人に声掛けをします
- 1.3 休職の手続きなどについて本人に伝えます
- 1.4 診断書の提出について本人に伝えます
- 1.5 有給休暇と休職制度の使い分けについて、本人と話し合います
- 1.6 休職で影響を受ける同僚に、休職の見込みと病状の一部を伝えることを本人と相談します
- 1.7 本人に相談したいことや配慮を受けたいことなどは気軽に連絡するよう伝えます
- 1.8 職種ごとの役割について確認します。
- 1.9 休職者の情報を産業医・産業看護職などの職場の医療職に伝え、休養中の職場の対応についてアドバイスを受けます
- 1.10 厚生労働省の HP など似たような両立支援に関連する事例を確認するなど復帰に向けて準備を行います。

2 休職中

- 2.1 本人がしっかり休むことができるよう職場の仕事の分担を行います
- 2.2 定期的に本人と連絡を取り状況を確認します
- 2.3 予想休業・休暇期間を主治医に確認します
- 2.4 対応者は共感の姿勢で対応するよう心掛けます

3 職場復帰

- 3.1 職場復帰に当たって本人の話や本人の希望をよく聴取します
- 3.2 産業医・産業看護職との面接の機会を設けます
- 3.3 原則、現職復帰から検討します
- 3.4 本人の健康情報が適切に取り扱われることを説明します
- 3.5 利用できる制度や配慮可能な範囲や選択肢を、本人と確認します
- 3.6 主治医に勤務情報提供書を提出します
- 3.7 主治医に就業上の注意点が記載された意見書の提出を求めます
- 3.8 主治医の診察時に本人の同意を得て会社の上司が同席し就業上の注意点を確認します
- 3.9 本人に就業に当たって配慮してほしいこと（駐車場を近くにするなど）の申し出をするよう勧めます
- 3.10 主治医の意見書を参考に、①安全配慮上必要である適切な就業上の措置の検討と、②配慮してほしいことの実践について本人とともに確認します
- 3.11 就業上の措置が実施される場合には産業医に相談します
- 3.12 就業上の措置を実施することで影響を受ける同僚に影響の範囲と病状の一部を説明します
- 3.13 安全に通勤可能か確認します
- 3.14 職場復帰の目的・目標・ゴールを、本人を含めた関係者で協議します
- 3.15 職場復帰プランを本人とともに検討します
- 3.16 外部機関（ジョブコーチ、職業訓練センター、産業保健総合支援センターなど）の活用を検討します。

4 フォローアップ時

- 4.1 日ごろから本人に声かけをします
- 4.2 4.2 見た目の変化についての申し出に対して、受容的な姿勢で対応するよう心がけます
- 4.3 仕事や環境が負担になっていないか本人に聴取します
- 4.4 本人のキャリアやアイデンティティなどについて不安に思っていることについて聴取します
- 4.5 病状や治療状況に変化がないか本人に聴取します。変化があれば、3（職場復帰）の対応と同様の検討を行います。
- 4.6 就業上の措置の実施で影響を受けている同僚等にも、負担になっていないか聴取します。必要に応じて、病状の一部も追加説明します。
- 4.7 資格取得や技能習得を支援します

【しくみ（組織対応）】

5 休職時

- 5.1 休職者情報を、関係者（上司・人事・衛生管理者・産業保健スタッフ）に周知する仕組みを構築します
- 5.2 健康情報（個人情報）の取り扱いフローを作成します

6 休職中

- 6.1 休職中に月に1回程度上司が本人に連絡するルールを構築します。

7 職場復帰時

- 7.1 勤務情報提供書の書式を準備し主治医に手渡す仕組みを構築します
- 7.2 主治医の意見書の書式を整備し主治医から確実に意見書を受け取るルールを構築します。
- 7.3 就業上の措置を実施するにあたり、産業医の助言を受ける体制を構築します
- 7.4 就業上の措置を実施する場合、事前に本人と協議する仕組みを構築します

8 日ごろから

- 8.1 特定の疾患（がんなど）に偏らずすべての労働者が働きやすくなる（ダイバーシティマネジメント）制度・環境づくりを行います
- 8.2 制度や環境が実際に充分利用できる状況か定期的に確認します
- 8.3 慢性疾患では経過中の症状変化に合わせて就業上の措置を実施できるよう工夫します
- 8.4 労働者が健康に関することについて相談できる相談窓口を設置し、周知します
- 8.5 外部機関（ジョブコーチ、職業訓練センター、産業保健総合支援センターなど）を活用する準備をします
- 8.6 部下の変化に気づいた際は本人の話を十分に聴くことを、管理者に教育します
- 8.7 仕事での病気による働きづらさがあれば都度を申し出るよう、労働者に教育します

【風土】

9 目的の共有化

- 9.1 自社にとって両立支援を実施する目的について事前に検討します
- 9.2 健康経営の一環として両立支援に取り組みます

10 周知

- 10.1 利用できる制度や環境について周知します
- 10.2 両立支援の実施について社内周知をします
- 10.3 実際に一例体験したら、組織体験や個人体験を個人情報の範囲内で共有します
- 10.4 厚生労働省や地方自治体主催の企業向けの両立支援シンポジウムやがん教育研修会に参加します
- 10.5 両立支援コーディネーター研修を受講します。

