

産業保健委員会答申

令和3年2月

京都府医師会産業保健委員会

令和3年2月3日

一般社団法人 京都府医師会
会長 松 井 道 宣 様

京都府医師会産業保健委員会
委員長 古 木 勝 也

産 業 保 健 委 員 会 答 申

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

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

産 業 保 健 委 員 会 委 員

委 員 長 古 木 勝 也 (福 知 山)

副 委 員 長 矢 間 博 善 (右 京)

委 員 阪 上 順 一 (福 知 山)

古 海 勝 彦 (任天堂株式会社 産業医)

松 田 雅 子 (京都産業保健総合支援センター)

出 雲 路 祥 子 (京都大学医学部附属病院
がん相談支援センター)

前 田 留 里 (京都ワーキング・サバイバー)

弓 削 晴 美 (弓削晴美社会保険労務士事務所)

オフ`サ`ーハ`ー 梶 木 繁 之 (産業保健コンサルティングアルク)

担 副 会 長 北 川 靖

担 理 事 森 口 次 郎

副 担 理 事 三 木 秀 樹

副 担 理 事 西 村 幸 秀

〔 諮 問 事 項 お よ び 趣 旨 〕

「がんを抱える就業者の両立支援を

産業医の立場から推進するための方策について」

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

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

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

[答 申]

1. はじめに

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

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

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

2. 関係機関の立場より現状と考察

（ア）両立支援促進員の立場より

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

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

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

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

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

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

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

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

① 産業医個人に依る課題（時間的な課題、技術的な課題、認識の課題）

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

② 事業場の環境整備の課題

i> 大企業の縦割り

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

ii> 中小企業において産業医との連絡がとれていない。

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

③ 両立支援の位置づけ

- ・長時間労働者、高ストレス者の面接指導は産業医の職務として明記されてい

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

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

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

（イ） 両立支援コーディネーターの立場より

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

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

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

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

（ウ） 病診連携室・社会福祉士（ソーシャルワーカー）の立場より

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

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

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

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

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

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

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

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

（エ） 社会保険労務士の立場より

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

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

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

以下に規程されると良いと思われるものを挙げておく。

① 治療のための休職制度

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

② 失効年次有給休暇付与制度

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

③ 再雇用制度

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

④ 復帰後の時短勤務等

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

⑤ 有給休暇の半日・時間単位付与

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

⑥ 時差出勤制度、フレックスタイム制度

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

⑦ テレワーク制度

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

⑧ がん罹患従業員用就業規則

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

3. 臨床医の立場からの現状と考察

(ア) 背景

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

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

(イ) 現状 ～臨床医の立場から～

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

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

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

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

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

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

(ウ) 考察 ～臨床医の立場から～

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

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

4. 産業医の立場からの現状と考察

（ア）嘱託産業医の現状

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

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

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

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

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

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

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

（イ）専属産業医の場合

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

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

(ウ) 嘱託産業医の場合

① 業務全体における両立支援の位置づけ

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

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

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

② 技術的な課題：嘱託産業医の支援体制の整備

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

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

③ 時間的な課題：社会的ネットワーク、クリニックの存在で解決

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

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

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

5. 学術的な整理

(ア) 日本におけるがん就労者の両立支援に関する研究

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

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

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

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

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

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

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

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

（イ） 国や行政による「治療と職業生活の両立支援」の推進と産業医への期待

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

6. 提言として

（ア） 周知と顔の見える関係づくり

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

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

と考える。

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

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

（イ） 成功事例（研修等で紹介・活用）や活用すべきものの整理

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

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

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

（ウ） 社会資源の整理（産業医から企業への提言も必要）

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

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

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

(エ) インフラツール等の活用

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

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

7. 今後の課題

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

ングをしていく必要があると思われる。

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

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

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

8. おわりに

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

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

参考文献

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

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

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

図1 職場復帰の可否等について主治医の意見を求める際の様式例¹³⁾

(主治医所属・氏名) 先生

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

どうぞよろしくお願い申し上げます。

従業員氏名		生年月日	年	月	日
住所					

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

上記内容を確認しました。

令和 年 月 日 (本人署名) _____

令和 年 月 日 (会社名)

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

患者氏名		生年月日	年	月	日
住所					

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

上記内容を確認しました。 令和 年 月 日 (本人署名) _____

上記のとおり、診断し、就業継続の可否等に関する意見を提出します。

令和 年 月 日 (主治医署名) _____

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

図3 職場復帰の可否等について主治医の意見を求める際の様式例¹³⁾

患者氏名		生年月日	年	月	日
住所					

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

上記内容を確認しました。 令和 年 月 日 (本人署名) _____

上記のとおり、職場復帰の可否等に関する意見を提出します。

令和 年 月 日 (主治医署名) _____

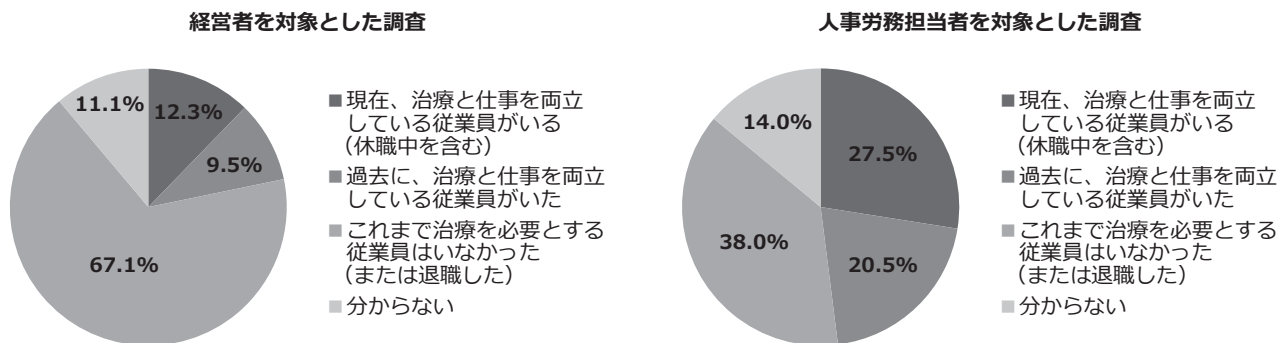
(注)この様式は、患者が病状を悪化させることなく治療と就労を両立できるよう、職場での対応を検討するために使用するものです。この書類は、患者本人から会社に提供され、プライバシーに十分配慮して管理されます。

図4 両立支援プラン／職場復帰支援プランの作成例¹³⁾

作成日： 年 月 日

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

図5 両立支援を必要とする従業員の有無



志岐直美 みずほ情報総研レポート vol.17 2019より

表1 産業医の選任義務がある事業場における産業医の選任状況

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

平成22年労働安全衛生基本調査。平成26年経済センサス

表2 産業医の養成研修・講習を修了した医師の数（厚生労働省調べ）

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

表3 京都府における産業医の実働状況²⁰⁾

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

表4 産業医活動を行うに当たっての課題 ²¹⁾

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

表5 過去3年間の休業者人数 ²³⁾

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

過去3年間の休業者人数（SA、単位=%）

