

治療と仕事の

両立支援コーディネーター マニュアル

令和4年4月改訂



独立行政法人 労働者健康安全機構

治療と仕事の

両立支援コーディネーター マニュアル



独立行政法人 労働者健康安全機構

はじめに

少子高齢化社会を予測し、労働者健康安全機構では職場の安全、勤労者の健康、勤労者の生活支援を如何に確立するかを本来の達成すべき業務として、その実現に向けて邁進してきました。その一つが平成21年に立ち上げられた「勤労者医療の在り方検討会」でした。まさに、労災病院が果たすべき役割の議論の始まりです。そこで議論された勤労者医療について、総括として、従来の「労働災害の予防と治療」の中心から「勤労者の健康と職業生活を守ることを目的として行う医療及びそれに関連する行為の総称である」と結論付けられました。この定義に沿って「職場復帰までを目標とする医療」、「仕事を辞めない、辞めさせない医療」に関する調査研究が開始され、現在に至っております。研究分野は、がん、糖尿病、脳卒中、メンタルヘルスの4分野において進められてきました。

その間、厚生労働省でも「治療と職業生活の両立等の支援に関する検討会報告書」(平成24年8月)を公表し、「治療と職業生活の両立」とは、病気を抱えながらも、働く意欲・能力のある労働者が、仕事を理由として治療機会を逃すことなく、また、治療の必要性を理由として職業生活の継続を妨げられることなく、適切な治療を受けながら、生き生きと就労を続けられることであるとして、国、自らが治療と就労のあるべき姿を示しました。

このように、これからの勤労者医療は、治療側、企業側において職員の肉体的、精神的健康を守るという考えのみではなく、治療側としては就労という観点を持った医療の実践と企業側としては社会福祉の観点からの対応が求められています。当機構においても、この理念の普及を図って、市民フォーラム、有識者による推進会議等を創設し、国立研究開発法人 国立がん研究センターをはじめとする専門病院の代表、企業の代表、患者会の代表の方々による会議を実施するとともに、事業推進に邁進してきました。その結果、国からの委託を受けて、患者、企業、医療の3者を有機的に結び合う人材の育成として、コーディネーターの養成にまで進展してきました。その中でコーディネーターの果たす役割は大きく、大きな力量と労働環境における十分な知識、患者との上手なコミュニケーション等が求められています。そこで当マニュアルにおいては、コーディネーターが知識を深めるのに重要な領域について、まさに具体的な行動に必要な基本を示すことにしました。

本マニュアルが、医療機関、産業保健総合支援センター、職場における産業医、人事労務担当者に広く利用されることを期待するとともに、治療を受ける労働者、提供する医療機関、職場関係者との具体的な現実に即した情報交換の一助になればと考えています。

最後に、勤労者医療の概念が大きく変化し、働く人々の健康保持・職場復帰・就労に対しても適切な医療を実施することと謳われていることに鑑み、労働契約法における安全配慮義務は、従業員の就労と治療の両立を図る方向性を医療と企業側面から支える項目として理解すべきと考えられます。

令和2年3月

独立行政法人労働者健康安全機構 特任研究ディレクター 野村 和弘

目次

◆ はじめに	i
--------	---

I 両立支援コーディネーターの必要性と役割 1

1 両立支援コーディネーターとは(定義)	2
1》仕事と両立すべきこと	2
2》困りごとが沢山ある	2
3》登場人物が多い	3
4》それぞれの立場で	3
5》なぜ両立支援コーディネーターが必要か	4
2 両立支援コーディネーターの役割	5
1》仕事を辞めずに治療が続けられるよう後ろからサポート	5
2》求められる能力	6
3》両立支援コーディネーターの立場	7
4》両立支援の対象となる方	8
5》まとめ	9
3 主治医の役割と両立支援におけるコーディネーターの必要性	10
1》治療と仕事の両立支援体制の必要性	10
2》両立支援チームでの主治医の役割	11
3》両立支援チームにおける主治医と企業との連携	11

II 両立支援コーディネーターに求められる基本的な能力と知識 13

1 コミュニケーション・スキル	14
1》マナーを守る	14
2》面接の構造化	15
3》コミュニケーションのABC	15
4》非言語コミュニケーションに気を配る	17
5》疾病受容への心理的变化	17
6》面接の振り返り	18

2	産業保健に関する基本的知識	20
1	はじめに	20
2	産業保健の課題	20
3	産業保健体制	22
4	職場復帰の判断	25
5	事業場外資源による支援	25
3	労務管理に関する基本的知識	26
1	労働契約に関する基本的事項	26
2	就業規則	27
3	休日・休暇・休業制度	27
4	労働安全衛生法上の健康確保措置	29
5	安全配慮義務	29
6	事業者における両立支援上の課題等	30
7	事業者における就業上の措置・配慮等	31
4	社会資源に関する知識	32
1	高額療養費制度	32
2	傷病手当金	34
3	障害年金	35
4	障害者手帳	36
5	生活福祉資金貸付制度	37
6	医療費控除	39
7	障害者総合支援法	39
8	介護保険(窓口:市町村の介護保険課)	40
9	両立支援に有用な社会資源	40

Ⅲ 両立支援コーディネーターに求められる基本的な医療知識 45

1	がん分野	46
1	疾患の概要	46
2	がんに対する代表的な治療法	50
3	がん患者さんの両立支援に必要な留意点	50
4	がん情報のリテラシー	51
5	各々のがんの特徴・症状、治療、両立支援の留意点(代表的ながん)	51

2	脳卒中分野	62
1	》疾患の概要	62
2	》代表的な治療と経過	64
3	》両立支援に必要な留意点	67
	● 様式例	69
3	糖尿病分野	76
1	》糖尿病とは	76
2	》代表的な治療方法の概略 薬物療法・インスリンなど	78
3	》糖尿病の両立支援に必要な留意点	82
4	メンタルヘルス分野	85
1	》精神疾患の定義と精神科の診断	85
2	》代表的な精神疾患と治療	86
3	》精神疾患の両立支援のポイント	89
5	肝疾患分野	91
1	》疾患の概要	91
2	》代表的な治療と経過	93
3	》両立支援に必要な留意点	94
6	難病分野	96
1	》疾患の概要	96
2	》代表的な疾患の治療と経過	97
3	》難病に対する両立支援に必要な留意点	101
4	》難病関連の支援機関	102
7	心疾患分野	103
1	》疾患の概要	103
2	》代表的な治療と経過	105
3	》両立支援に必要な留意点	105

IV	両立支援の進め方	109
1	》がん分野	110
2	》脳卒中分野	112
3	》糖尿病分野	114
4	》メンタルヘルス分野	115
5	》肝疾患分野	116

6》難病分野	118
7》心疾患分野	119
● 様式	120



両立支援コーディネーターの 必要性と役割

1

両立支援コーディネーターとは(定義)

1 仕事と両立すべきこと

働き方改革の項目のひとつに、「病気の治療、子育て・介護等と仕事の両立、障害者就労の推進」があります。子育て、介護、治療は人間のライフイベントの中でいずれも重要なものであり、これらと仕事を両立させていくことは大きな課題であることは間違いありません。

この3つのうち、「子育て」はそこに関わる期間がある程度明確ですし、人が産まれる・育つという何よりも明るい希望があり発展的な課題です。「介護」も高齢化に伴う大きな問題ですが、そこに向けた心の準備は事前にできており、こちらもある程度期間のメドは立ちます。そして、この両者はいずれも自分がサポートする立場のものです。

しかし、「治療」は子育て・介護と異なり、本人が病気にかかっているわけですから、自分がサポートされる立場であるということ、また、いつ遭遇するか想定もできず、その期間も不明瞭というところは、他の分野と大きく異なります。

● 働き方改革「仕事と両立」三大テーマ

- ▶ 出産・育児: 期限がある程度明確で発展的課題
- ▶ 介護: ある程度メドが立ち、自分がサポートする立場
- ▶ 治療: 自分がサポートしてもらおう立場で期間も不明瞭

2 困りごとがたくさんある

病気にかかった時の困りごとはたくさんあります。例えば、働き盛りの方ががんに罹患したとします。この方が一番心配するのはご自身の「予後」(病気の経過の医学的な見直しのこと)だろうと思います。いくら治療技術が進歩したといっても、本人にとってみれば自身の身体がどうなるのか一番心配です。それから経済的なことも心配です。医療費、食費、光熱費に加えて、教育費や住宅ローンなどの負担を抱えている方もいます。さらに、人間関係、家庭に戻れば家事・子

● 労働者(患者)には困りごとが多い

患者のA子さん

仕事

予後

近所付き合い

家事

子育て

借財

住宅ローン

医療費

光熱費

食費

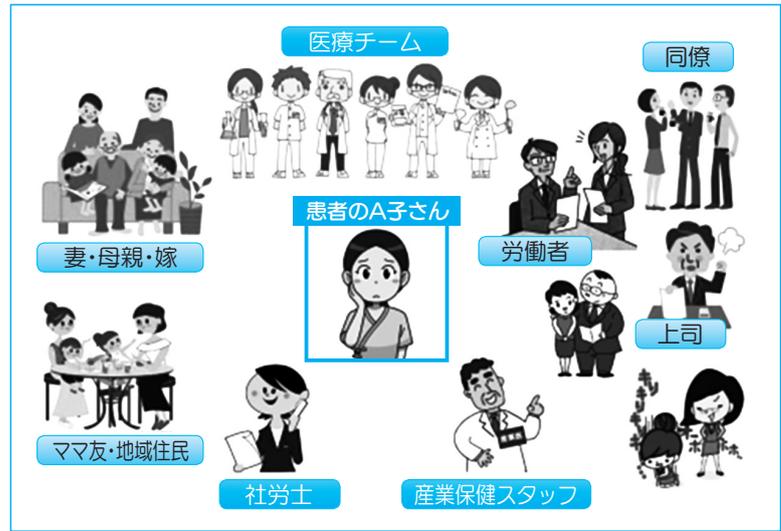
教育費

育で・近所付き合いといったことがあります。そして、仕事のことがあります。「会社に迷惑をかけるから」と考え、がんと診断された時点で仕事を辞めてしまうという方が、4割程度いるという現実もあります。このように、様々な困りごとがたくさんあります。

3 登場人物が多い

両立支援を進めるに当たっては、登場人物がたくさん出て来ます。病院では医療チームとして、医師や看護師、ソーシャルワーカーなど色々な専門家が労働者(患者)をとりまきます。患者さんが家庭に戻れば、家庭での役割があり、地域の付き合いもあるでしょう。さらに、職場では労働者としての立場があり、上司がいて同僚がいます。職場の規模にもよりますが、産業保健スタッフや社会保険労務士などが関与してくることもあります。登場人物が多いだけに、それぞれが持っている知識や使用する言葉も違ってきます。

● 登場人物が多い

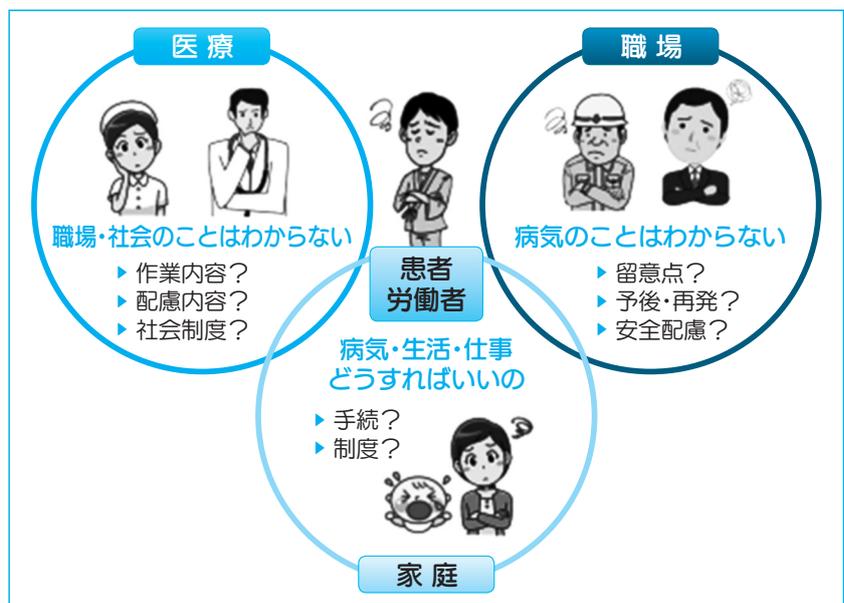


4 それぞれの立場で

立場で分けてみると、本人と家族はまず病気のこと、どんな治療・どんな予後なのか、それに伴う手続など、わからないことがたくさんあります。

医療側では、専門的な治療はできても、この方がどのような仕事の内容でどんな負荷がかかるかはわかりません。職場では病気への対応、何に気を付ければいいのかわかりません。無理に働かせて悪くしては困りますし、労働者を守る義務、安全配慮義務がありますので、そういった情報が必要です。

● 立場ごとに困りごとはさまざま



5 》なぜ両立支援コーディネーターが必要か

こうして見ると、治療と仕事の両立は、子育てや介護と異なり、時間や金銭的な要因だけでなく、ご自身が患者として治療を受けるという特殊性があることに加え、医療という専門性や社会福祉資源の複雑さもあり、労働者(患者)やその家族だけでは対処しきれないことが多いことが分かります。また、労働者(患者)が治療と仕事の両立を図る上で、多くの場合、「労働者(患者)」と「職場」と「医療」との情報共有が不可欠となりますが、登場人物が多いために、それぞれの専門用語があり、これらには共通言語ではないことが多く、通訳の存在が必要となります。

実際の治療現場では、職場との連携や協議に注力できるほどの時間的・人的余裕が乏しいといった理由から、十分な連携が機能しておらず、職場においても積極的な支援がなされていないというのが実情です。こうした点を解消していくため、労働者(患者)の思いに耳を傾け、情報をきちんと整理し、労働者(患者)を支援する両立支援コーディネーターは、非常に有用であると言えます。

なお、平成29年(2017年)に「働き方改革実現会議」で決定された「働き方改革実行計画」において、主治医、会社・産業医及び両立支援コーディネーターによる、患者への「トライアングル型サポート体制」を構築するよう定められているとともに、国のがん対策の基本的な指針である「第3期 がん対策推進基本計画」にも明記されています。

参考 第3期がん対策推進基本計画(一部抜粋)

国は、患者が安心して復職できるよう、個々の患者ごとの治療と仕事の両立に向けたプランの作成支援、患者の相談支援及び主治医や企業・産業医と復職に向けた調整の支援を行う「両立支援コーディネーター」を、拠点病院等、関係団体及び独立行政法人労働者健康安全機構との連携の下に育成・配置し、主治医等、会社・産業医及び「両立支援コーディネーター」による、患者への「トライアングル型サポート体制」を構築する。

参考 働き方改革実行計画(一部抜粋)

治療と仕事の両立に向けて、主治医、会社・産業医と、患者に寄り添う両立支援コーディネーターのトライアングル型のサポート体制を構築する。とりわけ、両立支援コーディネーターは、主治医と会社の連携の中核となり、患者に寄り添いながら継続的に相談支援を行いつつ、個々の患者ごとの治療・仕事の両立に向けたプランの作成支援などを担う。(中略)こうした人材を効果的に育成・配置し、全国の病院や職場で両立支援が可能となることを目指す。

I 両立支援コーディネーターの必要性と役割

2

両立支援コーディネーターの役割

1 仕事を辞めずに治療が続けられるよう後ろからサポート

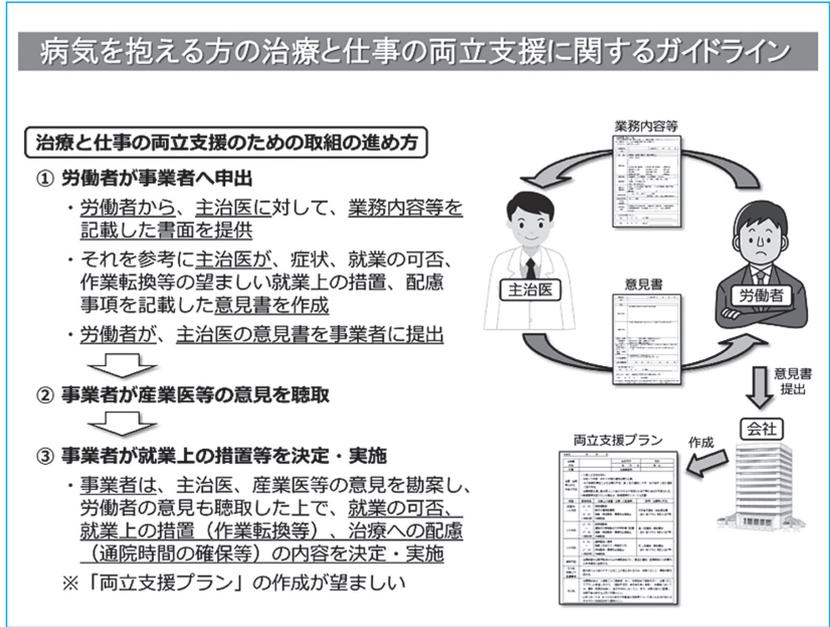
「両立支援コーディネーター」とは、労働者(患者)やその家族からの依頼を受けて労働者(患者)に寄り添いながら相談支援を実施し、また、労働者(患者)、主治医、企業・産業医のコミュニケーションのサポートを行う者です。病気にかかった労働者(患者)がスムーズに職場復帰(復職)できるように、または、仕事を理由として治療を中断することなく継続治療できるように、医療機関に受診を始めた早期の段階から対象者の依頼を受けて介入する新たな職種です。

厚生労働省の「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」(平成28年)では、両立支援の進め方を提示しています(図1)。まず労働者(患者)である本人が業務内容などを記載した書面を主治医に提出します。それを参考に主治医が症状、就業の可否、望ましい就業上の措置、配慮事項、将来の見通し等を記載した意見書を作成します。労働者(患者)は主治医の意見書を事業所に提出、次いで事業者が産業医等の意見を聴取して、就業上の措置などを決定・実施するというものです。

このように、労働者の治療と仕事の両立支援には、医療職と事業所側との連携が不可欠ですが、病気にかかった労働者(患者)がこうした書面を自らすぐに書けるものでしょうか。ここで両立支援コーディネーターが間に入って話を聞き、こうした書面作成を手助けしつつ、やりとりを手伝うと職業情報の漏れがなくなります。詳細な仕事の内容、例えば有害業務などの作業上の制限があるのか、交代制勤務があるのか、労働時間制度はどのようなかを整理して主治医に伝えることが両立支援コーディネーターの役割になります。こうした役割は、主治医が作成する意見書にも大きな影響を与えることになります。また、作成された意見書を事業所へ提出することになりますが、産業医

がいる事業所ではこの意見書を確認し、産業医が上司と配慮事項・措置事項を決めていく流れとなります。しかし、日本の企業の99%は中小企業であり、産業医が選任されている事業所ばかりではありません。このため、患者である労働者が意見書の内容を直接事業者伝えなければなりません。この手助けをしていくことが、両立支援コーディネーターの役割になります。復職を希望する、または、治療と仕事の両立を希望する労働者(患者)に、早期の段階から継続的に関わり、タイ

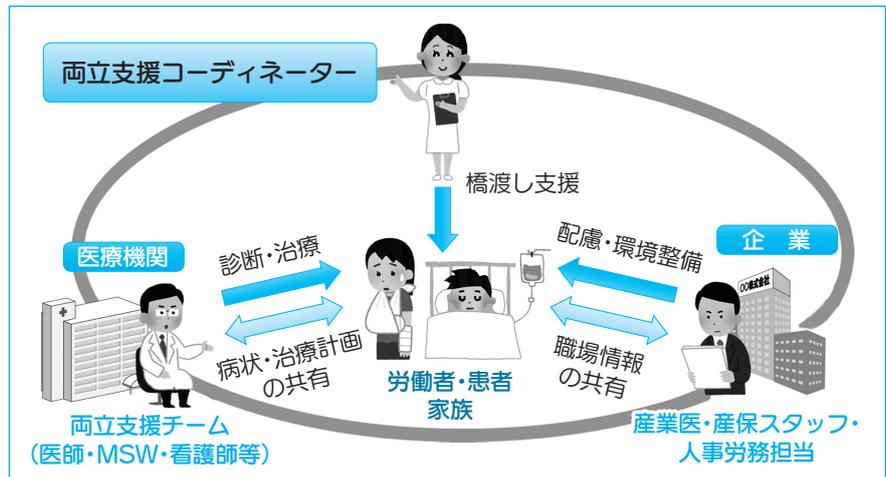
図1



ミングよく事業所側と連携する役割を担うのが両立支援コーディネーターです。

こうした役割を図示すると図2のようになります。この図で中心にいるのは労働者(患者)です。この方は、医療機関では患者であり、企業では労働者です。職場と医療機関の情報共有は、本来、患者自身が行うことですが、複雑な医療情報を自身で的確に職場に伝えることは非常に難しいことです。ここで両立支援コーディネーターが後ろで支え、あくまで本人の主体性を重んじて、必要に応じて必要なアドバイスをしていきます。この方が仕事を辞めずに治療が続けられるようサポートしていくことが、両立支援コーディネーターの役割になります。

図2



2 求められる能力

医療機関において適時開催される主治医、看護師、薬剤師、リハビリテーション専門職等を含めた両立支援チームによる連絡会議(カンファレンス)の運営は、両立支援コーディネーターが担います。両立支援コーディネーターは、この連絡会議または個別の面談等において、治療内容とその結果、今後の治療の予定、回復の見通しなどの詳しい医療情報を得ます。両立支援コーディネーターは、患者の精神状態、生活、家庭経済について配慮し、事業所、社会保険労務士や産業保健総合支援センターとも連携し、主治医の意見書作成を始め、時期別、状態別に様々な就労支援を行います。

なお、必要に応じて、当該患者及び事業場の担当者を交えた就労に際しての検討を行うこともあります。

このように両立支援コーディネーターの役割は、医療側の就労支援において中心的なものであり、その知識、能力としては幅広いものが求められ、専門別に分類するとおおよそ右のとおりになります。

これらの知識をすべて備えており、

両立支援コーディネーターに求められる能力

(1) コミュニケーション・スキル

- 支援を行う上で必要なコミュニケーション・スキル
- 支援対象者の疾病や治療に伴う心理的ストレスへの理解

(2) 医療に関する基本的知識

- 典型的な疾病や治療に関して、その特徴、経過及び就業に当たっての影響
- 疾病のみならず障害に関する理解(回復過程、障害者手帳)

(3) 産業保健に関する基本的知識

- 事業場における労働者の健康管理の基本的考え方
- 産業保健体制及び産業保健活動

(4) 労務管理に関する基本的知識

- 両立支援を行う上で必要となる労働関係法令に関する知識
- 事業場における就業継続可否の考え方、就業上の措置・配慮事項

(5) 社会資源に関する知識

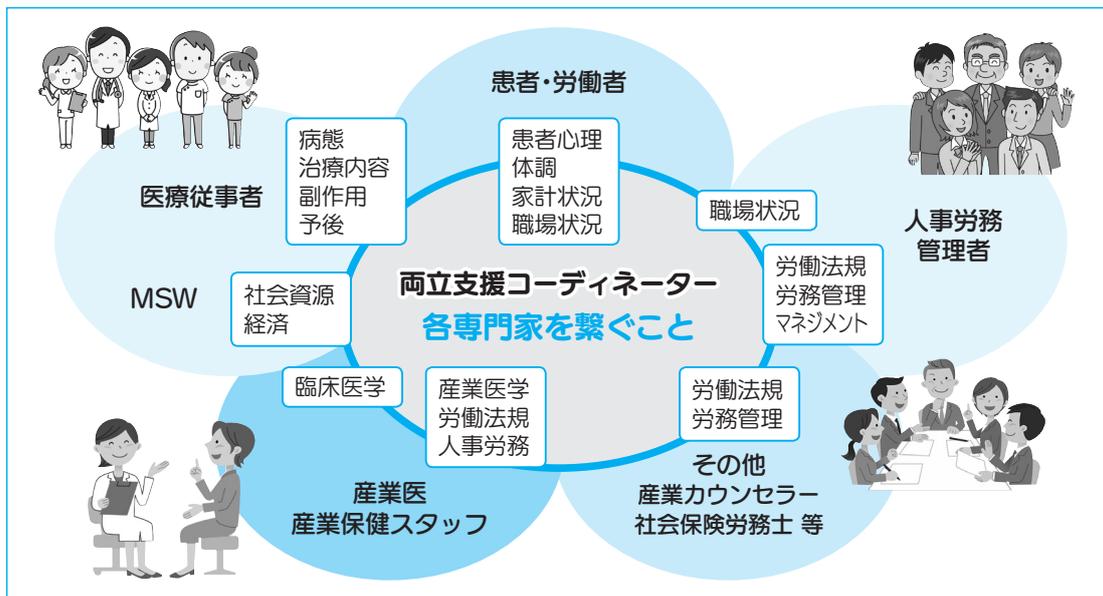
- 経済的支援を含む両立支援に利用可能な支援機関、支援制度等の社会資源

全体を俯瞰できれば言うことがありませんが、現実的にはそのようなスペシャリストを求めることは難しいものです。

このため、それぞれの分野にどういったことがあるのか、その最大公約数のところを把握しておき、この分野についてはどの方面の誰と繋がれば良いのかということ整理し、情報提供できるようになればよいでしょう(図3)。

両立支援コーディネーターは、色々な分野のインデックスをつくっておいて、文字どおりコーディネートすること、自分ひとりで判断せずに専門家と意見を交換しながら、労働者(患者)と一緒に考えていくということが大切です。

図3



3 両立支援コーディネーターの立場

両立支援コーディネーターの役割は、労働者(患者)と医療と職場の理解が深まるようにサポートすることであり、職場復帰に向け企業との交渉をしたり、その代理行為を請け負うものではありません。雇用の基本は、労働者と使用者との間の労働契約で成り立っていますので、雇用継続・休業・退職・解雇など決定当事者は労使双方であり、両立支援コーディネーターが労使間に介入することはできません。あくまでも依頼を受けて、「医療スタッフ」や「事業所」との連携をお手伝いする立場です。

基本的に「事業所」や「行政窓口」における手続や契約は労働者(患者)またはその家族に行っていただきます。労働者(患者)に両立支援コーディネーターの役割を説明する際は、その介入により、希望どおりに復職できるわけではないことを必ず伝える必要があります。両立支援コーディネーターはサポーター役であること、仕事を斡旋する者ではなく、復職しやすいように支援する者であることを正確に伝える必要があります。結果としてうまく復職ができないこともあるかもしれませんが、労働者(患者)自身が納得のいく形で人生の決断ができるようにしていくことが大切です。

4 両立支援の対象となる方

両立支援コーディネーターによる両立支援の対象となる方は、①発症前に何らかの仕事に就いており、②その仕事を継続する意思があり、③両立支援コーディネーターによる支援介入に同意のある方、です。就労する意思がない方や、もともと仕事をしていない方を、無理やり就労のルールに乗せるものではありません。

両立支援が必要な疾患は色々ありますが、疾患を治療のパターンから見ていくと図4のように6つに分類することが可能です。

こうした治療パターンの特徴から、両立支援コーディネーターの関わり方は、「休業から復職するパターン」と「休業せず両立するパターン」とに分けることもできます(図5)。休業から復職を目指すことが多い疾病としては、がん、脳卒中、難病などがあげられます。一方、通院治療との両立を目的とすることが多い疾病としては、がん(外来治療)、糖尿病、メンタル不調などがあげられます。

なお、本人の意思を確認するというためにも、支援介入に当たっては同意書をとっておくべきです。改正個人情報保護法では、機微情報について「要配慮個人情報」として定められましたが、「要配慮個人情報」には、本人の人種、信条、社会的身分、病歴、犯罪の経歴、犯罪により害を被った事実等が該当し、あらかじめ本人の同意を得ないで取得することが禁止されています。また、これを第三者に提供するためには、本人の同意が必要になります。

図4 治療パターンからみた分類

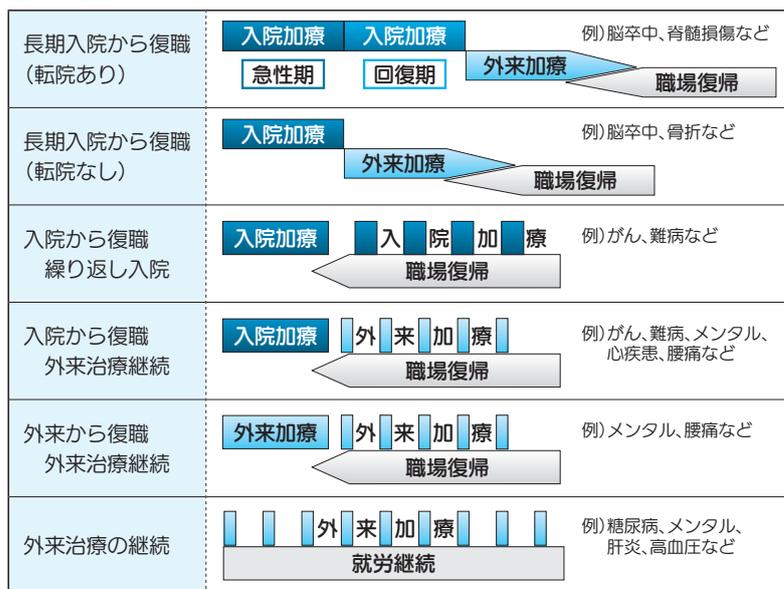
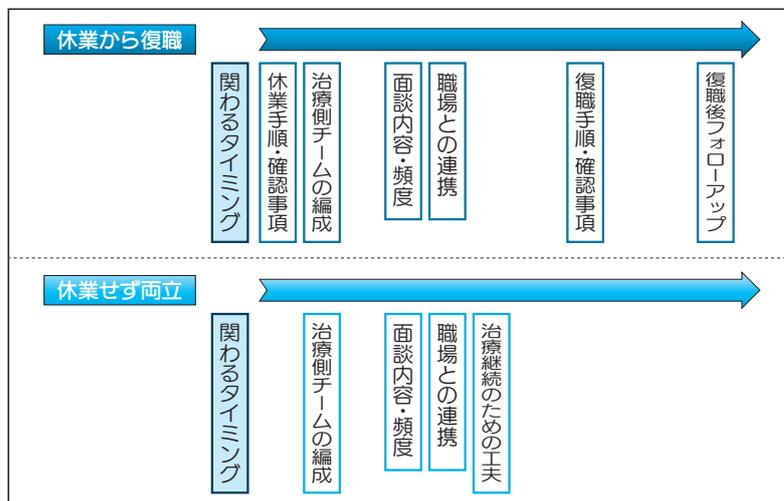


図5 両立支援コーディネーターの関わり方



【要配慮個人情報】とは

キーワード

「人種、信条、社会的身分、病歴、犯罪の経歴、犯罪により害を被った事実等のほか、身体障害、知的障害、精神障害等の障害があること、健康診断その他の検査の結果、保健指導、診療・調剤情報、本人を被疑者又は被告人として、逮捕、捜索等の刑事事件に関する手続が行われたこと、本人を非行少年又はその疑いがある者として、保護処分等の少年の保護事件に関する手続が行われたことが該当」。

～個人情報保護委員会製作：個人情報保護法ハンドブックより～

5 《まとめ

コーディネートする上での留意事項をとりまとめると以下のとおりになります。

- 治療と仕事の両立は、労働者(患者)本人の就労意思があってはじめて介入できる
- 対象となる労働者(患者)の希望に耳を傾け、関係する医療スタッフ間で情報を共有する
- 対象者となる労働者(患者)の代理で交渉行為を行ったり、職業斡旋を行うものではない
- 一つの医療機関だけで完結しない場合が多く、地域で連携できる医療・介護・福祉機関や就労関連機関を把握しておき、両立支援を理解してもらっておく
- 個人情報保護法の改正に伴い、情報の取扱いにはより一層の配慮を心掛ける

参考

脳血管障害患者のための両立支援コーディネーターの有用性に関する研究では、患者の同意のもと、発症早期から患者の困り事を傾聴しながら職業情報を聴取し、認知機能・身体機能の評価情報と合わせて情報の一元化を図りながら、患者や家族には社会資源の活用やタイミングを見ながら事業場との連携を促すなどの支援を行った。こうした支援を行ったところ70%以上の高い復職率が得られた。

(平成22-23年度:厚生労働省委託研究「治療と職業生活の両立支援(脳・心疾患)」)

3

主治医の役割と両立支援における コーディネーターの必要性

1 治療と仕事の両立支援体制の必要性

大企業の場合、規模に応じた人数の専属産業医を選任しなければなりません。日本の企業の大多数を占める中小企業の場合は、臨床に携わる医師が本務の傍ら、限られた時間の中で嘱託産業医として主に職場の健康管理等に従事しています。そのため、就労支援においては、看護職などの産業保健スタッフが、医師（嘱託産業医）の指示を仰ぎつつ、当事者の上司等と相談して行っているのが現状といえます。すなわち、事業所では産業医や看護職など産業保健スタッフと上司や人事担当者が、患者の主治医と連携して支援することとなるわけです。しかし、事業場における就労支援は必ずしも十分ではないという現状があります。

一方、医療現場でも多くの患者の診療対応に追われ、主治医や診療スタッフには、事業所側との連携に注力できる時間的余裕はないのが現状と思われます。

労働者健康安全機構が平成21年度から25年度に行った「勤労者の罹患率の高い疾病の治療と職業の両立支援（がん分野主任研究者 門山茂）」の研究では、産業医、主治医、企業、患者にアンケート調査を行い、離職した理由の63%が「がんに罹患したことが直接の理由」であり、「企業から復職の補償などの配慮があったもの」は6%にすぎませんでした。8割の企業はがん患者の就労に当たっての柔軟な対応がなく、6割の企業には相談窓口がない、なども調査で明らかとなりました。また、産業医から主治医への就労相談が37.0%であったのに対し、主治医から産業医への情報提供は4.7%と低いものでした。

この研究結果より、病気にかかった労働者（患者）が事業所で自らのがんの治療と仕事を継続することについて相談できない場合が多いことがわかりました。さらに、事業所側と主治医が情報を共有するツールや、事業所側と病気にかかった労働者（患者）、主治医側と患者を仲介・調整する体制が必要であるということも明らかとなりました。

このような環境の中で両立支援を推進していくためには、患者（労働者）に、病状や社会保障制度などを正しく説明し、心理的負担や経済的負担を軽減させ、病気を理由に離職させずに、そして事業主には治療計画と復職時期を伝え、理解、協力を求めることが必要です。すなわち、復職を希望する患者（労働者）に治療の初期から継続的にかかわるとともに両立支援関係者の連携を密にして、タイミングよく事業所側と連携する両立支援コーディネーターが必要と考えるに至ったわけです。

当機構では、平成30年度（2018年度）まで「治療就労両立支援モデル事業」を行いました。この結果は、前述した働き方改革や第3期がん対策基本計画における「治療と仕事の両立に向けたトライアングル型支援などの推進」と、令和2年（2020年）までの2,000人の両立支援コーディネーターの養成計画の策定に繋がったと考えております。

2 両立支援チームでの主治医の役割

治療と仕事の両立支援は診療側でも主治医、看護師、コーディネーター(MSW=メディカルソーシャルワーカー)などで構成されるチームで進めていくものですが、主治医は事業所側の産業医や担当者への情報提供や、主治医としての就労の判断を行うこととなります。

がんで離職する人の40%が、診断されてから治療開始までの間に離職しているという調査結果もあります。がんは治る病気になってきていることから、治療内容とともに仕事を続けることも可能なことを、早い時期に主治医または医療スタッフから患者側へ説明する必要があります。

両立支援コーディネーターによる、できるだけ早期からの支援開始のためには、主治医は患者(労働者)に両立支援に関する説明や、コーディネーターやチームの役割、同チームの紹介を診療開始早々に説明してもらう必要があります。実際、がんの告知をするときには、両立支援コーディネーターに連絡が入る体制をとっている病院もあります。

前述の「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」では、初めて企業側と主治医側との情報交換法を提示しています。その内容は、まず、患者(労働者)が業務内容などを記載した書面を主治医に提出します。それを参考に、主治医が症状、就業の可否、望ましい就業上の措置や配慮などを記載した意見書兼診断書を事業所に提出、次いで事業者が産業医などの意見を聴取して、就業上の措置などを決定・実施するというものです。

両立支援コーディネーターに早期から支援してもらい、患者や職場の状況・情報を収集し、事業所側とのやり取りに繋げるとともに、書類作成による主治医の診療業務負担を減少することも重要です。

治療と仕事の両立支援では通常は治療が優先されますが、仕事を継続できるような治療プランを作成する時に事業所側への情報提供においては何が重要か、仕事を行う上で留意すべき点は何かということを考えることが主治医の役目です。

平成30年度の診療報酬改定では、主治医と産業医との患者(労働者)に対する文書連絡に対して「療養・就労両立支援指導料」が認められたことは両立支援推進の大きな一歩と考えています。

なお、本マニュアルにも、治療状況や職場復帰についての主治医の意見書、勤務情報を主治医に提供する書式を掲載しています(P. 103~105)。

3 両立支援チームにおける主治医と企業との連携

前述したように、中小企業での両立支援は不十分な場合が多いので、なおのこと、主治医と企業側との連携を考慮しなければなりません。一般には産業医または看護職などの産業保健スタッフと、上司や人事担当とがチームとして連携していますので、この企業側のチームが主治医をはじめとした医療側の支援チームと連携しながら支援を行う必要があります。

① 診断から治療まで

患者(労働者)の申し出に応じて、企業では診察・治療のための休暇や業務負担の軽減等、職場復帰までのおおよその支援体制を構築します。そのため、上司、人事担当者も交えた面談が行われます。その際、主治医からの診断名、治療内容、方針、回復状態、今後の見通し等が必要となります。これら個人情報の内容の開示とその範囲については、必ず本人の同意を得なければなりません。

また、患者(労働者)は子どもの教育費や両親の介護など、多様な経済的負担を負っている場合が多いと考え

られ、各種休暇制度(有給休暇、病欠・休職制度、短時間勤務制度、通院目的休暇制度など)と、家庭経済のための傷病手当金支給や高額療養費、障害年金などについても、人事担当者から説明を受けたかどうか確認しなければなりません。安心して治療に専念してもらうためには、これらの情報提供に関して手厚い支援を行う必要があります。

現実的に医師がすべてを行うには困難なことが多いため、前述したようにチームとして、診断早期からコーディネーターや担当看護師と協力して行わなければならないのが現状と考えられます。

②療養中

可能な限り、回復状況や職場への復帰の見通しを、本人から上司へ連絡してもらいます。上司からは本人に、職場の状況について情報提供を行うこともよいでしょう。また、休職者が所属する部署への配慮も必要です。上司は休職者の分の仕事のフォローのために、当該部署のスタッフ負荷がかかり疲弊していたり、モチベーションが下がっていないかに留意し、必要に応じ業務調整や人事調整を行ったりもします。

③復職に際して

本人から復職の希望があった時、産業医(衛生担当者)が確認しておきたいことは、最終診断名、合併症(後遺障害)、今後の治療方針とその内容、さらに基礎体力や日常生活(食事、トイレなど)、通勤の配慮(通勤手段等)等です。

不測の事態に備えて、受け入れ医療機関やキーパーソン(家族と上司)との連絡方法も確認しておく必要があります。

④復職後の両立支援

主治医は復職後に月1回など定期的な面談を行い、体調、回復状況、勤務状況、業務遂行状況等を確認します。両立が困難になってきた場合は、人事部門とも相談して時短勤務や配置・業務変更も考慮します。今までどおりの仕事ができないことから悩んでしまう社員には、キャリアカウンセリングなど先を見通して希望を持てるような支援を行う必要があります。

以上に述べた主治医と企業側とによる両立支援体制は理想形ですが、企業によっては経営上の余裕により十分な支援体制が組めなかったり、事業者や社員の理解不足から本人に不利益が生じるなど、支援体制が不十分なところもあります。

それでも就労を適切に支援していくためには、主治医や医療関係者からの情報提供や助言は、事業場における患者の健康管理にとって極めて有用であることを肝に銘じるべきと考えます。



両立支援コーディネーターに 求められる基本的な能力と知識

1

コミュニケーション・スキル

メンタルヘルス対策はもとより、コミュニケーションは支援の基本となります。人と関わる力がなければ、より良い支援を行うことは難しくなります。それに加え、両立支援では患者(労働者)の方を相手に支援を行っていきます。支援者としてのコミュニケーション・スキルだけではなく、社会人としての基本的なマナーも必要になります。

社交的や内向的など性格の問題だけでなく、コミュニケーション・スキルは身に着けていくことのできるものです。限られた時間の中で、よりスムーズに信頼関係を築くため、スキルを練習していきましょう。以下に、留意する点をまとめましたので、より質の高い支援を行うために、改めて自身のコミュニケーション・スキルを振り返ってみてください。

1 《》 マナーを守る

支援する側とされる側という意識が生まれやすいですが、目の前にいる人は「助けの必要なかわいそうな人」ではなく、**対等な目線**を意識する必要があります。友人関係を築くのではなく、コーディネートするに当たっての信頼関係を築くためのコミュニケーションですので、一定の距離を保ち、礼儀を守ることが大切です。慣れ慣れしくする＝親しみを表す、と考えていると、特に最初のうちは失礼に当たる可能性が高いので敬意をもって接しましょう。



両立支援を受ける人は、治療を受ける患者であると同時に職業生活を両立させようとする労働者でもあります。そのため、面談を行う際にも**ビジネスマナー**に配慮し、基本的には敬語を使い、清潔感のある身だしなみを心掛けましょう。

また、両立支援コーディネーターは医療側の関係者だけでなく、企業とのやり取りが発生する可能性があります。その際もビジネスマナーが役に立ちます。電話では聞き取りやすい声量やスピードを心掛け、訪問する場合には名刺を持参しましょう。名刺の渡し方なども訪問前に確認すると良いでしょう。

第一印象は一瞬で決まります。相手に関する情報を持ち合わせていなければなおのことビジネスマナーをもって対応するのが好ましいでしょう。ビジネスマナーや接遇の本は多数ありますので、自分に合いそうなものを参考にしてみましょう。

2 面接の構造化

面談ではどのような内容にまで会話を深めるか、両立支援コーディネーターがどのような姿勢で面談に臨むのか等を考える必要があります。そのように、面接に枠組みを設けることを**面接の構造化**と言います。以下に構造化の例を挙げました(表1)。

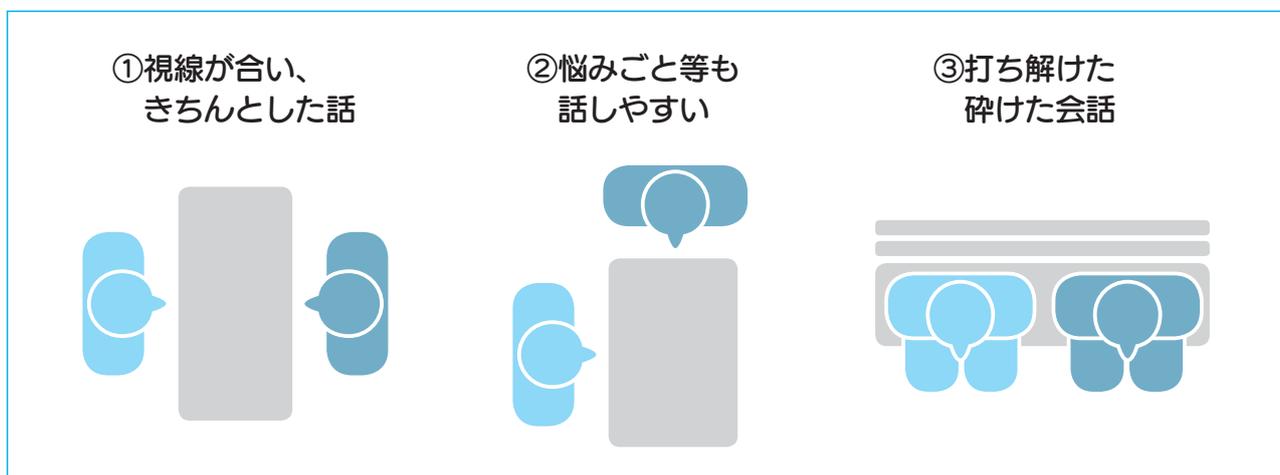
目的の明確化については、両立支援の目的(何を目指し、両立支援を行うのか等)と、1回の面談ごとの目標(何を話題にするのか等)の2つの視点を持って面接に臨むことで、面接を有効に行うことができると考えられます。