11 助け合いの文化

11.1 日ごろからチームワークを構築し「お互い様」の文化を育てます

11.2 必要に応じて制度を柔軟に運用できるよう体制を構築します

11.3 休みやすい環境整備を行います

11.4 がん検診の受診など衛生委員会等で周知します

主語：基本的には企業の両立支援担当者です。

本ヒント集は両立支援の実践者の良好事例をもとに作成されたものです。すべて網羅的にできる必要はなく、自社で無理のない範囲内で実践していくことが重要です。他社でも行われている実践例を参考に自社でも両立支援を一步でも進めるヒントとしてください。すべてのアクションは効果があったことが確認されたことが記載されていますが、メリットがあっても状況次第ではデメリットになることもあり、アクションを実践すること自体が目的にならないように注意が必要です（本来の目的は本人が安心して治療と仕事が両立できることのはずです、ヒントを実践するという「方法」が「目的化」しないよう注意！）。

以下、実践ヒントについてワンポイントアドバイスを作成しましたのでご覧ください。

【事例対応の関係者の行動（個別対応）】

1 休職のタイミング

1.1 辞めないで、いったん休業・休職することを本人に伝えます

診断されたことでびっくりして仕事を辞める人も多くいます。辞める人の4割が、治療が始まる前に辞めてしまうというデータもあります。また、連続して4日以上休んだ実績がないと傷病手当金をもらえない可能性もあり、いったん休まないという選択は、労働者の利益を損なうこととなります。復帰できるかどうかは後日検討することでもいいので、まずはいきなり辞めないように働きかけることが肝要です。

1.2 制度的にも心理的にも安心して休めるように本人に声掛けをします

制度的に休むことができることは知っていても、「自分が病気で休みに入ることで周りの人に迷惑をかけてしまう」と感じる労働者は多いようです。休む制度を伝えるとともに、例えば大事な人材であることを合わせて伝えるなど、労働者が戻ってきやすいような声掛けをすることも重要です。

1.3 休職の手続きなどについて本人に伝えます

人事担当者にとって見たら休職の手続きは日常のことかもしれません。しかし、一般的な労働者にとって休職は初めての経験であり、どこに制度が記載されているか、どうやって手続きすればいいか、といったことはなかなか知りえない状況です。事例が発生した時に毎回確実に手続きの方法を通知することが求められます。経済的な見通しについて不安を持つ方も多いため、傷病金手当等についても説明があると安心できます。社会保険労務士等の専門家とともに、生活設計も交えた手続きを検討すると、十分な復職準備をすることができます。

1.4 診断書の提出について本人に伝えます

1.3の休職の手続きの中で、特に、医療機関から情報や書面をとってくることは本人にわかりやすく伝えなければ、行動できないことが多いです。診断書で正確な病名がわかると、専門職への相談がしやすくなります。また、事務処理上必要な、診断書に記載してもらいたい事柄や記載上の注意点があれば、あわせて本人に伝えます。必要な書式を本人から主治医に伝えられるように通知することで、診断書を何度も再発行せずに済みます。例えば、休業起算日と整合性をとるための日時に関する注意点、就業規則上の1度で有効な最長期間（1か月毎の提出の決まりがある）等です。

1.5 有給休暇と休職制度の使い分けについて、本人と話し合います

事業場ごとに利用できる休職制度や有給休暇の種類に違いがあります。本人から休業・休職の申し出があった際に、利用できる有給休暇の残り日数や休職可能期間を確認し、どのように使い分けるとより有効利用できる可能性があるかを事前に相談しておく、治療・療養がスムーズに開始できます。例えば、通院で散発的に休む場合は有給休暇取得で対応、入院でまとまって休む場合は休職制度利用で対応、等です。

1.6 休職で影響を受ける同僚に、休職の見込みと病状の一部を伝えることを本人と相談します

これまでの人間関係からご自分で同僚に伝えたいこともありますので、誰が、いつ、お伝えするのか本人の希望をよく確認します。また、休職前から通院のための休暇取得や、病気の症状によって仕事に影響が出ており業務軽減が必要な場合もあります。休養中の職場の対応の背景となる病状を説明することで理解が得られお互い働きやすい環境になることがあります。

1.7 本人に相談したいことや配慮を受けたいことなどは気軽に連絡するよう伝えます

多くの人は他人に相談することに慣れていません。また、病気によって仕事を失うかもしれないという漠然とした不安を抱えていることが多いです。相談しやすいような状況を作り出すことは担当者の腕の見せ所かもしれません。

1.8 職種ごとの役割について確認します。

それぞれの職種ごとの役割を明確にしておくことで、労働者に対してタイムリーにアプローチを行うことが可能になります。会社・職場・組織・タイミングごとに役割には差異があるので毎回確認できるとより良い支援につながります。

例)