表1

面接の構造化の例

- 目的の明確化:「この面談は治療と仕事を両立するために…」と伝えることで、問題以外に深入りすることを防ぐ。
- 役割の明確化:両立支援コーディネーターとしてどのような支援を行えるか等を説明することで、支援対象者に過度な期待をさせたり、支援者側が深追いしたりするのを防ぐ。
- 面接場所: プライバシーが守られる場を用意し、支援対象者が安心して話せる場を提供する。
- 時間の明確化:「今日は30分程度お時間を頂きたいと思っています」と時間の目安を伝える。
- 場の設定: 座る位置によって、扱う話題や面接の雰囲気に変化する(図1)。

図1 座る位置



3 コミュニケーションのABC

実際に支援対象者(支援を求める人)が訪ねてきた時には、まず1番に両立支援コーディネーターは「どうしましたか?」という開かれた質問(相手が自由に答えられる形の質問)をします。両立支援コーディネーターは開かれた質問を使いながら相手から広く情報収集を行いアセスメントを行います。コミュニケーションは、この質問のAskの「A」から始まります。こちらから支援を申し出て訪問している場合には、「治療と仕事を両立させるため、お困りのことがあったらと思って伺いましたが、いかがでしょうか」などと質問するのも良いでしょう。

支援対象者はその質問に答えるかたちで情報提供をします。それを受けて、両立支援コーディネーターは「それはお辛いですね」や「悲しいお気持ちなんですね」と、共感をことばにして返す、あるいは、相手が話してくれた内容をまとめたり、確認したりしていると思います。つまり、ここでコミュニケーションは「A」(Ask)の段階から「B」(Be with the patient)の段階、つまりラポール(ラポート;打ち解けた相互信頼関係)の形成の段階に進みます。ラポールが形成されたかどうかは、相手が「そうなんです」と応答したかどうかで確認できます。共感や支持を示す主な手段をスキルとして身に着けておきましょう(表2)。

逆に、相手が「支援者側の意見を押し付けられた」、「考えを否定された」と感じると、ラポールを築くことが難しくなります。相手から「でも…」、「わかってはいるんですけど…」、「そうじゃなくて…」、「まあ、そうなんですけど…」のように、「でも」と返してくる時には支援者の考えを押し付けていないか、まとめが違ったのではないか、相手の感情を誤って解釈しているのではないかなどと、振り返る必要があります。

支援対象者と治療関係が築かれた後に、コミュニケーションの「C」(Clinical Questions)の段階に進みます。臨床的質問は「～なのでしょうか?」、「～しましょうか?」と尋ねることで、支援対象者の抱えている問題を外面化・外在化し、具体的な支援を行う段階です。「〇〇とはどういう意味でおっしゃっていますか」「辛さを点数で表すと何点になりますか」など、より具体的な質問をして答えを探したり、支援対象者が自分で現実を発見できるように質問をしていきます。

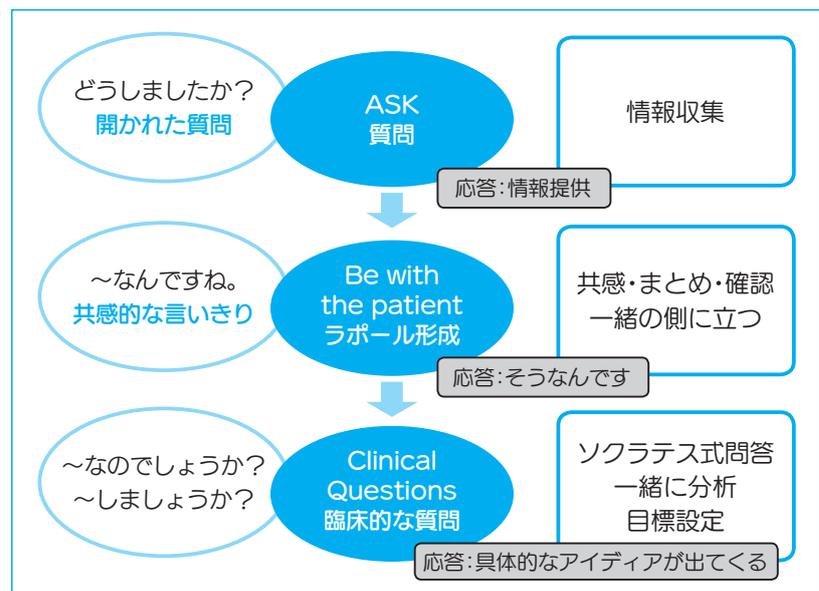
Ask「質問」のA、Be with the patient「ラポール形成」のB、Clinical Questions「臨床的な質問」のCを合わせて「コミュニケーションのABC」として、1つの型として覚えておきましょう(図2)。

面談の終わりには「私が理解したことはこういうことですが、良いでしょうか」「今日はこういうお話をしました」などまとめの時間を設けると、お互いの認識の違いの有無がわかりやすくなります。

表2

共感や支持を示す主な手段	
① 相手側が抱えている感情を言い表す。	例:「試験に落ちたのですか、それは悲しいですね」
② 相手の言ったことを違う言葉で言い換える。	例:「つまり、先行きがわからなくて不安、ということですね」
③ 相手の言ったことをまとめる。	例:「今のお話をまとめますと、…ということですね」

図2 コミュニケーションのABC



資料:堀越勝「認知行動療法を始める前に学んでおきたいコミュニケーションスキル・トレーニング」(独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター 認知行動療法センター)より改変

4 >> 非言語コミュニケーションに気を配る

コミュニケーションには、「バーバルコミュニケーション(言語コミュニケーション)」と「ノンバーバルコミュニケーション(非言語コミュニケーション)」の2種類があります。「3 コミュニケーションのABC」では、バーバルコミュニケーションについて述べました。ノンバーバルコミュニケーションは、表情や声の大きさ・抑揚、視線、ジェスチャー、そして身だしなみ等の、言語外の情報すべてを指します。ノンバーバルコミュニケーションの例としては、①表情、②視線、③姿勢・体勢、④ジェスチャー、⑤声の抑揚・スピード、⑥対人距離、⑦服装などがあります。ノンバーバルコミュニケーションは、初対面の印象を大きく左右するものでもあります。

どんなに言葉で受容的なことを言っているとしても、視線や姿勢が自分の方を向いていないとその人は受容されたと感じられないでしょう。あるいは、話すスピードが早い時には、せっかちな印象を与え、相談しづらい雰囲気を作り出してしまうかもしれません。支援対象者と会う時には、ノンバーバルコミュニケーションにも気を付ける必要があります。

5 >> 疾病受容への心理的变化

コミュニケーションの基本を守りつつ、クライアントの心理的なプロセスにも配慮する必要があります。病名告知を受けた時点から、様々な心理プロセスを辿ります(表3)。支援に当たり、以下のプロセスを理解しておくことは、支援対象者のアセスメントにも役立ちます。このプロセスは直線的に進むのではなく、それぞれの段階を行ったり来たりしながら適応へ向かっていきます。

両立支援を希望する人は、どんな病であろうと精神的な負担を抱えながら、様々な選択をしています。精神状態によっては、「退職したほうが考えなくて済む」と感じる人もいます。そこで支援者は「辞めてはだめ」といったメッセージを安易に伝えるのではなく、まず辛さを受け止め、なぜそう思うのか、どんなことが辛くて辞めたいと思うのか話を聴いていく必要があります。

表3

病名告知後の心理プロセス(フィンクの危機モデル)

第1段階:病名告知による衝撃、ショック

現実を受け止められず、パニックや不安、無気力状態に陥る。

第2段階:防衛的退行(否認・逃避)

現実を否定することで、心の安定を図ろうとする。

第3段階:承認

現実と向き合い始める。次第に現実と自己に向き合い始める。

第4段階:適応

徐々に今できることに目を向けることができるようになり、現実に対処し始めたり、将来への計画性を持てるようになっていく。

6 面接の振り返り

面接を行っていく中で、うまくいかないと感じる時があるかもしれません。例えば、「やりづらさ」を感じる、相手に怒りを感じる、面接をするのが気が重いと感じる等です。面接がうまくいかない時は、一旦自分自身を振り返る必要があります。面接には面接者の体調をはじめとする様々な要因が関連してきます。例えば、疲れていないか、引き受けきれない範囲の責任を取ろうとしていないか、または、つい自分の考えや価値観を押し付けてしまうことで、相手が反発しているのではないか等です。

また、時間を費やしていても「あの人は話を聞いてくれない」と言われてしまうこともあるかもしれません。その際には、共感を示す態度や言葉を返していたか、振り返ってみましょう。当然、うまくいかないのは、支援対象者側の要因もあります。一人で抱え込まずに、同僚や上司にアドバイスを求めるのも大切です。

支援者は、支援者自身の健康を保っていくためにも、孤独にがんばりすぎず、周囲の人と支えあいながら支援していくのが良いでしょう。

【参考文献】

労働者健康安全機構「治療と就労の両立支援マニュアル」

<https://www.johas.go.jp/ryoritsumodel/tabid/1047/Default.aspx>

堀越勝著「認知行動療法を始める前に学んでおきたいコミュニケーションスキル・トレーニング」(国立精神・神経医療研究センター 認知行動療法センター)

松本俊彦著「もしも「死にたい」といわれたら 自殺リスクの評価と対応」(中外医学社)

Column

死にたいと言われたら

支援をしていく上で、「死にたい」と言われることがあるかもしれません。患者から死にたいと告白された時、誰もが戸惑うと思います。「そんなこと言わずに頑張って」と安易な励ましや、「自殺したら家族が悲しむ」といった説得をしたくなる人もいるかもしれませんが、それは絶対にしてはいけません。支援対象者はコーディネーターを信用して重大な告白をしたのに、「わかってもらえない」と傷つき、今後本音を話すことができなくなってしまいます。

大切なことは、支援者側の考えを押し付けるのではなく、自殺をしたくなるほど辛い状況だと受け止め、理解することです。患者から「死にたい」と言われた時の対応を表4にまとめました。

身体疾患で闘病中の方でも、うつ病など精神疾患を合併することがあります。コーディネーターが一人で抱え込まず、「あなたを守るためには必要なこと」と伝え、主治医に報告する、精神科受診を勧めるなどの対応をとりましょう。

表4

「死にたい」と言われた時の対応

■ 告白に感謝する

自殺を訴える人は自分のことを責めていたり、勇気をもってその告白をしています。まずは、「死にたい」と告白してくれたことをいたわり、感謝すべきです。こうすることで「自分の気持ちを正直に語ることは良いことである」というメッセージを伝える必要があります。その際、援助者はけっして慌てたりせず、静かで穏やかな態度を心掛けましょう。

■ 「自殺はいけない」はいけない

安易な励ましや、「死んではいけない」などの叱責や批判、あるいは強引な説得も好ましくありません。「自殺はいけない」と決めつけられた時点で、患者はこれから正直に自殺念慮を語るができなくなります。

■ 「聴くこと」と「質問すること」

「死にたい」と言われたら、まずはその気持ちを受け止めることが大切です。そして、「あなたが死にたいと考えるに至った原因について、もう少し具体的にお話しいただけますか？」といった質問によって、自殺したいという気持ちの背景になる問題を明らかにする必要があります。けっして自分の考えや信念を「伝えること」ではないことを、肝に銘じておく必要があります。

背景要因を考えるとともに、死にたいと思うぐらい辛い状況でも、「なぜ自殺せずに済んだのか」について考えを巡らせる必要もあります。

2

産業保健に関する基本的知識

1 はじめに

産業保健の目的は、すべての労働者について、作業を人に、人を仕事に適合させ、健康を維持増進させることです。

両立支援コーディネーターとして企業に関わる際には、本人とその上司だけでなく、人事労務担当者、衛生管理者や産業医、保健師等（産業保健の知見を有する看護師を含む。以下、保健師等）の産業保健スタッフと接することが多いと考えられます。両立支援コーディネーターも組織の中で働いていることが多いと思われませんが、自分の所属する組織の産業保健体制や、何をしているのかなどはご存じでしょうか。

職場の安全や衛生に関すること、例えば、健康診断や職場環境については、昭和47年に施行された「労働安全衛生法」という法律が基本になっています。企業での産業保健活動は、主としてこの法律及び労働契約法第5条に基づいて行われています。その他、産業保健活動には、じん肺法、作業環境測定法、労働基準法、労働者災害補償保険法、労働安全衛生法施行令、労働安全衛生規則、有機溶剤中毒予防規則、事務所衛生基準規則等多くの法令が関わっています。法律を細かく知る必要はありませんが、産業保健活動が法的根拠に基づいて行われていることは知っておくと良いでしょう。

この章では、産業保健の目的、産業保健体制とその職務、両立支援コーディネーターと職場との連携方法について述べます。

2 産業保健の課題

上述した労働安全衛生法の目的は、第1条に、「この法律は、労働基準法と相まって、労働災害の防止のための危害防止基準の確立、責任体制の明確化及び自主的活動の促進の措置を講ずる等その防止に関する総合的計画的な対策を推進することにより職場における労働者の安全と健康を確保するとともに、快適な職場環境の形成を促進することを目的とする。」と明記されています。つまり、



労働者が安全に、健康に働ける職場を築いていくことがその目的です。けがや病気に対応するというよりは、仕事によるけがや病気にならないような環境を整備することが主目的といえます。

時代によって、産業保健活動の重点課題は、以前は結核、じん肺、中毒などが主流でしたが、現在は両立支援、メンタルヘルス、長時間労働対策にシフトしてきています。労働安全衛生法も、時代に合わせて改正されてい

ます。

主なものとしては、

平成 8 年 健康診断後の適切な処置の実施等

平成17年 長時間労働者への面接指導の実施等

平成26年 ストレスチェック制度の創設、受動喫煙防止対策の推進等

平成31年 長時間労働者の面接指導要件の変更(時間外労働月80時間)、労働時間の把握等

が挙げられます。労働環境で今何が注目されているか、労働安全衛生法の改正をチェックしておく流れがわかり、把握しやすいでしょう。

一方、脳・心臓疾患及び精神疾患の労災補償状況の推移(厚生労働省 平成30年度「過労死等の労災補償状況」)は図1・図2のとおりで、脳・心臓疾患の支給決定件数はやや減少傾向にあります。精神疾患に関しては若干ですが増加傾向にあります。産業保健は予防医学でもあるため、労働災害の発生を抑えるように日々努めています。

図1 脳・心臓疾患の請求、決定及び支給決定件数の推移

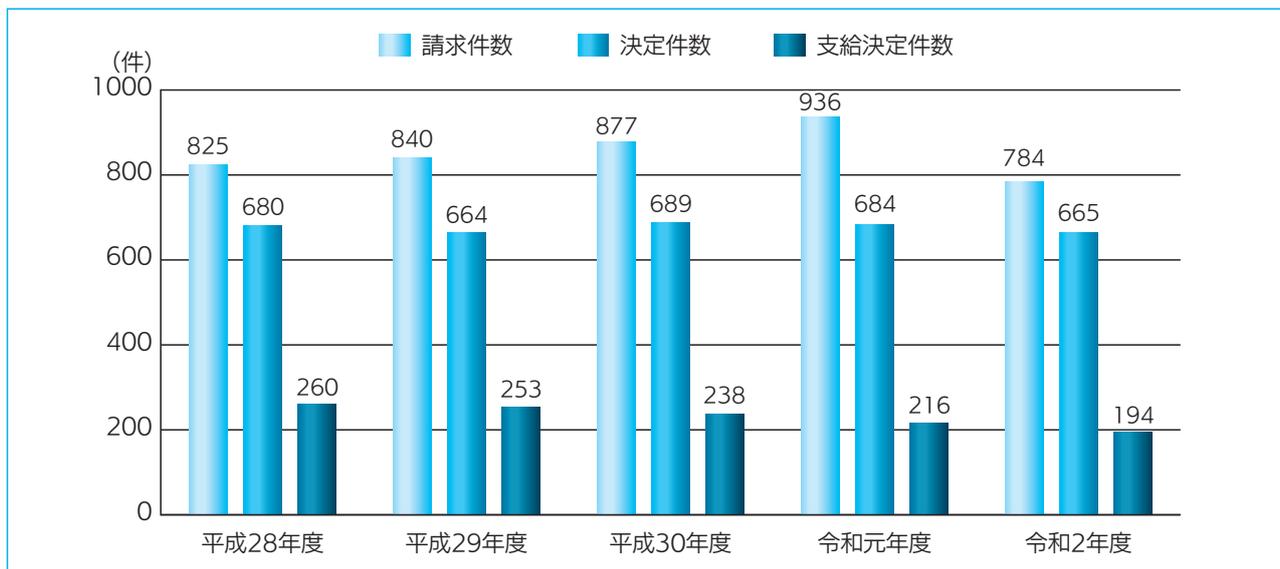
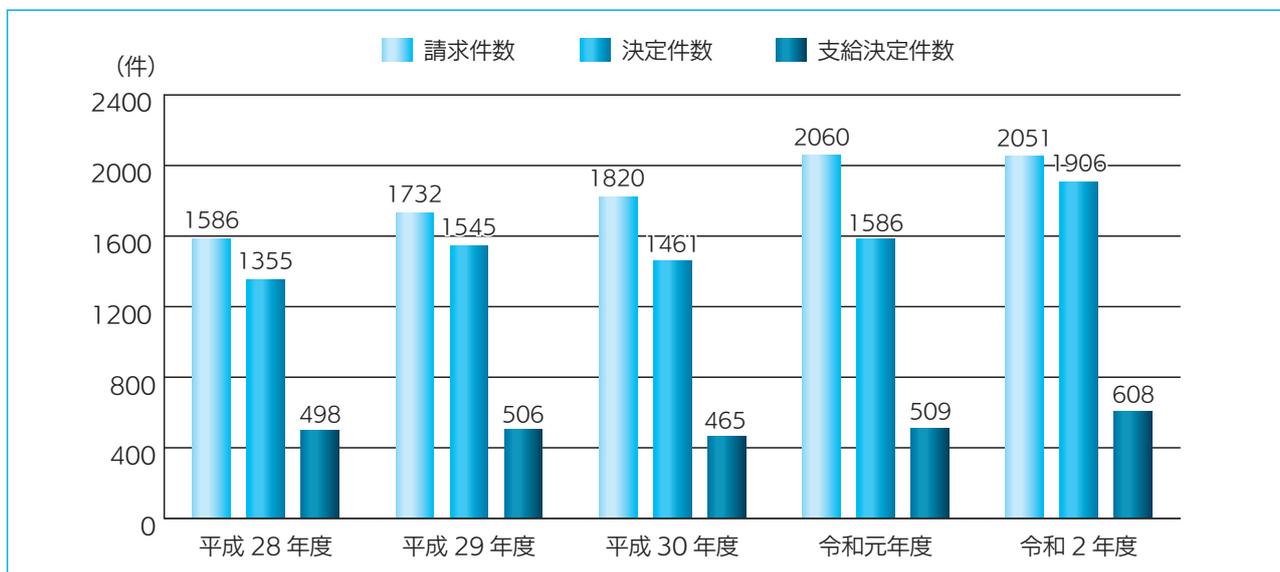


図2 精神障害の請求、決定及び支給決定件数の推移



3 産業保健体制

産業保健活動に関わる人的資源は、総括安全衛生管理者、安全管理者、衛生管理者、安全衛生推進者、衛生推進者、医師（産業医）、保健師等、心理職、社会保険労務士、労働衛生コンサルタント、その他です。ここでは主に産業医、保健師等について述べます。図3は、事業者を中心とした安全衛生管理体制の一例です。

産業医は、従業員50名以上の事業場で選任義務があります（表1）。その他、労働者や業種によって選任すべき人数は異なりますが、支援者の事業所規模を確認し、産業医の存在の有無をまず確認するのが良いでしょう。

図3 安全衛生管理体制

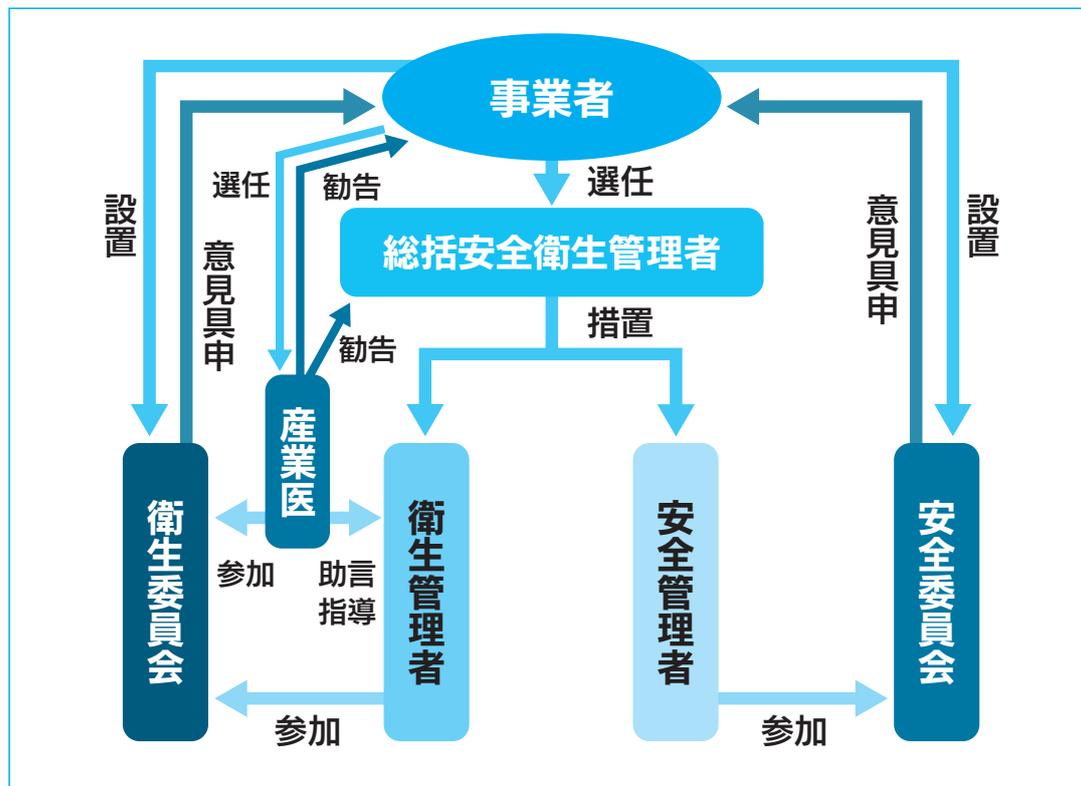


表1 事業場の規模と産業医の選任

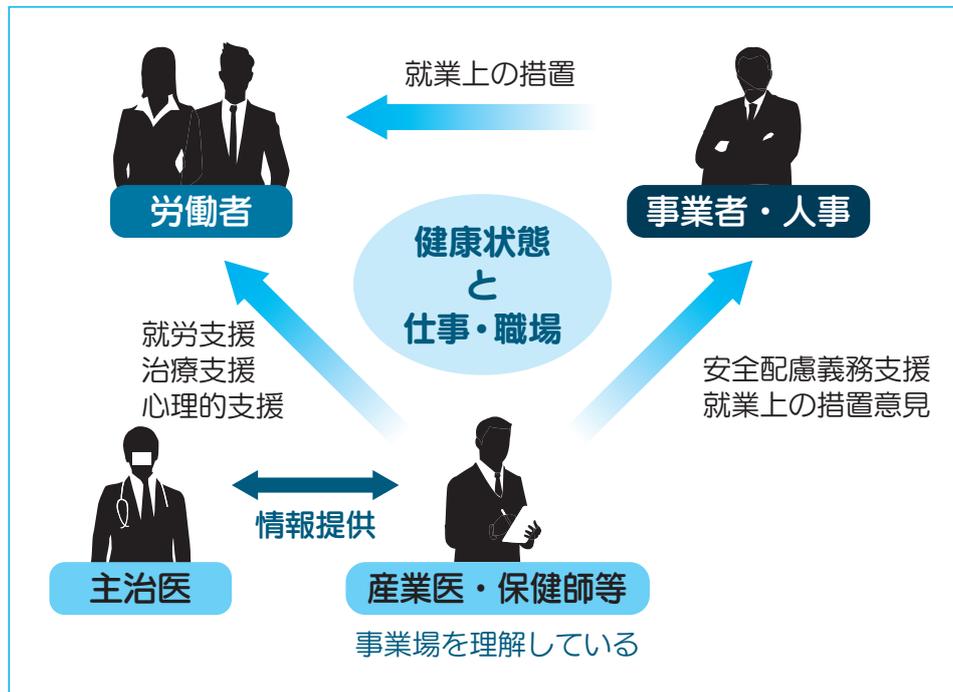
業種	事業場の規模 (常時使用する労働者数)	産業医の選任	
		産業医の人数	専属の産業医の専任が必要な事業場
すべての業種	50人未満	産業医の選任義務はなし	
	50人～499人	1人	該当なし
	500人～999人		該当あり(※1参照)
	1,000人～3,000人		該当あり(※2参照)
	3,001人以上	2人	

※1 労働安全衛生規則第13条第1項第3号に定める特定業務(有害な業務)に常時500人以上の労働者を従事させる事業場

※2 常時1,000人以上の労働者を使用するすべての事業場

では、“産業医はいったい何をしている人なのか”ご存じでしょうか。産業医の職務は「5管理」として整理されることが多いです。総括管理、作業管理、作業環境管理、健康管理、労働衛生教育の5つです。つまり、実際に職場をみた上で、事業者が安全や衛生に関する体制づくりのための計画を策定し、労働者が働く環境を整え、健康や労働災害防止についての教育を行い、健康診断や面接を通して適正配置を行うよう、意見を述べ必要に応じて勧告する(図4)など多岐にわたっています。事業主が安全配慮義務違反とならないように、その活動を支援することも重要な職務です(下記キーワードを参照)。

図4 適正配置の支援

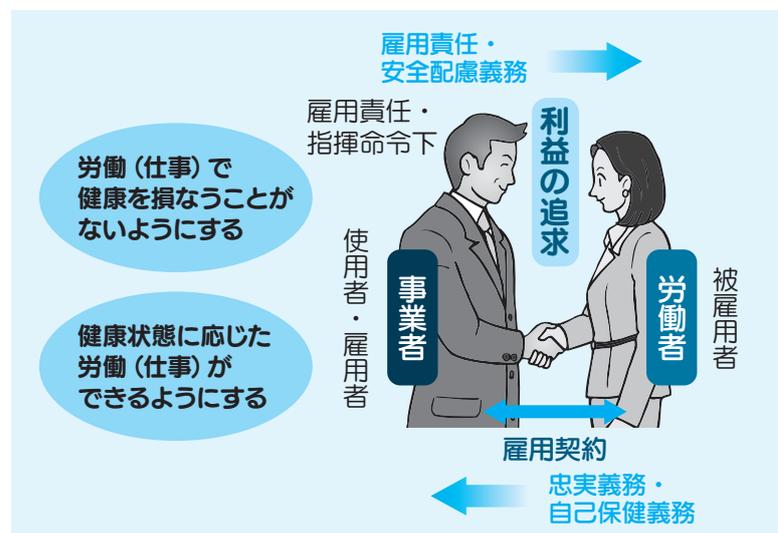


【安全配慮義務】とは

キーワード

労働契約法の第5条に、「使用者は、労働契約に伴い、労働者がその生命、身体等の安全を確保しつつ労働することができるよう、必要な配慮をするものとする。」とされており、事業主は労働者の心身の健康に配慮しなければならないというもの。安全配慮義務を怠ったことで、労働者に損害が生じた場合、安全配慮義務違反となる。過去には安全配慮義務違反によって、損害賠償が発生している判例もある。

図5 事業者の義務と労働者の義務



産業医と主治医（臨床医）とでは、どのような違いがあるのでしょうか。この比較をすることで、産業医の位置づけや職務が理解できます。表2に産業医と主治医の違いを、「サービス対象」、「所属」、「目的」、「業務」、「立場」別にまとめました。対労働者／事業者と对患者という大きな違いをベースに、予防・増悪防止のための措置と疾病の治療という大きな違いが見てとれるでしょう。

表2 産業医と主治医の違い

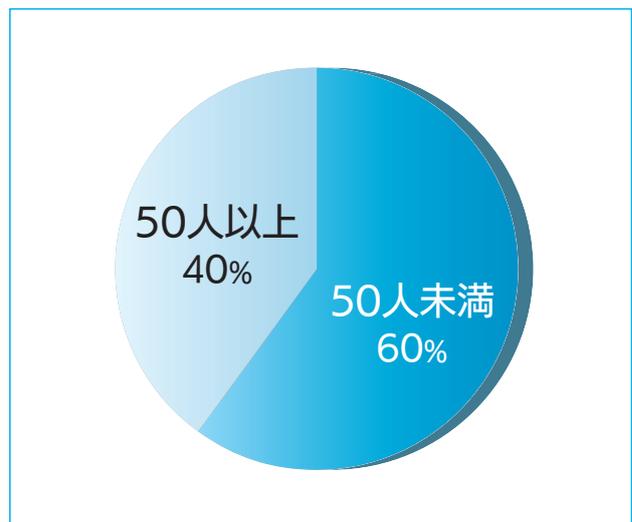
産業医		主治医
労働者／事業者	サービス対象	患者
企業（事業場）	所属	医療機関
疾病予防／就労支援／安全配慮義務支援	目的	病気の治療・軽快
適正配置意見（作業環境・作業・健康管理）	業務	検査・診断・治療
中立	立場	患者・家族側

保健師等は健康診断の運営や保健指導、医療の判断のできる産業保健スタッフの一員として、個人と組織の支援を行っています。保健師等が常勤で勤務している場合もあるので、保健師等の存在（や可能であれば職務）も確認しておくとい良いでしょう。

産業医が非常勤で保健師等が不在の場合、衛生管理者が職場環境の整備や健康相談の役割を主として担っていることもあります。常時50人以上の労働者を使用する事業者は、その事業場専属の衛生管理者を選任しています。10人以上50人未満の事業場では、安全衛生推進者または衛生推進者が選任されています。

産業保健体制について述べましたが、従業員数50人未満の小規模事業場には産業医の選任義務がなく、産業保健スタッフもいないことが多く、地域産業保健センター（産業保健総合支援センターの地域窓口）の両立支援コーディネーターが、医師の指導のもと、就業配慮の内容、医療機関の用語をよりわかりやすく「翻訳」する必要性が高まることが想定されます。小規模事業場に対しては、地域産業保健センターを紹介するのも良いでしょう。なお、従業員数50人以上の企業に勤務する人の数と、従業員数50人未満の小規模事業場に勤務する人の数は図6に示したとおりで、小規模事業場に勤務する人は日本の労働人口の約60%を占めます（平成28年経済センサスー活動調査から編集）。支援をする上で少なくない支援者が、医療系の産業保健スタッフがない事業所で勤務していると考えられます。

図6 従業員規模別に見た労働者数の割合



4 職場復帰の判断

両立支援コーディネーターと産業保健スタッフが一番関わるであろう場面は、労働者が職場復帰する場面ではないでしょうか。産業医や保健師等が在籍している職場であれば、両立支援コーディネーターの良さ理解者となって協力してくれることが見込まれます。

職場復帰の判断は、産業医等の意見をもとに、事業主が決定します。産業医がいない場合は、主治医の意見をもとに事業主が決定するでしょう。産業保健スタッフが十分に機能していない場合は、両立支援コーディネーターが主治医の意見を、専門家でない担当者にわかりやすく伝える必要があります。

主治医側も、職場の状況がわからない中、患者(支援対象者)から「短時間勤務なら可」や「配置転換が望ましい」と診断書に書いてください、と依頼され困惑することもあります。その場合は、なぜ記載が必要か、両立支援コーディネーターが間に入り、説明をする必要があります。ただし、医学的に根拠のない事項については記載が困難なこともあることを念頭に入れて対応する必要があります。

一般的には、主治医は症状が改善すれば「職場復帰可能」と判断しますが、実際の業務遂行能力と症状の改善にはギャップがあることが多くあります。症状改善だけでなく、支援対象者がどのような作業をしていて、どのような能力が必要かを主治医に伝えると良いでしょう。元の職場に戻る事が難しい場合は、どのような作業内容であれば職場復帰可能か、職場との調整が必要となるでしょう。職場復帰に際して最低限必要なものとしては、生活リズムが整っていること、安全に通勤ができること、就労により症状悪化の可能性が高くないことなどが挙げられます。職場(事業者)には安全配慮義務があるため、本人が「健康を害しても良いので働きたい」という希望が仮にあったとしても、それを受け入れることは困難です。

5 事業場外資源による支援

独立行政法人労働者健康安全機構では、産業医、保健師等、衛生管理者等の産業保健関係者を支援するとともに、事業主等に対し職場の健康管理への啓発を行うことを目的として、全国47の都道府県に産業保健総合支援センターを設置しています。その活動の一つとして、産業保健に関する様々な問題について、専門スタッフが実地、または、センターの窓口(予約)、電話、電子メール等で相談に応じ、解決方法を助言しています。

また、50人未満の小規模事業場に対する支援は、地域産業保健センターが窓口となっており、個別訪問による産業保健指導や健康相談を行っています。

両立支援コーディネーターの支援より事業場外資源活用のほうが望ましいと思われる際には、これらの機関を紹介すると良いでしょう。

【参考文献】

森晃爾 編『産業保健マニュアル』(南山堂)

中央労働災害防止協会 編『労働衛生のしおり』(中央労働災害防止協会)

産業医の職務Q&A編集委員会 編『産業医の職務Q&A』(産業医学振興財団)

3

労務管理に関する基本的知識

両立支援を進める上で必要となる最低限の労働関係法令や、事業場における就業継続可否の基本的考え方、就業制限、就業上の措置・配慮等の対応について理解しておく必要があります。労働者(患者)の必要な情報を医療機関から企業へと繋げていくわけですから、企業での休暇制度や労働契約の取扱いといった労働関係法令の知識を持っているか否かで支援の幅も違ってきます。

1 労働契約に関する基本的事項

労働契約とは、労働者が使用者に使用されて労働し、使用者がこれに対して賃金を支払うことを内容とする労働者と使用者の間の契約のことです(労働契約法第6条)。

労働契約は「期間の定めのない契約」と「期間の定めのある契約」の2つに分けられます。前者はいわゆる正社員や正規職員と称されるもので、自らの意思で退職を申し出る、定年退職を迎える、特段の事情で解雇される、などの事情が発生しない限り継続して勤務する労働契約です。一方、後者はパート、派遣、嘱託など呼称は様々ありますが、半年間や1年間といった契約期間の定めがある働き方(有期労働契約)であり、非正規雇用労働の典型例です。

両立支援を進めるに当たり、「期間の定めのない契約」では、社内の各種休暇や福利厚生制度などを把握・活用し、「退職しない(させない)」支援が大事になりますが、「期間の定めのある契約」では、病気の有無にかかわらず、その期間が満了すれば、原則として労働契約は終了します。しかし、有期契約を反復更新することで、結果として長く雇用している実態は多く、こうした契約を使用者から終了させることを「雇止め」と呼んでおり、労働契約法上一定の制限があります。また、正社員など期間の定めのない者との間に、不合理に労働条件を相違させることは禁止されています(同法第20条)、職制や職務内容・責任程度の違いによって、社内で行役できる制度や権利等は異なることが多いです。

参考 雇用・請負・委任

「働く」ことの契約形態として、民法では①雇用契約、②請負契約、③委任契約が定められている。請負や委任は建築工事や販売業務などの実施・運営を契約するもので、労働行為が使用者から独立して行われる点で雇用契約と異なる。

請負や委任は、労働基準法をはじめとする各種労働関係法令は適用されない※。ただし、契約上は請負や委任の形をとっていても、実態として両者間に使用従属性が認められる場合は雇用契約と判断される場合もある。

※労働基準法上の「労働者」の定義と労働組合法上の「労働者」の定義は異なるため、請負や委任の場合でも、労働組合法が適用されることがある。

参考 雇止めの法理 ～労働契約法第19条～

有期労働契約が反復して更新されたことによって、①雇止めが解雇と同視できると認められる場合や、②労働者が期間満了時にその契約が更新されるものと期待することに合理的な理由が認められる場合は、その雇止めは認められないことになる法令上の根拠。

総務省労働力調査によると、非正規雇用労働者は令和2年現在で2,000万人を超えており、雇用者全体の約37%を占めています。また、近年、非正規雇用労働者に占める65歳以上の割合が高まっていますが、高齢化は疾病の最大のリスクであり、両立支援の現場で直面するのも比較的高齢の方が多いと思われます。まずは患者の労働契約の内容を知ることが重要です。

2 就業規則

就業規則とは、労働者が就業上遵守すべき規律や労働条件に関する具体的細目について定めた社内規則のことです。常時10人以上の労働者を使用している使用者はこれを作成しなければなりません(労働基準法第89条)。就業規則に定める労働条件は、労働基準法に定める基準以上、かつ、合理的なものとする必要があります(同法第93条、労働契約法第7条)、少なくとも、①労働時間・休憩・休日・休暇に関する事項、②賃金の決定・支払方法・締切日・支払日・昇給に関する事項、③退職に関する事項は必ず記載することになっています。

就業規則を作成する義務者は使用者ですから、内容が法令等に抵触しない限り、使用者は自由にその内容を定めて作成することができます。後述する様々な休暇制度や勤務制度についても、法令上求められているものは規定する必要がありますが、そうでないものは任意であり、ここに企業ごとの勤務条件の違いがでてくることとなります。

使用者は就業規則を作成した後は、職場で常時見やすい場所に掲示・備付けや、書面の交付などによって、労働者に周知する必要があります。就業規則で定め周知された労働条件は、その事業場における労働条件の最低条件としての効力を持ちます。無用なトラブルを未然に防止するためにも、日頃から労使双方が就業規則の内容をよく確認しておくことは大切です。「入社以来、就業規則を一度も見ただけ」というのは正しいことではないのです。

とりわけ、両立支援を進める上で確認が必要となるのは休暇や休業のことでしょう。どのような休暇や休業制度があるのかは就業規則を確認します。併せて、その休暇の取得条件、取得手続、取得可能な日数(限度)、取得期間中の賃金(有給または無給)についても就業規則に定められており、その規定によって休暇の取得などを運用することになります。その他にも、労働時間の短縮措置、時間外・深夜労働の免除、配置転換に関する要件、傷病扶助に関する事項なども、確認の必要が生じるかもしれません。こうした勤務環境に関する様々な事項が就業規則に記載されていますので、両立支援を進めるに当たっては労働者(患者)に自身の職場の就業規則を確認してもらうことが重要になります。

3 休日・休暇・休業制度

一般社会においては様々な休日・休暇・休業の制度がありますが、それぞれに明確な定義や区別がなされているわけではないのが現実です。「休日」とは労働契約上もともと労働が予定されていない日のことであり、「休暇」とは本来は労働日であるものの何らかの事由によってその労働義務が免除される日、「休業」とは休暇の少し長い期間のものと考えておけばわかりやすいでしょう。

休日とは、もともと労働義務がない日のことです。最たる例が「公休日」です。法定休日として最低週1日は休日確保する必要がありますので(労働基準法第35条)、曜日や日数は各企業によって異なるものの、それぞれの職場で公休日定められているはずで。

一方、休暇とは本来労働義務がある日を、何らかの事情に基づき労働を免除するものです。年次有給休暇、病欠休暇、忌引き休暇、誕生日休暇、育児・介護休暇…といったもので、各企業によって多種多様な休暇制度が存

在しますが、どのような種類の休暇制度があるのかは就業規則に記載されています。休暇は各企業が独自に定めているものですので、一部の法定上の休暇を除いて、就業規則上に存在しない休暇もあり得ることに留意する必要があります。例えば、「傷病休暇」、「病欠休暇」は入院治療や通院のための休暇ですが、使用者が自主的に設ける法定外の休暇であり、必ずしも全ての企業で制度として整備されているとは限りません。取得条件や取得中の処遇（賃金の支払いの有無等）等も企業ごとに異なります。なお、厚生労働省の就労条件総合調査（令和2年）では、病欠休暇制度がある企業割合は23.3%となっています。

■ 年次有給休暇

数ある休暇の中でも「年次有給休暇」は法定の休暇制度です。

①雇入れの日から起算して6か月の継続勤務、②所定労働日の8割以上出勤、の2要件を満たせば、業種・規模を問わず年次有給休暇は付与されます。付与日数は勤続年数によって異なり、以下のとおりです。週所定労働日が4日以下である短時間勤務の方でも比例付与されますので、「アルバイトだから」、「非常勤職員だから」年次有給休暇がないというのは間違った理解です。

● 勤続年数と付与日数

勤続年数	6月	1年 6月	2年 6月	3年 6月	4年 6月	5年 6月	6年 6月以上
付与日数	10日	11日	12日	14日	16日	18日	20日

● 週所定労働日が4日以下（または年間所定労働日数が216日以下）かつ週所定労働時間が30時間未満の場合

	週所定 労働日数	1年間の 所定労働日数	勤続年数						
			6月	1年 6月	2年 6月	3年 6月	4年 6月	5年 6月	6年 6月以上
付 与 日 数	4日	169日～216日	7日	8日	9日	10日	12日	13日	15日
	3日	121日～168日	5日	6日	6日	8日	9日	10日	11日
	2日	73日～120日	3日	4日	4日	5日	6日	6日	7日
	1日	48日～72日	1日	2日	2日	2日	3日	3日	3日

付与は原則として1日単位ですが、労使協定を締結することにより、1年につき5日分を上限に時間単位での取得を可能とすることもできます。取得に際し休暇の目的や理由は問われません。取得したことによる不利益な取扱い（精皆勤手当や賞与の算定に際し欠勤として取り扱う等）も禁止されています。

休暇を実際に取得するためには、労働者がその時季を指定して取得することになりますが、指定時季が事業の正常な運営を妨げるような場合には、使用者には休暇時季の変更権が認められています。なお、年次有給休暇は労働者が請求する時季に与えることが原則ですが、職場への配慮やためらい等の理由からその取得率が低調な状況にあり、その取得促進が課題となっていました。こうしたことから、平成31年4月から、全ての企業において、年10日以上年次有給休暇が付与される労働者に対して、年次有給休暇の日数のうち年5日については、使用者が時季を指定して取得させなければならないこととなっています。

参考 全国の年次有給休暇平均取得率

令和2年:56.6%

厚生労働省:就労条件総合調査

4 労働安全衛生法上の健康確保措置

労働安全衛生法では、事業者による労働者の健康確保対策に関する規定が定められていますが、特に、労働者が業務に従事することによって、病気(負傷を含む)を発症したり、病気が増悪したりすることを防止するための措置や、心身の条件に応じた適正な配置などを事業者に求めています。

労働安全衛生規則第61条では、事業者は心臓、腎臓、肺等の疾病で労働のため病勢が著しく増悪するおそれがあるものにかかった者については、その就業を禁止しなければならないとされていますので、治療後の経過が思わしくなく、症状が悪化することにより、就労困難と判断される場合には、就業禁止の措置をとらざるを得ない場合もあります。対象者の疾病の種類、程度、就労に伴う負担、就労意欲等の種々の条件を十分に考慮して慎重に判断することになります。

5 安全配慮義務

労働契約法第5条に使用者の安全配慮義務が定められています。

元来、使用者は労働契約上の当然の義務として、労働者に対する安全配慮義務を負うものと解されてきましたが、その根拠となる明文の規定が存在していませんでしたので、平成19年に成立

した労働契約法(平成20年から施行)によって、個々の労働契約に特約として明記がなくとも、労働契約上の付随的義務として、使用者が安全配慮義務を負うことが明文化されました。

安全配慮とは、労働者が普通に仕事をしていて怪我や病気にかからないように、生命、身体の危険から保護するための環境を用意することです。企業の業種や労働者の業務内容によってその水準は当然に異なってきますが、就業場所や使用する機器や器具の管理、使用者の指示の下で労務を提供する過程において、身体や生命を保護するように配慮し、労働者の安全を確保すべき義務が使用者にあります。

安全配慮義務違反とは、労働契約に付随する安全配慮義務を使用者が労働者に対して怠った状態をいいます。特に、労働者が労務を提供している最中に、身体や生命に損害が発生した際に、安全配慮義務違反があれば損害賠償の対象となり得ることがあります。その判断ポイントは、①予見可能性(危険やその危険による結果を予見できたか)、②危険回避(危険やその危険による結果を回避するための措置をとっていたか)、③結果との因果関係(その危険による結果は仕事と十分関係があるか)、になります。

病気を抱えた労働者である以上、使用者にはその勤務中の安全の担保が求められます。使用者がその安全配慮義務を適切かつ十分に行うためには、具体的な配慮事項の情報を得る必要があります。

参考 労働契約法第5条

「使用者は、労働契約に伴い、労働者がその生命、身体等の安全を確保しつつ労働することができるよう、必要な配慮をするものとする。」

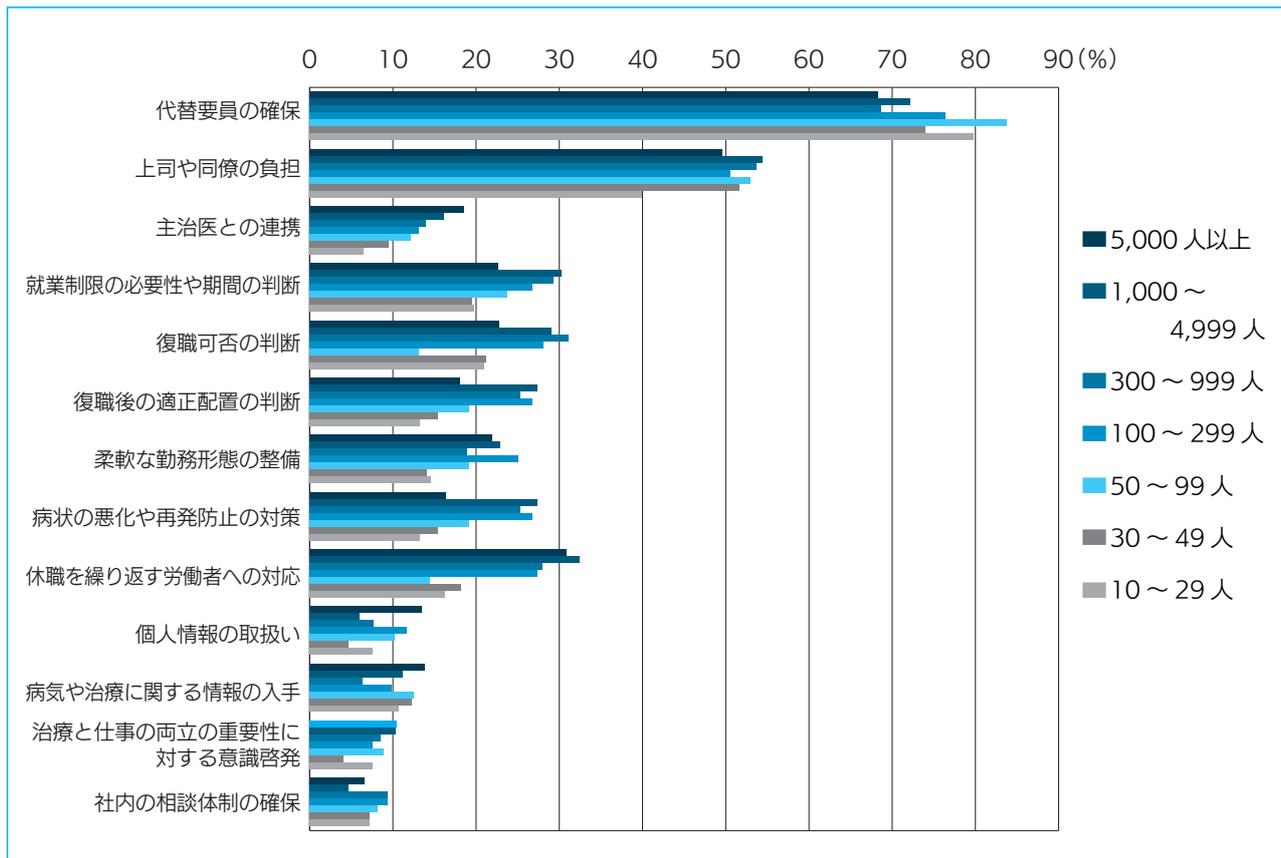
参考 安全配慮義務に関するH25.9.24最高裁判決

長時間労働については、企業は労働者の長時間労働を抑制する措置をとることが要請されており、その際、現実に労働者が長時間労働を行っていることを認識し、あるいは容易に認識可能であったにもかかわらず、長時間労働による災害から労働者を守るための適切な措置をとらないことによって災害が発生すれば、安全配慮義務に違反したと評価されることは当然のことである。

6 事業者における両立支援上の課題等

治療と仕事の両立に係る取組がある企業において、「困難なことや課題と感じていることがある」と答えたのは約8割になっています。その課題の内訳をみると、「代替要員の確保」と「上司や同僚の負担」が企業規模の大小にかかわらず多くを占めています(平成30年度 労働安全衛生調査)。

● 傷病(がん、糖尿病等の私傷病)の治療と仕事の両立に係る取組に関する課題等の内容別事業所割合
(厚生労働省 平成30年度 労働安全衛生調査(実態調査))



これらは、育児や介護との両立支援においても最も多く挙げられる課題であり、「休業取得者の代替要員を確保し、その後休業取得者を原職等に復帰させる」ことに共通する難しさです。事業者が就業上の措置や配慮を行うに当たり、その基本的認識としておおむね次の3点があることを理解しておく必要があります。

① 代替要員の確保

- 休業を伴う場合、いつまで休むのか? いつ復帰できるのか?
- 中途採用・募集をすべきか?

② 病気や治療の見通し

- 通院の頻度、通勤への影響は?
- 職場全体にどのような影響がでるのか?

③ 病態の悪化・復職可否の判断

- 勤務中の健康・安全は担保されるのか?
- 病気になる前と同じ能力を期待できるか?

7 事業者における就業上の措置・配慮等

休業を伴う病気の職場復帰に向けたケースでは、おおむね次のようなステップを踏みます。

- ①休職中の体調確認
- ②主治医の復職許可
- ③事業場の復職可否判断
- ④職場復帰
- ⑤職場復帰後のフォローアップ

もし産業医がいる場合でしたら②と③の間に産業医面談が入ることがあります。休業を伴わない通院治療を継続しながら両立するケースでは、①体調確認、②治療継続のための工夫、となるでしょう。この際の事業者は、まずは本人の就労意欲を第一に、安全な通勤や体調の安定性、労働時間内での就労可能性等について判断することになります。具体的な措置や配慮の内容は個々の事情によって変わってくるものですが、例えば、体力低下を考慮した業務負荷軽減の措置として、時間外労働や出張の禁止、勤務シフトの固定等が考えられます。治療・通院時間に対する時間的配慮としては、時差出勤制度や時間単位の年次有給休暇制度の導入などが考えられます。この他にも、体調不良に対する職場環境の配慮として、接客対人対応からの業務変更やトイレに行きやすい座席への変更があげられます。



労働関係の言葉と意味

キーワード

■ フレックスタイム

労働者自身が予め定められた時間帯の中で、始業及び終業の時刻を決定することができる変形労働時間制の一つ。始業及び終業の時刻を労働者の決定に委ねることを就業規則等で定め、かつ一定事項を労使協定で定めて運用できる。労働者が必ず労働しなければならない時間帯(コアタイム)と、労働者がその選択により労働することができる時間帯(フレキシブルタイム)とに分けて実施するのが一般的。厚生労働省の調査によると、従業員1,000人以上の企業では約25%で導入しているが、100人未満の中小零細企業では約3%に留まっている。

■ 無期転換ルール

有期労働契約が反復更新されて通算5年を超えたときに、労働者の申込みによって企業などの使用者が無期労働契約に転換しなければならないルール。

■ 勤務間インターバル

勤務終了後から次の勤務開始までに、一定時間以上の「休息時間」を設けることで、働く方の生活時間や睡眠時間を確保するもの。平成30年6月29日に成立した「働き方改革を推進するための関係法律の整備に関する法律」により「労働時間等の設定の改善に関する特別措置法」が改正され、前日の終業時刻から翌日の始業時刻の間に一定時間の休息を確保することが事業主の努力義務として規定された(平成31年4月1日施行)。

II 両立支援コーディネーターに求められる基本的な能力と知識

4

社会資源に関する知識

1 高額療養費制度

同一月(1日から月末まで)に支払った医療費が高額になった場合、申請により自己負担限度額を超えて支払った医療費の払い戻しができます。ただし、差額ベッド代・おむつ代・診断書料・食事代といった医療保険適用外のもの是对象外です。

被保険者・被扶養者ともに同一月内の医療費の自己負担限度額は、年齢及び所得に応じて算出されます(70歳未満は表1、70歳から74歳は表2を参照)。

世帯合算: 高額療養費の自己負担限度額に達さない場合も、同一月内に同一世帯(世帯とは、同医療保険に加入している被保険者とその被扶養者)で21,000円以上の自己負担が複数あるときは、これらを合算して自己負担限度額を超えた金額が支給されます。

同一人が同一月内に2つ以上の医療機関にかかり、それぞれの自己負担額が21,000円以上の場合も同様に合算できます。70歳以上の方は、自己負担をすべて合算できます。

多数該当: 同一世帯で1年間(診療月を含めた直近12か月)に3回以上高額療養費の支給を受けた場合は、4回目からは自己負担限度額が変わります。70歳以上75歳未満の方の多数該当は、通院限度額の適用で、高額療養費を受けた回数は考慮しません。

表1 70歳未満の方

所得区分	自己負担限度額	多数該当
区分ア 年収約1,160万円～ 健保:標準報酬月額83万円以上の方 国保:年間所得901万円超	252,600円+(総医療費-842,000円)×1%	140,100円
区分イ 年収約770～約1,160万円 健保:標準報酬月額53万～79万円未満の方 国保:年間所得600万円超901万円以下	167,400円+(総医療費-558,000円)×1%	93,000円
区分ウ 年収約370～約770万円 健保:標準報酬月額28万～50万円未満の方 国保:年間所得210万円超600万円以下	80,100円+(総医療費-267,000円)×1%	44,400円
区分エ 年収約370万円以下 健保:標準報酬月額26万円以下の方 国保:年間所得210万円以下	57,600円	44,400円
区分オ 低所得者 健保:被保険者が市区町村民税の非課税者等 国保:市民税非課税世帯	35,400円	24,600円

表2 70歳以上の方

被保険者の所得区分		自己負担限度額	
		外来(個人ごと)	外来・入院(世帯ごと)
①現役並み所得者	現役並みⅢ 標準報酬月額83万円以上 課税所得690万円以上	252,600円+(総医療費-842,000円)×1% (多数該当:140,100円)	
	現役並みⅡ 標準報酬月額53万円以上 課税所得380万円以上	167,400円+(総医療費-558,000円)×1% (多数該当:93,000円)	
	現役並みⅠ 標準報酬月額28万円以上 課税所得145万円以上	80,100円+(総医療費-267,000円)×1% (多数該当:93,000円)	
②一般所得(①および③以外の方)		18,000円 (年間上限144,000円)※1	57,600円 (多数該当:44,400円)
③低所得者	Ⅱ ※3	8,000円 ※2	24,600円
	Ⅰ ※4		15,000円

※1及び※2:基準日(7月31日)時点の所得区分が一般所得区分または低所得区分に該当する場合は、計算期間(前年8月1日～7月31日)のうち、一般所得区分または低所得区分であった月の外来療養の自己負担額の合計が144,000円を超えた額が払い戻されます。

※3:被保険者が市区町村民税非課税者等である場合

※4:被保険者とその扶養家族全ての方の収入から必要経費・控除額を除いた後の所得がない場合

● 限度額適用認定証の発行

高額療養費制度で払い戻しを受けるのではなく、一医療機関ごとの窓口で支払う医療費を入院・外来ともに、自己負担限度額までとする方法です。「限度額適用認定証」を保険証と併せて医療機関等の窓口(※1)に提示すると、1か月(1日から月末まで)の窓口での支払いが自己負担限度額まで(※2)となります。

※1:保険医療機関(入院・外来別)、保険薬局等それぞれでの取扱い

※2:同月に入院や外来など複数受診がある場合は、高額療養費の申請が必要となることがあります。保険外負担分(差額ベッド代など)や、入院時の食事負担額等は対象外です。

● 入院時食事代減額制度

区 分	1食当たりの標準負担額
一般の方	460円
住民税非課税世帯の方	210円
住民税非課税世帯の方で過去1年間の入院日数が90日を超えている場合	160円
住民税非課税世帯に属し、かつ所得が一定基準に満たない70歳以上の高齢受給者のうち70歳以上で、所得が一定基準に満たない方	100円

70歳以上75歳未満の方の限度額適用認定証では、70歳以上の方のうち、所得区分が現役並みⅠ、現役並みⅡの方は健康保険証・高齢受給者証・限度額適用認定証を医療機関窓口に表示することで自己負担限度額までの支払いとなります。所得区分が一般、現役並みⅢの方は、健康保険証、高齢受給者証を医療機関窓口に表示することで自己負担限度額までの支払いとなります。

標準負担額の軽減措置を受ける場合は「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書」に被保険者証と低所得の証明書を添付して、各々が加入している保険者に提出します。申請が認められると「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証」が交付されますから、被保険者証と認定証を医療機関の窓口へ提出するこ

とで標準負担額の軽減措置が受けられます。

低所得の証明は、低所得者世帯（住民税の非課税世帯）の方については、住所地の市区役所または町村役場等で証明を受けた住民税の非課税証明、所得が一定基準に満たない場合は非課税証明に給与や年金の源泉徴収票、生活保護法の要保護者については、福祉事務所長が行う標準負担額認定該当の証明が必要となります。

2 傷病手当金

病気休業中の被保険者とその家族の生活を保障するために設けられた制度で、被保険者が病気やケガのために会社を休み、事業主から十分な報酬が受けられない場合に支給されます。

加入している医療保険によっては、傷病手当金の制度を持っていない（例：国民健康保険）、通常とは違う給付期間である（国民健康保険組合）、付加給付や延長傷病手当金の制度がある（健康保険組合）などの違いがありますので、詳細は保険者に確認する必要があります。

参考 関連Webサイト

- 全国健康保険協会
<https://www.kyoukaikenpo.or.jp/>
- 各自治体ホームページ
国民健康保険関連

1) 支給要件

① 業務外の事由による病気やケガの療養のための休業であること

自費で診療を受けた場合でも、仕事に就くことができないことについての証明があるときは支給対象となります。また、自宅療養の期間も支給対象となります。

② 連続する3日間を含み4日以上仕事に就けなかったこと

療養担当者の意見等をもとに、被保険者の仕事の内容を考慮して判断されます。連続して3日間（待期）の後、4日目以降の仕事に就けなかった日に対して支給されます。待機には、年次有給休暇、土日・祝日等の公休日も含まれるため、給与の支払いの有無は関係ありません。

③ 休業した期間について給与の支払いがないこと

給与が支払われている間は、傷病手当金は支給されません。ただし、給与の支払いがあっても、傷病手当金の額よりも少ない場合は、その差額が支給されます。

2) 支給期間

支給開始した日から最長1年6か月です。同一のケガや病気に関する傷病手当金の支給期間が、支給開始日から通算して1年6か月に達する日まで対象となります。支給期間中に途中で就労するなど、傷病手当金が支給されない期間がある場合には、支給開始日から起算して1年6か月を超えても、繰り越して支給可能になります。健康保険組合によっては延長傷病手当金の制度があります。

3) 支給額

1日当たりの金額＝支払開始日以前（最初に傷病手当金が支給された日）以前の継続した12か月間の各月の標準報酬月額を平均した額÷30×3分の2

支給開始日の以前の期間が12か月に満たない場合は、次のいずれか低い額を使用して計算します。

- ア 支給開始日の属する月以前の継続した各月の標準報酬月額の平均額
- イ 標準報酬月額の平均額 28万円：支給開始日が平成31年3月31日までの方
30万円：支給開始日が平成31年4月1日以降の方

4) 資格喪失後の継続給付

資格喪失の日の前日(退職日等)まで被保険者期間が継続して1年以上あり、被保険者資格喪失日の前日に、現に傷病手当金を受けているか、支給要件①②③を満たしている場合に、引き続き支給を受けることができます。新規に就労した場合には支給が受けられなくなります。

3 障害年金

障害年金は、病気やケガが原因で障害を有し、生活や仕事などが制限されるようになった場合に、現役世代の方も含めて受け取ることができる年金です。

「障害基礎年金」、「障害厚生年金」があり、病気やケガで初めて医師の診療を受けたときに国民年金に加入していた場合は「障害基礎年金」、厚生年金に加入していた場合は「障害厚生年金」を申請します。また、障害厚生年金に該当する状態よりも軽い障害が残ったときは、障害手当金(一時金)を受け取ることができる場合もあります。

参考 関連Webサイト

- 日本年金機構
<https://www.nenkin.go.jp/>
- 厚生労働省
<https://www.mhlw.go.jp/>

1) 支給要件 一定の障害の状態にあること

保険料納付要件: 初診日の前日において、次のいずれかの要件を満たしていることが必要です。

- ① 初診日のある月の前々月までの公的年金の加入期間の2/3以上の期間について、保険料が納付または免除されていること
- ② 初診日において65歳未満であり、初診日のある月の前々月までの1年間に保険料の未納がないこと

2) 支給額 令和3年4月～

- **国民年金**
 - 【1級】 780,900円×1.25+子の加算
 - 【2級】 780,900円+子の加算
 - 子の加算 第1子・第2子は各224,700円 第3子以降は各74,900円
 - ※子とは次の者に限る 18歳到達年度の末日(3月31日)を経過していない子
20歳未満で障害等級1級または2級の障害者
- **厚生年金**
 - 【1級】 報酬比例の年金額×1.25+配偶者の加給年金額(224,700円)※
 - 【2級】 報酬比例の年金額+配偶者の加給年金額(224,700円)※
 - 【3級】 報酬比例の年金額 最低保障額 585,700円
 - ※その方に生計を維持されている65歳未満の配偶者がいるときに加算

表3 障害の状態の基本「国民年金・厚生年金保険 障害認定基準の説明」

等級	1級	2級	3級	3級より軽い
障害等級の目安	日常生活能力を全く失い、常時他人の介護を受けなければならぬ程度	日常生活が著しい制限を受けるか日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度	労働が著しい制限を加えることを必要とする程度	傷病が治ったものであって、労働が制限を受けるかまたは労働に制限を加えることを必要とするもの
国民年金	○	○	なし	なし
厚生年金	○	○	○	なし
障害手当金	なし	なし	なし	○

4 障害者手帳

様々な福祉サービスを利用するために必要です。障害に応じて、身体障害者手帳・療育手帳(知的障害)・精神障害者保健福祉手帳があります。

身体障害者手帳は、肢体不自由(上肢・下肢・体幹)・視覚・聴覚・平衡機能・音声言語機能・そしゃく機能・内部機能(心臓・腎臓・呼吸器・膀胱/直腸・小腸・免疫・肝臓)に永続する障害がある人を対象としています。障害程度によって1級(重度)から6級(軽度)までの区分がありますが、障害部位によっては該当しない級があります。

療育手帳は、知的障害児・者が対象で、障害の程度により、身体障害者手帳を有する身体障害との重複障害を含め、最重度～中等度の知的障害の場合はA1、A2a、A2b、A3、中等度・軽度の知的障害の場合はB1、B2と区分されることが多いようです。

精神障害者保健福祉手帳は、何らかの精神疾患(うつ病、統合失調症、薬物・アルコール中毒・依存、高次脳機能障害、てんかん、発達障害、その他)により、長期にわたり日常生活または社会生活への制約がある人を対象としています。障害の程度によって、1級(重度)～3級(軽度)の区分があります。

参考 関連Webサイト

- 厚生労働省
<https://www.mhlw.go.jp/>
- 国税庁
<http://www.nta.go.jp/>

● その他の福祉サービス控除

サービスの内容は障害の部位や障害者手帳の等級などにより様々です。また、自治体によってサービスの範囲が異なることもあるため、確認が必要です。主なサービスは以下のとおりです。

① 重度心身障害者医療費助成制度

心身に重度の障害がある方に医療費の助成をする制度です。都道府県や市町村が実施しているもので、自治体により異なります。障害がある方が保険証を使って病院に受診した場合の自己負担金について助成します。患者(労働者)がお住まいの都道府県、市町村によって、対象となる障害の程度や、助成の内容も異なります。障害程度としては、身体障害者手帳1級・2級及び内部障害3級、療育手帳A、特別児童扶養手当1級受給資格者などが対象となっている場合が多いようですが、市町村によっては、精神障害者保健福祉手帳1級所持者なども対象となっている場合があります。また、所得制限がある場合が多いようです。患者(労働者)がお住まいの市町村障害福祉課などに問い合わせください。

② 自立支援医療制度

心身の障害を除去・軽減するための医療について、医療費の自己負担額を軽減する公費負担医療制度です。以下に分かれますが、詳細は患者(労働者)がお住まいの各市町村等へお問い合わせください。

● 精神通院医療

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第5条に規定する統合失調症等の精神疾患を有する者で、通院による精神医療を継続的に要する者。

対象となる精神疾患は、病状性を含む器質性精神障害、精神作用物質使用による精神及び行動の障害、統合失調症、統合失調症型精神及び妄想性障害、気分障害、てんかん等があります。

● 更生医療

身体障害者福祉法に基づき身体障害者手帳の交付を受けた者で、その障害を除去・軽減する手術等の治療

により確実に効果が期待できる者(18歳以上)。

対象となる障害と治療の例として、視覚障害に対する角膜移植術、聴覚障害に対する鼓膜穿孔閉鎖術、外傷性又は手術後に生じる発音構音障害に対する形成術、肢体不自由に対する関節形成術・人工関節置換術、心疾患に対するペースメーカー埋込み手術、腎臓機能障害に対する人工透析療法等があります。

● 育成医療

身体に障害を有する児童で、その障害を除去・軽減する手術等の治療により確実に効果が期待できる者(18歳未満)。

対象となる障害と治療の例として、視覚障害(白内障や先天性緑内障)に対する治療、先天性耳奇形に対する形成術、口蓋裂に対する形成術、肢体不自由(先天性股関節脱臼、脊椎側弯症、くる病等)に対する関節形成術・関節置換術・及び義肢装着のための切断端形成術、心疾患に対するペースメーカー埋込み手術、腎臓機能障害に対する人工透析療法等があります。

● その他

施設利用や交通運賃の割引、税金の障害者控除、駐車禁止除外指定車標章の交付など様々なサービスがあります。

5 生活福祉資金貸付制度

低所得者・障害者・高齢者の生活を経済的に支えるとともに、在宅福祉及び社会参加の促進を図ることを目的とした貸付制度です。

都道府県社会福祉協議会が実施主体、市区町村社会福祉協議会が窓口です。

貸し付けに当たっては、原則連帯保証人を立てるが、2009年より立てない場合も借入申し込みができるようになりました。貸付利子の利率は、連帯保証人を立てる場合は無利子、立てない場合は年1.5%です。

参考 関連Webサイト

- 厚生労働省
<https://www.mhlw.go.jp/>
- 全国社会福祉協議会
<https://www.shakyo.or.jp/>

表4 貸付対象者

低所得世帯	資金貸付にあわせて必要な支援を受けることにより独立自活できると認められる世帯であって、必要な資金を他から借り受けることが困難な世帯(市町村民税非課税程度)
障害者世帯	身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳の交付を受けた者(現に障害者総合支援法によるサービスを利用している等これと同程度と認められる者を含む)の属する世帯
高齢者世帯	65歳以上の高齢者の属する世帯(日常生活上療養または介護を要する高齢者等)

表5 貸付資金の種類

資金の種類		貸付限度額	貸付利息	
総合 支援資金	生活支援費	・生活再建までの間に必要な生活費用	単身・2人以上 で異なる	
	住宅入居費	・敷金、礼金等住宅賃貸契約を結ぶための必要費用	40万円以内	
	一時 生活再建費	・生活を再建するために一時的に必要かつ日常生活費で賄うことが困難である費用・就職・転職を前提とした技能習得に要する経費・滞納している公共料金等の立て替え費用・債務整理をするために必要な経費 等	60万円以内	
福祉資金	福祉費	<ul style="list-style-type: none"> ・生業を営むために必要な経費 ・技術習得に必要な経費及びその期間中の生計維持の為に必要な経費 ・住宅の増改築、補修等及び公営住宅の譲り受けに必要な経費 ・福祉用具等の購入に必要な経費 ・障害者用の自動車の購入に必要な経費 ・中国残留邦人等に係る国民年金保険料の追納に必要な経費 ・負傷又は疾病の療養に必要な経費及びその療養期間中の生計を維持するために必要な経費 ・介護サービス、障害者サービス等を受けるのに必要な経費及びその期間中の生計を維持するために必要な経費 ・災害を受けたことで臨時に必要な経費 ・冠婚葬祭に必要な経費 ・住居の移転等、給排水設備等の設置に必要な経費 ・就職、技能習得等の支度に必要な経費 ・その他日常生活上一時的に必要な経費 	580万円以内	無利子 (連帯保証人あり) もしくは 年1.5% (連帯保証人なし)
	緊急小口資金	・緊急かつ一時的に生計の維持が困難となった場合に貸し付ける少額の費用	10万円以内	
教育 支援資金	教育支援費	・低所得世帯に属する者が高等学校、大学又は高等専門学校に就学するのに必要な経費	高校3.5万円以内 大学6.5万円以内	無利子
	就学支度費	・低所得世帯に属する者が高等学校、大学又は高等専門学校への入学に際し必要な経費	50万円以内	
不動産 担保型 生活資金	一般世帯 向け	・低所得の高齢者世帯に対し、一定の居住用不動産を担保として生活資金を貸し付ける資金	土地の評価額の 70%程度	年3%又は長期のプライム レートのうち いずれか低い利率
	要保護世帯 向け	・要保護の高齢者世帯に対し、一定の居住用不動産を担保として生活資金を貸し付ける資金	土地の評価額の 70%程度	

6 医療費控除

医療費控除は、多額な医療費を支払ったときに、税務署に確定申告を行うことにより、一旦支払った所得税が還付される制度です。所得税の軽減を目的としていますので、還付される金額は本来支払うべき所得税を超えることはありません。原則として、軽減の対象は保険適用の医療費のみですが、入院時の部屋代・食事代、医師等の送迎費用、義肢・松葉杖・補聴器・義歯などの購入費、治療のために購入した一般医薬品、在宅療養の費用なども対象として含まれます。また、生命保険や損害保険等から支払いを受ける保険金、公的医療保険より支給される「出産育児一時金」、「療養費」、「移送費」、「高額療養費」などは医療費から差し引いて計算することになります。

参考 関連Webサイト

- 厚生労働省
<https://www.mhlw.go.jp/>
- 国税庁
<http://www.nta.go.jp>

● 医療費控除の計算式

$$\begin{aligned} & (\text{その年に支払った医療費}) - (\text{保険金などで補てんされる金額}) - (10\text{万円または所得金額の}5\%) \text{注1} \\ & = \text{医療費控除額} \text{注2} \end{aligned}$$

* 注1) 所得金額が200万円未満の人は、10万円ではなく、所得金額の5%を差し引きます。

注2) 医療費控除には、最高限度額が定められており、200万円を超える医療費控除はできません。

● その他

医療費控除における「世帯」の範囲は「生計を一にする」世帯ごとに1年間に医療費の支払いがあった場合に申告できます。「生計を一にする」とは、必ずしも同居を要件とするものではありません。

還付の場合は翌年から5年以内であれば遡及できます。

7 障害者総合支援法

障害者総合支援法とは、障害がある方もない方も住み慣れた地域で生活するために、日常生活や社会生活の総合的な支援を目的とした法律です。障害がある子どもから大人を対象に、必要と認められた費用の給付や支援を受けることができます。実施主体は主に市区町村、都道府県などの行政機関が主体となって行っています。

障害者総合支援法に基づいて提供されるサービスには、大きく自立支援給付と地域生活支援事業の2種類があります。どちらも市区町村または都道府県が実施主体となっています。自立支援給付とは、利用するサービスにかかる費用を行政が一部を負担するものです。地域生活支援事業とは、障害のある方がお住まいの地域で自立した生活を送れるよう環境的な支援を行うものです。

① 自立支援給付

障害のある方に個別に行われるサービスにかかる費用を市区町村が一部を負担するのが自立支援給付です。自立支援給付が受けられるサービスは、障害福祉サービス(介護給付・訓練等給付)、自立支援医療、相談支援事業、補装具の大きく4つです。例えば、訪問サービスや施設への通所・入所を利用するサービス、就労支援などが挙げられます。

②地域生活支援事業

地域生活支援事業として提供されるサービスには、移動支援や日常生活用具の給付または貸与、意思疎通支援、成年後見制度支援などが含まれます。これら地域生活支援事業の中には、市区町村が主体の事業と、都道府県が主体の事業があります。都道府県は手話通訳士などの人材育成や都道府県内の広域な事業を担い、市区町村は利用者にサービスを提案・提供する役割を担っています。

8 介護保険(窓口:市町村の介護保険課)

65歳以上の第1号被保険者は、介護が必要な状態であれば、その原因が何であっても、認定を受けて介護保険のサービスを受けることができます。40歳から64歳の第2号被保険者は、医療保険の加入者であることが被保険者の要件です。介護保険法で定められている「特定疾病」が原因で介護が必要になった場合にのみ、認定を受けて介護保険のサービスを受けることができます。

第2号被保険者が要介護認定を受けられる16の特定疾病は以下のとおりです(介護保険法施行令第2条)。

- がん末期(医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る。)
- 関節リウマチ
- 筋萎縮性側索硬化症
- 後縦靭帯骨化症
- 骨折を伴う骨粗鬆症
- 初老期における認知症
- 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病
- 脊髄小脳変性症
- 脊柱管狭窄症
- 早老症
- 多系統萎縮症
- 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
- 脳血管疾患
- 閉塞性動脈硬化症
- 慢性閉塞性肺疾患
- 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

9 両立支援に有用な社会資源

本書はより実践的なマニュアルを想定していますので、いろいろな就労支援機関を、運営母体による分類ではなく、就労支援に直接関与するものと、その他復職を目指すに当たって活用できるものとに分けて説明します。

1) 就労支援に直接関係するもの

厚生労働省が運営するハローワーク、独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構が運営する地域障害者職業センター・障害者職業総合センター・広域障害者職業センター、障害者雇用促進法に基づいて都道府県知事が指定した障害者就業・生活支援センター、障害者職業能力開発校などがあります。

①産業保健総合支援センター

産業保健総合支援センターでは、治療中の労働者が就労を継続するために、両立支援促進員等の専門スタッフが、両立支援に関する取組の普及啓発や、事業場の支援などを行っています。

具体的には、事業場内や業界団体等でのセミナーの開催、事業場からの相談対応、事業場に出向いて両立支援に関する休暇制度、勤務制度の体制等整備の助言、治療と仕事の両立に関する個別調整支援(事業場と治療

中の労働者の間の調整支援のこと)を行います。

②ハローワーク(公共職業安定所)

ハローワークは、国民への安定した雇用機会の確保を目的として、厚生労働省設置法第23条に基づき設置される、厚生労働省が所管する行政機関です。全国に最も多い就労に関する相談窓口で、障害者専用の相談窓口もあります。障害者手帳がなくても就労相談は可能であり、職業の斡旋から就職後のアフターケアまで行い、必要に応じて障害者職業総合センターや、障害者職業能力開発校への紹介も行っています。

③独立行政法人 高齢・障害・求職者雇用支援機構

障害者を雇用する事業主への給付金の支給、障害者の職業生活への自立を促進する施設(障害者職業センター)の設置・運営を行う組織です。障害者職業センターは、障害者雇用促進法において専門的な職業リハビリテーションを実施するとともに地域の関連機関に助言・援助を行う機関で、障害者職業カウンセラーが配置されています。各地域には以下のセンターが設置されています。

● 地域障害者職業センター

どの地域においても適切な職業リハビリテーションを公平に受けられるように設置した施設で各都道府県に47施設設置されています。障害者の就労相談を受けて、職業評価、職業指導、職業準備訓練や職業適応援助等を個々の対象者の障害の状況に応じて実施します。

さらに必要に応じてハローワーク(公共職業安定所)や障害者就労・生活支援センターと連携して、事業者に雇用管理に関する助言を行うとともに対象者への就労支援としてジョブコーチの派遣などを実施します。

● その他

◆ 障害者職業総合センター

全国の職業リハビリテーション関係施設の中核的機関として、千葉県千葉市にあります。障害者の職業リハビリテーションに関する調査研究を行うとともに、実際の支援を通じ支援技法の開発や職業リハビリテーションの専門的な人材育成を行っています。また、広域・地域障害者職業センターの指導・援助を行います。障害者の就労に関する様々な研究結果に関する広報誌の発行や復職に関する福祉機器や用具の貸し出しもしております。HPから必要と思われる情報を検索するとよいでしょう。

◆ 広域障害者職業センター

全国に2センターあり、埼玉県所沢市の中央広域障害者職業センター(国立職業リハビリテーションセンター)と岡山県の吉備高原に吉備高原広域障害者職業センター(国立吉備高原職業リハビリテーションセンター)があります。それぞれには医療リハビリテーションセンターが隣接しており、これら医療機関と連携を取りつつ、両職業センターに併設する障害者職業能力開発校と一体的に運営を行うことで、早期に障害者を就労に繋げています。

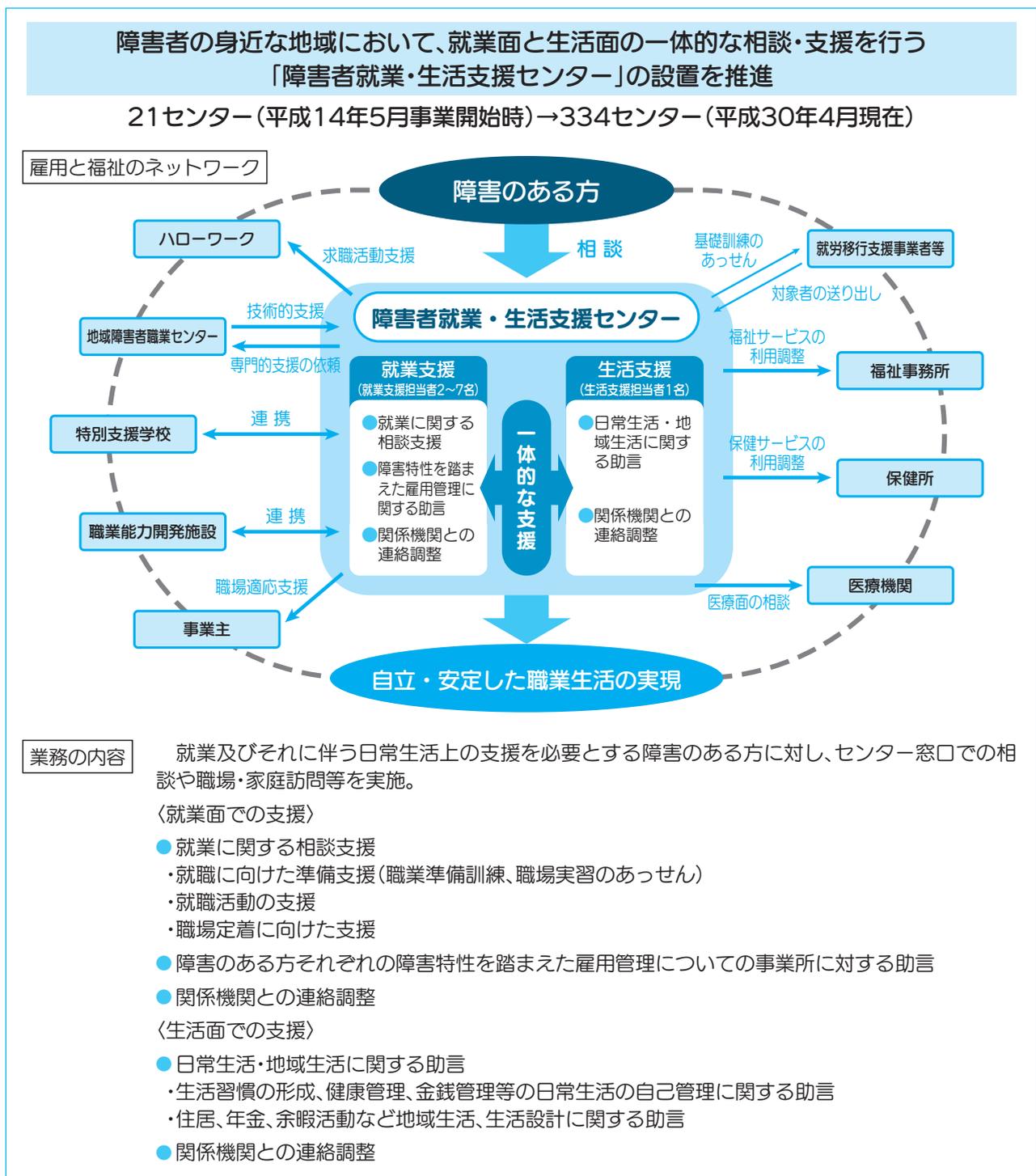
職業評価や対象者の機能評価から通勤に必要な運転免許の取得などを含めた職業指導や職業訓練を実施するなどの一貫した指導を行っています。入所および通所での訓練があり、身体障害者手帳取得が必要となります。

④障害者就業・生活支援センター(通称:なかぼつセンター)

障害者雇用促進法により、障害者に対する総合的支援の充実を目的に設立され、都道府県知事が指定する公益法人(社団または財団)、社会福祉法人、特定非営利活動法人(NPO)などが運営しています。就労と就労に伴うADL上の支援が必要な障害者に対し、求職相談、職場定着相談や生活相談などを行います。また、事業主に対しては雇用管理に関する助言や職場の環境改善などの支援も行います。

全国に300以上の施設があります。対象者の居住区を中心に障害者就業・生活支援センターのHPから、検索して参考にしてください。就労内容や流れは図1のとおりです。

図1 障害者就業・生活支援センター



⑤障害者職業能力開発校

障害者を対象に、障害の特性に応じた職業訓練を行う公共職業能力開発施設です。職業能力開発促進法に基づいて国・都道府県が設置するもので、全国に19校あります。

2) その他活用できるもの

上記以外に就労支援に活用できるものとして、心身障害者福祉センターや家族会などがあります。

①心身障害者福祉センター

障害者総合支援法などに基づく更生相談窓口で、各行政区に設置されています。身体機能維持・向上などの専門的な相談や心身機能に関する医学的・心理的判定も行います。身体障害者手帳などの発行やADLの維持向上や職業復帰に必要な補装具などの適応判定も行います。入所ならびに通所の更生施設もあり、在住する市町村の福祉窓口を通して利用の相談や申し込みを行います。

利用には身体障害者手帳が交付されていることが条件になります。提供する支援サービスが各市町村で異なるため、必ず必要とするサービスがどの福祉センターで提供されるのか事前に相談することも重要です。

②家族会・当事者会など

特に高次脳機能障害に関しては、家族会・当事者会が主体となり様々な活動を行っています。長期的なサポートが必要となる高次脳機能障害に関しては、これら家族会や当事者会を利用して地域での様々な情報を収集することをお勧めします。

③高次脳機能センター

「高次脳機能障害」とは、脳の損傷によって、注意力や記憶力、感情のコントロールなどの能力に問題が生じ、そのために日常生活や社会生活が困難になる障害のことを指します。高次脳機能センターは、高次脳機能障害に対する診断・治療・リハビリテーション・社会復帰までの一貫した支援を行う体制を整え、高次脳機能障害者の医療・福祉の向上を図ることを目的として各県に開設されています。



両立支援コーディネーターに 求められる基本的な医療知識

1

がん分野

1 疾患の概要

1) はじめに

①がん患者に対する就労支援をめぐる社会的情勢

毎年86万人ががんに罹患し、その約3分の1が勤労者であると言われています。すなわち、毎年25万人以上の勤労者ががんに罹患することになります。また、令和元年(2019年)の国立がん研究センターの発表では、66%のがん患者が5年以上生存できるとされています。がんの治療成績は年々向上してきており、がん患者が治療を受けながら働き続けることができる可能性が高まっています。

わが国では今後も少子化に伴って勤労者が減少することが予測される状況にある中で、がん患者に対する就労支援は国にとって重要な政策課題となっています。

政府はこれまで平成24年にがん対策基本法に基づく基本計画に「がん患者の就労を含めた社会的問題」を分野別施策に取り上げ、がん診療拠点病院へのがん相談支援センターの設置やハローワークでの就労支援を行いました。また、「がん対策加速化プラン」を策定し、がん診療連携拠点病院、ハローワーク、産業保健総合支援センター、企業との連携を強化し、がんになっても安心して働き暮らせる社会の構築を目指しています。

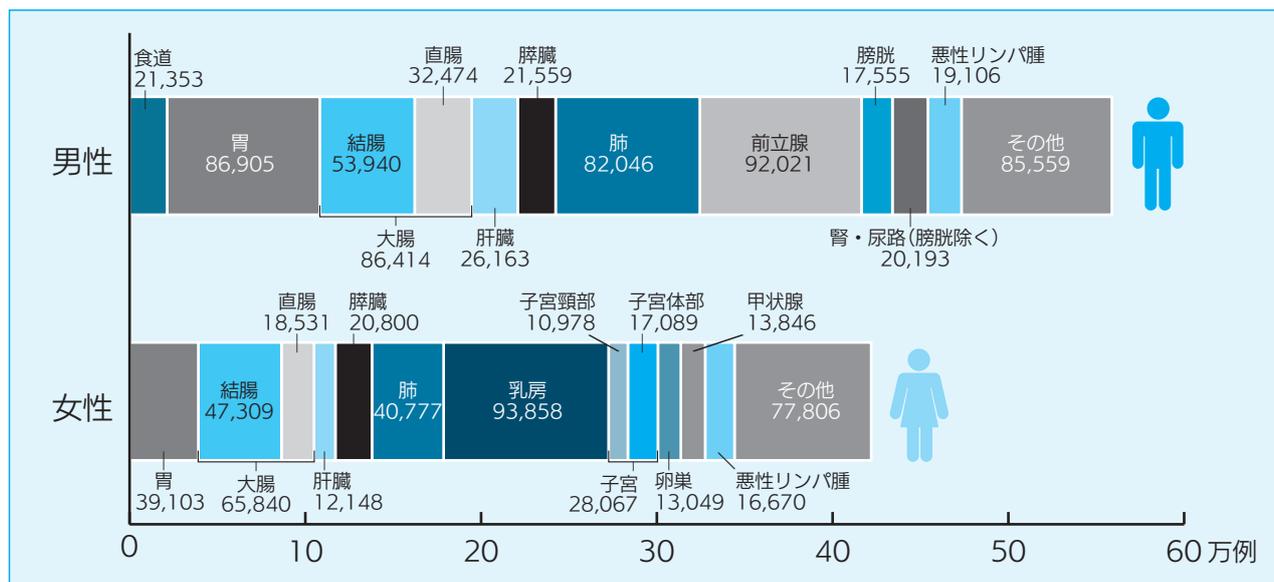
最近では、平成28年2月に「事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン」を策定し、企業側と主治医側の連携のための情報交換法まで提示しています。また、平成29年(2017年)には「働き方改革実行計画」のひとつに「治療と仕事の両立に向けた、がん患者、医療者、企業側のトライアングル型支援などの推進」が取り入れられ、また令和2年までに2,000人の両立支援コーディネーターを養成する計画も策定されています。