上司；定期的な体調面の確認や業務上全般的な相談役、情報収集の中心

人事；制度面の適応の検討や生活費を含めた生活状況の確認

社会保険労務士；制度運用についての相談役、社会資源および制度に関する情報提供

産業医；健康と仕事の適合状態について独立した立場で判断、主治医との情報交換役

本人；確実な受療行動と一般的な自己保健義務の履行

1.9 休職者の情報を産業医・産業看護職などの職場の医療職に伝え、休養中の職場の対応についてアドバイスを受けます

産業医や産業看護職は医療のことと職場のこと両方を知りうる存在で難解な医療用語を職場にわかりやすく翻訳することができます。相談できる医療者がいない場合も、事業者の相談先として、産業保健総合支援センターを活用することができます。

1.10 厚生労働省の HP など似たような両立支援に関連する事例を確認するなど復帰に向けて準備を行います。

厚生労働省の両立支援ポータルサイト (<https://chiryoutoshigoto.mhlw.go.jp/case/index.html>) では企業ごとの両立支援の取り組みが公開されています。厚生労働科学研究身体疾患患者のための復職ガイダンス (<http://ohtc.med.uoeh-u.ac.jp/hukusyoku/>) では 428 事例に及ぶ事例の紹介をしています。似たような事例を見つけることで両立支援のイメージを高めることができます。

2 休職中

2.1 本人がしっかり休むことができるよう職場の仕事の分担を行います

休暇中に仕事のことが気になってなかなか治療に専念できない人もいます。本人が不在の間、仕事が滞らないように工夫することが必要です。職場で代行できる休職中の手続きを提案してもらえると助かることもあります。

2.2 定期的に本人と連絡を取り状況を確認します

本人の治療状況を適宜確認することは本人の安心につながるのみならず、職場復帰の時期を推定することにつながります。また、職場とのつながりで職場復帰に前向きに取り組むことができます。状況にあわせて連絡の頻度や方法の工夫が肝要です。

2.3 予想休業・休暇期間を主治医に確認します

抗癌剤や放射線の治療スケジュールがある程度決まっている場合、職場復帰の時期を推定することができます。休業期間を主治医に確認することで円滑な職場復帰が可能になります。病状を理解してもらえることは本人の安心感につながります。必要な医療機関からの情報は、本人が主治医に質問できるように、明確に伝えることが肝要です。

2.4 対応者は共感の姿勢で対応するよう心掛けます

治療と仕事を両立しようとする本人は、突然病気になったことで、治療費の捻出や治療の選択などたくさんの情報を処理する必要がありキャパオーバーになっているケースが多いです。負担がかかっているので自分にとって何が重要かわからなくなっていることも少なくなく、他者から見たら理不尽な要求をしてくると感じることもあり得ます。そのような心理状況になっていることを認識し、まずは置かれている状況について共感する姿勢を見せることは、結果的に本人の働く力を高めることにつながります。特に、相手の言葉を途中でさえぎらないように留意すると、共感の姿勢が伝わります。

3 職場復帰

3.1 職場復帰に当たって本人の話や本人の希望をよく聴取します

職場の担当者が本人の労働能力を過小評価し、一方的な配置転換を決めてしまうケースもあります。治療後は疲労しやすいながらも一定程度の労働能力が残っていることも多く、休職後少なくとも6割程度の労働者はもともとの業務についているという報告もあります。一方的に「できない」と決めつけることなく、本人としっかり話し合いを持つことが肝要です。

3.2 産業医・産業看護職との面接の機会を設けます

産業医や産業看護職は医療のことと職場のこと両方を知りうる存在で難解な医療用語を職場にわかりやすく翻訳することができます。本人との直接の面接で、より詳しい状況を把握することができます。

3.3 原則、現職復帰から検討します

職場復帰の際、配置転換からスタートした議論になると、議論が散逸し、両立支援の目的を失いがちになります。新しい部署の場合、業務そのものが大きく変わるためそもそも何を配慮すべきか検討しがたくなりますが、現職に復帰することをデフォルトとしたら、「できること」「配慮したらできる

こと」「どのような配慮があってもできないこと」の3点を整理することができ、配慮の要点が見えやすくなります。その際、現職復帰以外職場復帰を認めないという立場をとらず、臨機応変な対応が取ればなおよいです。現職以外での職場復帰や働き方が変更する場合は、キャリアや収入の見通しについても事前に話し合うことが望ましいです。

3.4 本人の健康情報が適切に取り扱われることを説明します

治療と仕事の両立支援に関連する情報は要管理個人情報（健康情報）に該当します。厚生労働省「事業場における労働者の健康情報等の取扱規程を策定するための手引き」などを参考に取扱いについて定めることが必要です。個人情報の収集は、①目的の明示・②周知の範囲・③本人同意が必要で、個人情報の保管は鍵のかかる保管庫が標準対応となっています。事前に健康情報取扱規程を整えておくと、説明しやすくなります。

3.5 利用できる制度や配慮可能な範囲や選択肢を、本人と確認します

労働者は就業規則などを見たことがなく利用できる制度や職場内で受けられる配慮の範囲を知らないことがほとんどです。後述する勤務情報提供書を協働して作成するなどの方法でこれらを本人と共有しましょう。