マスメディアも、がん患者の治療と仕事の両立支援の必要性を盛んに報道しており、がん患者の両立支援は国民の間でも大きくクローズアップされていると言えます。

②部位別罹患数・死亡率

国立がんセンターがん情報サービスの最新がん統計のまとめによると、平成30年(2018年)に新たに診断されたがんは980,856例(男性558,874例、女性421,964例、性別不詳あり)あり、部位別では、男性が①前立腺、②胃、③大腸、④肺、⑤肝臓の順、女性が①乳房、②大腸、③肺、④胃、⑤子宮の順となっています(図1)。

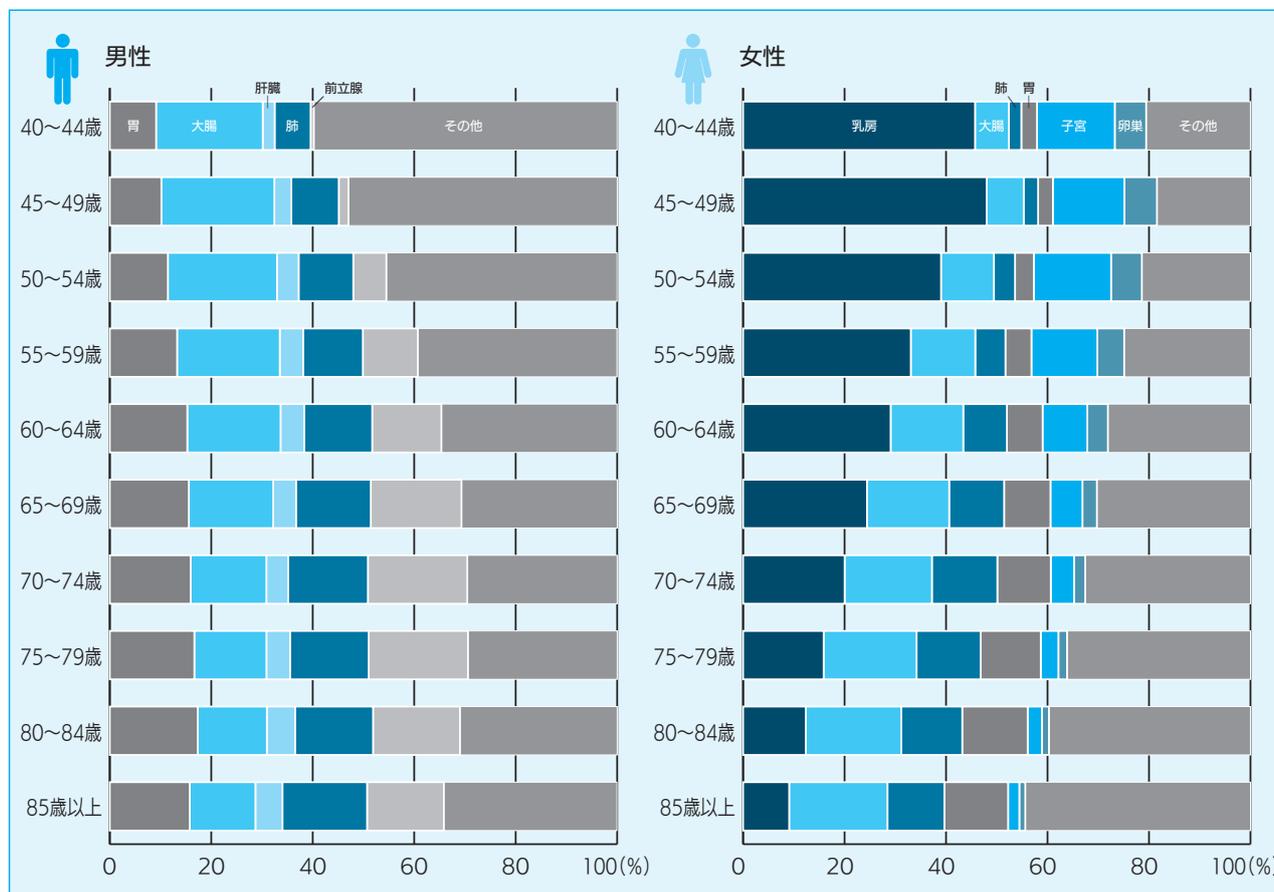
図1 部位別がん罹患数(2018年)



資料:国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」(全国がん登録)

また、部位別がん罹患数を年齢別にみると、男性では、40歳代で大腸のがんが多く、高齢になると前立腺や胃、肺のがんが多くなっています。女性では、40歳代では乳房や子宮、卵巣のがんが多く、高齢になると大腸や胃、肺のがんが多くなっています(図2)。

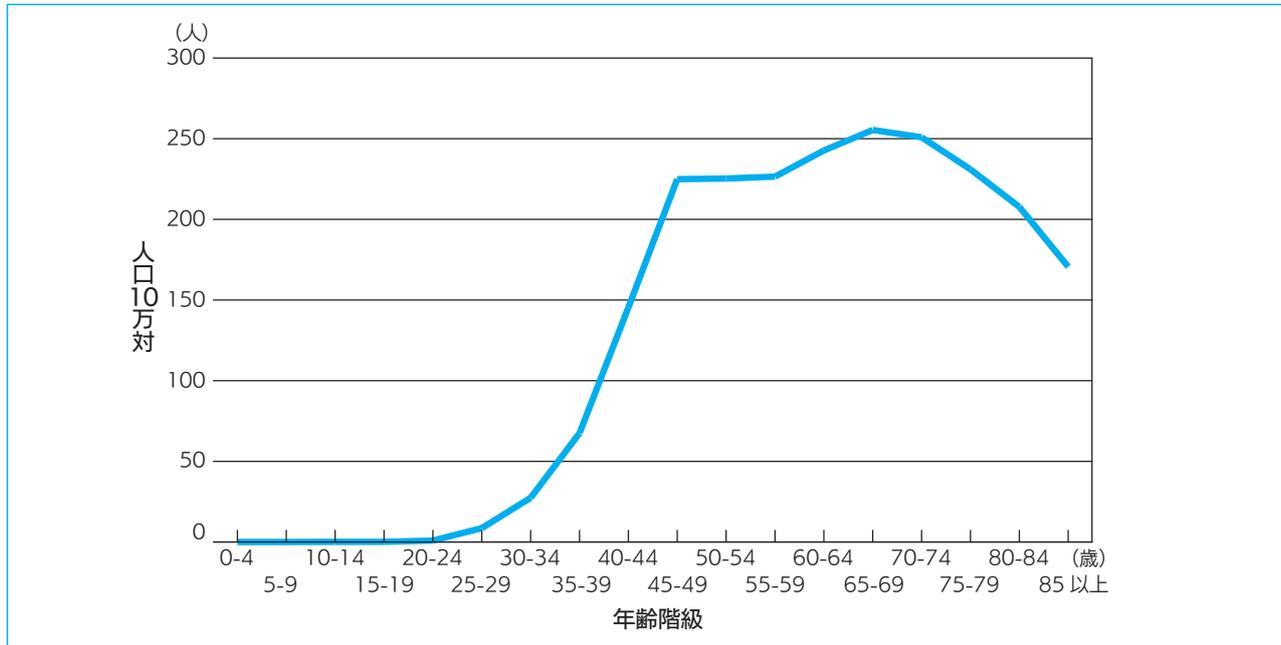
図2 年齢別部位別がん罹患数(2018年)



資料:国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」(全国がん登録)

なお、多くのがんの罹患率は年齢とともに高くなりますが、年齢別の女性の乳がんの罹患率は、勤労世代で高いのが特徴となっています(図3)。

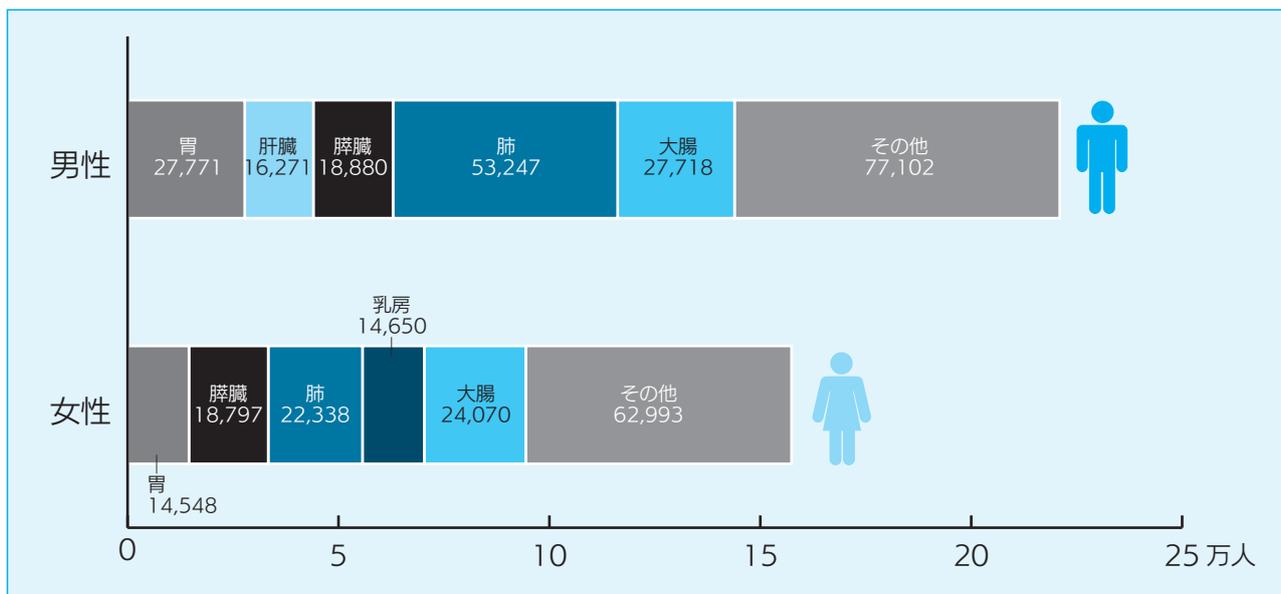
図3 年齢階級別女性の乳がん罹患率;全国推計値(2018年)



資料: :国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」(全国がん登録)

一方、2019年にがんで死亡した人は376,425人(男性220,339人、女性156,086人)おり、部位別では、男性が①肺、②胃、③大腸、④膵臓、⑤肝臓の順、女性が①大腸、②肺、③膵臓、④胃、⑤乳房の順となっています(図4)。

図4 部位別がん死亡数(2018年)



資料:国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」(厚生労働省人口動態統計)

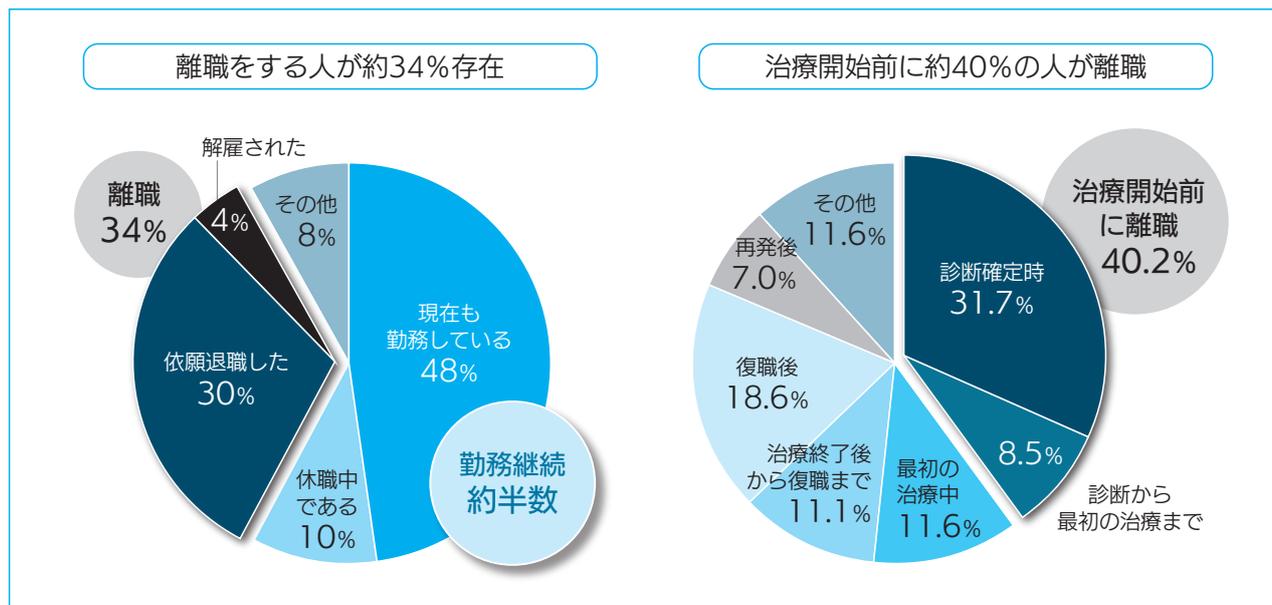
日本人が一生のうちのがんと診断される確率(累積罹患リスク)は、男性65.0%(3人に2人)、女性50.2%(2人に1人)(2018年データに基づく)、がんで死亡する確率(累積死亡リスク)は、男性26.7%(4人に1人)、女性17.8%(6人に1人)(2019年のデータに基づく)となっています。

③がん患者の離職と精神的苦悩

静岡県立静岡がんセンターを中心とするグループが行った調査では、がんと診断された人の34.6%が離職しています。

また、離職タイミング多施設調査(厚労科研高橋班2015)では、40.2%の人が治療開始前に離職していました(図5)。

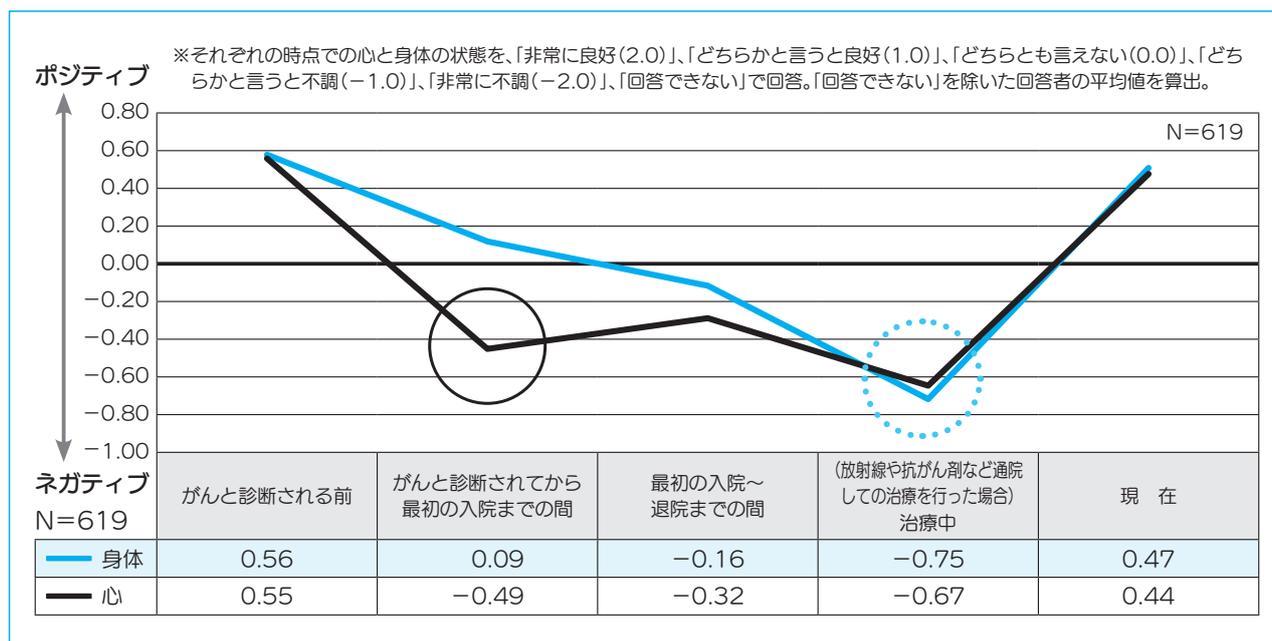
図5 がん診断後の患者の就労状況



資料: (左)2013がん体験者の悩みや負担等に関する実態調査報告書(厚労科研研究「がんの社会学」に関する研究グループ)
(右)離職タイミング多施設調査(厚労科研高橋班2015)

がんと診断されてから入院するまでの間に身体の不調よりも精神の不調が強くなります(図6、○部分)。また、放射線治療や抗がん剤治療による身体の不調とともに精神的にも不調が強くなります(図6、⊙部分)。

図6 がん経験者の心と身体の状態の変化



「がん経験者の心の変化に関する調査」(株式会社キャンサーソリューションズ)より転載;一部改変

2) がんとは

がんは、体の細胞の一部が変異して起こります。がん細胞は、増殖し、やがて小さな腫瘍や粘膜の変化となって現れます(早期がん)。

症状や進行は、個人差があり、臓器によっても異なりますが、時間の経過に従い増殖のスピードが速くなり、自覚症状を感じるようになります。

がんは進行するにつれ、転移(体のほかの場所に飛び火)することがありますが、一度転移が起こると、ほかの場所にも転移するようになります。原発巣(最初にがんが発生した部分にある病巣のこと)はもちろんのこと、転移した臓器も破壊されるようになり、臓器としての機能が低下します。そのため、体重が減少し、身体は衰弱します。

身体のあちこちにがん細胞がはびこり、体中の機能が衰えると(末期がん)、やがて生命の維持が困難になります。

2 《》 がんに対する代表的な治療法

治療法には、内視鏡治療や外科的切除による手術療法、薬物療法、放射線治療がありますが、治療法の選択と組み合わせは患者の状態やがんの進行状況によって決められます。

低侵襲の外科的切除(内視鏡治療など)

外科手術

薬物療法(抗がん剤、ホルモン剤など)

放射線療法

3 《》 がん患者さんの両立支援に必要な留意点

大企業の中には「治療と仕事の両立支援」に取り組んでいるところもありますが、日本の企業の9割以上は中小企業で、両立支援の体制が整っていないのが現状です。職場内にがんの治療をしながら仕事を続けることの相談ができる窓口が設置されていたり、人手もなんとかなるという事業所は少なく、自営業ではより深刻になります。がんが治る病気、長く付き合う病気になってきているため、両立支援コーディネーターには、治療を優先させ、できる仕事を続けていける社会を目指し取り組んでいただきたいと思います。

4 がん情報のリテラシー

がんに関する情報は世の中にあふれていますが、患者さん一人一人がほしい情報にたどり着けるわけではありません。間違った情報も多く存在します。患者(勤労者)、事業所の双方に正確で有用な情報を提供することも両立支援コーディネーターの重要な役目です。

5 各々のがんの特徴・症状、治療、両立支援の留意点(代表的ながん)

1) 胃がん

①特徴と症状

胃がんは胃粘膜の上皮に発生し、次第に粘膜下層、筋層、漿膜の下層、漿膜、また漿膜の外側へと進展していきます。胃がんの大半はヘリコバクターピロリ菌感染が原因です。ピロリ菌感染が慢性化し胃粘膜に萎縮性胃炎が生じ、がんが発生してくると考えられています。内視鏡検査でピロリ菌が確認されたときは、抗生剤内服により除菌可能です。喫煙や塩分の多い食事もある胃がんの危険因子といわれています。

発症初期はほとんど無症状で、進行すると胃の痛みや不快感、嘔気、胸やけ、食欲不振、下血などが現れることがあります。これらは良性の病気である胃炎や胃・十二指腸潰瘍、逆流性食道炎などの症状でもあり、胃がんの特異的な症状ではありません。

②治療

早期胃がんの多くは1週間程度の入院で、内視鏡治療(胃カメラ)で治療可能です。早期胃がんでも悪性度の高い症例や、やや進行した早期胃がん症例は外科手術(開腹手術や腹腔鏡手術)で治療します。進行胃がんは外科手術(開腹手術や腹腔鏡手術)で治療することが多く、手術後再発を予防する目的にて1年間ほどの薬物療法(経口抗がん剤など)を行うのが一般的です。再発の可能性が高いと考えられる場合は、点滴による抗がん剤を用いた薬物療法(抗がん剤治療)を行うことがあります。

抗がん剤治療は、このような術後再発予防目的の補助療法として以外にも、切除不能進行・再発胃がんに対する治療としても行われます。切除不能進行・再発胃がんでは全身状態が比較的安定し、主要臓器機能が保たれている場合が抗がん剤治療の適応となります。近年は抗がん剤治療によって高い腫瘍縮小効果が得られる症例も増えてきています。

※胃がんステージ分類等は【[参考資料](#)】を参照

③両立支援の留意点

胃切除後の後遺症を胃切除後症候群といいます。胃の機能は摂食したものを一時的に収容し分解消化することなので、胃の切除部位により後遺症は変わってきます。胃の入口の部分(噴門部)の切除後では、食物が食道に逆流し逆流性食道炎が生じやすくなります。胃の出口側の部分(幽門部)の切除後では、胃から食物が一気に小腸に流れ込むために起きるダンピング症候群が生じやすくなり、症状が強いときは意識消失を生じることがあります。

ダンピング症候群は、食後すぐに生じる早期ダンピング症候群と食後2~3時間で生じる晩期ダンピング症候群に分けられます。

・早期ダンピング症候群:食後5~30分くらいで生じる冷汗、動悸、めまいなど。

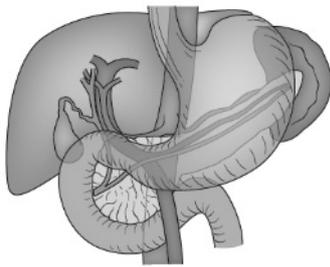
症状がでたら、横になり休んで対処します。

・晩期ダンピング症候群:食後2~3時間で生じる発汗、倦怠感、めまいなど。

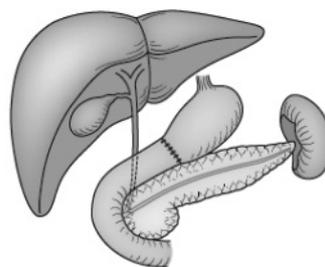
低血糖が原因で、飴や砂糖などで糖分を摂取し対処します。

ダンピング症候群を防ぐには、1回の食事量を少なめにし、間食にて食事回数を増やす必要があります。炭水化物と脂肪を減らし、たんぱく質を多めにする食事の工夫も重要です。また、低血糖症状が起きそうなときは飴や砂糖を摂取します。

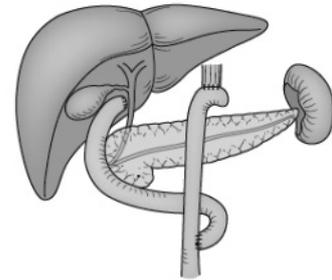
他にも、胃がん手術後は、胸やけ(逆流性食道炎)、下痢、便秘、おなら、げっぷ、栄養障害、貧血など様々な症状が現れることがあるので留意が必要です。



正常な胃



胃の出口側(幽門側)が切除され胃が小さく、出口が広く食物がすぐに胃から小腸に流入する。



胃が全て切除され食道から直接小腸に食物が入る。

資料:へるす出版「胆膵EUS教本—コンボックスEUSを極める—」より

抗がん剤治療では抗がん剤による副作用とその対処が重要です。胃がんの治療によく使用される代表的な抗がん剤として、経口薬のTS-1と、点滴薬のシスプラチンがあります。また、ドセタキセルやパクリタキセルなどの点滴薬も使用されることがあります。TS-1の副作用としては嘔気、嘔吐、下痢などの消化器症状や食欲不振、骨髄抑制(下記の注釈参照)や流涙があります。シスプラチンは腎毒性があるため投与前後の十分な点滴による輸液が必要です。また、シスプラチンはプラチナを含むため、体内に蓄積されると末梢神経障害や内耳障害などの神経毒性が出てきます。ドセタキセル、パクリタキセルでは脱毛、食欲不振、倦怠感、発熱、下痢、末梢神経障害(手足のしびれ)等の副作用があります。

早期胃がんに対する内視鏡治療後はほとんど問題なくそれまでどおり就労可能です。

手術方法、抗がん剤治療に使用する薬剤やその副作用の生じ方など個々の患者で異なります。治療を主とした治療と仕事のスケジュールを作るため、病院側と(産業医がいれば産業医を含めた)事業所側との調整が重要です。

胃がんの手術後はダンピング症候群など食事に関わる副作用・合併症が多く、間食をとったり、横になって休憩できる時間やスペースが必要です。外来通院での抗がん剤治療時の休みのとり方や、就業時間中の食事回数なども事業所側には理解していただきます。抗がん剤治療の副作用では倦怠感、嘔気、脱毛、手足のしびれなどが就労に支障をきたします。デスクワークでも手指のしびれがあるとパソコン操作が難しくなるため考慮が必要です。

(注)骨髄抑制とは:血液を作る骨髄の機能が抗がん剤の副作用により低下することを意味します。その結果、血液の成分である白血球、赤血球、血小板などが減少します。白血球が減少すると肺炎などの感染症にかかりやすくなり、突然の発熱などが生じたりします。血小板が減少すると出血しやすくなったり、

出血が止まりにくくなったりします。赤血球が減少すると立ち眩みや倦怠感など、いわゆる貧血の症状が出現します。抗がん剤の副作用の中でも重篤なことが生じやすい、最も注意すべき副作用の一つです。

2) 大腸がん

①特徴と症状

大腸がんは大腸の粘膜から発生しますが、大腸ポリープ(腺腫)が“がん化”する場合と、正常な粘膜に直接がんが発生する場合の2種類があります。大腸がんの6-7割はS状結腸から直腸に発生します。

症状としては下血や血便・黒色便で見つかることがあり、腹痛や便が細くなる、大腸の右側では腫瘤の自覚として気づかれることもあります。また、出血による慢性的な貧血で見つかることもあります。しかし、特異的な症状が少なく、進行がんでも無症状のことも多く、便に血が混じっている場合も痔と思われていることがあります。

②治療

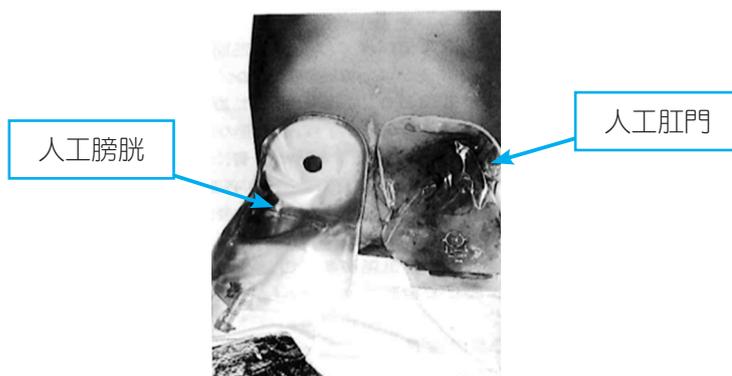
大腸がんの治療法としては、内視鏡治療又は開腹手術や腹腔鏡手術、抗がん剤治療、放射線治療などがあります。治療は病気の進行度(ステージ)ごとに異なり、いくつかの治療を組み合わせた治療(集学的治療)を行うことがあります。

早期大腸がんの多くは1週間程度の入院で、内視鏡治療(大腸カメラ)で治療可能です。早期大腸がんでも、やや進行した症例は外科手術(開腹手術や腹腔鏡手術)で治療します。手術後は下痢、便秘、排便が頻回になることがあります。

進行大腸がんは外科手術(開腹手術や腹腔鏡手術)で治療することが多く、手術後は再発予防目的に、半年間ほどの抗がん剤治療(経口抗がん剤)を行うのが一般的です。再発の可能性が高いと予想される場合は、点滴による抗がん剤治療を行うこともあります。抗がん剤治療は術後再発予防目的の補助療法と、切除不能進行・再発大腸がんに対する治療として行われます。切除不能進行・再発大腸がんでは全身状態が比較的安定し、肝機能や腎機能が保たれている場合に抗がん剤治療の適応となります。全身状態やがんの状況、仕事や生活の状況に応じ、抗がん剤治療に使用する薬剤を選択します。治療薬剤は何種類もありますが、がんの増大や進行が抑えられ、副作用が強くない場合は同じ治療を継続します。副作用が強い場合は治療をいったん中止し、他の薬剤への変更や薬剤の減量を検討します。

肛門に近いがんの手術では人工肛門(ストーマ:下記(注)を参照)の造設が必要となる場合があります。人工肛門は切除した腸管の末端を腹部の皮膚に繋いで作ります。本来の肛門のように便が溜まってきた時点で排出することはできないため、袋を取り付けて便を入れます。膀胱や尿路の切除も必要な時は人工膀胱(ストーマ)を造設し尿を排泄します。

放射線治療は、直腸がんにおいて術前補助療法として内服の抗がん剤と組み合わせて行われます。進行再発例



では、骨盤内転移、骨転移などによる痛みのコントロール目的に放射線治療が行われることもあります。

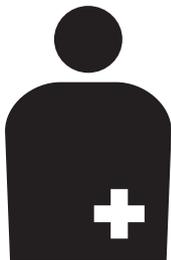
(注)ストーマとは:人工肛門や人工膀胱などの総称です。

※大腸がんステージ分類等は【参考資料】を参照

③両立支援の留意点

大腸がんの手術などの時に人工肛門や人工膀胱を増設した方をオストメイトと言います。また、人工肛門や人工膀胱のことを総じてストーマと呼びます(P.53参照)。職場でも、ストーマ装具や装具交換時に使用する物品を置いておくようにします。ストーマを保有しても大概の仕事は行えますが、過酷な労働や重いものを持ち上げるような作業は、ストーマ部分の脱腸などを発生させることがあります。また、通勤途中に利用できるトイレ(オストメイト対応多目的トイレ)の設置場所を把握しておくことも重要です。

大腸がんでストーマケアが必要な場合はにおいやガス音を気にされることもあります。トイレやドアに近い席への移動、装具交換の可能なトイレの確保などの配慮も必要です。



● オストメイトマーク

オストメイトマークは、人工肛門・人工膀胱(ストーマ)を造設している人=オストメイトのための設備があるトイレの入口などに掲示されるピクトグラム(シンボルマーク)です。



オストメイト対応トイレの主な設備

抗がん剤治療の副作用としては、倦怠感、骨髄抑制、脱毛、貧血、発熱、吐き気、下痢、しびれ、手足などの皮膚障害などがあります。

進行した大腸がんの抗がん剤治療で使用される代表的抗がん剤に、オキサリプラチンとイリノテカンがあります。オキサリプラチンはシスプラチンと同じようにプラチナを含む薬剤(プラチナ製剤)ですが、他のプラチナ製剤と異なり腎障害は稀ですが、嘔気、嘔吐、下痢、手足の痺れなどの末梢神経障害、咽頭や喉頭の締め付け感、骨髄抑制などの副作用があります。イリノテカンは大腸がんだけでなく、様々ながんに応用があります。下痢や腸炎、骨髄抑制などの副作用があります。

抗がん剤の副作用を抑える薬剤の効果もよくなっており、それも抗がん剤治療を外来通院にて行うことが多くなっている理由のひとつです。しかし、副作用が強い場合は無理せず休める体制を確保しておく必要があ

ります。また、通院・加療のための時間単位の休暇が利用できる環境が望まれます。通院加療と就労を両立させるためには、治療スケジュールを職場に伝え考慮してもらう必要があります。しかし、現時点でがんの就労支援の体制が整っている職場は少ないため、患者さんと事業所との連携を促し、事業所の理解を得て勤務状況への配慮などが可能となるような調整が必要です。

また、大腸がんに限ったことではありませんが、がん患者は治療の過程でうつ症状などメンタルヘルスの不調も生じることが多く精神面でのケアも必要になります。

3) 肺がん

①特徴と症状

原発性肺がんは小細胞がん、腺がん、扁平上皮がん、大細胞がんなどの非小細胞がんに分けられます。症状に特異的なものはなく、進行すると咳、痰、血痰、胸痛、呼吸困難などの症状が出てきますが、多くは無症状のうちに検診などで見つかっています。

②治療

小細胞がんと非小細胞がんでは、経過や治療法が大きく異なるため、それらの治療法も分けて扱われています。

非小細胞がんの治療:比較的早期の進行度(ステージⅠ-Ⅱ期)の非小細胞がんに対しては必要な範囲の肺の切除とがんが転移しやすい肺の入口に近いリンパ節(肺門縦隔リンパ節)の郭清を行います。ステージⅠ期では開胸に比べ侵襲の少ない胸腔鏡補助下手術(video-assisted thoracic surgery: VATS)を行うことが増えています。

放射線治療は手術のできないステージⅢ期、または全身状態などの影響で手術をしないⅠ-Ⅱ期の非小細胞がんに行います。放射線治療の副作用としては、肺に炎症が生じ咳などの出る肺臓炎、照射する範囲に含まれる食道に炎症が生じ食事の際に胸部痛などが出る食道炎、照射範囲の皮膚に発赤などが生じる皮膚炎があります。

代表的な抗がん剤治療としては、Ⅰ-ⅡA期の術後補助療法ではテガフル・ウラシル配合剤(UFT)を1-2年間内服します。Ⅱ-ⅢA期の術後補助療法ではシスプラチンとビノレルビン(注)を3-4週ごとに投与を1サイクルとして計4サイクル行います。肺がんの化学療法ではプラチナ製剤が多く使用されます。

Ⅲ期で手術ができない場合は放射線治療と抗がん剤治療を同時に行います。Ⅳ期とⅢB期の一部では抗がん剤治療と緩和治療(注)参照)を行います。従来の抗がん剤に加え、分子標的治療薬、免疫チェックポイント阻害薬が使用されるようになり、良好な長期成績が期待されるようになっています。

小細胞がんの治療:小細胞がんは進行が早く発見された時点で手術適応にならないことが多く、抗がん剤治療、放射線治療を行うこととなります。

(注)緩和治療とは:病気による痛みや苦しみをやわらげる治療

※肺がんステージ分類等は【[参考資料](#)】を参照

③両立支援の留意点

肺がんの抗がん剤治療では従来の抗がん剤の他に、がんが持つ特定の分子(タンパク質や遺伝子)を標的として抗がん作用を発揮する、分子標的薬を使用することが増えてきました。分子標的薬の副作用はその標的となる分子により異なります。下痢や皮膚の発疹、皮膚障害、発熱、嘔気、高血圧、血栓症などがあります。稀です

が、間質性肺炎、心毒性、消化管穿孔など重篤なものもあります。

早期の肺がんや胸腔鏡補助手術後の場合は、ほぼ元通りの就労が可能と思われます。術後の抗がん剤治療では治療期間が長くなることもあります。肺がんは5年以内の再発率が34%と高く、抗がん剤治療が効かなくなると次の薬剤に切り替えて治療します。近年は新しい治療薬が出現し、治療効果が期待されています。実際、転移のある場合でも通院または入院治療と仕事を続けている方は大勢います。しかし、再発時は本人もご家族もより現実的な不安に襲われます。がんと診断されたときには両立支援の介入をしていなかった方に対しても、再発時やフォローアップ時に両立支援コーディネーターの存在を知らせることは重要です。

4) 乳がん

①特徴と症状

乳腺は母乳をつくる「小葉」と母乳を乳頭へ送る「乳管」からなり、乳がんの約95%は乳管に生じます。がん細胞が乳管や小葉内に限局している非浸潤がんと、周囲組織までがん細胞が広がっている浸潤がんに分けられます。

②治療

治療法は、がんの大きさ、悪性度、リンパ節転移の有無、がんが持つ特定の物質(ホルモン受容体やHER2受容体)の量などにより異なってきますが、早期(ステージⅠ、Ⅱ)の浸潤性乳管がんに対しては、腫瘍径などの条件により乳房温存手術が勧められます。腫瘍径が大きく乳房温存手術の適応とならない場合でも、術前薬物療法により腫瘍の縮小が得られれば、乳房温存手術が可能となります。温存手術が困難な場合は乳房切除術を行います。

これら外科手術後、再発予防目的に放射線療法、続いて薬物療法(ホルモン療法)を行うのが一般的です。放射線量法の1回の照射時間は10分程度で通院でも行えます。薬物療法として抗がん剤治療を行う症例もあります。

手術後は手術した乳房側の腕が動かしにくいことがあるため、リハビリで対応します。腋のリンパ節切除などにより手がむくむ(リンパ浮腫)場合は、サポーターやマッサージなどで対応します。乳房切除では胸の形が変わり精神的ダメージも受けるため、下着の工夫(補整具の使用など)や、乳房再建手術などを受けることになります。

薬物療法には、ホルモン療法、抗HER2療法、および従来の抗がん剤による治療があります。乳がんホルモン受容体が多くあればホルモン療法、HER2の遺伝子や蛋白が多くあればHER2を標的とした分子標的薬の効果が期待できます。分子標的薬は比較的新しい種類の抗がん剤です。このいずれも効果が期待できない乳がんの場合には従来の抗がん剤治療を行います。

※乳がんステージ分類等は【参考資料】を参照

③両立支援の留意点

乳房切除後の補整具、抗がん剤治療による脱毛に対するウィッグ(医療用かつら)を使用しているときには、更衣などにも配慮が必要です。

放射線治療は、外来通院にて平日毎日、1か月ほど行います。治療開始後しばらくしてから、倦怠感、皮膚のぴりぴり感や発赤などが出現することがあります。放射線照射による副作用・合併症としては、急性期に放射線皮膚炎が生じることがありますが、重症となることは稀です。

ホルモン療法では女性ホルモンであるエストロゲンを減少させるため、治療開始後しばらくしてから更年期症状のホットフラッシュと呼ばれる体温調節障害(ほてりや発汗、顔面紅潮)、動悸、不安感などが生じることがあります。ホットフラッシュは治療開始後約半数の方に生じますが、次第に軽減していきます。

手術、放射線治療後に容態も安定し治療前と同様の生活を送り職場復帰される方も多く見られますが、ホルモン療法などの薬物療法の期間も長くなるため仕事を続けるためには両立支援が重要となります。治療を優先させた治療スケジュールと勤務日の調整、職場の上司や同僚(特に男性)へ病状や治療スケジュールを説明し理解を得ることは本人だけでは難しい場合があります。薬物療法中は、ホルモン療法によるホットフラッシュ、抗がん剤による倦怠感、抑うつ状態やイライラ感など体調もメンタルも不安定になりやすい時期です。また、再発や転移がわかったときは、がんが見つかった時より現実的な恐怖感に襲われます。局所再発や転移後もそれまでどおりの生活や就労を希望される方は多くいらっしゃいます。両立支援コーディネーターには、本人の疲労度、体の制限、治療予定、また就業状況などの情報を主治医と事業所の担当者が共有することを促し、配慮事項を確認、調整することが期待されています。

もともと仕事や育児、介護で生活に余裕のない状況でがんが見つかったと、どうすればよいか、誰に頼ればよいかわからなくなります。職場で仕事を代わりにしてくれる人がおらず、周囲の人に負担がかかると思い、自分から休みを取ることを言いづらい状況もあります。薬物療法、特にホルモン剤による治療は長期になりますが、定期的に通院し副作用に対処すれば予後も良好なことが多い疾患です。診断がつき次第、両立支援コーディネーターにも情報が入り、職場との調整にもかかわれるような院内の体制づくりも重要です。病気の治療を優先させたいのに仕事のことも考えないといけない、仕事は辞めて家族との時間を大事にしたいなど、考え方は人それぞれです。患者さんにとって両立支援を勧められること自体が負担にならないよう、個人個人に合わせ対応を変えることが重要です。

5) 肝臓がん

①特徴と症状

肝臓がんは、肝臓から発生する原発性肝臓がん、他の臓器のがんが転移することでできる転移性肝臓がんに分類されます。

原発性肝臓がんには肝細胞がんと肝内胆管がんがあり、原発性肝臓がんの90%以上が肝細胞がんです。肝内胆管がんは原発性肝臓がんの5%以下で、肝臓から十二指腸へ胆汁を流出させる胆管から生じます。

肝細胞がんはB型肝炎ウイルスやC型肝炎ウイルス感染などによる肝炎から肝硬変となり、がんに進行することが多く、特にC型肝炎が肝細胞がんの原因の約7割を占めています。肝臓がん治療後も、肝炎や肝硬変といったがん発生の素地があるため、再発率の高いがんといえます。

肝臓がんは進行するまで無症状で経過します。進行すると倦怠感、黄疸、腹痛、吐血、下血等の症状が出ます。肝臓は「沈黙の臓器」と呼ばれ、がんも無症状で進行することが多いため、早期発見のためには肝炎ウイルス陽性者に対するスクリーニングが重要です。B型慢性肝炎、C型慢性肝炎、肝硬変が肝細胞がん発生の高危険群となります。

②治療

肝細胞がん: 上述のように、原発性肝臓がんには肝細胞がんと肝内胆管がんがありますが、ここでは原発性肝臓がんの90%以上を占める肝細胞がんの治療について説明します。肝細胞がんのほとんどは肝炎や肝硬変にかかっている患者さんに発症します。肝炎や肝硬変は肝障害を生じさせます。肝細胞がんの治療に関して

は、肝炎や肝硬変による肝障害の程度によって外科手術で切除可能な肝臓の大きさが決まるため、肝障害の程度なども評価し治療法を決めていきます。

治療は、肝細胞がんが3cm以下で3個以内なら外科的肝切除、またはラジオ波焼却療法を行います。ラジオ波焼却療法はエコーガイド下にごんの中に針を刺し、ラジオ波でがんを焼却する治療法です。

肝細胞がんが3cmを超える時は肝切除を行います。近年では腹腔鏡手術による肝切除も増加しています。

肝細胞がんが4個以上と多発しているときは肝切除後の予後も良くないため、肝動注化学塞栓療法や分子標的薬による治療が行われます。肝動注化学塞栓療法は、がんを栄養する肝動脈に、抗がん剤とリピオドール（抗がん剤の効果を高めたり、後述の肝動脈を塞栓する物質の効果を高める性質がある薬）の混合液を注入後、ゼラチンスポンジなどの塞栓物質を注入して肝動脈を閉塞させる治療法です。抗がん剤のがん細胞に対する作用と、肝動脈を閉塞させて肝臓がんへの栄養供給を低下させることにより、肝臓がんの縮小や増大阻止をはかる治療法です。

肝細胞がんの治療に使用される分子標的薬としては、ソラフェニブが代表的な薬です。ソラフェニブには、手のひらや足の裏に腫れ、発赤、痛み、水疱などを生じる手足症候群という代表的な副作用の他に、発疹、下痢、脱毛、食欲不振、掻痒、高血圧などの副作用があります。肝硬変などのため赤血球、白血球、血小板が減少（汎血球減少）していることが多いため、抗がん剤使用時には血液毒性にも注意が必要です。

転移性肝臓がん:肝臓は血流が豊富な臓器のため他臓器のがんが血行性転移を起こしやすい臓器です。肝臓に転移しているがんの治療は手術適応になることは稀で、多くの場合、原発巣に対する抗がん剤治療や緩和治療（55ページ（注）参照）が、同時に転移性肝臓がんの治療にもなります。しかし、大腸がんの肝臓への転移では転移巣をすべて切除できるのであれば手術も考慮され、中には完治する方もいらっしゃいます。

※肝がんステージ分類等は【参考資料】を参照

③両立支援の留意点

再発がなく肝臓の機能が保たれていれば、治療を優先させた復職スケジュールを作成します。肝細胞がんは再発しやすく、治療後5年以内に7-8割が再発します。肝機能が悪く倦怠感が続いている場合は就労の継続が難しくなります。実際、治療と仕事の両立支援の対象となる方もほかのがんに比べると少なくなっています。最初は半日勤務などで慣らしていき体力に合わせた就労にします。通勤による疲労も大きいので、通勤時間を変え、勤務時間自体を変えることも検討します。

【参考資料】

1) 胃がん

図1 がんの進展様式

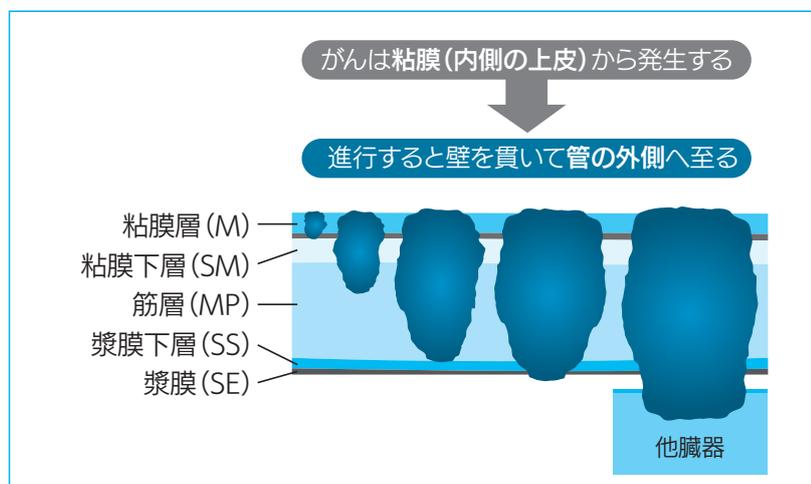


表 進行度分類(Stage)

臨床分類(cTNM、cStage:画像診断、審査腹腔鏡または開腹所見による総合診断)

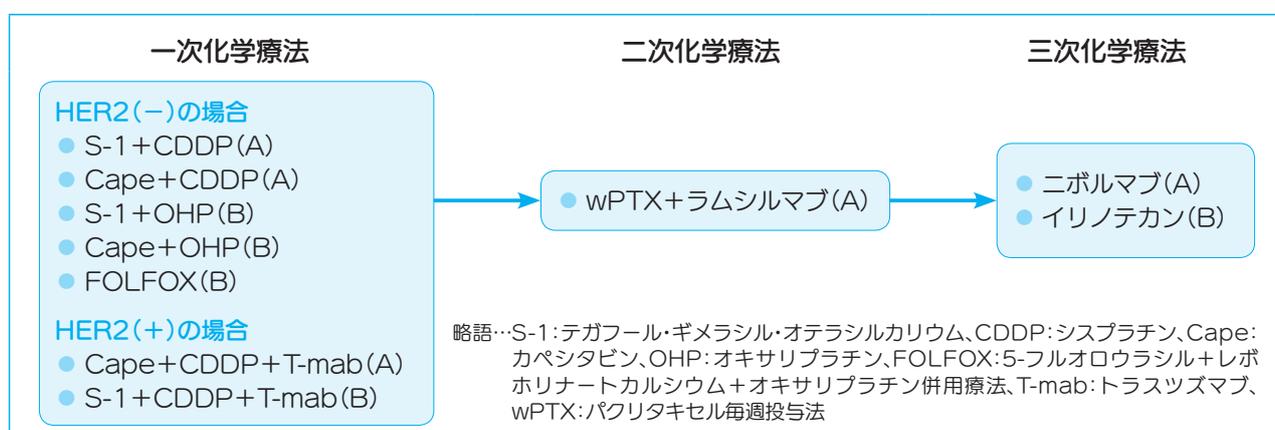
	MO		M1
	NO	N(+)	Any N
T1(M,SM)/T2(MP)	I	IIA	IVB
T3(SS)/T4a(SE)	II B	III	
T4b(SI)	IVA		

病理分類(pTNM、pStage:胃切除後の病理所見による診断)

	MO					M1
	NO	N1	N2	N3a	N3b	Any N
T1a(M)、T1b(SM)	IA	IB	IIA	II B	III B	IV
T2(MP)	IB	IIA	II B	III A	III B	
T3(SS)	IIA	II B	III A	II B	III C	
T4a(SE)	II B	III A	III A	III B	III C	
T4b(SI)	III A	III B	III B	III C	III C	

資料:「胃がん治療ガイドライン 医師用」(2018年第5版、金原出版)より

図2 化学療法レジメン



注:このアルゴリズムは、それぞれのエビデンスとなった臨床試験の適格規準を満たすような良好な全身状態の患者を想定して、「推奨される」レジメンに限定して記載した。レジメンの後の()内はエビデンスレベルを示す。

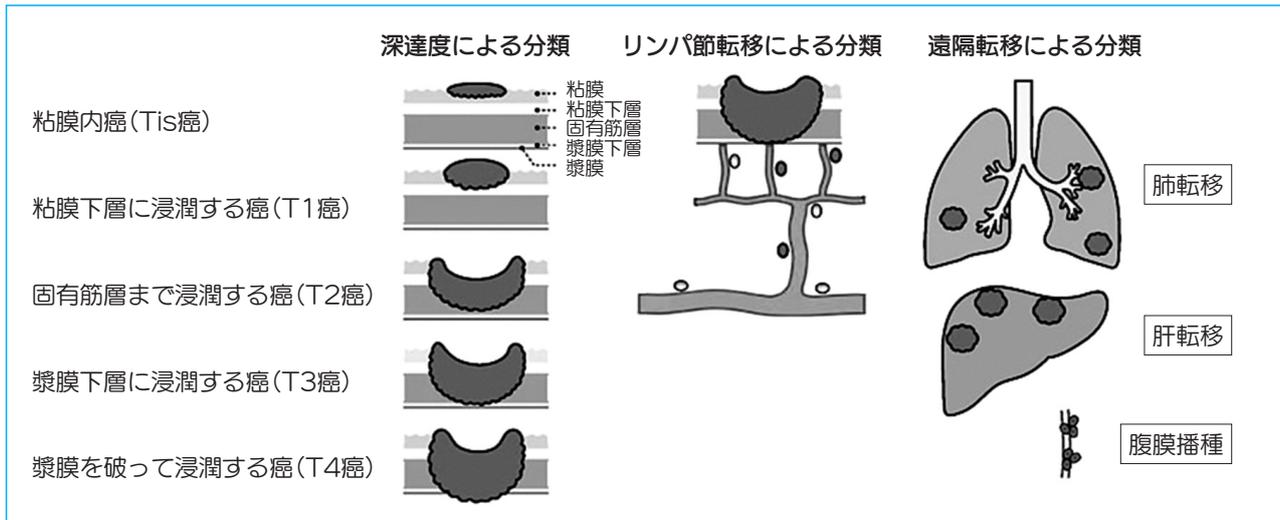
資料:「胃がん治療ガイドライン 医師用」(2018年第5版、金原出版)より

2)大腸がん

表1 大腸がんの期(ステージ)分類

0	がんが粘膜内にとどまっている(Tis癌)
I	がんが大腸の壁(固有筋層)にとどまっている
II	がんが大腸の壁(固有筋層)の外まで浸潤している
III	リンパ節転移
IV	遠隔転移(血行性転移、腹膜播種)

図 大腸がんのステージ分類



資料:大腸癌研究会「患者さんのための大腸癌治療ガイドライン」(2014年版、金原出版)より

表2 術後補助化学療法

カペシタピン(内服)
UFT(内服)+ロイコボリン錠
5-FU+ロイコボリン(注射、持続静脈内投与)
5-FU+ロイコボリン+オキサリプラチン(持続静脈内投与)
カペシタピン(内服)+オキサリプラチン(持続静脈内投与)

3)肺がん

TNM臨床病期分類

8版、2017年		N0	N1	N2	N3	M1a	M1b 単発 遠隔転移	M1c 多発 遠隔転移
T1	T1a(≤1cm)	IA1	IB	IIA	IIB	IVA	IVA	IVB
	T1b(1-2cm)	IA2	IB	IIA	IIB	IVA	IVA	IVB
	T1c(2-3cm)	IA3	IB	IIA	IIB	IVA	IVA	IVB
T2	T2a(3-4cm)	IB	IB	IIA	IIB	IVA	IVA	IVB
	T2b(4-5cm)	IIA	IB	IIA	IIB	IVA	IVA	IVB
T3	T3(5-7cm)	IB	IIIA	IIIB	IIIC	IVA	IVA	IVB
T4	T4(>7cm)	IIIA	IIIA	IIIB	IIIC	IVA	IVA	IVB

資料:日本肺癌学会ホームページ <https://www.haigan.gr.jp/guideline/2019/1/0/19010000000.html> 及び「臨床・病理 肺癌取扱い規約」(第8版、金原出版)より

TNM分類 (8版, 2017年)

T—原発腫瘍

TX: 原発腫瘍の存在が判定できない、あるいは喀痰または気管支洗浄液細胞診でのみ陽性で画像診断や気管支鏡では観察できない

T0: 原発腫瘍を認めない

Tis: 上皮内癌 (carcinoma in situ) : 肺野型の場合は、充実成分径0cmかつ病変全体径 \leq 3cm

T1: 腫瘍の充実成分径 \leq 3cm、肺または臓側胸膜に覆われている、葉気管支より中枢への浸潤が気管支鏡上認められない (すなわち主気管支に及んでいない)

T1mi: 微小浸潤性腺癌: 部分充実型を示し、充実成分径 \leq 0.5cmかつ病変全体径 \leq 3cm

T1a: 充実成分径 \leq 1cmでかつTis・T1miには相当しない

T1b: 充実成分径 $>$ 1cmでかつ \leq 2cm

T1c: 充実成分径 $>$ 2cmでかつ \leq 3cm

T2: 充実成分径 $>$ 3cmでかつ \leq 5cm、または充実成分径 \leq 3cmでも以下のいずれかであるもの

・主気管支に及ぶが気管分岐部には及ばない

・臓側胸膜に浸潤

・肺門まで連続する部分的または一側全体の無気肺か閉塞性肺炎がある

T2a: 充実成分径 $>$ 3cmでかつ \leq 4cm

T2b: 充実成分径 $>$ 4cmでかつ \leq 5cm

T3: 充実成分径 $>$ 5cmでかつ \leq 7cm、または充実成分径 \leq 5cmでも以下のいずれかであるもの

・壁側胸膜、胸壁 (superior sulcus tumorを含む)、横隔神経、心膜のいずれかに直接浸潤

・同一葉内の不連続な副腫瘍結節

T4: 充実成分径 $>$ 7cm、または大きさを問わず横隔膜、縦隔、心臓、大血管、気管、反回神経、食道、椎体、気管分岐部への浸潤、あるいは同側の異なる肺葉内の副腫瘍結節

N—所属リンパ節

NX: 所属リンパ節評価不能

N0: 所属リンパ節転移なし

N1: 同側の気管支周囲かつ/または同側肺門、肺内リンパ節への転移で原発腫瘍の直接浸潤を含める

N2: 同側縦隔かつ/または気管分岐下リンパ節への転移

N3: 対側縦隔、対側肺門、同側あるいは対側の前斜角筋、鎖骨上窩リンパ節への転移

M—遠隔転移

M0: 遠隔転移なし

M1: 遠隔転移がある

M1a: 対側肺内の副腫瘍結節、胸膜または心膜の結節、悪性胸水 (同側・対側)、悪性心嚢水

M1b: 肺以外の一臓器への単発遠隔転移がある

M1c: 肺以外の一臓器または多臓器への多発遠隔転移がある

資料: 日本肺癌学会ホームページ <https://www.haigan.gr.jp/guideline/2019/1/0/190100000000.html>
及び「臨床・病理 肺癌取扱い規約」(第8版、金原出版)より

4) 乳がん

乳がんの病期(ステージ)分類

病 期	しこりの大きさや転移の状況
0 期	非浸潤がん
I 期	しこりの大きさが2cm以下でリンパ節転移なし
II A 期	しこりの大きさが2cmを超えるが5cm以下でリンパ節転移なし しこりの大きさが2cm以下で同側腋窩リンパ節レベルI、II転移あり
II B 期	しこりの大きさが5cmを超えて、リンパ節転移なし しこりの大きさが2cmを超えるが5cm以下で、同側腋窩リンパ節レベルI、II転移あり
III A 期	しこりの大きさが5cmを超えて、同側腋窩リンパ節レベルI、II転移あり、または内胸リンパ節に転移あり しこりの大きさが5cm以下で、同側腋窩リンパ節レベルI、IIが周囲組織に固定されている、または内胸リンパ節に転移あり
III B 期	しこりの大きさは問わず、しこりが胸壁に固定されていたり、皮膚に浮腫や潰瘍、衛星皮膚結節を形成しているもの(炎症性乳がんを含む)で、リンパ節転移なし、または同側腋窩リンパ節レベルI、II転移あり、または内胸リンパ節に転移あり
III C 期	しこりの大きさは問わず、同側腋窩リンパ節レベルIIIあるいは鎖骨上のリンパ節転移あり、または、内胸リンパ節と同側腋窩リンパ節レベルI、II両方に転移あり
IV 期	しこりの大きさやリンパ節転移の状況にかかわらず、他の臓器への転移あり

資料: 日本乳癌学会「患者さんのための乳がん診療ガイドライン」(2019年版 第6版、金原出版)より

2

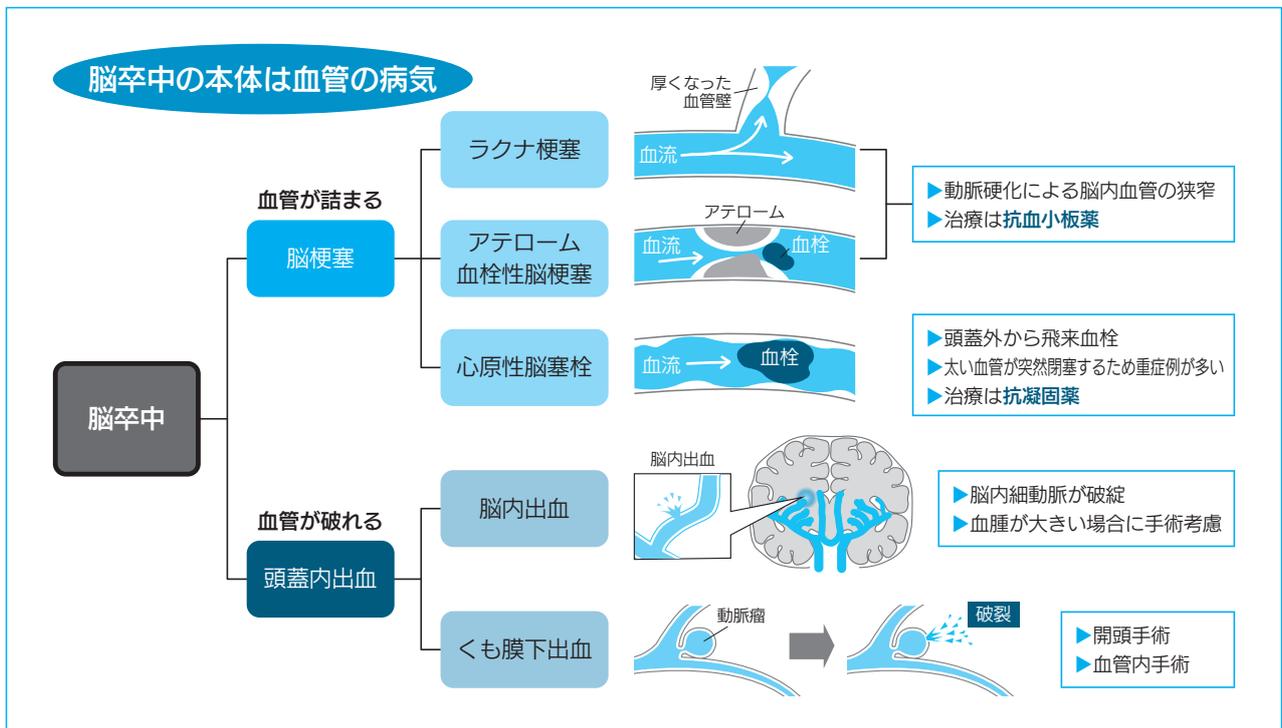
脳卒中分野

1 疾患の概要

①病 理

脳卒中とは「脳に突然(卒)あたる(中)」という意味で、脳血管疾患ともいわれます。その病型は、大きく分けて脳血管が詰まる「脳梗塞」、脳内に分布する細い血管が破綻して出血する「脳出血」、脳の表面を走る比較的大い血管のコブ(脳動脈瘤)が裂けて起こる「くも膜下出血」の3つに分かれます。脳梗塞はさらに、脳の深部の細い血管が詰まるラクナ梗塞、比較的大い脳血管が動脈硬化で狭小化して、そこに血栓ができて詰まってしまうアテローム血栓性脳梗塞、心臓や大血管にできた血塊が剥がれ飛んで脳血管に詰まってしまう脳塞栓の3つに分けられます。これだけ細かく分類されているのは後述する治療方法や薬が異なるからです。

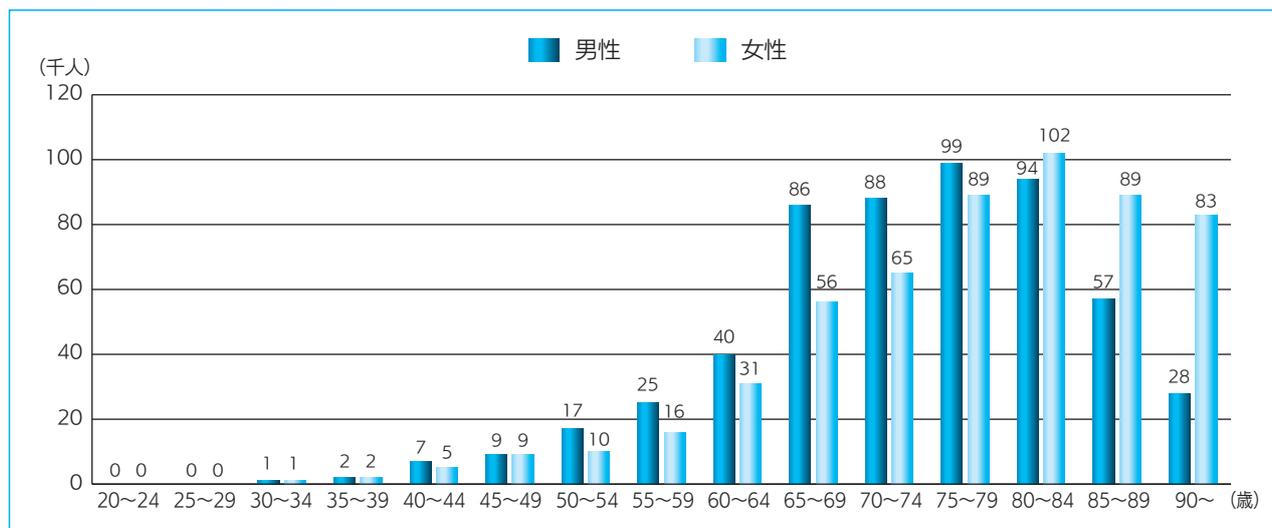
図1



②疫 学

脳卒中(脳血管疾患)は昔に比べて死因の順位は下がっていますが、患者数はまだまだ多く日本人にとって重要な問題であることに変わりはありません。厚生労働省「平成29年患者調査」によると111.5万人(男性55.6万人、女性55.8万人)と推計され、このうちの約15.7%(男性10.1万人、女性7.4万人)が就労世代(15~64歳)に相当します。基本的に動脈硬化が進行する50歳代以降に急増する疾患であり、今後就労年齢の引上げに伴い、両立支援の対象者が増加することが予想されます。

図2 性別・年齢階級別 脳血管疾患患者数(推計)

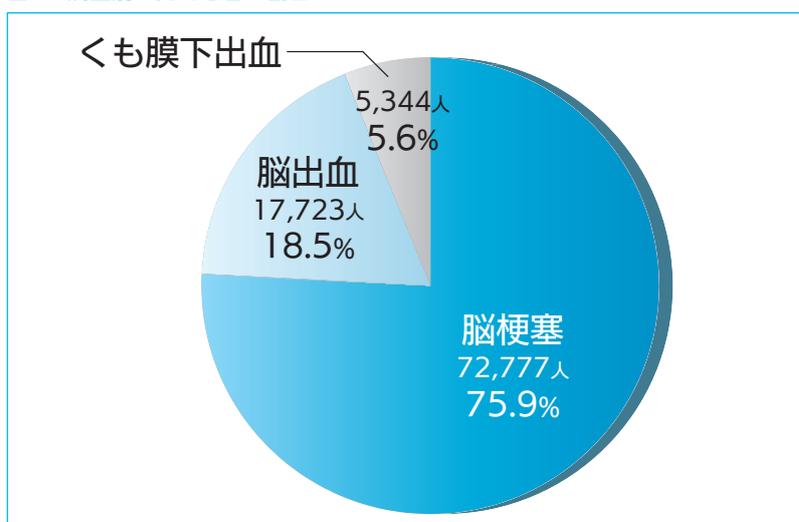


出典:厚生労働省HP 平成29年度患者調査(傷病分類編)

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/10syoubyo/>

脳卒中データバンクによると、病型別に見た患者割合は脳梗塞が最も多く76%を占め、次いで脳出血18%、くも膜下出血6%という頻度です。

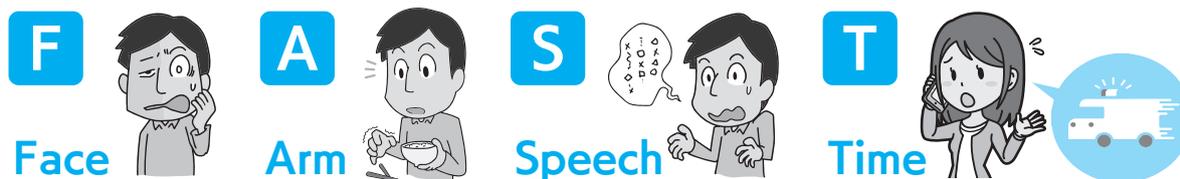
図3 病型別に見た患者の割合



出典:荒木信夫, 小林祥泰: 病型別・年代別頻度. 脳卒中データバンク2015 (小林祥泰 編), pp18-19, 中山書店, 2015より転載

③ 症状

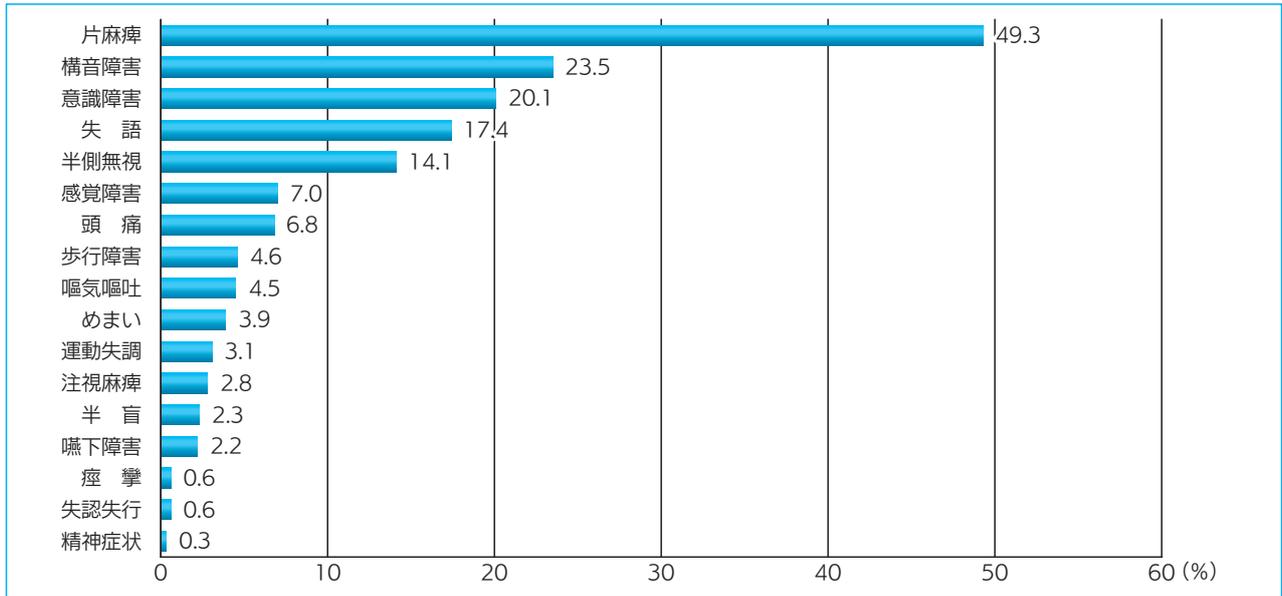
脳卒中の症状として典型的なものは、突然に起こる以下の3症状です。
①片方の手足・顔半分の麻痺や痺れが起こる、②呂律が回らない、言葉が出ない、他人の言ったことが理解できない、③片方の目が見えない、ものが二重に見える、視野の半分が欠ける。



「FAST」 Face 顔面麻痺、Arm 手足の麻痺、Speech 言語障害が出現したら Time 時を待たずに受診するということが啓発されている

これに加えて脳卒中を考えるべき症状として、④力はあるのに歩けない、ふらふらする、⑤今までにない激しい頭痛、⑥意識障害などがあります。再発の場合も同様なので、このような症状を見たらすぐに病院を受診すべきで、救急車の利用もためらうべきではありません。

図4 脳卒中中の神経症状発症頻度

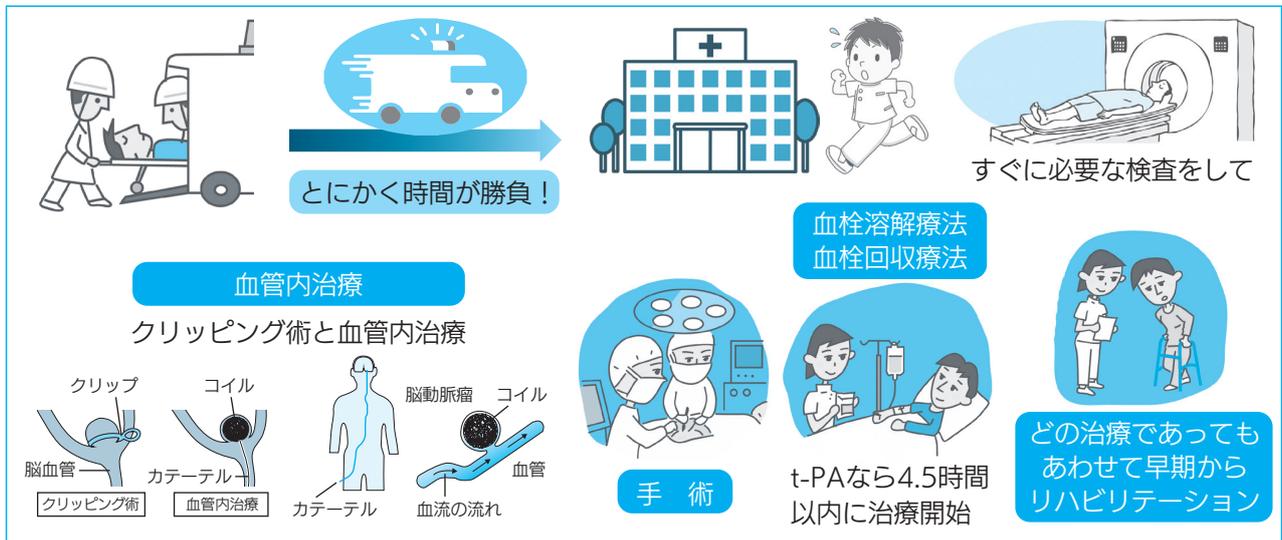


出典:高松和弘, 福嶋朋子:脳卒中の病型別にみた初発症状の頻度. 脳卒中データベース2015(小林祥泰 編), pp 26-27, 中山書店, 2015より転載

2 代表的な治療と経過

脳卒中は専門の救急病院に搬送されて治療を受けることがほとんどです。特に脳梗塞では発症から4.5時間以内であればt-PA静注療法という点滴で血栓溶解薬を投与する治療や6時間以内であれば血管内にカテーテルを入れて血栓を回収してくる血管内治療の適応がある場合もあり、まさに時間との戦いです。脳出血で脳内に出血した血液の塊が大きい場合、周囲の脳組織が圧迫されて壊死することを防ぐために手術で血腫を取り除く場合があります。くも膜下出血では原因となった破裂脳動脈瘤を手術で直接的にクリップする方法や血管内からカテーテルで動脈瘤内に特殊な金属コイルを詰める方法などで治療される場合が多くあります。いずれの病型でも治療でもなるべく早い時期からリハビリテーションを併せて行うことが推奨されており、状態が落ちつくに従って活動量も増やしていきます。

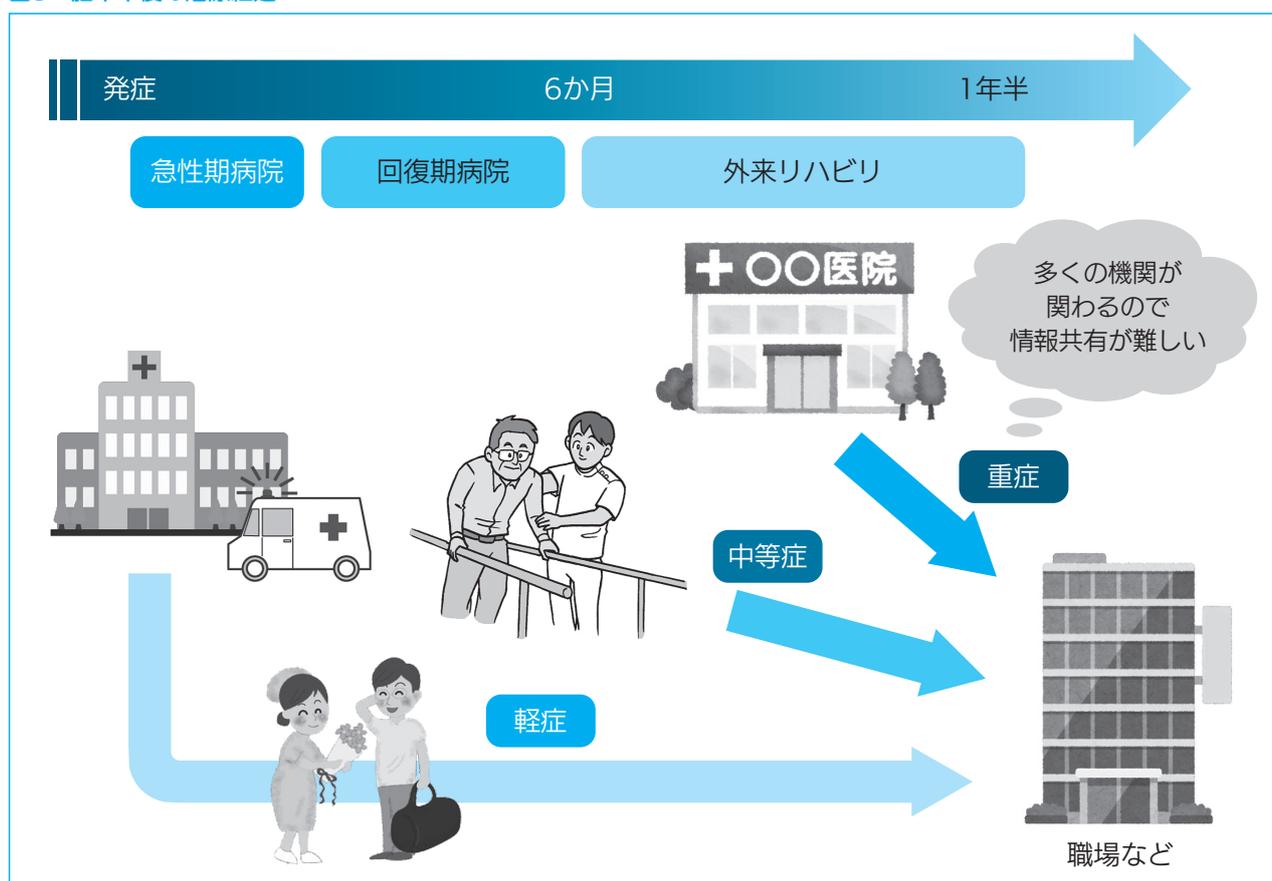
脳卒中の治療



入院治療期間は重症度によって異なりますが、ここで脳卒中特有の診療体制があるので理解しておく必要があります。軽症の場合は急性期治療を終えて直接自宅退院する場合がありますが、多くは専門的なりハビリテーション治療のため回復期リハビリテーション病院へ転院します。そしてこの転院には期間が定められており、2020年度の診療報酬改定で発症から入院までの期間条件は無くなりましたが、回復期リハビリテーション病院からは6か月までに退院しなければなりません。入院治療期間が6か月までとされている根拠として、脳卒中後の運動麻痺などの回復が6か月を過ぎるとほぼ一定となるというデータがあります。しかし、言語機能などの高次脳機能については1～2年は訓練効果が認められるという報告もあり、継続的なりハビリテーションが必要な患者にとっては制度上の支障となっています。

いずれにせよ回復期退院後も医療リハビリテーションを受け続けるためには制限があり、重症者にとっては十分なりハビリテーションを受けることが難しいため、介護保険を利用するなどの工夫が必要となります。さらに、急性期・回復期・生活期という各時期を担う医療機関が同一地域にないところも多く、リハビリテーション資源が不十分な地域も多いのが実情です。また、転院することで主治医や医療スタッフも複数の医療機関が関与することとなり、情報共有の困難さも生じます。

図5 脳卒中後の治療経過

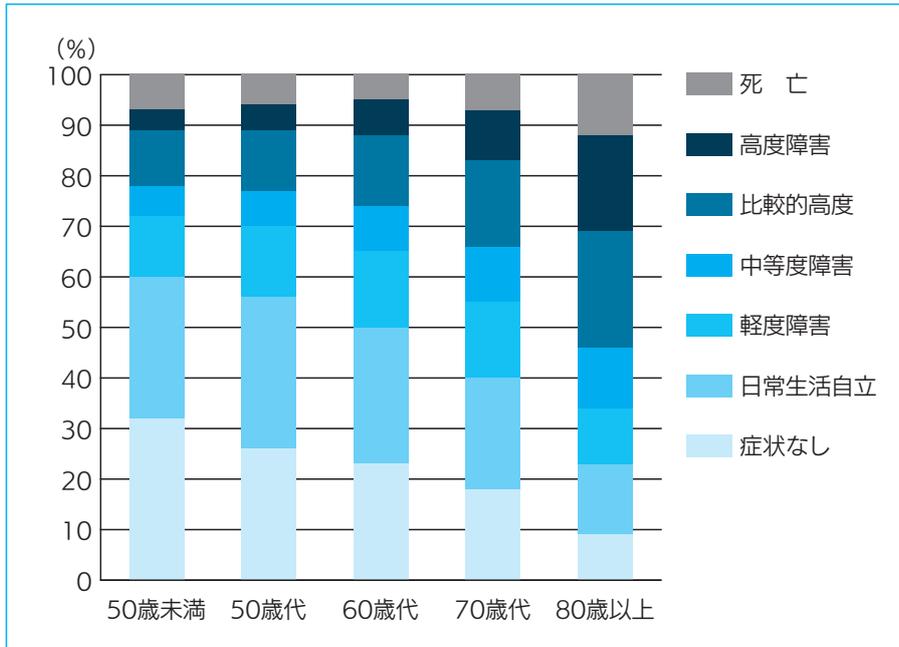


脳卒中後の薬物治療は再発予防のためにその基礎疾患である、高血圧・不整脈・糖尿病・脂質異常症等のコントロールが基本となります。脳出血やくも膜下出血ではこれら以外に特異的な再発予防薬はありませんが、脳梗塞ではこういった基礎治療薬以外に病型によって異なる予防薬があります。ラクナ梗塞やアテローム血栓性梗塞などの血管壁に血小板が凝集することによってできる血栓が脳梗塞の原因となるタイプでは抗血小板凝集薬が必要となり、心房細動による心臓内血栓等が原因となるタイプでは血液を固まりにくくする抗凝固薬が必要となります。これらの薬はずっと飲み続けることが一般的です。状態が安定すれば長期投与も可能で

すので、通院も1～3か月に一度といった頻度で済むことも多くなります。また、いずれの病型であっても病巣の場所や大きさによってはてんかん発作の原因となることがあり、抗けいれん薬が必要な場合も少なからずあります。

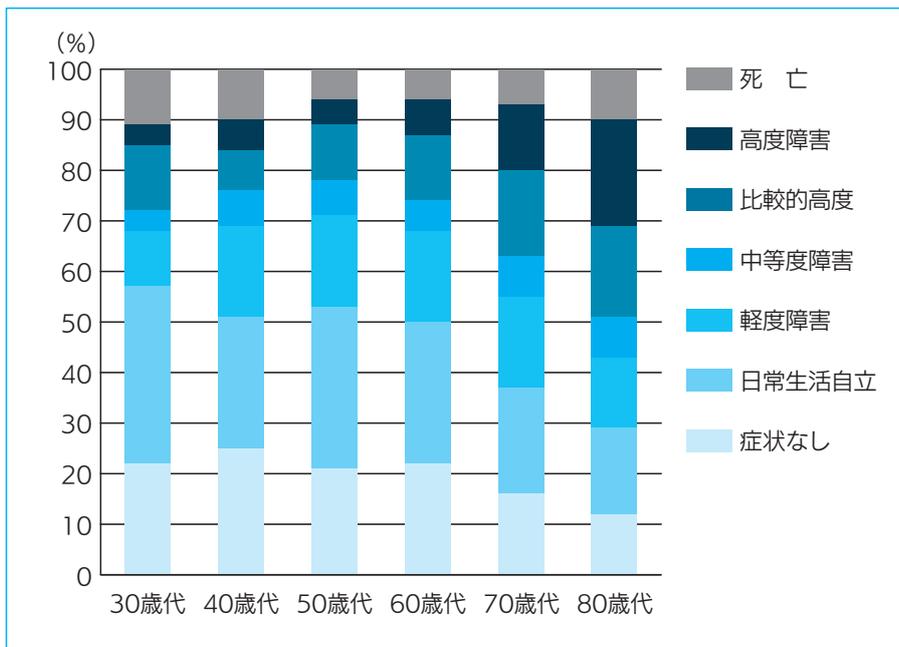
- 【参考文献】 吉村紳一：脳卒中をやっつけろ！：三輪書店，2018
 中山博文：脳卒中になったその日から開く本。保健同人社，2009

図6 脳卒中の退院時mRS



予後については、脳卒中と
 いうと一般には麻痺や言語
 障害などの重度障害が残る
 というイメージが強いです
 が、就労年齢における予後は
 比較的良好であり、脳卒中
 データバンクのデータから
 再構成した脳卒中全体の予
 後をみますと、退院時に既に
 50%以上が日常生活自立レ
 ベル、70%近くが日常生活
 上でほぼ介助を要しない状
 態まで回復しています。

図7 発症前自立群の3か月後mRS



私たちのくも膜下出血を
 除く急性発症した脳卒中前
 向き研究の結果では、発症
 から3か月目の時点では約
 70%が自宅生活しており、
 約50%が就労可能な状態に
 まで回復していました。

出典：加藤裕司，棚橋紀夫：加齢医学の面からみた脳卒中。脳卒中データバンク2015(小林祥泰 編)，pp32-33，
 中山書店，2015／豊田章宏：労災病院の取組み：特集 中途障害者への就労支援。地域リハ13：580-585，2018の
 データより作成

3 両立支援に必要な留意点

①障害に対する理解

脳卒中の最大の特徴は、脳出血や脳梗塞などの「病気」としては落ち着き体調が良くなっても、運動麻痺や感覚障害、認知機能の低下といった「障害」が残る場合があるということです。脳の損傷部位に応じて様々な機能障害が生じますが、前述したように最初の6か月までは目に見えて回復してきます。結果的に後遺したものが「障害」です。その障害の種類や程度によって日常生活や仕事上の動作や活動量に制限が生じ、これがハンディキャップとなります。しかし、そこに作業内容や手順の工夫、周囲の人々のサポートや環境改善によって社会参加が可能となる場合も多く、能力に応じた柔軟な働き方を考えることが重要となります（合理的配慮）。このように、脳卒中の両立支援はまさに多様な働き方、ダイバシティ・マネジメントの考え方であり、障害者雇用にも応用されるものです。

脳卒中後の障害については、「目に見える障害」と「目に見えない障害」があることにも注意が必要です。大きく分けて以下の3つのパターンが考えられます。①手足の運動麻痺のように本人も周囲も一見してわかる障害、②感覚障害のように本人は自覚しているが周囲にはわかりにくい障害、③認知障害のように周囲が何となく気付いているが理解し難く、かつ本人の自覚が乏しい障害（高次脳機能障害）です。周囲が一見して気付きにくい②③のような障害は見落とさないように注意が必要です。特に高次脳機能障害の症状は様々で周囲も理解しにくい場合があるので、本人や医療機関からの情報を収集し、個人情報に十分留意しながら職場で共有することが望めます。

また、障害の程度によっては、肢体不自由の場合は身体障害者手帳、高次脳機能障害の場合は精神障害者保健福祉手帳の対象となる場合があり、検討しておくべきでしょう。

②医療機関での情報共有

病状と障害とを把握するためには、主治医や病棟看護師およびリハビリテーションスタッフなどの多職種と連携して情報収集を行い、本人からの情報と合わせて整理しておく必要があります。ここで問題となるのは、前述したように脳卒中診療体制では急性期・回復期・生活期と複数の医療機関が関与するという事です。両立支援コーディネーターはどの時点から関わったとしても、その流れを把握しておくことが望ましいでしょう。治療内容やリハビリテーション内容、予後の見通し、補装具のこと等、支援する上でも復職診断書等でも必要です。急性期から支援を開始した場合には、治療計画はもちろん職業情報や患者の希望や不安などを回復期のソーシャルワーカーに申し送り、入院中の情報共有を依頼しておくことも必要です。特に医療費関連などの社会資源の活用は急性期から始まっているからです。

平成30年12月にいわゆる脳卒中・循環器病対策基本法が成立したことを受けて、令和2年10月には循環器病対策推進基本計画が発表されました。その中の個別施策の一つに「治療と仕事の両立支援・就労支援」が取り上げられています。

【参考文献】 豊田章宏、齊藤陽子：特集：復職支援の最前線、脳卒中後の治療と職業生活の両立支援：急性期から就労へと繋ぐ「復職コーディネーター」の意義と役割。職業リハビリテーション 30(2), 12-20, 2017

大塚文、豊田章宏：就労と社会参加 若年性脳卒中患者のリハビリテーション。総合リハビリテーション 43. 1123-1128, 2015

循環器病対策推進基本計画: 000688359.pdf (mhlw.go.jp)

③安全な通勤のための配慮

他疾患と同様に安全な通勤への配慮は基本であり重要です。特に杖や車椅子を使用している場合、ラッシュ

時の通勤は非常に困難を伴います。出退勤時間をずらすことや、公共交通機関を利用しての通勤が実際に可能かどうかのチェック、エレベーター使用も考慮した通勤経路の見直しなどの支援も必要です。特に都市部以外では自動車運転が必要な場合も多く、その際の運転再開手順も必要な支援の一つとなります。この場合、診断書や適性検査が必要ですが、安心のために自動車学校と連携して実車訓練を行うこともあります。特にてんかん発作があった場合には、発作がない期間が2年間必要となるので注意を要します。

【参考文献】 加藤徳明, 二宮正樹, 佐伯 寛:脳卒中後遺症と車の運転. マスター脳卒中学(田川皓一, 橋本洋一郎, 稲富雄一郎 編):pp553-558, 西村書店, 2019

住吉千尋, 佐藤さとみ, 他:脳卒中患者の運転再開の手続きについて — 公共交通機関発達状況による比較—. 日職災医誌66:99-104, 2018

④職場での配慮

職場における環境整備、作業内容の見直し、業務量の調整などは耐久性や適応能力を確認しながら行っていくという点で各疾患共通と思われませんが、脳卒中で特異的な点をいくつか挙げておきます。ふらつきがある場合は高所作業や移動しながらの作業などでは転落・転倒などの危険性が伴います。感覚障害があると障害側のけがや熱傷はもちろん、長時間の温風を浴びるなどの状況下で低温火傷も起こし得ます。高次脳機能障害では見落としや手順を忘れるなどのトラブルが起こり得ます。適切な配慮を行うためには、患者の機能評価と職場状況の把握が鍵となりますので、職業情報収集票(様式1、P.69)と復職判断を行う時期での機能評価票(様式2、P.71)の精度を高めておくことが重要です。両立支援コーディネーターは患者本人とのやり取りだけでなく、是非ともリハビリテーション専門職との連携を深めていただきたいと思います。