3.6 主治医に勤務情報提供書を提出します

令和2年4月から、診療報酬が改訂されて、本人と職場が勤務情報提供書を協働して作成し、主治医に提供することで発行された主治医意見書については医療機関側に診療報酬が得られることとなりました。労働者の側は保険適応になるので意見書の作成料が抑えられることとなり、医療機関側は確実な診療報酬が得られ、職場は勤務実態や可能な配慮内容といった職場状況にあった意見書を得られるようになるなどそれぞれにメリットがあると考えられます。

3.7 主治医に就業上の注意点が記載された意見書の提出を求めます

職場復帰する際、何らかの就業上の制限や就業配慮が必要な労働者がいます。病状に即して対応することが必要となりますが、治療状況・副作用や合併症の発生状況など、主治医しか知りえない状況が多く、主治医に就業上の注意点を聴取する必要があります。これらの情報は、記録として残しておくことも必要なので意見書という形式で収集することが適当です。

3.8 主治医の診察時に本人の同意を得て会社の上司が同席し就業上の注意点を確認します

主治医の意見書だけでは断片的な情報しか得られないこともあります。双方向の意見交換が必要な場合には会社の上司などが医療機関に向いて情報収集する方法もあります。この際、本人同意が必要なので、例えば本人の診察に同行するなどの方法をとりましょう。主治医から情報を収集する場合、主治医に責任を押し付けるようなことは避けるべきです。そもそも雇用は労働者と雇用主の間で結ばれている雇用契約に基づいているもので、主治医はその法的関係性の中では第3者です。あくまでも事業者の責任で就労するために、専門的な知見を提供いただくという姿勢で主治医に情報を求めることが適切です。

3.9 本人に就業に当たって配慮してほしいこと（駐車場を近くにするなど）の申し出をするよう勧めます

両立支援のスタートは本人が申し出ることです。しかし、労働者の多くが支援を申し出ること躊躇しがちです。また、事業者が良かれと思って実践した配慮が労働者にとって迷惑であるということ

も散見されています。労働者にとって過不足のない支援を実践するために、労働者の側から支援を申し出るようにすることが適切です。

3.10 主治医の意見書を参考に、①安全配慮上必要である適切な就業上の措置の検討と、②配慮してほしいことの実践について本人とともに確認します

事業者においては、労働者を就業させる際、安全配慮義務が課されています。安全配慮義務は予見可能性と結果回避義務で構成されています。予見可能性については主治医に聴取するしかなく、「作業することで病勢が悪化する」ものについて聴取しそれを避けることが必要になります。安全配慮義務に該当しないような、例えば「トイレに行きやすい環境整備」といった配慮は、実現可能性について職場の方が詳しいので本人の要望を聞きつつ配慮の方針を決めていきましょう。手すりや作業台の設置は比較的対応しやすいですが、多目的トイレやエレベーターの設置は予算やスペースの事情で対応が難しいケースも多いです。対応できる範囲や対応できない内容について、職場側の事情を率直に共有することも大切です。

3.11 就業上の措置が実施される場合には産業医に相談します

普段、病気を見たことがない職場の上司や人事労務担当者にとって病名のイメージは医療者の持っているイメージよりも過大にとらえられがちです。職場に産業医がいる場合においては就業上の措置の検討について産業医にも意見聴取することでイメージが適正化される傾向にあります。

3.12 就業上の措置を実施することで影響を受ける同僚に影響の範囲と病状の一部を説明します

就業配慮を実施することで、同僚の業務量が増えるなど不公平感が募ることがあります。配慮の背景となる病状を説明することで理解が得られお互い働きやすい環境になることがあります。

3.13 安全に通勤可能か確認します

決まった時間に安全に通勤が可能か、復職までに本人自身で試しておく必要があります。送迎環境なども継続可能な手段か事前に確認しておく、安定した就業継続につながります。事業場によっては試し出勤制度を設けて確認しています。

3.14 職場復帰の目的・目標・ゴールを、本人を含めた関係者で協議します

職場復帰する際、ゴールが不明確でずっと意図しない制限・配慮を受け続けることがあります。これは本人にとっても職場にとっても負担になりえます。制限・配慮はある側面言えば働く権利・義務の一部を停止させていることになっていることもあり、常に歓迎されるものでないことを念頭に置くことが必要です。復帰の際、目的・目標・ゴールなどを設定することで適正化できる可能性があります。制限や配慮によって生じる経済的な見通しの共有があると、より適正なゴール設定ができます。

3.15 職場復帰プランを本人とともに検討します

職場復帰プランは最終的なゴールを見定めて、段階的に就業負荷を増やしていくように作成することが一般的です。場当たりの配慮は3.12に記載されたように不合理な対応になりうるので、その労働者に要求される業務量をあらかじめ言語化し、段階的復帰するプランを作成し、達成状況を適宜確認することが重要です。職場復帰プランはあくまでも復帰時のプランであり、その通りの復帰とならないこともあります。プランを絶対視するのではなく、適宜修正を加えていくことも検討して下さい。