また、これらのサポートを職場の誰かに任せるとその人の業務が過度となる場合が多いため、支援する側にも配慮が必要であることを職場に理解してもらうことが重要です。もちろん個人情報に関わることなので、本人ともよく話し合った上で可能な範囲で職場内の情報共有ができることが望ましいでしょう。

【参考文献】 豊田章宏, 深川明世, 廣瀬陽子ほか:平成22年度厚生労働省委託事業「治療と職業生活の両立等の支援手法の開発一式(脳・心疾患)」の中間報告. 日職災医誌59: 169-178, 2011. (様式1および様式2は論文の中の廣瀬陽子作成票を改編)

⑤配慮するうえでの注意

復職した際に想像していたように動けない場合もあり、不安や落ち込みに気付けるようにする必要があります。また、何とか対応しようとして頑張り過ぎ、麻痺した手足等の使い過ぎによる機能障害や痛みなど(過用症候群)を来すこともあります。逆に周囲が気を使うあまりに、障害に対する配慮が過剰となることも経験されます。この場合、自身の能力を使わないことで退化することも知られています(廃用症候群)。

こういったことを防ぐために、主治医やリハビリテーションスタッフから適度な負荷について確認しておくことが望まれます。生活や仕事をする事自体もリハビリテーションになっており、本人の能力を見ながら出来ることは伸ばしていき、ステップアップに繋がればモチベーションも高くなります。その結果、周囲の理解が得られ、負担も軽減するという理想的な支援体制となるでしょう。そのためには職場の同僚や上司との意見交換ができる環境作りが重要となることを職場に伝えておくべきです。また、まれに上司が交代した際に全く配慮が無くなったという事例も散見されます。できるだけ明文化して職場内で共有される対応とする必要があります。

【参考文献】 豊田章宏, 深川明世, 廣瀬陽子ほか:平成22年度厚生労働省委託事業「治療と職業生活の両立等の支援手法の開発一式(脳・心疾患)」の中間報告. 日職災医誌 59: 169-178, 2011

様式1 職業情報収集票(その①)

記載日： 年 月 日 記載者： 情報収集源： (本人 ・ 家族)

ID	
氏名	
生年月日	
病名	
学歴について	
最終学歴	<input type="checkbox"/> 大学院 <input type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> 短大 <input type="checkbox"/> 専門学校 <input type="checkbox"/> 高等学校 <input type="checkbox"/> 中学校 <input type="checkbox"/> その他 ()
現在の職場について (退職している場合は直前の職場について)	
事業所名	
事業所住所	〒 TEL : () FAX : ()
従業員数	() 名程度
産業医	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> 不明
保健師 (看護師)	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> 不明
復職に向けた相談窓口	連絡先： 担当者：
職員食堂	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
勤務形態	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 契約社員 (有期労働契約) <input type="checkbox"/> 嘱託社員 <input type="checkbox"/> 出向社員 <input type="checkbox"/> 派遣労働者 <input type="checkbox"/> 臨時的雇用者 <input type="checkbox"/> パートタイム労働者 <input type="checkbox"/> その他 () ・期間の定め有り⇒ ・契約更新の予定 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
勤務日数	() 日/週
勤務時間	() 時間/日 (~) () 時間/週 ・残業 <input type="checkbox"/> 無し ・シフト <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り () 時間/週 <input type="checkbox"/> 有り (<input type="checkbox"/> 2交代 <input type="checkbox"/> 3交代 <input type="checkbox"/> その他)
役職 (役割)	()
勤務年数	年
勤めた年齢	歳 ~ 歳
仕事内容について	
仕事の内容	<産業分類> <input type="checkbox"/> 農業、林業 <input type="checkbox"/> 漁業 <input type="checkbox"/> 鉱業、採石、砂利採取業 <input type="checkbox"/> 建設業 <input type="checkbox"/> 製造業 <input type="checkbox"/> 電気・ガス・熱供給・水道業 <input type="checkbox"/> 情報通信業 <input type="checkbox"/> 運輸業、郵便業 <input type="checkbox"/> 卸売・小売業 <input type="checkbox"/> 金融・保険業 <input type="checkbox"/> 不動産、物品賃貸業 <input type="checkbox"/> 学術研究、専門技術サービス業 <input type="checkbox"/> 宿泊、飲食サービス業 <input type="checkbox"/> 生活関連サービス、娯楽業 <input type="checkbox"/> 教育、学習支援業 <input type="checkbox"/> 医療、福祉 <input type="checkbox"/> 複合サービス事業 <input type="checkbox"/> サービス業 (他に分類されないもの) <input type="checkbox"/> 公務(他に分類されるものを除く) <input type="checkbox"/> その他 () (主婦等) ※ 日本標準産業分類 (平成25年10月改定)
	<職業分類> <input type="checkbox"/> 管理的職業従事者 <input type="checkbox"/> 専門的・技術的職業従事者 <input type="checkbox"/> 事務従事者 <input type="checkbox"/> 販売従事者 <input type="checkbox"/> サービス職業従事者 <input type="checkbox"/> 保安職業従事者

様式1 職業情報収集票(その2)

	<input type="checkbox"/> 農林漁業従事者 <input type="checkbox"/> 建設・採掘従事者 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 生産工程従事者 <input type="checkbox"/> 運搬・清掃・包装等従事者	<input type="checkbox"/> 輸送・機械運転従事者 <input type="checkbox"/> 分類不能の職業（主婦等）
	※ 日本標準職業分類（平成21年12月改定）		
職務に必要な 具体的能力・動作 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 資格を必要とする業務 <input type="checkbox"/> 座位での活動 <input type="checkbox"/> シャガんで行う作業 <input type="checkbox"/> 走る <input type="checkbox"/> 物の運搬（方法： <input type="checkbox"/> 重量のあるものを引く <input type="checkbox"/> 車両・重機等の運転 <input type="checkbox"/> パソコン作業（表・グラフ作成） <input type="checkbox"/> 電卓計算 <input type="checkbox"/> 書字 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> デスクワーク <input type="checkbox"/> 立位での活動 <input type="checkbox"/> 外を歩く（平地） <input type="checkbox"/> 階段昇り降り <input type="checkbox"/> 物を持ち上げる（ <input type="text"/> ）kg <input type="checkbox"/> 精密作業（細かい手作業） <input type="checkbox"/> パソコン作業（文字・文書入力） <input type="checkbox"/> パソコン作業（特定のソフト） <input type="checkbox"/> 電話対応	<input type="checkbox"/> 中腰での作業 <input type="checkbox"/> 外を歩く（足場の悪い所） <input type="checkbox"/> ハシゴ昇り降り <input type="checkbox"/> 重量のあるものを押す <input type="checkbox"/> 機械操作（内容： <input type="text"/> ） <input type="checkbox"/> パソコン作業（数値入力） <input type="checkbox"/> パソコン作業（その他） <input type="checkbox"/> 接客
主な仕事環境	<input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> 高所 ・階段 <input type="checkbox"/> 有 ・段差 <input type="checkbox"/> 少ない ・温度管理 <input type="checkbox"/> 一定（ <input type="text"/> ℃） ・休憩（ <input type="text"/> ） ・タバコ <input type="checkbox"/> 禁煙	<input type="checkbox"/> 屋内 <input type="checkbox"/> その他 ・無 <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 変動	<input type="checkbox"/> 屋外・屋内両方 ・エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・トイレ内手すり <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※温度調整（ <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可） <input type="checkbox"/> 各自でとれる <input type="checkbox"/> 時間が決まっている <input type="checkbox"/> 分煙
職務に伴う危険性	<input type="checkbox"/> 機械的（プレスなど） <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 情報漏洩 <input type="checkbox"/> 特になし	<input type="checkbox"/> 火傷 <input type="checkbox"/> 有害性（化学薬品など） <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 感電 <input type="checkbox"/> 対人トラブル
通勤手段	<input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 徒歩（ <input type="text"/> ）分	<input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 公共機関（ <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス）	<input type="checkbox"/> 自転車
通勤時間	約（ <input type="text"/> ）分		
復職に対する不安や相談事項などありましたら、ご自由にお書き下さい。			

様式2 機能評価票(その①)

評価日: 年 月 日

評価対象者: _____

評価者: _____

【健康管理能力】	
服薬管理	<input type="checkbox"/> 一人で可 <input type="checkbox"/> 決められた環境であったり、誰かの援助があれば可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 評価困難 環境設定方法や援助内容: 備考:
栄養管理	<input type="checkbox"/> 一人で可 <input type="checkbox"/> 決められた環境であったり、誰かの援助があれば可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 評価困難 環境設定方法や援助内容: 備考:
精神衛生管理 (精神的ストレスへの耐久性、ストレス解消方法の実践 など)	<input type="checkbox"/> 一人で可 <input type="checkbox"/> 決められた環境であったり、誰かの援助があれば可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 評価困難 環境設定方法や援助内容: 備考:
身体機能の維持管理 (定期的な運動やストレッチの実践など)	<input type="checkbox"/> 一人で可 <input type="checkbox"/> 決められた環境であったり、誰かの援助があれば可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 評価困難 環境設定方法や援助内容: 備考:
【社会生活能力】	
身辺処理 (食事、更衣、排泄など)	<input type="checkbox"/> 一人で可 <input type="checkbox"/> 決められた環境であったり、誰かの援助があれば可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 評価困難 環境設定方法や援助内容: 備考:
家事・家庭管理 (炊事、洗濯、金銭管理、買物など)	<input type="checkbox"/> 一人で可 <input type="checkbox"/> 決められた環境であったり、誰かの援助があれば可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 評価困難 環境設定方法や援助内容: 備考:
応用移動 (公共交通機関など)	<input type="checkbox"/> 一人で可 <input type="checkbox"/> 決められた環境であったり、誰かの援助があれば可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 評価困難 環境設定方法や援助内容: 備考:
公共機関の利用 (郵便局、銀行、病院など)	<input type="checkbox"/> 一人で可 <input type="checkbox"/> 決められた環境であったり、誰かの援助があれば可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 評価困難 環境設定方法や援助内容: 備考:
コミュニケーション (家族・友人・病院スタッフなど)	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり <input type="checkbox"/> 評価困難 問題点の内容: 備考:
生活リズム	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり <input type="checkbox"/> 評価困難 問題点の内容: 備考:
【職務に必要な基本的能力】	
見る	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 生活上問題ないが、職場で問題になる可能性あり <input type="checkbox"/> 生活上問題あり <input type="checkbox"/> 評価困難 職場で予測される問題と対策: 備考:
聴く	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 生活上問題ないが、職場で問題になる可能性あり <input type="checkbox"/> 生活上問題あり <input type="checkbox"/> 評価困難 職場で予測される問題と対策: 備考:
話す	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 生活上問題ないが、職場で問題になる可能性あり <input type="checkbox"/> 生活上問題あり <input type="checkbox"/> 評価困難 職場で予測される問題と対策: 備考:

様式2 機能評価票(その②)

読む	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 生活上問題ないが、職場で問題になる可能性あり		
	<input type="checkbox"/> 生活上問題あり	<input type="checkbox"/> 評価困難		
	職場で予測される問題と対策:			
	備考:			
書く	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 生活上問題ないが、職場で問題になる可能性あり		
	<input type="checkbox"/> 生活上問題あり	<input type="checkbox"/> 評価困難		
	職場で予測される問題と対策:			
	備考:			
計算	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 生活上問題ないが、職場で問題になる可能性あり		
	<input type="checkbox"/> 生活上問題あり	<input type="checkbox"/> 評価困難		
	職場で予測される問題と対策:			
	備考:			
注意・集中力	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 生活上問題ないが、職場で問題になる可能性あり		
	<input type="checkbox"/> 生活上問題あり	<input type="checkbox"/> 評価困難		
	職場で予測される問題と対策:			
	備考:			
記憶力	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 生活上問題ないが、職場で問題になる可能性あり		
	<input type="checkbox"/> 生活上問題あり	<input type="checkbox"/> 評価困難		
	職場で予測される問題と対策:			
	備考:			
指示の理解力	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 生活上問題ないが、職場で問題になる可能性あり		
	<input type="checkbox"/> 生活上問題あり	<input type="checkbox"/> 評価困難		
	職場で予測される問題と対策:			
	備考:			
行動計画能力	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 生活上問題ないが、職場で問題になる可能性あり		
	<input type="checkbox"/> 生活上問題あり	<input type="checkbox"/> 評価困難		
	職場で予測される問題と対策:			
	備考:			
報告・連絡・相談能力	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 生活上問題ないが、職場で問題になる可能性あり		
	<input type="checkbox"/> 生活上問題あり	<input type="checkbox"/> 評価困難		
	職場で予測される問題と対策:			
	備考:			
対人関係能力	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 生活上問題ないが、職場で問題になる可能性あり		
	<input type="checkbox"/> 生活上問題あり	<input type="checkbox"/> 評価困難		
	職場で予測される問題と対策:			
	備考:			
耐久性	身体的疲労	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 生活上問題ないが、職場で問題になる可能性あり	
		<input type="checkbox"/> 生活上問題あり	<input type="checkbox"/> 評価困難	
		職場で予測される問題と対策:		
		備考:		
	神経的・精神的疲労	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 生活上問題ないが、職場で問題になる可能性あり	
		<input type="checkbox"/> 生活上問題あり	<input type="checkbox"/> 評価困難	
		職場で予測される問題と対策:		
		備考:		
	日中活動量		<入院中の方> <input type="checkbox"/> 日中殆ど離床している <input type="checkbox"/> 適宜休憩が必要 <input type="checkbox"/> 殆ど臥床している ----- <退院後の方>・外出頻度: <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 3~4日/週 <input type="checkbox"/> 1~2日/週 <input type="checkbox"/> 殆ど外出しない ・外出時間:()時間/日 ・外出目的:()	

様式2 機能評価票(その③)

疲労の自己コントロール	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 生活上問題ないが、職場で問題になる可能性あり
	<input type="checkbox"/> 生活上問題あり	<input type="checkbox"/> 評価困難
	疲労のコントロール方法:	
	職場で予測される問題と対策: 備考:	
自分自身の作業能力の把握 (障害の理解を含む) (例)「一人で歩けるが、物を持ちながら歩くことはまだできない」「パソコン入力 のスピードは、病前に比べて8割程度だ」 などと自分で理解している。	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 生活上問題ないが、職場で問題になる可能性あり
	<input type="checkbox"/> 生活上問題あり	<input type="checkbox"/> 評価困難
	職場で予測される問題と対策: 備考:	
	必要に応じた代償手段の活用	
(例)片麻痺患者における滑り止めマット の活用、記憶障害者におけるメモ帳の活 用などが定着している。	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 生活上問題ないが、職場で問題になる可能性あり
	<input type="checkbox"/> 生活上問題あり	<input type="checkbox"/> 評価困難
	職場で予測される問題と対策: 備考:	
	復職への意欲	
復職への意欲	<input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 評価困難
	備考:	
復職に対する家族の協力 * キーパーソン()	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 問題あり <input type="checkbox"/> 評価困難
	問題点の内容:	
	備考:	
【職務遂行に必要な具体的能力・動作】 ※必要に応じて、入院前の仕事内容にチェック		
<input type="checkbox"/> 座位での活動	<input type="checkbox"/> 問題なし・現状で可能と予測	<input type="checkbox"/> 生活上問題ないが、職場で問題になる可能性あり
	<input type="checkbox"/> 今後可能になる見込みあり	<input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 評価困難
	職場で予測される問題と対策: 備考:	
	<input type="checkbox"/> 問題なし・現状で可能と予測 <input type="checkbox"/> 生活上問題ないが、職場で問題になる可能性あり	
<input type="checkbox"/> 立位での活動	<input type="checkbox"/> 今後可能になる見込みあり	<input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 評価困難
	職場で予測される問題と対策: 備考:	
	<input type="checkbox"/> 問題なし・現状で可能と予測 <input type="checkbox"/> 生活上問題ないが、職場で問題になる可能性あり	
	<input type="checkbox"/> しゃがんでの活動	<input type="checkbox"/> 今後可能になる見込みあり
職場で予測される問題と対策: 備考:		
<input type="checkbox"/> 問題なし・現状で可能と予測 <input type="checkbox"/> 生活上問題ないが、職場で問題になる可能性あり		
<input type="checkbox"/> 屋外歩行(平地)		<input type="checkbox"/> 今後可能になる見込みあり
	職場で予測される問題と対策: 備考:	
	<input type="checkbox"/> 問題なし・現状で可能と予測 <input type="checkbox"/> 生活上問題ないが、職場で問題になる可能性あり	
	<input type="checkbox"/> 屋外歩行(足場が悪い所)	<input type="checkbox"/> 今後可能になる見込みあり
職場で予測される問題と対策: 備考:		
<input type="checkbox"/> 問題なし・現状で可能と予測 <input type="checkbox"/> 生活上問題ないが、職場で問題になる可能性あり		
<input type="checkbox"/> 走る		<input type="checkbox"/> 今後可能になる見込みあり
	職場で予測される問題と対策: 備考:	
	<input type="checkbox"/> 問題なし・現状で可能と予測 <input type="checkbox"/> 生活上問題ないが、職場で問題になる可能性あり	
	<input type="checkbox"/> 階段昇降	<input type="checkbox"/> 今後可能になる見込みあり
職場で予測される問題と対策: 備考:		
<input type="checkbox"/> 問題なし・現状で可能と予測 <input type="checkbox"/> 生活上問題ないが、職場で問題になる可能性あり		

様式2 機能評価票(その④)

□ハシゴ昇降	□問題なし・現状で可能と予測	□生活上問題ないが、職場で問題になる可能性あり
	□今後可能になる見込みあり	□不可 □評価困難
	職場で予測される問題と対策:	
備考:		
□重量のあるものを扱う 扱うもの() 重さ() 方法()	□問題なし・現状で可能と予測	□生活上問題ないが、職場で問題になる可能性あり
	□今後可能になる見込みあり	□不可 □評価困難
	職場で予測される問題と対策:	
備考:		
□精密作業(細かい手作業) 内容()	□問題なし・現状で可能と予測	□生活上問題ないが、職場で問題になる可能性あり
	□今後可能になる見込みあり	□不可 □評価困難
	職場で予測される問題と対策:	
備考:		
□機械操作 内容()	□問題なし・現状で可能と予測	□生活上問題ないが、職場で問題になる可能性あり
	□今後可能になる見込みあり	□不可 □評価困難
	職場で予測される問題と対策:	
備考:		
□自動車運転	□問題なし・現状で可能と予測	□生活上問題ないが、職場で問題になる可能性あり
	□今後可能になる見込みあり	□不可 □評価困難
	職場で予測される問題と対策:	
備考:		
□パソコン作業 (提示された文字・文章の入力)	□問題なし・現状で可能と予測	□生活上問題ないが、職場で問題になる可能性あり
	□今後可能になる見込みあり	□不可 □評価困難
	職場で予測される問題と対策:	
備考:		
□パソコン作業 (提示された数値の入力)	□問題なし・現状で可能と予測	□生活上問題ないが、職場で問題になる可能性あり
	□今後可能になる見込みあり	□不可 □評価困難
	職場で予測される問題と対策:	
備考:		
□パソコン作業 (書類などを自分で作成)	□問題なし・現状で可能と予測	□生活上問題ないが、職場で問題になる可能性あり
	□今後可能になる見込みあり	□不可 □評価困難
	職場で予測される問題と対策:	
備考:		
□パソコン作業 (表・グラフの作成)	□問題なし・現状で可能と予測	□生活上問題ないが、職場で問題になる可能性あり
	□今後可能になる見込みあり	□不可 □評価困難
	職場で予測される問題と対策:	
備考:		
□パソコン作業 (特定のソフトの使用) 例)PPT・ファイルメーカーなど ソフトの内容()	□問題なし・現状で可能と予測	□生活上問題ないが、職場で問題になる可能性あり
	□今後可能になる見込みあり	□不可 □評価困難
	職場で予測される問題と対策:	
備考:		
□パソコン作業 (その他:)	□問題なし・現状で可能と予測	□生活上問題ないが、職場で問題になる可能性あり
	□今後可能になる見込みあり	□不可 □評価困難
	職場で予測される問題と対策:	
備考:		

様式2 機能評価票(その⑤)

□電卓計算	□問題なし・現状で可能と予測	□生活上問題ないが、職場で問題になる可能性あり
	□今後可能になる見込みあり	□不可 □評価困難
	職場で予測される問題と対策:	
備考:		
□電話対応	□問題なし・現状で可能と予測	□生活上問題ないが、職場で問題になる可能性あり
	□今後可能になる見込みあり	□不可 □評価困難
	職場で予測される問題と対策:	
備考:		
□接客・対人業務	□問題なし・現状で可能と予測	□生活上問題ないが、職場で問題になる可能性あり
	□今後可能になる見込みあり	□不可 □評価困難
	職場で予測される問題と対策:	
備考:		
□その他 報告書を読み必要な内容を 抜粋する	□問題なし・現状で可能と予測	□生活上問題ないが、職場で問題になる可能性あり
	□今後可能になる見込みあり	□不可 □評価困難
	職場で予測される問題と対策:	
備考:		
□その他 書類をホチキスで留める	□問題なし・現状で可能と予測	□生活上問題ないが、職場で問題になる可能性あり
	□今後可能になる見込みあり	□不可 □評価困難
	職場で予測される問題と対策:	
備考:		
□その他 郵送物準備 (封筒詰め、宛名シール貼り)	□問題なし・現状で可能と予測	□生活上問題ないが、職場で問題になる可能性あり
	□今後可能になる見込みあり	□不可 □評価困難
	職場で予測される問題と対策:	
備考:		

まとめ	
リハビリテーション経過 および予後予測	
復職を妨げる要因	
仕事に活かせる強み	
備 考	

3

糖尿病分野

1 糖尿病とは

①はじめに

糖尿病患者は全世界的にもわが国においても年々増加の一途をたどっています。2016(平成28)年に発表された厚生労働省の国民健康・栄養調査によれば、糖尿病の有病者はさらに増加しており、糖尿病患者1,000万人、糖尿病予備群も1,000万人であり、計2,000万人となっています。糖尿病＝高血糖自体は個々の労働者の業務遂行能力に直接影響を与えることは一般的にありませんが、慢性的な高血糖状態は10年、20年後の深刻な糖尿病合併症(網膜症、腎症、神経障害)へ進展し、視力障害や人工透析等が業務遂行能力に悪影響を及ぼして就業の継続や復職を難しくしている現状があります。この高血糖の代謝失調の状態は治療にて血糖正常化したのちも、長期に渡り悪影響が残ることが知られており“遺産効果”、“メタボリックメモリー”と呼ばれています。したがって、より早期からの継続した治療が重要となります。

糖尿病慢性合併症は、良好な血糖管理を維持できれば予防可能であり、より早期からの積極的な継続治療が必要です。各種の取組が必要となりますが、就労糖尿病患者が真摯に治療に取り組むためには、治療と仕事との両立が円滑に行われていることが重要です。このためには仕事をしている糖尿病患者と主治医、そして会社にいる産業医を含めた産業保健スタッフや上司の方が連携して治療支援を行っていくことが望まれます。

②糖尿病とは

WHOにより、糖尿病は「インスリン分泌不全やインスリン抵抗性による、インスリンの作用不足により慢性的な高血糖状態を主徴とする代謝疾患群」と定義されています。インスリン作用とは、インスリンが体の組織で代謝調節能を発揮することをいいます。適切なインスリンの供給と組織のインスリン必要度のバランスがとれていれば、血糖を含む代謝全体が正常に保たれますが、インスリン分泌不足、またはインスリン抵抗性増大はインスリン作用不足をきたすため、血糖値は上昇します。血糖値とは、血液中のブドウ糖の濃度のことです。血液100mL中に含まれるmg数で表し、単位はmg/dLです。一般的には、朝の空腹時で100mg/dL前後です。



【HbA1c(ヘモグロビンA1c)】とは

キーワード

糖尿病の治療を行う上で、糖尿病の血糖管理状態を反映する指標としてHbA1cが、最も利用されています。過去1～2か月間の平均血糖値を反映することが分かっており、糖尿病の診断、治療目標値の設定、治療効果の判定などに使用されます。正常は、6.2%未満ですが、5.6%以上で糖尿病診断の検査である経口ブドウ糖負荷試験を行うことが推奨されます。6.5%以上で糖尿病型の判定がされますが、診断には高血糖値の証明も必要となります。治療目標は個々の患者で異なりますが、一般的に慢性合併症予防として7.0%未満が推奨されます。

③糖尿病の症状

口渇、多飲、多尿、全身倦怠感、体重減少、空腹感、疲れやすさなどの症状が生じます。1型糖尿病などで急性の代謝失調状態となると意識混濁、昏睡、死のリスクもあります。また長年の高血糖状態が続くと下記の慢性合併症が併発し、その症状も出現します。

④糖尿病の分類

- **1型糖尿病**: 主な原因は、自己免疫異常によりインスリンを合成・分泌する膵ランゲルハンス島β細胞が、破壊・消失することによるインスリン分泌欠乏や消失が原因です。若年発症が多く、日本人では糖尿病患者の5%未満です。基本的にインスリン注射療法を一生継続する必要があります。
- **2型糖尿病**: インスリン分泌低下やインスリン抵抗性をきたす素因を含む複数の遺伝的因子に、過食・運動不足・肥満・ストレスなどの環境因子及び加齢が重なって発症する糖尿病です。いわゆる「生活習慣病」と言われる糖尿病のタイプです。成人での発症が多く、大多数の糖尿病患者がこれに当たります。初期ではインスリンの分泌は比較的保たれ、生活習慣の改善と内服薬にて血糖管理が可能なが多いのですが、数十年の長い経過ではインスリン分泌が枯渇し、インスリン注射療法を必要とすることがあります。
- **妊娠糖尿病**: 妊娠中に初めて発見または発症した糖尿病に至っていない糖代謝異常で、妊娠中の明らかな糖尿病及び糖尿病合併妊娠は含めません。出産後に改めて糖尿病診断基準に基づき再評価します。
- **その他の糖尿病**: 肝臓や膵臓の病気に伴う場合、薬剤による場合、特定の遺伝子の異常に伴う場合などの様々な糖尿病があります。

⑤糖尿病の合併症

- **急性合併症**: 低血糖症、異常な高血糖による昏睡(糖尿病性ケトアシドーシス、高血糖性昏睡)などがあります。特に意識レベルの低下をきたすような重症の低血糖や高血糖は、治療が遅れると命に関わり、直ちに医療機関への受診が必要です。感染症にも罹りやすくなります。
- **慢性合併症**: 糖尿病に特有のもので長期間の高血糖により各組織に慢性の合併症が生じます。三大合併症と言われる、糖尿病性網膜症、糖尿病性腎症、糖尿病性神経障害があり、数年から数十年の経過で重症化した場合には、それぞれ視力障害や失明(糖尿病は失明の原疾患の第2位)、血液透析導入(原疾患の第1位)、足壊疽による下肢切断(原疾患の第1位)などに至ります。また糖尿病に特有ではありませんが心筋梗塞、脳梗塞、閉塞性動脈硬化症など動脈硬化症の発症リスクが2~3倍程度増加し現役世代での発症も増加します。

2 代表的な治療方法の概略 薬物療法・インスリンなど

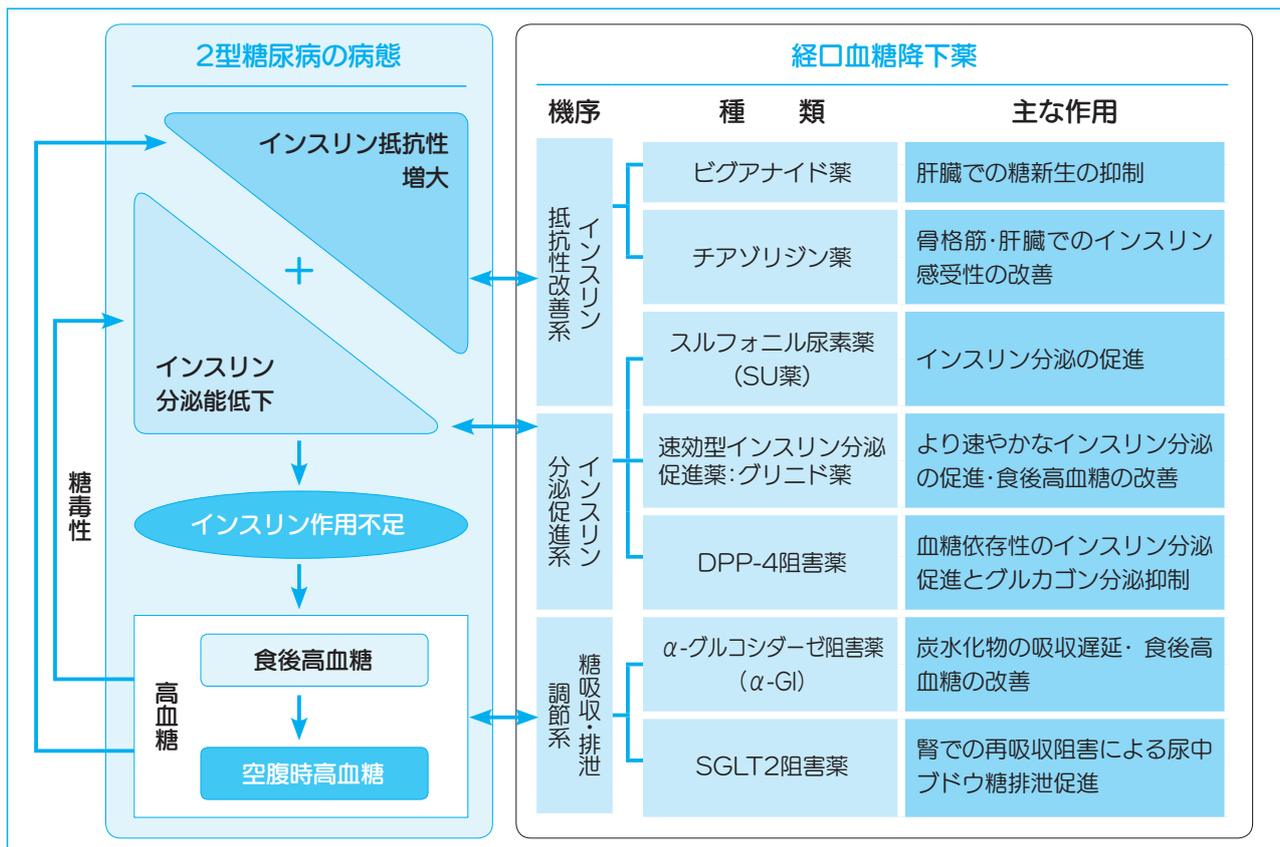
①代表的な治療法

- **食事療法**: 糖尿病治療の基本となります。一般的に勤労世代で普通の労働作業の方では目標体重当たり 30~35kcal/kgが推奨されます。3大栄養素(炭水化物、タンパク質、脂質)のバランスに関しては意見が分かれておりますが、バランス良く摂取するのが原則です。腎機能が悪化している場合は、塩分とタンパク質の制限が行われます。
- **運動療法**: 糖尿病治療の基本となります。一般的に週150分以上の運動を2日は空けずに行うのが良いとされています。有酸素運動と無酸素運動(筋トレ)の組み合わせが推奨されます。
- **薬物療法**: 食事と運動療法で血糖値の管理目標が達成できないときに使用されます。病態に応じて種々の薬剤が選択され、多くで併用療法も行われます。患者の両立支援上は、生活・勤務ニーズに合わせた薬物選択も重要となります。

〈内服薬〉

現在7種類の経口血糖降下薬が使用されています(下図参照)。

● 病態と経口血糖降下薬

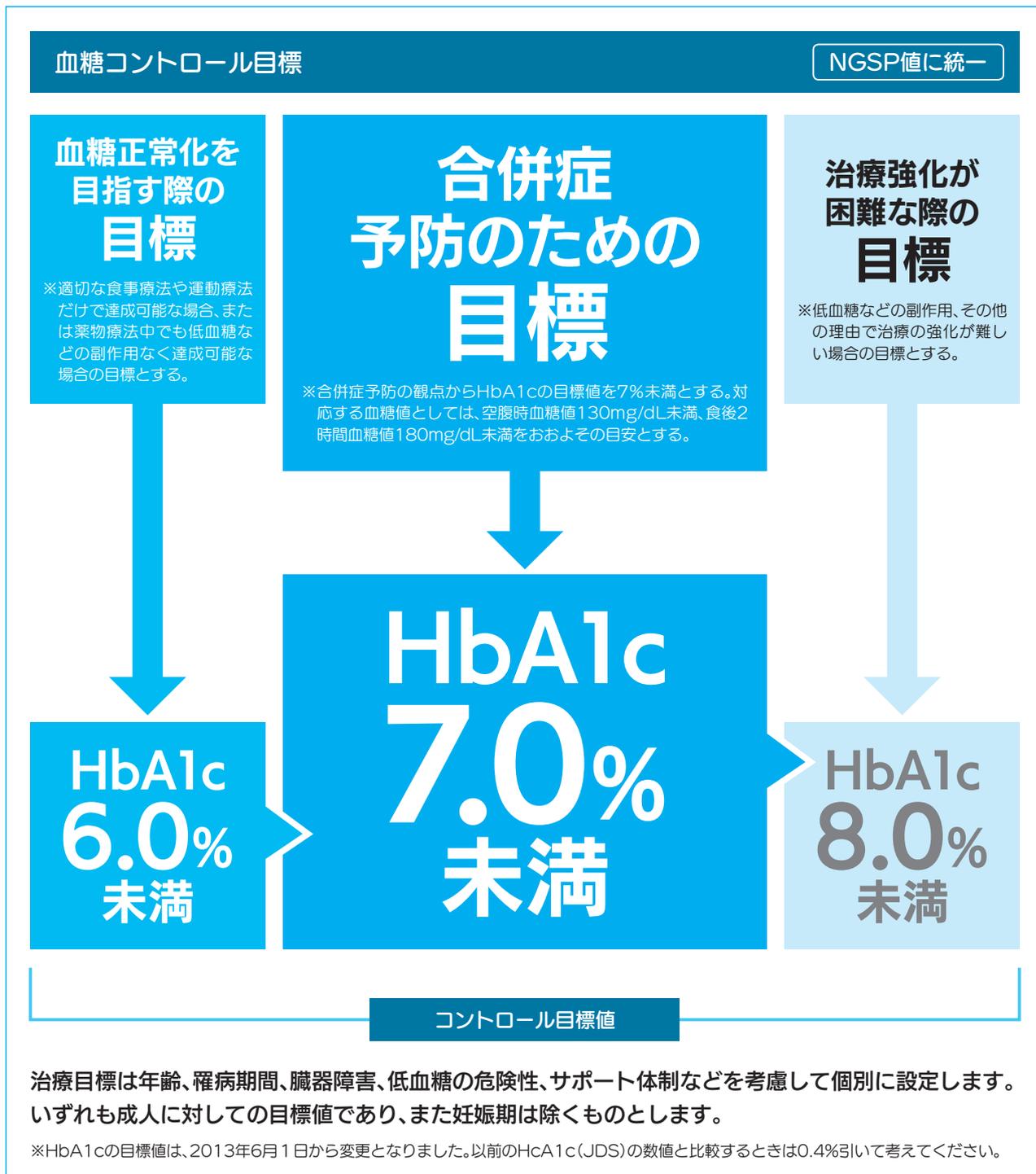


(日本糖尿病学会編・著『糖尿病治療ガイド』2018-2019より転載)

〈注射薬〉

作用時間の異なるインスリンが多数あります。また最近ではGLP-1製剤が発売され使用患者が増加してきています。インスリンは、患者の状態に合わせ1~4回/日の自己注射を行うこととなります。血糖を下げる効果は非常に高く有用ですが、食事と運動量とのバランスが崩れると、低血糖や高血糖のリスクが生じます。また近年、週1回の内服薬(DPP4阻害薬)やGLP-1製剤注射法が、その利便性とアドヒアランスの良さから、就労糖尿病患者で良く使われるようになってきました。

● 血糖管理目標値 (KUMAMOTO宣言2013)



(日本糖尿病学会のポスター資料より転載)

※65歳以上の糖尿病患者では、インスリンやスルホニル尿素薬を使用している際は、目標値に下限が設定され、65～75歳未満ではHbA1c値6.5～7.5%未満が推奨されます。

②注意を要する症状・状態

〈低血糖症〉

薬物療法を行っている糖尿病患者にとって、大変大きな問題が薬剤性低血糖です。主にインスリン製剤の自己注射療法やスルホニル尿素薬などインスリン分泌刺激系の内服薬を使用している場合に多く発症します。基本的には薬剤の作用そのものである血糖降下作用が、食事量や運動量とのバランスで相対的に過剰になってしまった時に生じます。

〈低血糖に伴う症状〉

血糖値の程度によって、以下のような症状が出現しますが個人差も大変大きいです。

血糖値	症状
70mg/dL未満	空腹感、脱力、だるさ
60mg/dL未満	手指のふるえ、発汗、動悸、顔面蒼白
50mg/dL未満	頭痛、生あくび、眠気
40mg/dL未満	異常行動、呂律が回らない、ぼ～っとする
30mg/dL未満	意識レベル低下、けいれん、昏睡、生命の危険

※無自覚性低血糖に注意！：長期間の糖尿病罹病歴があり自律神経障害が進行していたり、頻回の低血糖を繰り返すことにより低血糖に“慣れ”てしまったりした場合に、かなりの低い血糖値でも自覚症状が出にくくなり、突然意識を失い倒れ救急搬送が必要となることがあります。

〈低血糖の誘因と備えの重要性〉

低血糖誘因として以下のものがあります。

- 1)インスリンや内服薬の量やタイミングを間違えた
- 2)運動量や時間がいつもより多かったが補食をしなかった
- 3)食事を抜いた、時間がいつもより遅くなった。炭水化物を取らなかった
- 4)つまみなしでアルコールを過剰に摂取した

この中で仕事と関係するのは1)～3)と考えられます。多くの場合は軽度であり、糖分摂取によりご自身のみで対応可能です。しかし特に自覚症状を伴わずに突然意識消失に陥る無自覚性低血糖のある方は、リスクを伴うため運転業務や危険作業従事は絶対に避けるべきです。治療の最適化や生活・仕事のリズムの適正化により無自覚性低血糖を未然に防ぐことが可能です。低血糖時に備えて、常時ブドウ糖を携行、常備しておくことが重要です。また体調の悪い時や異常を感じた時は直ちに血糖測定が必要なため、自己血糖測定機器の携行も重要です。運転前に自己血糖測定を行い、90mg/dL以下の時は補食をして改善を確認してから運転しましょう。

※フラッシュグルコース測定(FGM)：近年上市されたフラッシュグルコース測定機器(商品名:FreeStyle リブレ、アボットジャパン)を使用することにより、14日間連続で極めて簡単に24時間いつでも血糖値の確認ができるようになりました。指先穿刺での採血が不要となったため、無自覚性低血糖のある方を含め、特に1型糖尿病のある就労者の方にお勧めできます。

〈低血糖時の対応〉

- 1)ブドウ糖やブドウ糖を含む飲料を摂取する

口から摂取できる場合は10～20gのブドウ糖(砂糖でも可)をとり、15分間隔で改善を確認し十分な回復がなければ再度摂取します。

- 2)意識がない時は救急車を呼び、医療機関を受診する

意識が無く経口摂取できない場合は、直ちに搬送し医療機関で治療を受けます。

- 3)次回受診時に必ず主治医に報告し、相談する

〈運転と低血糖〉

運動機能と反射速度の低下や判断力の低下、意識消失を引き起こす低血糖が、運転中に生じることは非常に危険です。異常なほどの眠さ、手指のふるえや体調不良を我慢しての運転には危険を伴います。直ちに停車し糖分の補食後、症状が消失したあとも少なくとも30分以上の時間をおいてからの運転再開が必要です。

※道路交通法の改正：2013年道路交通法が改正され、運転に支障がある病状を自覚しながら、運転免許取得や更新時に故意に申告しなかった場合、罰則が新設されました。無自覚性低血糖も該当します。

③シックデイ

シックデイとは、糖尿病患者において、感染症による発熱や消化器症状(嘔吐、下痢など)のみならず外傷・手術・歯科治療・ステロイド投与など新たに加わる身体的ストレスによって、非日常的に血糖コントロールが困難となった状態を示します。このような場合一時的に体内での薬やインスリンの効きが悪くなり高血糖状態となることがあります。より悪化する場合、高血糖性昏睡などに重症化し緊急の入院を要する場合があります。また食事が食べられない時や重度の下痢がある場合には低血糖のリスクもあります。いずれも、初期の対応が悪化阻止と改善に必要です。

〈シックデイ時での対応〉

インスリン自己注射をしている場合、食べられなくてもインスリン注射を中断しないことが重要です。

〈ケトアシドーシスと高血糖性昏睡〉

薬やインスリンが効いていない時や、食事(炭水化物)の摂取量が少ない時、ケトン体が体に溜まりやすく吐き気や腹痛が現れ、進行すると意識障害に至るケトアシドーシスになります。この場合は緊急治療が必要です。予防としてインスリン治療をしている方は、シックデイで食欲がない時でも注射を自己判断で中止しないことです。食べられない場合でも、血糖自己測定を頻回にしながらインスリン単位数を調節しての注射が必要です。のみ薬で治療中の比較的高齢の方の場合、食事摂取が減ることなどにより脱水になりがちで、この場合やはり意識障害などをきたす高血糖性昏睡となり緊急治療が必要です。予防には水分摂取が重要です。いずれにしてもこのような状態では、就業することは困難と考えられます。

※内服薬・インスリンですが、種類によってシックデイ時の対応が変わります、具体的には主治医に相談が必要です。

- **スルホニル尿素薬、速効型インスリン分泌促進薬**：インスリン分泌を刺激して血糖値を下げるこれらの薬は、食事の量にあわせて加減します。食べられないなら薬は中止(休薬)します。
- **ビグアナイド薬、SGLT2阻害薬**：絶対に中止(休薬)すべき薬です。
- **チアソリジン薬**：中止(休薬)してもしなくても大きな問題は生じないと考えられます。
- **α-グルコシダーゼ阻害薬、GLP-1受容体作動薬**：吐き気や腹痛など、おなかの症状がある場合は中止(休薬)します。
- **インスリン製剤**：シックデイで食事がとれなくてもインスリン注射を中止してはいけません。全く食事がとれなくてもふだんの半分程度のインスリンが必要です(特に中間型、持効型インスリン)。頻回に血糖自己測定を行い測定結果に応じて増減し、血糖コントロールする方法が一般的です。予めシックデイ時にどうするか主治医に確認してください。

3 糖尿病の両立支援に必要な留意点

①外来での糖尿病治療継続が目的

糖尿病に罹患した患者は、同時に地域では労働者でもあり、また家庭においては父親や母親などの生活を営む人です。したがって、個々の患者への配慮が重要です。その上で糖尿病での両立を支援する時のキーワードは、「治療継続」です。「がん」、「脳卒中」、「精神疾患」での両立支援活動は、主要目的が疾患発症を原因とする退職を防ぎ、休職からの復職を主な目的としています。

しかしながら「糖尿病」での両立支援では、糖尿病性網膜症による視力低下や糖尿病性腎症による人工血液透析などで休職している患者は復職支援対象となりますが、比較的少数例であり、一般に休職する患者はまれであるため、どちらかと言えば外来での「治療継続」が支援の主要目的となります。

②糖尿病の両立支援上の特性

疾患としての糖尿病の特性により、両立支援上で特有の背景と問題点が生じています。まず、糖尿病は生活習慣に大きく関わって発症、進展する疾患のため「生活習慣病」に区分され、生活習慣は患者自身の問題であって企業が何かすることではないとの見方が一般的になっていることです。このため糖尿病は職場において両立上の配慮が受けにくい面があります。しかしながら、自己免疫疾患に分類される1型糖尿病の発症は、生活習慣とはまったく無関係です。また、2型糖尿病であっても遺伝的な体質が発症に大きく関わっていることが、多くの研究により明らかにされており、生活習慣による影響は一部です。

さらに、血糖管理が不良でも、急性の代謝失調状態を除いては高血糖自身が業務遂行能力に影響を及ぼすことは一般的にありません。糖尿病は他の疾患と異なり自覚症状はほとんどなく、検査をしなければ分からない疾患でもあります。したがって、今日の就業にはほとんど影響はありませんが、前述のように十数年間の高血糖状態持続により不可逆的な慢性合併症が発症し、業務遂行に悪影響を及ぼすことがしばしばあります。

糖尿病の両立支援の目的は、上記のように疾病入院による休業からの復職支援ではなく、定期的な外来通院を促し業務多忙等による治療の自己中断を予防する治療継続支援と、より良い血糖管理が主な目的となります。したがって、糖尿病での両立支援には退職まで終わりはありません。将来的には職場と医療機関との情報交換を行いながら、職場もチーム医療の一員として治療に参加していただき、医療機関では糖尿病のある就労患者に対し特別なことでない本来業務の一環として両立支援を行っていくことが期待されます。以上産業保健スタッフをはじめ企業で従業員の健康管理に関わる方には、このような疾患の特徴をご理解いただければと思います。

③チームでの糖尿病両立支援と糖尿病両立支援手帳

本人以外にも、事業場の関係者(事業者、人事労務担当者、上司・同僚、労働組合、産業保健スタッフ等)、医療機関関係者(主治医、看護師、MSW)、地域の支援機関などが必要に応じてチームとして連携することが重要です。このためお互いの情報の共有が行われている必要があります。この情報交換のツールとして労働者健康安全機構では「就労と糖尿病両立支援手帳」を作成・配布しております(労働者健康安全機構へお問い合わせください)。

● 手帳記載内容

● 主治医から企業関係者へ

企業関係者(産業医・看護師・保健師・衛生管理者・上司)へお願い

【報告事項】

- * 現在の病状等(受診状況、血糖コントロール状況、合併症状況など)、業務に影響を及ぼす可能性のある症状・薬の副作用等
- * 今後の治療方針・見通し等

【依頼事項】

- * 就労に当たって配慮していただきたいこと
- * 配置転換や就労制限を行う上で重要な情報となる事項

● 企業関係者から主治医へ

主治医からの依頼事項に対する回答: 個別に対応

その他問い合わせ: 個別に対応



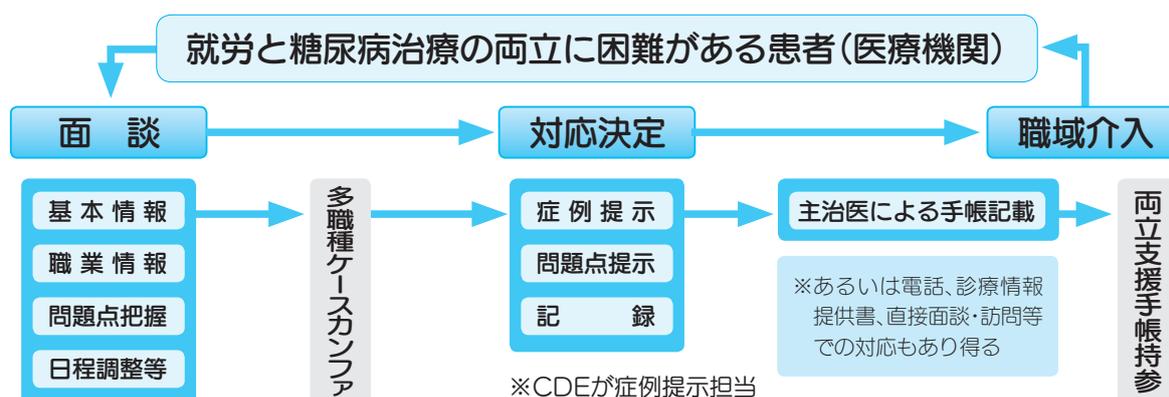
④両立支援を行うための医療機関での環境整備(実施前の準備)

医療機関での糖尿病両立支援は、主治医もしくは両立支援コーディネーターが継続して単独で行うことは困難であり、院内で両立支援チームを立ち上げ、チームでの支援体制を整えることが、継続した支援活動には必要となります。さらに支援活動自体が、ボランティア的ではなく、正式な本来業務の一部として組織的に位置付けることが重要です。患者の支援は両立支援コーディネーターが、支援チームを通して情報を共有しつつ、主治医を含めたカンファレンスで支援方針、手段などを決定し、患者の状況を確認しながら行いますが、支援チームのメンバーの職種、人数は施設の規模、患者の病状等により異なります。

〈糖尿病両立支援の検討に特に必要な情報〉

- 現病歴、既往歴、糖尿病慢性合併症の病期、自覚症状の有無、併発症、身体所見等の医学情報
- 現在の血糖管理状況、薬物療法(インスリン使用の有無)、その他の検査データ
両立支援を必要とする就労糖尿病患者からの情報提供
- 雇用状況(正社員、派遣等)、業務内容(日勤、夜勤、交替制勤務等)、通勤手段、産業保健スタッフの有無、支援をする場合の職場連絡先
- 生活リズム、自炊・外食、家族の状況等の生活習慣など

スクリーニング: 患者自身が問題に気付いているとは限らない
説明と同意: 個人情報取扱の点で前提



⑤医療機関側での両立支援上の配慮

大多数の職場には産業保健スタッフ(産業医ほか)が不在のため、情報提供書や糖尿病両立支援手帳等の受け取りは非医療職の上司である場合が多いと想定されます。この場合は、情報提供書や両立支援手帳への記載の用語を平易にするなどして、分かりやすいようにする配慮が必要です。両立支援上の問題点が改善された後も、継続的な職場との情報交換が治療の自己中断予防に有効と考えられるため、可能な限り支援活動と職域連携を継続することが望ましいです。

前記のように現在日本の糖尿病患者はいまだ増加傾向であり、現在では1,000万人を越えると想定されています。このため担当医師は糖尿病専門医でないことも多く、また専門医でも十分な診察時間を1人の患者に割けていないのが現状です。しかしながら個々の患者の状況を勘案しながら治療方針を患者とともに決めていく「インフォームドチョイス」の考え方に沿って、学会の治療ガイドラインを踏まえた上で、職場環境など就労との両立上の要因も勘案し、その患者に最適な治療を提供していく必要性があります。特に夜勤、シフト制勤務での不規則な食事の場合の内服・インスリン自己注射の方法、運転業務や危険作業を行っている場合の低血糖リスクの少ない薬物療法の選択などに配慮が必要です。そして重要なことは、就労糖尿病患者本人が、主治医の指示等に基づき、定期通院すること、きちんと服薬・インスリン自己注射をすること、適切な生活習慣を守ること等、治療や疾病の増悪防止に主体的に取り組むことが重要です。

⑥職場側での両立支援上の配慮

糖尿病の症状や治療の副作用、合併症による障害等によって、業務内容への影響が生じることがあります。この場合、定期通院のための時間の確保等に対する配慮だけでなく、治療状態や業務遂行能力も踏まえた就業上の措置等が必要となります。さらに糖尿病の症状や治療方法などは個々で大きく異なるため、個人ごとに対応すべき対応は異なり個別事例の特性に応じた配慮が必要となります。糖尿病治療中の就労者では、重症慢性合併症進行者では、視力障害や血液透析施行、下肢切断を防ぐため就業場所の変更、労働時間の短縮、深夜勤務の制限等の必要が生じることがあります。インスリン自己注射療法による低血糖の問題も両立支援上大きな課題です。自己のみで対応できない無自覚性低血糖発作のある方は、リスクを伴うため運転業務や危険作業従事は絶対に避けるべきです。しかし、近年2週間連続して血糖を随時チェックできるフラッシュグルコース測定機器(前記)が上市されており、有効活用していけば、このような業務に従事する場合のリスクも減らせるものと想定されます。

なお、配慮事項の検討に当たっては、血糖管理不良のみで安易に就業を禁止するのではなく、できるだけ配置転換、作業時間の短縮、その他の必要な措置を講ずることによって就業の機会を失わせないように留意する必要があります。

4

メンタルヘルス分野

1 精神疾患の定義と精神科の診断

①精神疾患の定義

障害とは、原因は問わず、何らかの機能が障害された状態のことをいい、疾患とは病因、病態、病理、症状、検査所見、経過、予後などによって一つのまとまった単一の病気としてみなされる状態のことをいいます。精神科領域では、精神障害と精神疾患が混在して用いられています。

DSM-5(精神障害の診断・統計マニュアル第5版;米国精神医学会)によると、精神疾患とは「精神機能の基盤となる心理学的、生物学的、または発達過程の機能障害によってもたらされた、個人の認知、情動制御、または行動における臨床的に意味のある障害によって特徴づけられる症候群である。精神疾患は通常、社会的、職業的、または他の重要な活動における著しい苦痛または機能低下と関連する。よくあるストレス因や喪失、例えば、愛するものとの死別に対する予測可能な、もしくは文化的に許された反応は精神疾患ではない。社会的に逸脱した行動(例:政治的、宗教的、性的に)や、主として個人と社会との間の葛藤も、上記のようにその逸脱や葛藤が個人の機能障害の結果でなければ精神疾患ではない」とされています。つまり、嫌なことがあると一時的に気分が落ち込んだり眠れなくなったり、不安が高まったり、やる気を失ったりすることは誰しも経験があることだと思います。しかし、その落ち込みや不眠、不安、意欲の低下などが、普段よりも強く何日も継続し、社会生活に影響が及んだ場合は精神疾患が疑われます。

日本では、精神疾患の診断は上述のDSM-5に加え、ICD-10(国際疾病分類第10版;WHO)を共通の診断基準としてみなされていることが多いです。マニュアルを使って機械的に診断することの是非も議論されていますが、一定の軸を共通として持つこと自体は意味のあることと考えられます。

②精神疾患の概要

精神疾患発症の原因は何でしょうか。

原因の一つとして、脳内の神経伝達物質(ドーパミンやセロトニンなど)がアンバランスになることがいわれています。生まれつきの体質といった「生物学的な要因」だけで決まるわけではなく、他人に褒められた時に嬉しいと感じるか、または裏があるのではと否定的に感じるかといった物事の捉え方の特徴である「心理的要因」、また人間関係の問題や環境の変化といった「社会環境の要因」が複雑に絡んでいます。

精神疾患は誰でもかかる可能性があり、治療すると回復する病気です。身体疾患と同様に、早期発見と早期治療が予後を良くするために重要です。

さらに、生涯、精神疾患に罹患する確率は約25%、つまり4人に1人は何らかの精神疾患に罹患すると言われており、けっしてまれな疾患ではありません。疾患を持ちながら充実した生活をされている方も多くいらっしゃいます。

* 参考資料:『高等学校保健における「精神疾患の予防と回復」の扱い』AMED障害者対策総合委託事業 小塩 靖崇・水野雅文

③精神科の診断

精神科では、「この症状は身体疾患が原因ではないのか」、「薬剤の影響ではないのか」を常に念頭に入れています。精神疾患の治療中に、がんや糖尿病などの身体疾患を合併することも十分にありうるため、精神科通院中の方の身体疾患を見逃すことのないように注意を払います。患者が身体に関する訴えをしても、「精神的な問題」とされてしまう場合もあるため、十分注意する必要があります。逆に身体疾患治療中に精神疾患を合併することもありうるため、面談の際に、対象者が「いつもと変わらないか」という点に注意しながら支援しましょう。

精神科の診断では、主に本人やその周りを取り巻く家族等から症状を聴くことで行います。幼少期からの生い立ちや性格、養育の様子、薬物使用歴の有無等、その他、診察時の表情や行動、応答の様子、血液検査結果、頭部CT、MRIの所見などを加味します。診察時の様子では、どのくらい注意が保てるか、どのくらい活動しているか、感情の変化、会話の流れ、認知機能、判断力などを総合的に観察します。また、補助的に心理検査を利用することも多くあります。

いずれにしても、数値や画像で診断できるものが少ないため、診断は慎重に行います。客観的指標を目に見えるようにあらわすことができないため、他者から理解してもらえず悩むことが多いのも精神疾患の特徴ではないかと考えられます。

2 代表的な精神疾患と治療

ここでは、比較的多く接することが予想される、うつ病、双極性感情障害について簡単に述べます。疾患名の表現については、ICD-10とDSM-5では違いがありますが、より広く知られていると思われる表現としています。治療に使われる薬物は、前述した脳内神経伝達物質のバランスを整えることで症状を改善するように作用します。

治療を適切に継続しても、精神疾患は症状が繰り返すことも多いため、「治癒」ではなく「寛解」という言葉を使います。

詳細は成書を参照ください。

①うつ病

うつ病とは、なんとも形容しがたい気分の落ち込みや、興味があつたことへの関心の低下、何をしても楽しくない、不眠、集中力の低下、食欲の低下などがほとんど毎日続く疾患です。不安、無価値感(自分には価値がない)、希死念慮(死んでしまいたいという気持ち)なども症状となりえます。うつ病は、心疾患や脳血管疾患、がん、慢性的な痛みなど身体疾患にも併発しえます。川上の総説¹⁾によりますと本邦での生涯有病率は6.5%であり、けっして珍しい病気ではありませんが欧米に比べると低いです。一般的に女性、若年者に多いとされますが、日本では中高年でも頻度が高く、うつ病に対する社会経済的影響が大きいです。

一方、「うつ状態(気分がうつうつと晴れない状態)」は、身体疾患や物質、薬剤などでも生じえます。例えば、脳血管疾患、多発性硬化症、パーキンソン病、アルコール、カフェイン、たばこ、ステロイドなどです。

〈うつ病の治療〉

うつ病=休業する、というイメージがあるかもしれませんが、必ずしもそうではありません。重症度が低い場合は、十分に患者を理解、支援し、薬物療法、精神療法を行うことで働きながら治療を継続することは可能で



す。症状が重い場合などは即時の入院治療も検討されるため、その場合は休業が必要でしょう。

休業のメリット、デメリットとしては、以下があげられます。

- **メリット**: 職業上のストレスから離れて、保護的な環境で回復を図ることができます。回復に向けての治療やリハビリに多くの時間が確保できます。うつ病発症によって、職場で起こる事故のリスクが、普段より高くなることを防ぎます。
- **デメリット**: 日中の活動性が低下することや、職場で得られていた対人接触の機会が減り、孤立した生活になり症状が悪化する可能性があります。職場を離れている期間が長くなると、結果的に復職への不安が高まり、ある種の「職場恐怖」ともいえるべき状態が生じる可能性があります。そのため、職場を長く離れていると、より復職が困難になる等があげられます²⁾。

薬物治療は、抗うつ薬、抗不安薬、気分安定薬、睡眠薬、抗精神病薬などを症状に合わせて調整することが多いです。多くの種類を漫然と出し続けることはしません。ある薬剤が投与されても効果がない場合は、他の薬剤に変更したり、その他のアプローチを試みます。抗うつ剤で焦燥感が増したり、躁状態となったりすることもあるため、観察が重要です。抗うつ薬は、開始直後に効果がすぐ現れるものではなく、2週間後くらいから効果が始まります。また、寛解状態(症状がほとんど改善している状態)となっても、再発防止のために、数か月継続して処方を受け、慎重に薬を減らす必要があります。胃腸症状や眠気などの副作用が現れることがありますが、数日から1週間程度で徐々に改善することが多いため、様子を見られる程度であれば、内服を続けていただきます。ただし、無理せず不安な場合は主治医に問い合わせるよう勧めます。

精神療法には、精神分析的療法、認知行動療法、支持的療法、集団療法、家族療法などがあります。

その他、麻酔をかけて、筋弛緩薬を使い、頭部に電流を流す、修正型電気けいれん療法などが挙げられます。

②双極性感情障害(躁うつ病)

自分は何でもできるような気分の高揚感がある、怒りっぽくなる、活動量が増える、注意が散漫になる、などの症状が出現するのが躁状態です。衝動的な買い物をして、多額の借金を抱えることもあります。周りの人はその変化に困惑しますが、本人は爽快な気分で困っていないことがあります。Ⅰ型とⅡ型に分けられますが、イメージとしてはⅠ型がより激しい症状を示すと考えてよいでしょう。

以前は躁うつ病と表現されることが多かったですが、現在では双極性感情障害と表記されることが多いです。日本では、Ⅰ型とⅡ型を合わせた双極性障害の人の割合は0.7%くらいといわれています。

〈双極性感情障害の治療〉

気分安定薬が主体の薬物療法、精神療法などを行います。気分安定薬の中には、重篤な副作用を起こしうるものもあり、内服後の皮疹の出現に注意します。抑うつ状態の時に抗うつ薬を使用することもあります。躁状態になってしまう恐れもあるので、慎重に経過を観察します。

軽度の躁状態は、他者から見ると普段より上がっているように見えていても、自覚的には「あの時は元気に動けて調子が良かった」と感じることもあり、患者が治療の目標を軽躁状態においてしまうこともあるため、注意が必要です。

躁状態では、取引先に事実でない内容のメールを大量に送ったり、電話を多くの人にかけてしまったり、など本人が仕事を続ける上で不利益になる行動を取ってしまうことや、社会的な信用を失う行動を取ってしまうことがあります。このような場合には入院加療が必要と判断されるでしょう。

③パニック症/パニック障害

不安障害の中の一つであり、明らかなきっかけがなくてもパニック発作が繰り返し起こります。パニック発

作とは、動悸、発汗、震え、息苦しさ、胸部の不快感などが数分以内にピークに達するものです。そして、それがまた起こったらどうしようと過度に心配になったり（予期不安）、発作を起こしたときのきっかけだったと考えるもの（例えば外出や公共交通機関など）を避けたりする（広場恐怖）ようになります。

一般住民を対象とした疫学調査では、わが国ではH14-18年度に厚生労働省の研究班（主任研究者、川上憲人）が行った調査があり、何らかの不安障害を有するものの割合は生涯有病率で9.2%（12か月有病率では5.5%）でした。内訳として、パニック障害は0.8%でした。

〈パニック障害の治療〉

抗うつ薬や抗不安薬が主体の薬物療法を行います。薬物療法だけでなく、認知行動療法等も大切です。誰かと一緒に電車に乗ってもらう、一駅だけ乗る、など安心できる状況から、徐々に自信を得て行動を拡大させていきます。職場復帰の際に、可能であれば満員電車を避けるために出勤時間をずらすなどの配慮が必要かもしれません。

パニック障害も症状が良くなってもすぐに投薬は中止せず、再発防止のために症状を見ながら徐々に減量します。

④発達障害

自閉症スペクトラム障害（ASD）、注意欠陥多動障害（ADHD）は、成長していく過程で、発達に凸凹があり、得意なところと不得意なところの差が大きい様子が見られます。同じ疾患名であっても、その特性の個人差は大きいです。発達障害の特性は幼少期からみられますが、症状が目立たない場合は大人になってから診断されることもあります。両者や学習障害が合併していることもあります。

ASDは、相互的な対人関係が苦手である、コミュニケーションの障害がある、興味が偏っていてこだわりがある、などが特徴です。100人中約1-2人存在するといわれています。

ADHDは多動（落ち着きのなさ）や衝動性（抑えがきかない、相手の話を最後まで聞けない）、不注意（忘れ物やミスが多い）などが特徴です。就労年齢の場合は、不注意が問題視されることが多いです。成人期のADHDの有病率は約3%という報告があります。子どものころに診断されるADHDと、大人になってから診断されるADHDが同一のものであるか否かは議論されているところです。

大人になってから指摘される事例では、業務を遂行するに当たって困難があったり、人間関係がうまくいかず、二次的に抑うつとなってから精神科を受診して発覚することもあります。

〈発達障害の治療〉

発達障害そのものを治療する薬物は今のところ明らかになっていません。基本的には本人の特性に配慮した環境調整を行います。ADHDに対しては、不注意や多動、衝動性を改善される薬剤が数種類認可されています。内服しはじめに、胃腸の不快感を訴えることもありますが、慣れてくることもあります。対人技能訓練や認知リハビリテーションなども、対人関係を改善するには有効でしょう。

環境調整については、本人が目でもみて情報を処理するほうが得意であれば、業務の指示を書面やメールで示す、優先順位が付けづらいようであれば指示する側が優先順位をつけて指示する、などがあります。本人も、指示されたらメモを取る、忘れ物がないようにチェックリストを作る、スケジュールをアラームつきのカレンダーにセットするなど工夫をすると良いでしょう。

⑤その他

精神疾患の分類は非常に多岐にわたっています。上記以外に、あるストレス因によって抑うつ気分や不安が生じる適応障害、幻覚や妄想が出現する統合失調症などがあります。

適応障害は原因を取り除いたり、原因から離れることで症状は改善しますが、慢性化することがあります。うつ病や不安障害、統合失調症の診断基準を満たす場合は、それらの診断名が優先されます。

統合失調症は抗精神病薬や精神療法で症状をコントロールします。職場での負荷を軽減するよう調整が必要なことがあります。

3 精神疾患の両立支援のポイント

内服薬の種類によっては、眠気、血糖値の上昇、食欲増進、落ち着かなさなど種々の症状が副作用として現れることがあります。疾病が増悪したものかどうか判断が難しいものもありますが、気になることがあったら主治医に相談するよう勧めます。

診断書を発行する際には診断名を明記するのが難しいことがあります。精神科の診断は数値や画像で表せるものではないため、暫定的に「うつ状態」など状態像を記載することもあります。というのは、まずうつ症状を訴えて受診をし、「うつ病」で治療が始まった後に、例えば躁状態を呈したり、幻覚・妄想などを訴えたりすることもあり、そうすると（内服薬や、その他の影響ではないことを確かめた上で）診断名が「双極性障害」や「統合失調症」と変わることもありうるからです。確定診断をつける際にはある程度時間を要する場合もあることを理解しておきましょう。逆に、実際は双極性障害や不安障害、パーソナリティ障害、アルコール依存症等であるところを、会社に提出する診断書に暫定的に「うつ病」と記載されている可能性もあるため、主治医から情報を得る際には注意しておくとい良いでしょう。いうまでもありませんが、本人の許可なしに「あの人は本当はうつ病じゃないそうです」などとけっして職場やその他の人に伝えてはなりません。発達障害がベースにあり、二次的に抑うつ状態となっている場合は、その特性に配慮しなければ不適応を繰り返してしまう可能性もあります。精神疾患に限ったことではありませんが、「病名が何か」（疾病性）よりも「この人が治療と就労を両立させることに当たっての問題点は何か」「職場では何が問題か」（事例性）ということを念頭において支援を行いましょう。

また、最近ではネットで様々な情報を得てくる方も多いです。妥当なこともあれば、殊更に不安をあおってスタンダードな治療を否定する情報もあります。必要以上に情報収集を行っているのは、患者さん自身の不安が元となっている場合もあるため、傾聴しつつ、不確定な情報でも面と向かって否定せず、「主治医や産業医と相談してはどうか」とアドバイスを与えるのが良いでしょう。

さらに、障害者福祉センターでは精神疾患患者を対象とした「リワークプログラム」を提供しています。クリニックでもプログラムを提供しているところもあります。内容は、生活リズムの立て直し、パソコン作業やリラクゼーション、集団認知行動療法などがあります。休業から職場復帰する際に、このようなプログラムの利用を勧めることも選択肢の一つとして念頭に置いておくとい良いでしょう。

〈精神疾患と運転業務〉

精神疾患がある＝運転禁止ではありませんが、投薬されている薬剤によっては（向精神薬に限らず）添付文書に「運転禁止」と記載されているものがあるため、運転業務がある場合は、薬剤の添付文書を確認する、主治医に相談するなど事前に情報を収集しておく必要があります。継続的に内服する必要がある薬剤かそうでないか、代替薬に置き換えられないか等、与えられる業務と治療内容の調整を要します。治療上どうしても運転禁止の薬剤が必要であれば、可能であれば運転業務を要さない業務へと配置転換を考慮してもらうなど、対策を考える必要があります。

【参考文献】

加藤敏・神庭重信・武田雅俊編『現代精神医学事典』(弘文堂)

井上令一監修、四宮慈子・田宮聡訳『カプラン臨床精神医学テキスト』(メディカルサイエンスインターナショナル)

日本うつ病学会監修『うつ病治療ガイドライン』(医学書院)

厚生労働省 働く人のメンタルヘルス・ポータルサイト「こころの耳」 <http://kokoro.mhlw.go.jp/>

1)川上憲人:世界のうつ病、日本のうつ病-疫学研究の現在. 医学のあゆみ 219(13)、925-929、2006

2)Bilsker D et al. Managing depression-related occupational disability:a pragmatic approach.
Can J Psychiatry 51:76-83, 2006

5

肝疾患分野

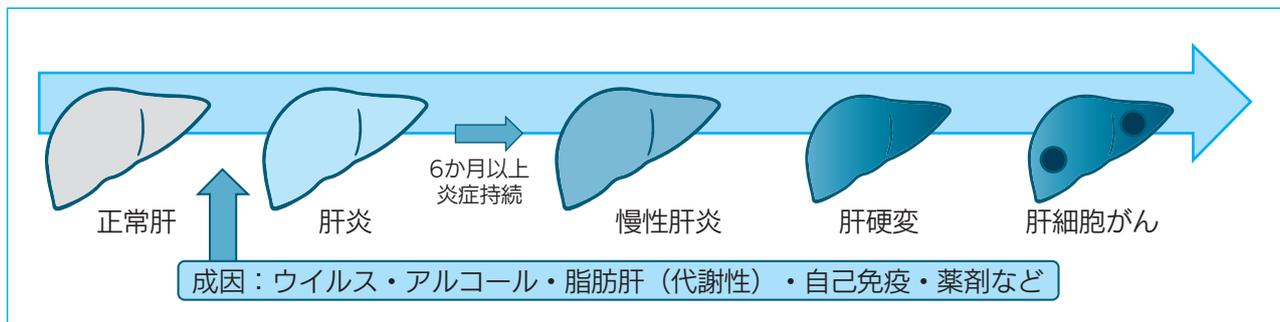
1 疾患の概要

①病理

肝臓には血液やリンパを介して、消化管から吸収された糖質・タンパク質・脂質・ミネラル・ビタミンといった様々な栄養素が運ばれてきますが、同時に老廃物や薬物、毒物なども運ばれてきます。肝臓は其中で必要な物質は合成・貯蔵し、不要な物質は腎臓や腸管を介して排出します。このように肝臓はヒトが生きていくために欠かせないものですから、人体の中で最も大きな臓器で、再生能力も高いのです。

B型・C型など肝炎ウイルスによる感染(ウイルス性肝炎)や肥満・糖尿病・アルコールなどで起こる脂肪肝(脂肪性肝疾患)のほか自己免疫性疾患などで起こる炎症が6ヶ月以上続くと慢性肝炎と呼ばれます。しかし、このまま適切な治療を受けず慢性炎症が年単位で継続すると、もはや肝細胞の修復が追いつかなくなり、線維化して肝硬変となります。肝硬変からは肝臓がん(肝細胞がん)を併発する頻度が高くなります。(P57-58参照)

肝疾患の病態



肝臓の機能は、一般定期健康診断等で行われる血液検査でわかります。検査項目の中で、AST(GOT)やALT(GPT)はどちらもタンパク質を分解する酵素ですが、ALTはほとんどが肝臓に存在していますが、ASTは肝臓以外にも心臓、腎臓、筋肉、赤血球などにも存在しています。肝臓の細胞が壊れるとASTもALTも上昇します。また、 γ -GTPもタンパク質を分解する酵素の一種ですが、胆道が胆石やがんなどによって詰まると逆流して血中の濃度が上がります。アルコール性肝機能障害・胆道の圧迫や閉塞・肝硬変・慢性肝炎などの指標になります。また最近増えている栄養過剰や肥満がもとで起こる非アルコール性脂肪肝(NAFLD: Non-Alcoholic Fatty Liver Disease)、非アルコール性脂肪性肝炎(NASH: Non-alcoholic steatohepatitis)でも γ -GTPやALTが上昇します。定期健診を受けて早期発見に努めましょう。

②疫学

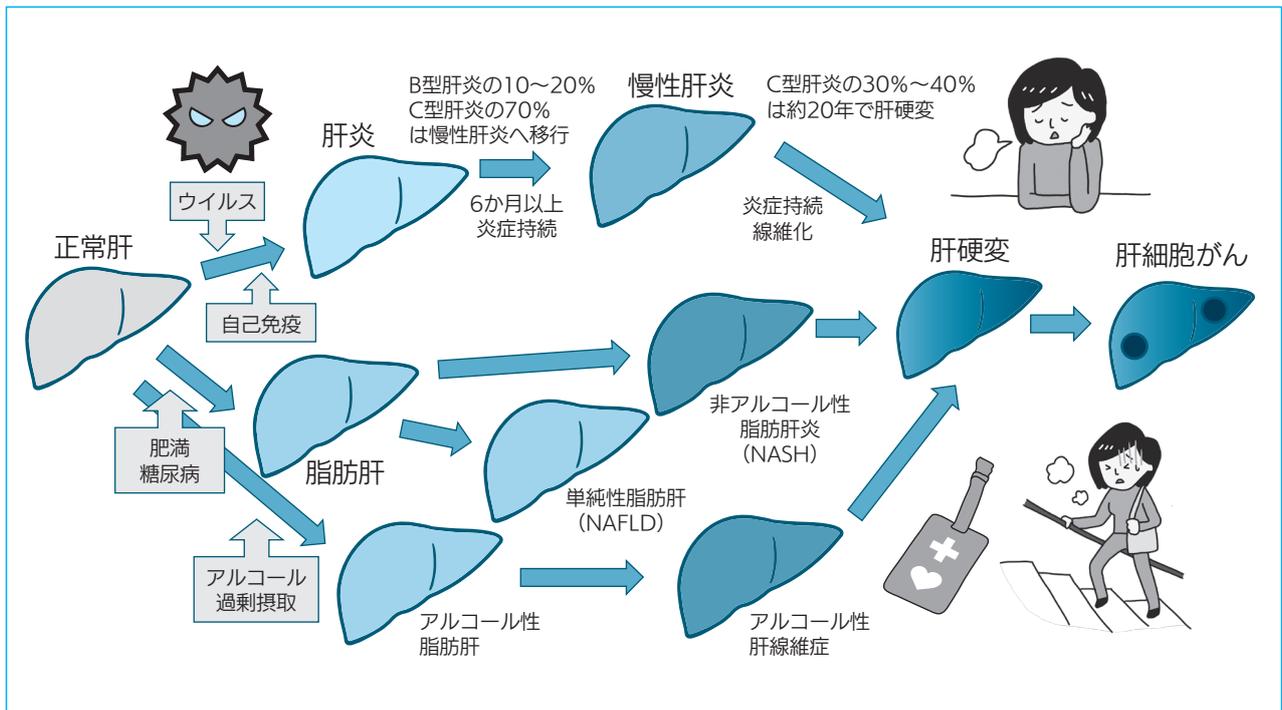
ウイルス肝炎のうち持続感染する可能性があるのはB型肝炎とC型肝炎だけです。B型肝炎の感染経路には血液・体液を介して感染する(水平感染)及び感染している母親からの出生時の母子感染(垂直感染)があります。水平感染は感染している方とのカミソリなどの共有、ピアスの穴開け機器の共有、性行為、注射針の共有な

ど出血を伴うような行為が原因となりますが、一般的な職場での握手や食事を共にする程度で感染するものではありません。B型肝炎に感染した方の10～20%は肝炎が持続し、その中から肝硬変や肝細胞がんになる人も出てきます。予防のワクチンやインターフェロンなどの治療がありますが、ウイルスそのものを排除する治療ではありません。

C型肝炎は主に血液を介して感染します。刺青やピアスの穴開けなどが知られていますが、感染経路が不明なものもあります。多くは感染しても自覚症状がなく、70%の人が慢性肝炎となり、そのうち未治療の場合は30～40%の人が約20年の経過で肝硬変になります。その人たちは年7%の頻度で肝細胞がんを併発していました。C型肝炎ウイルスにはワクチンはありませんが、ウイルスの増殖そのものを抑制する内服薬が2014年に承認され、95%以上の確率で治癒させることができるようになりました。

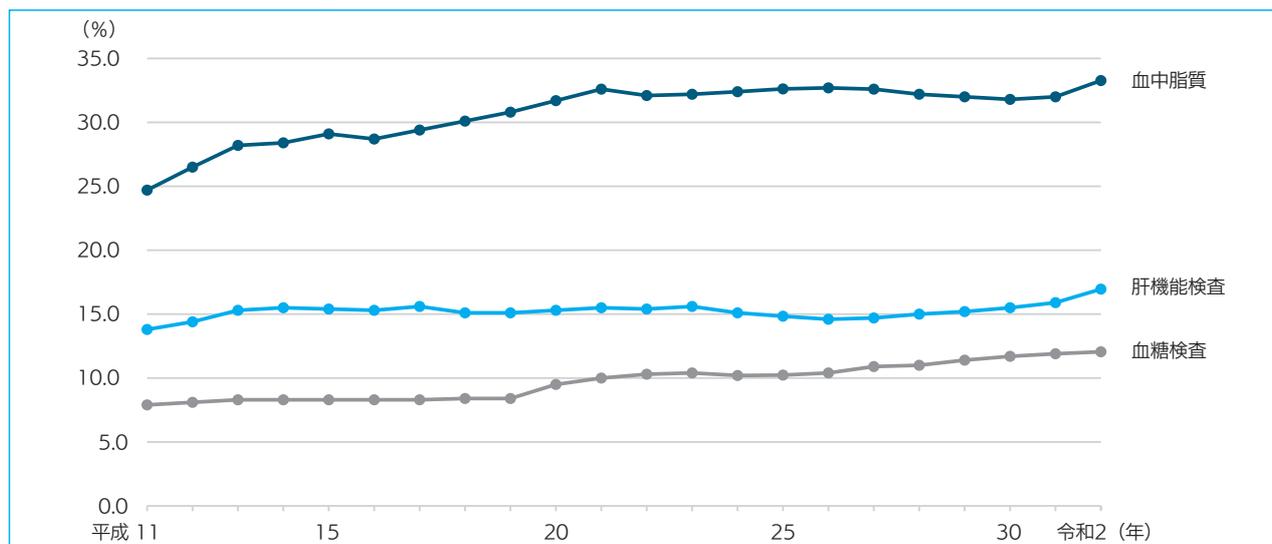
ウイルス性肝炎以外では、飲酒によるアルコール性肝障害だけでなく、最近では特に肥満や糖尿病に関連する非アルコール性脂肪肝が増えて問題視されています。人間ドック受診者の30～40%が罹患しているとの報告があります。このうち10～20%は非アルコール性脂肪性肝炎に進展し、その中で5～20%が肝硬変となり、そのうちの0～15%が肝細胞がんを併発すると言われています。

肝炎の経過



常時50名以上の労働者を使用する事業者を対象にした厚生労働省の定期健康診断の有所見率等の結果報告によると、肝機能検査の有所見率は血中脂質や血糖検査における有所見率とともに年々増加しており、両立支援の面からも健康経営の面からも注意すべきことと思われます。

定期健康診断での有所見率の推移



厚生労働省:令和2年定期健康診断結果報告より作成

③症状

肝疾患の三大症状は、「だるい」、「脚がつる」、「体がかゆい」です。この中では、「だるい」が最も多い症状です。いずれにしても肝硬変まで進展しないと著明な症状が出ないことが発見を遅らせる問題点です。

2 代表的な治療と経過

①肝疾患に共通した治療

肝臓は再生能力が高く、慢性肝炎の段階でもあまり症状が出ません。「沈黙の臓器」と呼ばれるゆえんです。しかし、このまま適切な治療を受けず慢性炎症が進行すると、もはや肝細胞の修復が追いつかなくなって線維化し肝硬変となります。肝硬変からは肝細胞がんを併発する頻度が高くなります。

したがって、肝疾患には一般定期健康診断等で行う血液検査、できれば肝炎ウイルス検査も行って早期発見、早期受診を進めることが第一です。そして、肝炎の診断であっても適切な治療を継続することで肝硬変に移行させないようにすることが重要です。具体的には食事・運動療法による生活習慣の改善を基本として、標準体重を目安とした肥満改善も必要です。

C型肝炎ウイルスによる慢性肝炎については明るい話題もあります。2014年に新たな薬が承認されたことで治療が飛躍的に進歩し、インターフェロンによる治療を併用しなくても、飲み薬だけでウイルスが排除できるようになりました。

②肝硬変にまで進行した場合

肝硬変といってもその程度や症状は様々です。肝硬変の患者は蛋白質とエネルギーの不足による低栄養の状態にあるため、からだのむくみや腹水が出たり、肝性脳症、糖尿病、筋肉減少などの症状が出やすくなります。これらを予防するために食生活の改善が必要です。筋肉減少の予防には適度な運動が勧められています。ホルモンバランスの乱れや痒みなどから睡眠障害が出ることもあるため睡眠に対する正しい理解と対策が必要になります。肝炎ウイルスによる肝硬変では抗ウイルス療法を行います。その他、肝硬変による食道静脈瘤に対する治療が必要になる場合もあります。また、腹水の治療で入院が必要になることもありますし、肝性脳症といって意識障害が出ることもあります。治療の一つとして肝移植を受ける場合もあります。

③肝細胞がんを併発した場合

肝細胞がんの治療には切除や肝移植といった手術療法のほかにラジオ波焼灼療法・肝動脈化学塞栓療法・動注療法・分子標的治療薬の内服による治療があります。

※肝細胞がんについては、P57～P58もご参照ください。

3 両立支援に必要な留意点

①疾病・治療に対する理解

- 肝疾患では、早期の「受検・受診・受療」が最も重要です。事業場においては、健診の結果次第で早期受診するように普段から従業員へ周知しておくことが必要です。
- 慢性肝炎であれば、1～2週間に1回の通院が必要です。業務内容の制限は必要ありません。
- 肝硬変になると細かい判断ができなくなることがあるため、業務内容の制限が必要になる場合があります。
- 肝硬変や肝細胞がんへの病気の進行を防ぐことが重要です。そのために定期的な通院治療や経過観察が必要となります。
- 過度の安静は不要であり、適度な運動は体力維持や脂肪肝の予防にもなります。
- 病気が進行すると、記憶力や判断力の低下を来すことがあるため、運転など危険を伴う作業を控える必要が生じることもありえます。
- 肝硬変や肝細胞がんでは検査や治療のために入退院を繰り返すこともありうるので、働き方を工夫する必要がありえます。

②医療機関での情報共有

- 治療計画を明確に示し、必要な治療時間・回数などを説明することで、継続的な受診・治療ができるような配慮をお願いすることとなります。
- 注射によるインターフェロン治療では一時的な体調不良が見られることがあるため、症状や対処法について十分説明し、勤務日との調整も考慮する必要があります。
- 経過によっては入退院を繰り返すこともあるため、病状に応じた情報提供を行う必要があります。

③安全な通勤のための配慮

- だるさがある場合には、ヘルプマークなどの利用を考えることが必要です。
- 判断力低下がみられる場合は、自動車通勤などは控える必要もあります。

④職場での配慮

- 治療薬の内服時間が食事時間(昼休憩時間)を避けて指定されることがあるため配慮が必要な場合があります。
- 薬の副作用が辛い時には、時間外勤務・休日出勤・出張などの業務上の負担を減らす配慮が必要になります。
- 「全身のだるさ」「脚がつる」「かゆみ」などの症状がみられることがあることを理解しておく必要があります。
- 病状の進行によって判断力低下などがみられることがあり、状況に応じて配慮が必要となります。

⑤配慮するうえでの注意

- ウイルス性肝炎といえども、会話や会食、握手など職場における一般的な行為で感染することは考えられないため、正しい知識の啓発や環境整備を行うことが大切です。
- 血液や体液が付いていない状況であれば、公衆トイレや筆記用具や食器などの共有も大丈夫です。差別につながることはないようにしましょう。
- 会食などの席ではアルコール類は勧めないでください。

【参考文献】

日常生活の場でウイルス性肝炎の伝播を防止するためのガイドライン(一般の方向け)：

厚生労働省：集団生活の場における肝炎ウイルス感染予防ガイドラインの作成のための研究班：代表研究者 四柳 宏
2014年3月発行

治療と仕事の両立支援のための肝炎医療コーディネーターマニュアル：職域におけるウイルス性肝炎患者に対する望ましい配慮及び地域を包括した就労支援の在り方に関する研究：代表研究者 渡辺 哲 2017年2月発行

事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン：厚生労働省：2019年3月改定

定期健康診断結果報告：厚生労働省HP 統計の概要 | 厚生労働省 (mhlw.go.jp)

肝炎のすべてがわかる本：泉並木 2017年1月25日 講談社

【その他 参考となる資料】

日本消化器病学会。「患者さんご家族のための肝硬変ガイド」.

https://www.jsge.or.jp/guideline/disease/pdf/04_kankouhen.pdf

厚生労働科学研究費補助金肝炎等克服政策研究事業(研究代表者 渡辺哲)

「治療と仕事の両立のための肝炎医療コーディネーターマニュアル」

<https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou09/pdf/guideline05.pdf>

産業医科大学。「健康経営のためのウイルス肝炎対策」

<https://www.uoeh-u.ac.jp/kouza/sanhoken/hcv/index.html>

香川大学医学部附属病院。「肝炎就労支援ノート」

<https://www.med.kagawa-u.ac.jp/~kan/pdf/note.pdf>

6

難病分野

1 疾患の概要

①難病の定義

「難病」とは、発病するメカニズムが明らかになっておらず、治療も確立していない希少な疾患で、これに罹患することによって長期の療養を要する疾病のことです。かつては「不治の病」とされてきましたが、医学の進歩で克服された疾病もあります。完治はしないものの、適切な治療や自己管理を続ければ、普通に生活ができる状態となっている疾患も多くあります。そのために、「病気をもちながら働き続ける」ことが大きな課題になっているのです。

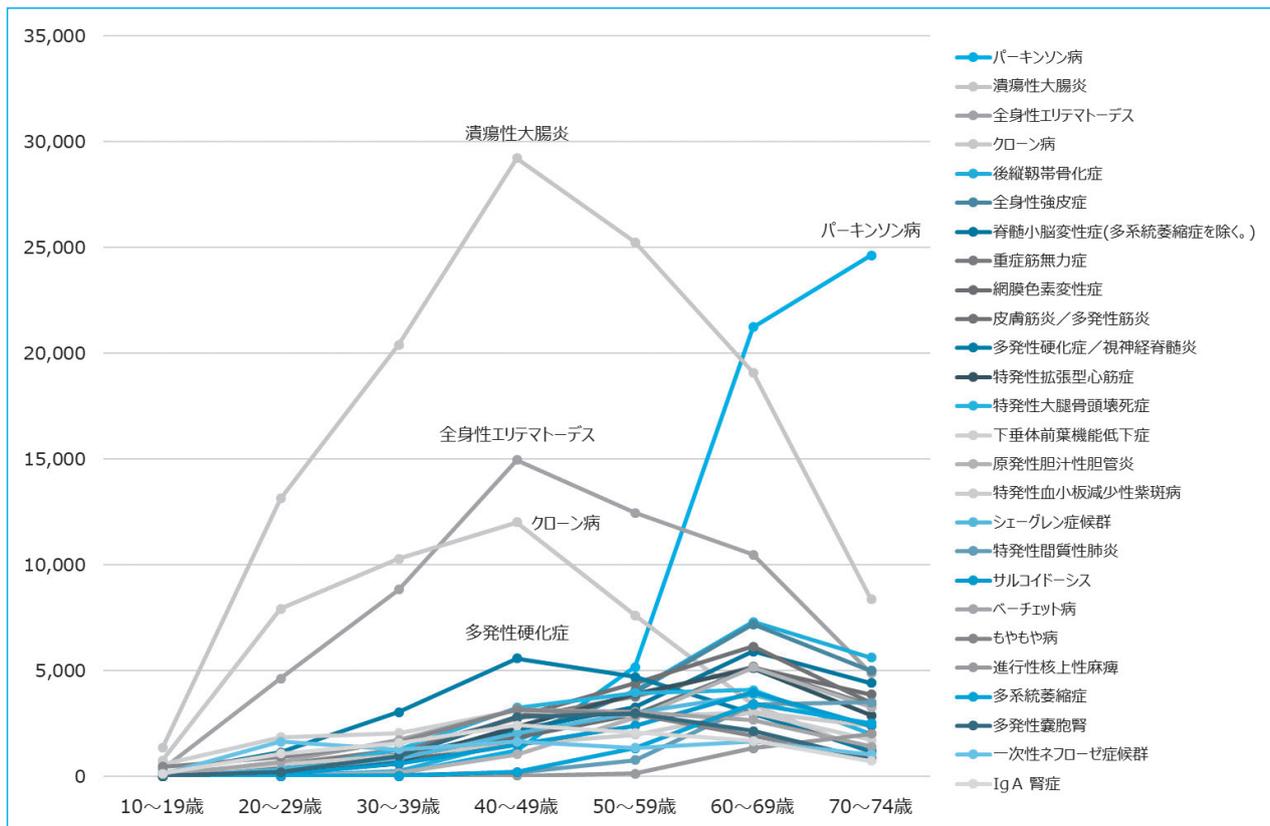
難病のうち、患者数がわが国の人口の0.1%程度以下と少なく、客観的な診断基準またはそれに準ずるものが確立している疾患は、「指定難病」として医療費助成の対象となっています。この制度は「難病の患者に対する医療等に関する法律」(平成26年法律第50号)に基づいて指定される指定難病について、治療方法の確立等を目的に難病患者データの収集を効率的に行って治療研究を推進することに加え、効果的な治療方法が確立されるまでの間、長期療養による医療費の経済的な負担が大きい患者を支援するための制度です。平成27年に110の疾患から医療費助成が開始され、令和3年11月の時点で指定されている難病数は338を数えています。