- 3.16 外部機関（ジョブコーチ、職業訓練センター、産業保健総合支援センターなど）の活用を検討します。
- 事業場内の支援だけでは職場復帰しがたいと感じた時、公的外部機関に事業場支援を求めることができます。詳細は両立支援ガイドラインにありますのでご参考にして下さい。また、がん診療拠点病院などに設置されているがん相談支援センターは就労に関する相談を受け付けています。本人の通院先のがん相談支援センターを活用する方法もあります。

4 フォローアップ時

4.1 日ごろから本人に声かけをします

復職後は職場に迷惑をかけたという気持ちから、自分から自分の状況を言い出しにくいケースが多いようです。また、職場からも気遣いから声をかけにくいことがあります。上司から、日常の挨拶や「体調はどうか」という一言があると、仕事に関して困ったことや相談したいことも言い出しやすく、お互いに働きやすい状況となります。

4.2 見た目の変化についての申し出に対して、受容的な姿勢で対応するよう心がけます

治療の影響で、脱毛などの見た目の変化や、声が出にくいなどの障害を有した場合、人の目や差別に悩むことがあります。着替えやウィッグ着脱についての申し出に対して受容的な対応があると、本人の心理的負担が軽減され、業務に前向きに取り組むことができます。

4.3 仕事や環境が負担になっていないか本人に聴取します

職場復帰の際、本人は頑張りたいという思いから業務量を過剰に詰め込みすぎる場合があります。通常の労働者であっても長期の休暇の後には疲労しやすいように、仕事に慣れるには一定の時間が必要になるケースはよく見られます。負担が過大になっていないか聴取することで疲労の蓄積を防止することが可能になります。

4.4 本人のキャリアやアイデンティティなどについて不安に思っていることについて聴取します

特に配置転換が必要になったケースなどでは、「職場から必要とされていない」などと感じてしまい、すれ違いが生まれる原因となりがちです。不安に思っていることを聴取できるといいでしょう。社内ピア・サポーター（同じ経験をしたことのある支援者）制度を構築している企業もあります。また、事業場内で対応が難しい場合には病院などが設置しているピア・サポーターなどを紹介する方法もあります。

4.5 病状や治療状況に変化がないか本人に聴取します。変化があれば、3（職場復帰）の対応と同様の検討を行います。

がん治療などは治療の効果を定期的に確認し効果が不十分な場合や副作用が強い場合などは新しい治療に変更することなどもしばしばです。したがって、職場復帰の時と条件が変わっていることがあるため定期的に本人に治療状況に変更がないか確認することが適当です。ケースによっては、復帰の際に設定した目的・目標・ゴールを見直し、再設定することで、円滑な就業継続につながることもあります。

4.6 就業上の措置の実施で影響を受けている同僚等にも、負担になっていないか聴取します。必要に応じて、病状の一部も追加説明します。

職場復帰直後の受け入れが良かったとしても、時間の経過とともに（多くの経験者は3~6か月後ご

ろに訪れると回答します) 周囲の疲弊が見られます。周囲の疲弊が不満となり、結果的に本人支援の支障となることから注意が必要になります。周囲にも納得感を醸成することが必要となり、必要に応じて病状の一部追加説明を実施します。

4.7 資格取得や技能習得を支援します

資格取得の支援や、技能習得や自己研鑽を奨励することで、本人ができる仕事の幅が広がり、結果的に就労・雇用継続しやすくなります。本人の病気を抱えてもキャリアを諦めない姿勢や働く意欲を維持につながり、周囲も配慮しながら働きやすい雰囲気が醸成されます。

【しくみ（組織対応）】

5 休職時

5.1 休職者情報を、関係者（上司・人事・衛生管理者・産業保健スタッフ）に周知する仕組みを構築します

休職者情報は、ルールが定まっていないと上司だけにとどまっていたり、産業保健スタッフに知られていなかったりなど、必要な関係者に情報が伝わっていないことになりかねません。情報共有するメンバーを決めておく必要があります。

5.2 健康情報（個人情報）の取り扱いフローを作成します

健康情報の収集や保管についてはルールを作成する必要があります。厚生労働省「事業場における労働者の健康情報等の取扱規程を策定するための手引き」などを参考に取り扱いフローとルールの作成を行きましょう。

6 休職中

6.1 休職中に月に1回程度上司が本人に連絡するルールを構築します。

ルール化しておくことで上司が連絡するのを忘れることを防げます。

7 職場復帰時

7.1 勤務情報提供書の書式を準備し主治医に手渡す仕組みを構築します

勤務情報提供書の書式は両立支援ガイドラインにあります。現在、両立支援を行う際のスタンダードは、本人と事業場が勤務情報提供書を協働して作成し主治医に手渡すこととなっています。事業場が欲しい情報を得られるよう作成のルールを定めることが望まれます。

7.2 主治医の意見書の書式を整備し主治医から確実に意見書を受け取るルールを構築します。

主治医から提出される意見書の書式は医療機関によって様々です。事業場ごとの意見書の書式を作成することで抜け漏れの少ない情報を収集しやすくなります。書式は両立支援ガイドラインに掲載されているものが基本になります。

7.3 就業上の措置を実施するにあたり、産業医の助言を受ける体制を構築します

産業医は職場の健康管理のプロです。就業上の措置を実施するには産業医が検討することに入ることが適切です。本人、主治医、産業医、事業者の4者がチームを作り支援できると最強のチームになります。

7.4 就業上の措置を実施する場合、事前に本人と協議する仕組みを構築します

就業上の措置で実施される就業制限は時に本人にとって不利益となることがあります（例；半日勤務で給与が半額となり傷病手当金よりも収入が減ってしまう）。したがって、就業上の措置を実施する際には事前に本人と協議する仕組みを作成することが望まれます。

8 日ごろから

8.1 特定の疾患（がんなど）に偏らずすべての労働者が働きやすくなる（ダイバーシティマネジメント）制度・環境づくりを行います

8.2 特定の疾病のみにフォーカスした制度や環境づくりは不公正な職場になる可能性があります。どのような「働くことの困難感」を持っている労働者にとってもアプローチできる制度設計をすることで、「お互いさま」と思えることにつながります。具体的な制度としては、就業規則・健康情報取扱規程・職場復帰プログラム・時間単位で取得可能な有給休暇・病気休暇・有給休暇の積立制度・フレックス勤務・テレワーク・貸付金制度などがあり、助成金を利用して作成することもできます。具体的な環境としては、手すり・作業台・エレベータ・多目的トイレなどがあります。事業場の実情に応じて設計します。制度や環境が実際に充分利用できる状況か定期的に確認します

制度があっても利用できない（例；フレックス出社の制度があるのに上司が認めてくれない）といったことがあります。制度を作ったら実際に運用可能か定期的に確認することが制度の実効性を高めます。

8.3 慢性疾患では経過中の症状変化に合わせて就業上の措置を実施できるよう工夫します

経過の長い疾患などではいちど就業上の措置が決まるとそのままずっと継続になっているケースが散見されます。経過の長い疾患は、徐々に良くなるもの、経過に波のあるもの、徐々に悪化するものなどしばしばであるため、適宜就業上の措置が実施できるように就業制限・配慮に期間を設けるなど定期的に見直す仕組みを構築することで漫然と就業上の措置が実施されることを回避できます。

8.4 労働者が健康に関することについて相談できる相談窓口を設置し、周知します

労働者にとって健康問題が発生した時にどこに何を相談したらよいか、わからないことがあります。産業医に直接相談できる仕組みの構築（労働安全衛生法第13条の3）や産業医の業務内容の周知（労働安全衛生法第101条第2項）などを通じて相談窓口を周知し一人で悩まなくて済むような方策を検討します。

8.5 外部機関（ジョブコーチ、職業訓練センター、産業保健総合支援センターなど）を活用する準備をします

休業や両立支援が必要な労働者が発生した時に、利用できる外部機関がどこにありどのように利用できるのか、わからないことがあります。相談できる外部機関の情報を収集し、いつでも利用できるよう準備します。ジョブコーチの職場受け入れ経験や外部機関に相談した際の記録があると、次回以降対応しやすくなります。

8.6 部下の変化に気づいた際は本人の話を十分に聴くことを、管理者に教育します

職場復帰してから半年後程度した時が身体的・心理的負担が大きいというデータがあります。体調変化を最も身近で感じることでできる上司がキーパーソンとなり部下の変化を感じた時には適切な声

掛けができるよう管理職教育を行うことが適当です。

- 8.7 仕事での病気による働きづらさがあれば都度を申し出るよう、労働者に教育します
両立支援の申し出は職場復帰の時だけでなく、病気を起因とする働きづらさを感じた時にいつでもできることを教育することで、急な職場離脱を防ぐことができる可能性があります。

【風土】

9 目的の共有化

- 9.1 自社にとって両立支援を実施する目的について事前に検討します

両立支援を実施する目的は会社によってまちまちです。会社の安定的な人員確保のため、従業員の幸福のため、社員の帰属意識を高めるため、会社の社会的責任を果たすため、など会社にとって両立支援の意義と目的を共有化することで実際に事例が発生した時に対応することが容易になります。

- 9.2 健康経営の一環として両立支援に取り組みます

健康経営とは、会社経営の一環として健康に投資を行い、会社を繁栄させるという考え方です。両立支援をコストとして考えた場合には後ろ向きな費用となりますが、目的に沿った投資を行うことで、会社の活性化につながることを期待されます。

10 周知

- 10.1 利用できる制度や環境について周知します

制度を作成しても労働者が知らなければ利用されないまま終わってしまいかねません。周知することは重要で、周知の場は衛生委員会やイントラネットなど労働者がアクセスしやすい場所が適切と考えられます。また、制度整備への取り組みを外部発信すると、事業場の人材確保にもつながります。

- 10.2 両立支援の実施について社内周知をします

両立支援の制度全般が作成された場合においては社内周知を行うことが必要です。個別の制度については当事者意識のない労働者は忘れてしまいがちであるため、両立支援の制度がある、という大枠を労働者に周知することを周知することが必要で、そこまでたどり着けたら利用できる制度などにも紐づいて情報収集することが可能になります。

- 10.3 実際に一例体験したら、組織体験や個人体験を個人情報範囲内で共有します

両立支援の体験者が自身の体験を話したい、話してもいいとすることがあります。両立支援の経験がある上司はない上司と比較して支援的であることが知られています。疑似体験でもしておくことが必要なので、本人が協力したい場合には話ができる環境を作ることも必要です。なお、当然のことながら強制することのないようにしなければなりません。

- 10.4 厚生労働省や地方自治体主催の企業向けの両立支援シンポジウムやがん教育研修会に参加します

治療と仕事の両立支援の取組の促進を図ることを目的に、厚生労働省や地方自治体がシンポジウムや研修会を開催しています。他企業での実際の取り組みや経験から、自社に役立つ情報を得ることができます。開催情報は、厚生労働省の両立支援ポータルサイト (<https://chiryoutoshigoto.mhlw.go.jp/case/index.html>) や各地方自治体のサイトから確認できます。

10.5 両立支援コーディネーター研修を受講します。

両立支援コーディネーターは、患者・家族と医師・医療ソーシャルワーカーなどの医療側と産業医・衛生管理者・人事労務担当者などの企業側の3者間の情報共有の役割を果たします。両立支援コーディネーター研修の開催情報は、労働者健康安全機構のサイト (<https://www.johas.go.jp/ryoritsumodel/tabid/1015/Default.aspx>) や各地方産業保健総合支援センターのサイトから確認できます。

11 助け合いの文化

11.1 日ごろからチームワークを構築し「お互い様」の文化を育てます

両立支援を受けやすい環境は職場内での関係性がもともといい場合のことが多いです。日ごろからチームワークをよくしておくことで、病気を持った時に言い出しやすく、配慮を受けやすい環境につながります。

11.2 必要に応じて制度を柔軟に運用できるよう体制を構築します

制度の欠点は、制度外の運用を認めない傾向があることです。これは難しいところで、制度外の運用を認めることは結果的に制度がないがしろになりうまく機能しないこともあります。制度外の運用を認める際には、制度よりも上位の「両立支援の目的」に立ち戻り、目的に適している場合に限り制度外の運用を認めるなどの運用ルールを策定する方法もあります。

11.3 休みやすい環境整備を行います

日ごろから有給休暇を取りやすい、風邪をひいたときなど休みを言い出しやすい、などの環境整備をしておくことで両立支援を実施しやすい環境になります。

11.4 がん検診の受診など衛生委員会等で周知します

日ごろから病気のことを身近に考えること、早期発見のためのがん検診受診を進めるなど、病気になっても事業場が支援を行うことなどが周知されていることが両立支援の促進につながります。

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

- ① 立石清一郎：高齢社員のための治療と仕事の両立支援、高齢期まで元気で働くための治療と仕事の「両立支援」、エルダー43(1)、p40-41、(独)高齢・障害・休職者雇用支援機構、2021
- ② 立石清一郎：災害時における企業の産業保健ニーズへの対応、へるすあっぷ 21、9月号、法研、P15～17、2021
- ③ 原田有理沙、立石清一郎：産業医科大学における両立支援、消化器・肝臓内科 10(5):619-624、2021、科学評論社
- ④ 立石清一郎、原田有理沙、永田昌子：仕事と治療の両立支援 UPDATE として、安全衛生コンサルタント Vol 42(1)通算 141号、p69-72、2022
- ⑤ 立石清一郎：両立支援と配慮の考え方、産業看護職のためのキャリアアップに活かせる 30 のスキル、柴田喜幸編、産業保健と看護、2022 年春季増刊 (通算 86 号)、メディカ出版、55-61、2022
- ⑥ 立石清一郎：生涯現役時代の治療と仕事の両立支援、エルダー 両立支援

雑誌

1. Igarashi Y, Tateishi S, Harada A, Hino A, Tsuji M, Ogami A, Mori K, Matsugaki R, Fujino Y; CORoNaWork project. Relationship Between Support for Workers with Illness and Work Functioning Impairment in Japan During the COVID-19 Pandemic. J Occup Environ Med. 2022 Jan 25. doi: 10.1097/JOM.0000000000002500. Epub ahead of print. PMID: 35081590.
2. 立石清一郎、原田有理沙、永田昌子：仕事と治療の両立支援 UPDATE として、安全衛生コンサルタント Vol. 22 (141) 69-72、2022
3. 立石清一郎、原田有理沙、永田昌子：治療と仕事の両立支援～支援の要諦と最近の動向、健康開発 Vol. 26(2)19-24、2021
4. 立石清一郎、原田有理沙：両立支援の実際－「医療機関における治療と仕事の両立支援」、総合リハビリテーション 49 巻 11 号、1087-1093、2021
5. 原田有理沙、立石清一郎、橋本博興、井上俊介、細田悦子、篠原弘恵、高倉加寿子、古田美子、近藤貴子、蟻川麻紀、末永卓也、久原聡志、黒木一雅：2018-2020 年度産業医科大学病院における両立支援の診療実績と今後の課題、産業医科大学雑誌 43 (4)、445-458、2021
6. 原田有理沙、立石清一郎：産業医科大学における両立支援、消化器・肝臓内科 10(5):619-624、2021
7. 久米井伸介、渡邊龍之、芳川一郎、山内大夢、谷本彩、中村健太、村石純一、久米恵一郎、立石清一郎、原田大：炎症性腸疾患患者における両立支援、消化器・肝臓内科 10(5):583-589、2021
8. 蓑原里奈、小林祐一、古屋佑子、絹川千尋、廣里治奈、立石清一郎、渡邊聖二、森晃爾：治

- 療と仕事の両立支援の手続きの中で産業医から主治医に提供された情報および助言内容の質的研究. 産業衛生学雑誌 63(1):6-20、2021
9. 立石清一郎：病気の治療と仕事の両立支援-キャリアをあきらめないために 治療と仕事の両立支援における医育機関の役割、公衆衛生 85(1)33-37
 10. 小林清香、平井啓、谷向仁、小川朝生、原田恵理、藤崎遼平、立石清一郎、足立浩祥：身体疾患による休職経験者における職場ストレスと関連要因、総合病院精神医学 32(4):403-409、2020
 11. 立石清一郎：両立支援に欠かせない 産業保健スタッフに必要な疾患の知識と最新の治療法 (Part 1)両立支援のためにおさえておきたいポイント 就業配慮を構造化して理解する、産業保健と看護 2020 春季増刊:14-17、2020
 12. 立石清一郎：両立支援に欠かせない 産業保健スタッフに必要な疾患の知識と最新の治療法 (Part 1)両立支援のためにおさえておきたいポイント 両立支援におけるメンタルヘルス不調と身体疾患との相違点、産業保健と看護 2020 春季増刊:18-20、2020
 13. 立石清一郎、渡瀬真梨子、藤野義久、森晃爾：産業保健分野でのデルファイ法の応用展開、健康開発第 24 巻第 3 号、71-79、2020
 14. 立石清一郎、井上俊介、永田昌子、荻ノ沢泰司、金城泰幸：職場で取り組む治療と仕事の両立支援 治療と仕事の両立支援の現状と課題、健康開発 24(3):18-22
 15. 立石清一郎：治療と職業生活の両立支援、香川県医師会誌 71(6):73-78、2019
 16. 立石清一郎：治療関連障害でもととの仕事ができない/無理なとき 産業医からみた就労支援、緩和ケア 29(1):44-45、2019
 17. 立石清一郎、井上俊介、黒木一雅、細田悦子、近藤貴子、高倉加寿子、中藤麻紀、篠原弘恵、古田美子、荻ノ沢泰司、蓑原里奈、永田昌子、榎田奈保子、柴田喜幸：治療と仕事の両立支援研究の現在 産業医科大学における治療と仕事の両立への貢献、産業医学ジャーナル 42(4):30-37、2019
 18. 尾辻豊、立石清一郎、田中文啓、荻ノ沢泰司、黒田耕志、市来嘉伸、安東睦子、細田悦子、黒木一雅、近藤貴子、中藤麻紀、東敏昭：産業医科大学病院における両立支援科・就学就労支援センター、日本職業・災害医学会 67(5):369-374、2019
 19. 白土博樹. 患者側に立った最先端医療：治療と仕事の両立支援. 北海道大学病院地域医療連携福祉センター NEWS LETTER No.32. 2021
 20. Tanaka F, Takenaka M, Imanishi N, Hirai A, Kanayama M, Mori M, Matsumiya H, Taira A, Shinohara S, Kuroda K. Non-incisional pleurectomy/decortication for malignant pleural mesothelioma. 2021, Gen Thorac Cardiovasc Surg. In press.

研究者名 (生年月日) (研究者番号)	所属研究機関 部局 職名	現在の専門 学位(最終学 歴)	研究倫理教 育の受講の 有無	COI(利益相 反)委員会 の有無	COI委員会 への申出の 有無	エフォ ート (%)
立石 清一郎 (45) 1975.06.11 80570861	産業医科大学	産業保健/両立支 援	有	有	有	10
	両立支援科学	博士(医学)				
	准教授	(産業医科大学 医学部・平成12 年卒)				
永田 昌子(44) 1977.04.01 70525469	産業医科大学	産業医学	有	有	有	10
	産業生態科学研 究所 産業保健 経営学	博士(医学) 産業医科大学医 学部				
	助教					
森 晃爾(60) 1960.09.11 50230066	産業医科大学	産業医学	有	有	有	5
	産業生態科学研 究所 産業保健 経営学	産業医科大学大 学院医学研究科				
	教授					
宮内 文久(72) 1948.11.30 40136198	愛媛労災病院	産婦人科	有	有	有	5
	産婦人科	医学博士(山口 大学大学院・昭 和55年修了)				
	院長					
白土 博樹(64) 1957.03.29 20187537	北海道大学	癌治療/放射線治 療	有	有	有	5
	大学院医学研究 院	医学博士(北海 道大学医学部・ 昭和56年卒)				
	医理工学院長 教授					