②疫学

令和元年度時点の衛生行政報告例によると、全国で国から助成金を受給している患者は約94万6千人で、このうち20歳から69歳の就労年齢者は約57万人(約60%)ですが、もちろんこれは受給者数を見たものですから、実際にはより多くの患者がいらっしゃいます。

この報告から作成した医療費助成受給者証所持者の年齢階級別にみたグラフを示します。就労世代では、40代をピークに潰瘍性大腸炎や全身性エリテマトーデス、クローン病、多発性硬化症が多く見られますが、50代以降でパーキンソン病が著明に増加しています。後縦靭帯骨化症、全身性強皮症、皮膚筋炎/多発性筋炎、脊髄小脳変性症なども60代をピークに増加傾向にありますので、就労者の高齢化とともに支援対象となる患者は増加する可能性があります。

主な指定難病の年齢階級別の医療費助成受給者証所持者数



資料：令和元年度衛生行政報告例より作成

③症状

難病には、症状の変化が毎日ある、日によって変化が大きい、症状が見えづらい等の特徴に加え、進行性の症状を有する、大きな周期でよくなったり悪化したりするという難病特有の症状が見られます。また、その半数以上で合併症や二次障害等が見られるなど、生活の質が損なわれやすいとも言われています。

2 代表的な疾患の治療と経過

①潰瘍性大腸炎・クローン病(炎症性腸疾患)

潰瘍性大腸炎(指定難病97)は、大腸粘膜と粘膜下層を侵し、大腸粘膜のびらんや潰瘍が直腸から連続して生じる炎症性疾患です。特徴的な症状は下痢、血便、腹痛です。重症になると発熱・食欲不振などが加わり、体重減少や貧血を伴うこともあります。30歳代をピークとして全年齢層で発症し、男女差はありません。病状は活動期と寛解期を繰り返します。原因は不明ですが、遺伝的素因に腸内細菌叢の変動が絡みあい、腸管で過剰免疫応答が引きこされることが発症や炎症の持続の機序と考えられており、心理学的要因も関与するといわれています。

生涯にわたっての治療・経過観察、時には入院治療が必要となるため、日常生活・社会生活に困難をきたします。発症から7年以上経過すると大腸がんを合併するリスクが高まるため、症状の有無によらず定期的な内視鏡検査が必要となります。

薬物治療は大腸の異常な炎症を抑えてコントロールすることが目的で、寛解導入療法と維持療法に区別され、ガイドラインに沿ってメサラジンやステロイド薬や免疫抑制剤などで治療されます。しかし、このような

治療に反応せず、稀に大腸全摘術が必要となる方もいらっしゃいます。

クローン病(指定難病96)も炎症性腸疾患のひとつですが、潰瘍性大腸炎とは異なり、口腔から肛門にいたるまでの消化管のどの部位にも炎症や潰瘍が起こりえます。小腸と大腸を中心として特に小腸末端部が好発部位で、非連続性の病変を特徴とし、腹痛や下痢、血便、体重減少などが生じます。腸以外の全身にも合併症が起こることがあり、関節炎は30%以上の患者にみられ、皮膚症状(結節性紅斑など)は2%程度、眼症状(光彩炎)は1~2%程度合併します。主として10~20歳代の若年者に好発し、男性で女性の約2倍多く見られます。病状は寛解導入に成功しても再発・再燃を繰り返しながら進行すると言われています。原因は不明ですが、なんらかの遺伝的素因を背景として、腸管の免疫細胞が過剰に反応して病気の発症、増悪にいたると考えられています。世界的には、先進国に多く北米やヨーロッパで高い発症率を示しており、衛生環境や食生活が大きく影響し、動物性脂肪、タンパク質を多く摂取し、生活水準が高いほどクローン病にかかりやすいと考えられています。また喫煙は2倍以上発症リスクを上げるといわれています。

潰瘍性大腸炎と同様に内科治療が主体となることが多いのですが、腸閉塞や穿孔、膿瘍などの合併症には外科治療が必要となり、その際には腸管をできるだけ温存するために、小範囲の切除や狭窄形成術などが行われます。近年は生物学的製剤(抗TNF- α 抗体薬など)の登場により炎症性腸疾患、特にクローン病の治療効果の向上が期待できるようになりました。

<就労上の留意点>

- 潰瘍性大腸炎もクローン病も寛解時においても食事や栄養管理が基本となります。
- ストレスは避けたいですが、疲労がたまらない適度な運動は推奨されます。
- 寛解期には就労も特に制限されませんが、疲労やストレスには注意が必要です。
- 頻回の下痢や便意がある場合には、工作中や移動中のトイレ時間が必要となります。
- 本人としてはおなかの調子が良くても病気が悪化していることもあるので、定期的な内視鏡検査を受けることが必要です。
- 特にクローン病では受動喫煙に留意が必要です。
- 人工肛門をつけている方もいます。

②全身性エリテマトーデス(SLE)

全身性エリテマトーデス(Systemic Lupus Erythematosus: SLE)(指定難病49)は、妊娠可能年齢の女性に好発する慢性炎症性疾患で、抗二本鎖DNA抗体などの自己抗体産生と免疫複合体形成が起こり、これが組織に沈着することで炎症が惹起され活動性病変を呈します。発熱、全身倦怠感などの炎症症状と、関節、皮膚、そして腎臓、肺、中枢神経などの内臓のさまざまな症状が一度に、あるいは経過とともに起こってきます。原因は不明ですが、免疫の異常が病気の成り立ちに重要な役割を果たしており、性ホルモンの関与が考えられています。また、ウイルス感染や紫外線などの様々な環境因子が発症や増悪の誘因となると考えられています。男女比は約1:9と圧倒的に女性に多い病気です。なかでも生理が始まってから終わるまでの期間に多く、子供や老人では男女差が少なくなります。

全身症状(発熱、全身倦怠感、易疲労感、食欲不振など)、皮膚症状(有名なのは、頬にできる蝶が羽を広げている形をした赤い発疹で、蝶型紅斑と呼ばれています)や関節症状(手や指が腫れる有痛性関節炎、日によって場所が変わる移動性関節炎)がほとんどの患者に見られます。口内炎や脱毛も見られることがあります。これに、さまざまな内臓の病気(ループス腎炎、心病変、肺病変、消化器病変など)や神経精神症状、血管の病気、血液異

常など多彩な病状が加わりますが、これらの組み合わせは多様で、症状や重症度は個々の患者で大きく異なります。

治療は免疫抑制効果のあるステロイドが主体ですが、効果が薄い例では免疫抑制剤も使われます。薬物治療の継続が必要ですが、5年生存率は95%以上にまで改善しています。

<就労上の留意点>

- 継続治療のため定期的な外来受診が必要です。
- 日によって調子の波があるのが特徴です。
- ストレスや睡眠不足は悪化させる因子であり注意が必要です。
- 増悪因子と考えられる、紫外線、感染症を避け予防することが大切です。
長時間の直射日光は避け、帽子、長袖の服、日焼け止めをしっかりと使うことが必要です。
- ステロイド服用しており、マスク着用や手洗い・うがいなど一般的な感染予防が大切です。
- 感染症を起こした場合も、決して副腎皮質ステロイドを中止しないようにします。長期間の副腎皮質ステロイド内服のため副腎皮質のストレス反応が十分に起きにくくなっているため、中止すると副腎不全を起こしてショック状態になる危険があります。
- 災害時などに備えて副腎皮質ステロイドを継続できるよう、普段から少し余分に持っておいたほうが良いでしょう。
- 血圧を正常に保つことも重要です。自宅でも血圧を測定することを心がけましょう。
- 体重やコレステロール、血糖についてもしっかりコントロールし、増えすぎないように注意しましょう。

③多発性硬化症(MS)と視神経脊髄炎(NMO)

多発性硬化症(Multiple Sclerosis: MS)(指定難病13)は中枢神経系の炎症性脱髄性疾患の一つです。神経細胞から出る細い軸索は、まるで電線がビニールの絶縁体で被われているように、髄鞘というもので被われています。この髄鞘が壊れて中の神経がむき出しになる病気が脱髄疾患です。この脱髄が斑状にあちこちででき、病気が再発を繰り返すのが多発性硬化症です。MSの発症には自己免疫学的機序と環境因子が関与しているといわれており、30歳代の若年成人に多く発症します。

視神経脊髄炎(Neuromyelitis Optica: NMO)は、主に視神経や脊髄に病変を認めるもので、MSよりも発症年齢が高く、女性に多い特徴があります。

MSやNMOの症状はどこに病変ができるかによって多種多様です。視神経の病変では視力低下や視野が欠けたりします。脳幹部の病変では、目を動かす神経が麻痺して複視や眼振を認めたり、顔の感覚や運動麻痺がでたり、ものが飲み込みにくくなったり、しゃべりにくくなったりします。小脳の病変ではまっすぐ歩けなくなり、手がふるえたりします。大脳の病変では手足の感覚や運動の障害、さらに認知機能にも影響を与えることがあります。脊髄の病変では胸や腹の帯状のしびれ、ぴりぴりした痛み、手足のしびれや運動麻痺、尿失禁、排尿・排便障害などが起こります。

通常型MSの多くは再発・寛解を繰り返しながら慢性に経過をとります。再発の回数は年に3~4回から数年に1回と差が大きく、再発を繰り返しながらも障害がほとんど残らない患者もおられます。しかし、一部のMSでは初期に再発・寛解を示した後、しだいに進行性の経過をとる場合があります。また、最初から寝たきりとなり、予後不良の経過をとる患者もおられます。MSの診断がついたらなるべく早く再発予防の治療を開始するよう勧められています。一方、NMOでは進行型を呈する方はほとんどなく、再発型とされています。NMOの再発は視力障害や脊髄障害などの症状が重篤になることが多いため、出来るだけ再発予防の治療を

行うよう勧められています。

<就労上の留意点>

- ・過労やストレス、感染などは再発の危険因子であり避ける必要があります。
- ・体温が高くなると一過性にMSの症状が悪くなることがありますので(ウートフ徴候)、そのような場合には高温の作業現場や入浴やサウナは避けた方が良いでしょう。

④パーキンソン病

パーキンソン病(指定難病6)は、振戦(手のふるえ)、動作緩慢、筋強剛、姿勢保持障害を主な運動症状とする病気で、ほとんどが50歳以上で起こる病気です。まれに40歳以下で起こる方もあり、若年性パーキンソン病と呼んでいます。中脳の黒質ドパミン神経細胞が減少して起こります。ドパミン神経が減ると体が動きにくくなり、ふるえが起りやすくなります。運動症状が出現する前から、嗅覚障害、便秘、レム睡眠行動異常などが認められます。

治療の基本は対症療法としての薬物療法で、ドパミン神経細胞が減少して少なくなったドパミンを補うためにドパミン前駆物質のL-dopaを服用します。しかし、この薬も長期間服用すると効果が減弱したり副作用が出たりします。このためパーキンソン病では、複数の薬を組み合わせる治療するのが一般的です。薬によって、服薬のタイミングが異なりますので、その理由をよく理解して服薬することが大切です。また、パーキンソン病の治療薬以外の薬を併用するときには、飲み合わせに注意することも大切です。

生活面では運動、睡眠、食事、薬が基本です。運動は健康維持に必須です。激しい運動ではなく散歩やストレッチが勧められています。

パーキンソン病の重症度分類には、下記のHoehn-Yahr(ホーン・ヤール)重症度分類(ヤールの重症度分類)と生活機能障害度が用いられています。

● Hoehn-Yahr重症度分類

- 0度 パーキンソニズムなし
- 1度 一側性パーキンソニズム
- 2度 両側性パーキンソニズム
- 3度 軽～中等度パーキンソニズム。姿勢反射障害あり。日常生活に介助不要
- 4度 高度障害を示すが、歩行は介助なしにどうにか可能
- 5度 介助なしにはベッド又は車椅子生活

● 生活機能障害度

- 1度 日常生活、通院にほとんど介助を要しない。
- 2度 日常生活、通院に部分的介助を要する。
- 3度 日常生活に全面的介助を要し、独立では歩行起立不能。

<就労上の留意点>

- ・転倒しやすくなるので、作業場内の導線や通勤などに注意が必要です。
- ・細かい作業に困難になることがあります。
- ・薬物コントロールのために入院が必要となる場合があります。

3 難病に対する両立支援に必要な留意点

①疾病・治療に対する理解

就労上で問題となる症状として、「痛み」や「手足に力が入らない」、「倦怠感」といったものもあり、外見上では分かりにくい症状に悩まされている場合も多く、患者や家族の訴えを良く聴取することが求められます。また、治療のために専門病院への通院が必要となる場合も多く、特に医療機関が遠方の場合には特段の配慮が必要となります。

難病というイメージで誤解されることが多いのですが、ほとんどの難病はうつる種類の病気ではありません。難病の病因は様々ありますが、免疫機能の異常で自分自身の体を攻撃する状態になるとか、神経伝達物質の異常により発症する場合などが代表的な病因であり、日常業務でうつる可能性はありません。むしろ、難病のある人の中には免疫力が低下している人もいるため、逆に周囲で風邪をひいている人などがあれば、それを難病のある人にうつさないように注意することが必要となります。

②医療機関での情報共有

- ・ 難病そのものによる症状の他に合併症があるかどうか、そしてその内容を把握する必要があります。
- ・ 症状に変化がみられる場合は、「症状がより重度な状態(=支援を最も必要とする状態)」の詳細な聞き取りを行うことが重要です。
- ・ 逆に「症状が軽度な状態」はどの程度なのか、「どのくらいの時間・期間で症状が変化するのか」等についても十分確認を行うことが必要です。
- ・ 変化の例としては、1日の中で変動するのか、毎日変動するのか、急に重くなるのか、数か月単位なのか、季節や天候で変わるのか等を確認します。
- ・ 治療経過や投薬の状況、副作用、通院などの治療計画、今後の見通しなども分かる範囲で把握する必要があります。
- ・ 二次障害についてもよく聞いておくことが必要です。障害手帳の有無や障害福祉サービスの利用状況なども把握しておくことが望ましいでしょう。
- ・ 症状を悪化させないための留意点や、悪化時の対応なども主治医に確認しておく必要があります。

③安全な通勤のための配慮

- ・ 体力や免疫低下を考慮した通勤方法の検討する必要があります。
- ・ 目に見えない障害に対する配慮、ヘルプマークなどの利用を検討する必要があります。
- ・ 自動車運転に注意を要する病態もあります。

④職場での配慮

- ・ 体調や通院日を考慮したシフト作成、休憩時間の検討する必要があります。
- ・ 早朝勤務や夜間勤務から外せるかどうかの検討する必要があります。
- ・ 受診日の前後は体力低下が見られることが多く、対象に合わせた業務内容に配慮する必要があります。

⑤配慮するうえでの注意

- ・ 症状の個別性が高い疾病が多いので、症状や配慮について都度確認を行いましょう。
- ・ 寛解時には適切な運動等は勧められており、過度の安静にならないように留意しましょう。

4 難病関連の支援機関

①難病情報センター(公益財団法人難病医学研究財団)

平成9年度よりホームページを開設しており、難病のうち、難治性疾患政策研究事業の対象としている疾病を中心に、難病患者やそのご家族をはじめ、医療関係者などの利用を想定した関係情報の提供を行っています。

※ 難病情報センターHP : <https://www.nanbyou.or.jp>

②難病相談支援センター

平成15年度以降、各都道府県に設置されている「難病相談支援センター」では、地域で生活する難病患者・家族等の日常生活上における悩みや不安などの解消を図るとともに、患者等のもつ様々なニーズに対応したきめ細かい相談支援(電話や面接による相談、患者会活動、医療相談、就労支援など)を行っています。

※ 都道府県難病相談支援センター一覧: <https://www.nanbyou.or.jp/entry/1361>

③ハローワーク

全国のハローワークの専門援助窓口には、難病患者就労サポーターが配置され相談を受付けている。難病患者就労サポーターは医療・社会福祉等の資格保有者又は実務経験者、キャリアコンサルタント・産業カウンセラー資格保有者等で、難病患者の相談に関する1年以上の業務経験をもっています。

【参考文献】

厚生労働省HP 難病患者の就労支援

難病患者の就労支援 | 厚生労働省 (mhlw.go.jp)

難病情報センターHP

難病情報センター – Japan Intractable Diseases Information Center (nanbyou.or.jp)

7

心疾患分野

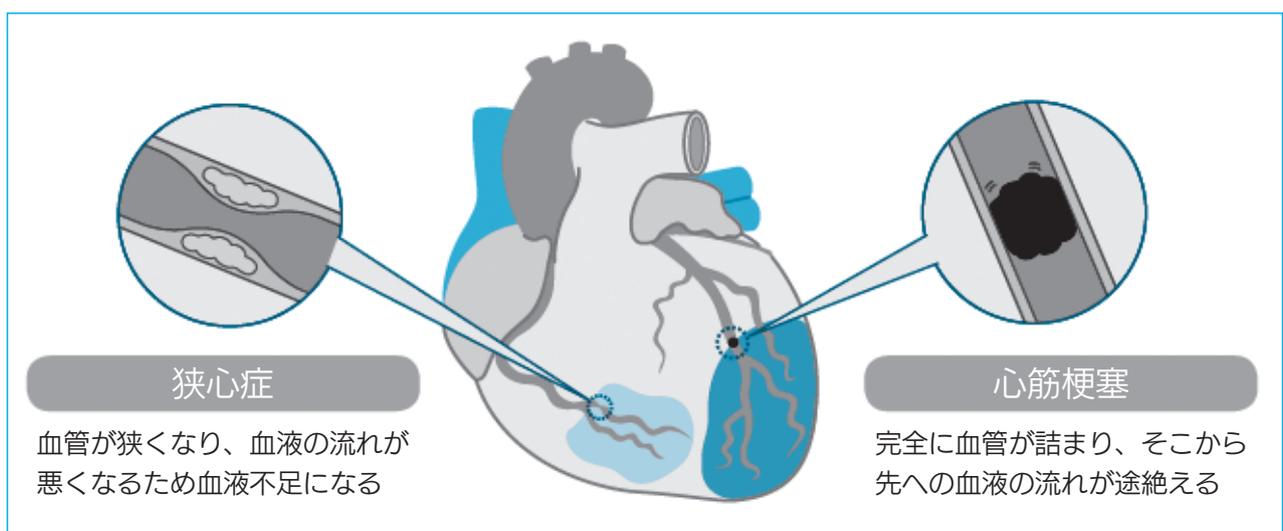
1 疾患の概要

①心疾患の定義

心疾患とは、心臓に生じる病気全般のことです。心疾患は1つの病名ではなく、脈の乱れを起こす病気や、冠動脈や心臓弁の病気、先天性な心臓病など、“心臓に起こる病気の総称”として用いられます。主な疾患としては「虚血性心疾患」「不整脈」があり、さらに、色々な疾患が原因となって生じる「心不全」と呼ばれる病態があります。これらの心臓の病気は単独でも起こりえますが、複数の心疾患がお互い原因となり結果となることから、患者は多数の心疾患に悩まされることも少なくありません。

心臓は全身に血液を送り出すポンプ機能を担う重要な臓器です。心疾患によって心臓にダメージが生じると、心臓の機能は徐々に低下し、重篤な心不全を引き起こし、死に至ります。病気によって発症後、急激に悪化するケースと、長い年月をかけてゆっくり悪くなっていくケースがあります。

原因は心臓の病気によって大きく異なります。まず、心筋梗塞や狭心症などの「虚血性心疾患」は、心臓の筋肉に栄養を送る冠動脈が閉塞・狭窄することによって引き起こされます。次に、「不整脈」は心臓に流れる電流の発生源や伝達経路に異常があることで生じます。その原因としてさまざまな病気が挙げられ、心臓にダメージが生じること、心臓に負担がかかることなどでも発症します。そして「心不全」は、心臓のポンプとしての機能が低下した状態を言います。虚血性心疾患、不整脈、弁膜症、高血圧、先天性心疾患など様々な疾患が原因となります。



出典：厚生労働省「スマート・ライフ・プロジェクト」

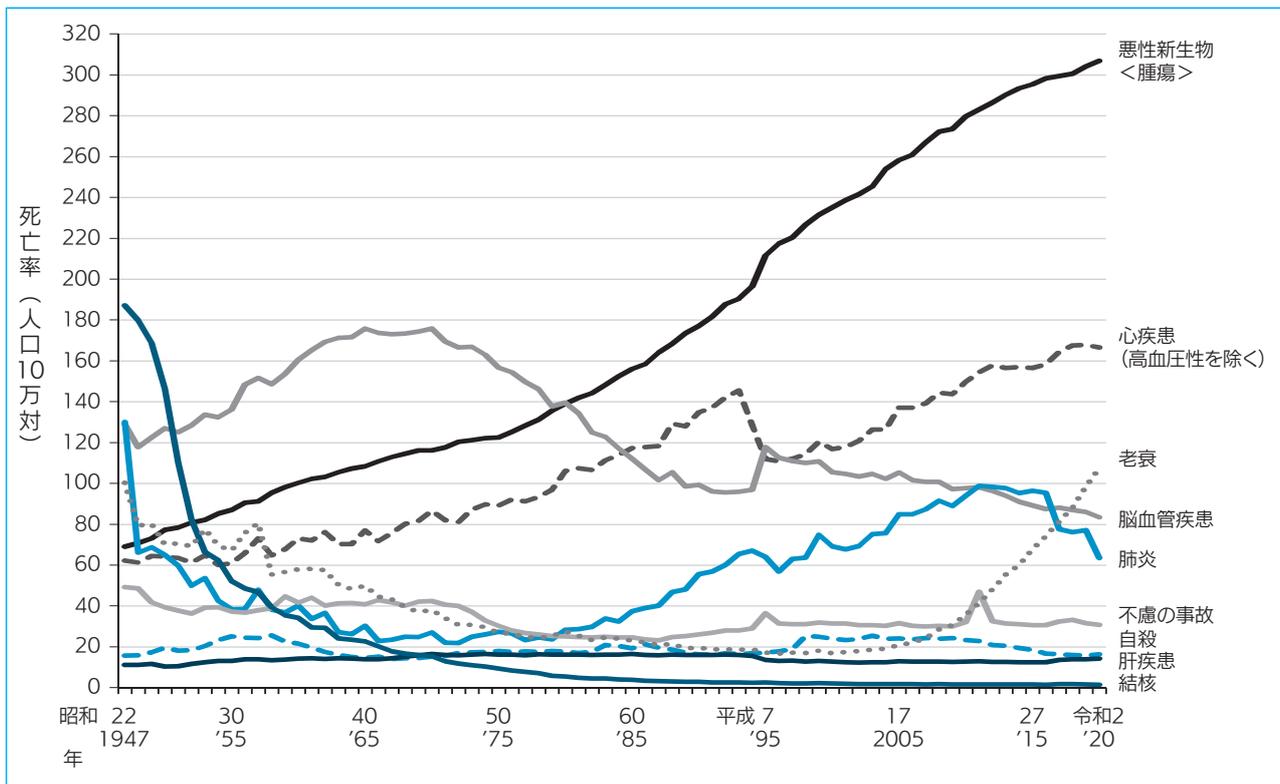
②疫学

心疾患による死亡率は「がん」に次いで死因第2位を占めています。がんが様々な臓器全般を指すものであると考えると、心臓が原因で死亡する患者が臓器別ではとても多いことに気づかれると思います。今後、高齢者が増加し続けることを考慮すると、平均寿命を延ばすためには、「心疾患」の克服が必須であるといえます。

また、近年の社会問題として高齢者で心不全に罹患する患者が爆発的に増加しています。「心不全パンデミック」と称され、根本治療が困難であることから、患者の約20%~40%は1年以内に再入院し、入退院を繰り返すため予後は悪く、医療経済的にも大きな問題となっています。

こうしてみると、「心疾患＝死に至る病」というイメージをもってしまいますが、厚生労働省の平成29年度患者調査の概況において、心疾患を有する患者の数は173万2000人とされています。つまり多くの心疾患を持つ患者は、再発の危険性に怯えながら日々生活を送っていることがわかります。心疾患は病気の性格上、基本的には動脈硬化が進行を速める40歳代以降に急速に増加する疾患群であることを考えると、就労年齢の高齢化と相まって、両立支援の対象者はさらに増加すると予想されます。

主な死因別にみた死亡率(人口10万対)の年次推移



出典:厚生労働省「令和2年(2020)人口動態統計月報年計(概数)の概況」作成

③症状

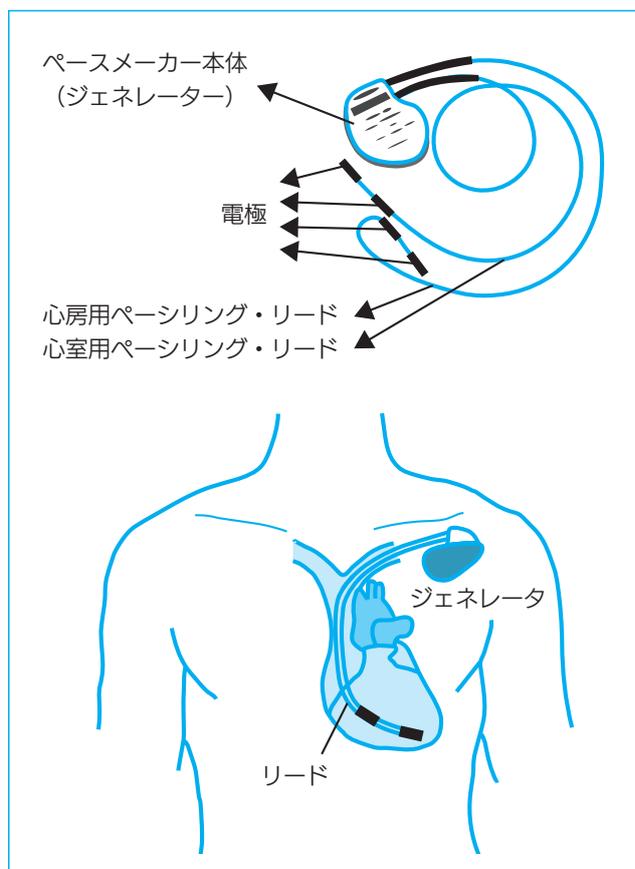
心疾患の症状は、その原因が何なのかによって異なります。虚血性心疾患は、突然の強い胸の痛みや吐き気などの症状が見られます。また、不整脈は動悸やめまいなどの症状が目立ち、心不全は息切れや手足のむくみを訴えられることが多いです。

また、心疾患は心筋梗塞などのように突然発症することがある一方、発症早期には症状が軽微で、慢性的に経過することもあります。患者が放置しているうちに、長年にわたり心臓に負担をかけるため、知らぬ間に重症の心不全に移行し、治療に難渋するケースも少なくありません。

2 代表的な治療と経過

- **薬物療法**: 心疾患の種類によって異なりますが、基本的には、「減負荷療法」と言い、心臓の負担を減らす内服薬が処方されます。更に虚血性心疾患や心房細動においては、動脈の閉塞を防ぐ目的で、血をサラサラにする薬(抗血小板薬・抗凝固薬)を処方継続します。
- **カテーテル治療**: 上下肢の血管から、カテーテルと呼ばれる管を心臓まで通して治療を行います。以前は虚血性心疾患のみで行われていた治療も、今日では不整脈から弁膜症にまで、多岐にわたる疾患で積極的に行われています。
- **デバイス治療**: 脈が遅くなる不整脈に対しては「ペースメーカー」と呼ばれるデバイスを植込み、脈拍を正常に保ちます。突然発生し、死に至る不整脈を持つ患者については、発作時に電気ショックなどが作動し突然死を防ぐ「植込み型除細動器」の植込みを行います。他に一部の心不全患者には「心臓再同期療法」デバイスを植え込むことがあります。
- **外科的手術**: 内科的治療が困難なときには、外科的治療を行います。代表的なものとして、虚血性心疾患において冠動脈と別の血管を繋ぐ「冠動脈バイパス術」や、心臓弁膜症に対して、弁を取り替える「弁置換術」、弁をリペアする「弁形成術」があります。時に重篤な心不全に対しては「心臓移植術」を選択することがあります。
- **心臓リハビリテーション**: 心疾患の再発や再入院を防止し、家庭生活や社会生活に復帰することをめざしておこなう総合的活動プログラムのことを言います。運動療法だけでなく、動脈硬化の進行防止や心不全の悪化阻止を目的として、食事指導や禁煙指導も行います。

ペースメーカー



3 両立支援に必要な留意点

① 疾病・治療に対する理解

心疾患は命に直結する病気であるという認識から、将来働き続けられるか否かを不安に思い、職場復帰に関して思い悩まれる患者は多いと思われます。しかしながら現実的には、日常的な配慮を適切に行うことで職場復帰が可能なことがほとんどです。

ただし、心疾患といっても病状や重症度には幅があり、必要となる治療法も千差万別です。もちろん心疾患の場合は仕事による身体的・精神的ストレスが直接心不全の悪化や不整脈の誘発、虚血性心臓病の再発などにつながるため、日ごろから主治医と相談しながら、心臓の状態を正確に把握し、時には仕事の内容を変更し、作業強度を制限することも必要となることがあります。例えば、電磁波はペースメーカー等のデバイスに大きな影響

を与えますし、過度の運動負荷は狭心症発作の誘発につながります。

心疾患患者は一見、ほぼ健康人と変わらず、日常生活にも支障がないのですが、無症状でも長期的に心機能の低下をきたすこともまれではなく、再発のたびに生命予後を短くしていくことから、一旦、職場復帰しても放置することなく、その時々的心臓の状態を評価して職場環境や仕事内容を見直していく必要があります。

②医療機関での情報共有

心疾患の病状を把握するために、主治医や看護師、リハビリスタッフなどの多職種と連携して情報収集を行う必要があります。心疾患で問題となるのは、前述したように患者は複数の心臓疾患を合併していることがほとんどであり、時に体内にペースメーカー等の様々な医療デバイスが埋め込まれていることもあります。医療関係者はどういう立場からでも、患者の最新の治療内容を正確に把握しておくことが大切です。医療機関内のコーディネーターが急性心筋梗塞等の重症疾患を早期から支援開始した場合には、治療計画だけでなく、急変時の対応などを慢性期の医療機関に申し送り、正確な情報共有が必要であると考えます。

③安全な通勤のための配慮

不整脈発作などによって失神を繰り返すおそれがある場合、心疾患には自動車運転の制限が政令により定められているものがあります。特に植込み型除細動器は作動状況によって一定期間、運転が制限されたりします。通勤時を含め、自動車運転が必要な場合には主治医の先生に運転の可否について尋ねておく必要があります。もちろん運転の許可が出れば、通常は自家用車での通勤は可能と考えますが、職場には報告しておくべきです。なお、植込み型除細動器植込み後はある種の職業運転に関して、意識消失発作や除細動器のショック治療が重大な事故に結びつく可能性があるため、許可されていません。

④職場での配慮

胸骨を切開して心臓血管外科の手術を受けた患者は、胸骨が癒合するまでの一定期間重いものを持ち上げたりする作業は避ける必要があります。

また、心不全の患者は、過度の身体的作業により症状の悪化や不整脈発作などを引き起こす可能性があるもので心機能に応じた作業制限が必要となる場合があります。

ペースメーカーや植え込み型除細動器などの心臓デバイスを植え込んだ患者は、高電圧配線や配電盤・溶接機など強力な電磁波を発生する機器がある職場環境において電磁干渉によるデバイス機能不全や不適切作動を生じる恐れがあるため、これらの機器を用いた作業や区域の立ち入り制限が必要になる場合があります。

このように職場復帰において必要な配慮は患者の病状・治療内容だけでなく職場環境や作業内容によって大きく異なります。安全な就労と治療の両立を図るためには職場と医療機関の情報共有と連携が不可欠であると考えます。

⑤配慮するうえでの注意

前述したように心疾患は、身体的・精神的ストレスがダイレクトに心機能自体に影響を与える比較的ナイーブな病気です。心臓病の程度が周囲の人間には見えにくいいため、職場の同僚から理解してもらえなかったりすると、ついつい頑張りすぎて、身体的疲労感だけでなく、精神的な疎外感を感じ、さらなる病状の悪化につながります。そういう意味では普段から職場の同僚や上司とコミュニケーションをとり、現在の病状に関して理解してもらうことが大切であるとともに、自分自身のストレスに目を向け、自己管理することも重要となってきます。

【参考文献】

Circulation Journal.2015; 79(11): 2396-2407

日本循環器学会「不整脈非薬物治療ガイドライン(2018年改訂版)」



両立支援の進め方

IV 両立支援の進め方

以下に、「がん分野」、「脳卒中分野」、「糖尿病分野」、「メンタルヘルス分野」、「肝疾患分野」、「難病分野」、「心疾患分野」それぞれについて、典型事例を用いた時系列の両立支援チャートを示します。

1 がん分野

★治療パターン(入院から復職 外来治療継続)

治療の流れ	就労の流れ	両立支援の流れ	両立支援コーディネーター	本人 (労働者・患者)	企業 産業保健スタッフ	サポートの際 のポイント
支援介入開始時	診断・告知	休職	<ul style="list-style-type: none"> ・支援対象者の決定 ・医療チームで協議 ・初回面談(本人から支援申し出) ・両立支援の案内 ・同意確認 	<ul style="list-style-type: none"> ・職場の就業規則を確認 		<ul style="list-style-type: none"> ✓ 本人の意志を確認 ✓ 問診票等で本人状況をアセスメントし、チームで共有
		・治療開始 ・休職手続	<ul style="list-style-type: none"> ・両立支援アセスメントシート作成(様式1) ・休職等に関連する制度等の概要説明 	<ul style="list-style-type: none"> 【社会資源の活用】 ・限度額適用認定証申請 ・傷病手当金申請・受給 ・各種医療保険特約制度の利用 ・その他 	<ul style="list-style-type: none"> 【活用できる資源の利用】 ・就業規則の確認 ・休職手続等の説明 ・その他 	
休職中の支援又は治療期	入院・手術	医療と職場の情報収集	<ul style="list-style-type: none"> ・面談継続(入院中) ・事業場のキーパーソンを確認 ・様式1、様式3により職務内容を確認、主治医と情報共有 ・医療チームで協議 ・両立支援計画(治療)を作成 	<ul style="list-style-type: none"> ・職場に「様式3 勤務情報を主治医に提供する際の様式」の作成依頼 	<ul style="list-style-type: none"> ・労働者から様式3を受理し、作成、主治医に提出 ・本人の職務内容・環境について情報提供 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 本人との信頼関係構築 ✓ 本人の職業情報から考えられる課題をアセスメント ✓ 心身の状態変化に留意 ✓ 会社担当者を確認
				<ul style="list-style-type: none"> 【社会資源の活用】 ・入院費用貸付制度受給 ・住宅ローン支払い免除制度の利用相談 ・生活福祉資金貸付制度利用 ・退院～在宅療養 		
		職場復帰				

復職準備期	定期検査・通院治療、療養	職場復帰	<ul style="list-style-type: none"> ・復職に向けた支援 ・職場復帰の可否の判断 	<ul style="list-style-type: none"> ・面談継続(外来) ・復職に際しての課題を整理 ・医療チームで協議 ・事業場キーパーソンと連絡継続 ・「様式4 診断書」の作成・事業場提出依頼 	<ul style="list-style-type: none"> ・職場との面談継続(休職中) ・退院～外来治療継続 ・職場に「様式4 診断書」を提出 【社会資源の活用】 ・障害年金の申請・受給 	<ul style="list-style-type: none"> ・労働者から「様式4 診断書」を受理 ・復職についての配慮事項などについては「様式5 意見書」を主治医に依頼 ・医療情報、主治医意見等を参考に、労働者の復職の方針検討・決定 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 病状と悩みの把握 ✓ 復職に際し配慮事項整理、医療チームで共有し、診断書作成
	復職～復職後の支援期	定期検査・通院治療	職場復帰	<ul style="list-style-type: none"> ・復職に向けた支援 ・離職後の支援 ・両立支援 	<ul style="list-style-type: none"> ・面談継続(外来) ・事業場から求められた「様式5 意見書」作成 ・事業場で作成した「様式6 両立支援プラン」を確認 ・復職前・復職後、本人及び事業場との相談継続、復職を支援 ・両立支援を継続(外来治療継続) 	<ul style="list-style-type: none"> ・復職後も相談継続 ・治療(外来治療)と仕事の両立を継続 	<ul style="list-style-type: none"> ・「様式6 両立支援プラン」を作成し本人・医療機関と情報共有 ・労働者の復帰後も連絡継続

2 脳卒中分野

★治療パターン

※ → 必要に応じて実施(本人・家族で実施が難しい場合には両立支援コーディネーター〔両立Co.〕が代行して確認等の作業を行うこともあり)

治療の流れ	就労の流れ	両立支援の流れ	両立支援コーディネーター	本人 (労働者・患者)	企業両立支援コーディネーター 産業保健スタッフ 人事労務担当者	サポートの際 のポイント
急性期	休職	・療養 ・就労についての確認	<ul style="list-style-type: none"> ・初回面談 ・主治医・担当Ns・担当リハスタッフ等からの情報収集 ・職業情報収集票を活用し、本人・家族・会社から情報を収集し、担当者との情報を共有 ・休職期間・有給休暇の残日数等休職に関わる内容を確認 ・自動車運転再開の必要性について確認 <p>【下記3項目は転院する場合に実施】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・リハビリテーション専門職等と共に機能評価票を用いた評価を実施 ・転院時に転院先に両立支援に関する資料の提出 	<ul style="list-style-type: none"> ・入院療養 ・就労内容について両立Co.に情報を提供 ・休職期間・有給休暇の残日数等休職に関わる手続き内容について確認、復職希望を会社に報告 ・自動車運転免許等の資格に関する期限がある場合、両立Co.に報告 <p>【下記項目は転院する場合に実施】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・転院が決定したことを会社に報告 ※各種社会資源の活用 <ul style="list-style-type: none"> ・限度額適用認定証申請、病院窓口提出 ・有給休暇の利用 ・傷病手当金の利用 ・生命保険の利用 ・各種保険特約制度等の利用 ・介護保険の申請 ・その他 	<ul style="list-style-type: none"> ・本人から復職の意向を確認、休職期間・有給休暇残日数等休職に関わる手続き内容について説明 ・本人または家族等から病状や今後の治療状況について確認 <p>※本人の同意を得た上で家族・医療機関両立Co.と情報共有・連携</p> <p>※産業医との情報共有・連携</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 本人と面談を繰り返しながら、その都度必要に応じた支援を展開していく ✓ 職業情報を収集し、必要に応じてリハビリの訓練に取り入れてもらう ✓ 障害が残存することもあり疾患であるため、復職を念頭に置きながらも、配置転換・新規就労・就労訓練についても併せて検討を進めていく ✓ 転院前の時点から報告をし、転院時には両立支援に関する資料を本人の同意を得た上で情報提供を行う
回復期	休職	・療養 ・リハビリ ・就労についての確認	<ul style="list-style-type: none"> ・転院先担当者と情報共有を図りながら支援方法について検討 ※回復状況を確認しながら転院先を訪問し、本人も含めた担当者との合同で方針を検討(リハビリテーション専門職等の同行が望ましい) 	<ul style="list-style-type: none"> ・入院療養 ・リハビリでの訓練 ※各種社会資源の活用 <ul style="list-style-type: none"> ・限度額適用認定証申請、病院窓口提出 ・有給休暇の利用 ・傷病手当金の利用 ・生命保険の利用 ・各種医療保険特約制度の利用 ・介護保険の申請 ・障害者手帳の申請 ・その他 	<ul style="list-style-type: none"> ・休業補償等の円滑な事務処理 ※家族・医療機関両立Co.と情報共有・連携 ※本人の同意を得た上で転院先への訪問 ※産業医との情報共有・連携 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 脳卒中の場合、回復期リハビリテーション病院等のリハビリ専門病院へ転院し、継続した治療を行うケースが多いことが特徴 ✓ 転院後も転院先担当者と情報共有を図り、本人の状態の把握や必要な支援について検討していくことが必要

 軽症の場合は直接自宅退院 維持期	復職準備 ・就労訓練 ・復職準備 ・外来リハビリ	・面談継続 ※企業両立Co.等の復職担当者と連携 復職カンファレンスまたは職場訪問 復職の時期、必要な配慮等の検討 ※復職のための診断書の作成支援 ※ハローワーク、障害者就業・生活支援センター、地域障害者職業センターへの相談 ※自動車運転再開の支援 ※各種社会資源の説明・利用申請を援助	・自宅療養 ・復職について会社に相談 ・会社に復職に必要な書類について確認 ※復職カンファレンス ※外来リハビリの通院 ※自動車運転再開手続を実施 ※ハローワーク、障害者就業・生活支援センター、地域障害者職業センターへの相談 ※各種社会資源活用 ・住宅ローン団信特約の利用 ・介護保険の申請 ・障害者手帳の申請 ・障害年金の申請 ・ヘルプマークの活用 ・その他	・休業補償等の円滑な事務処理 ・復職について本人と相談し調整をしていく ・復職の手順について本人に説明 ・障害の状態に応じて職場内の環境を整備 ※医療機関両立Co.と連携 復職カンファレンスもしくは職場訪問 復職の時期、必要な配慮等の検討 ※産業医面談	✓ 復職に向けて必要な書類を確認をする 指定の様式がない場合には、厚生労働省発行の両立支援ガイドラインの様式を利用することも有効 ✓ 自動車運転再開については各都道府県の免許センターに必要な手続きについて確認 運転再開の判断や支援については、主治医・リハビリテーション専門職等に相談を行う ✓ 障害者手帳や障害年金やヘルプマークについては本人の意向を確認した上で手続きを進めていくことが必要
	職場復帰 ・就労中 ・就労訓練中	・仕事の妨げにならないよう面談継続 ・復職後も就労定着まで支援継続 ※自動車運転再開の支援 ※各種社会資源の説明・利用申請を援助 ※リハビリテーション専門職等と共に職場を訪問 職場との情報共有、定着状況、課題点等について確認	・復職、就労継続 ※自動車運転再開手続を実施 ※各種社会資源活用 ・住宅ローン団信特約の利用 ・介護保険の申請 ・障害者手帳の申請 ・障害年金の申請 ・ヘルプマークの活用 ・その他	・定期的に本人との面談 ・定着状況等確認 ※職場環境の整備 ※産業医面談	✓ 復職が困難である場合について、本人が就労（社会復帰）を希望する場合には、新規就労や就労訓練に向けて検討が必要 ✓ 復職後も就労定着まで約1年程度は本人と相談しながら定着まで支援を継続していくことが望ましい

3 糖尿病分野

★治療パターン(外来治療継続)

	治療の流れ	就労の流れ	両立支援の流れ	両立支援コーディネーター	本人 (労働者・患者)	企業 産業保健スタッフ	サポートの際 のポイント
支援介入し開始時	診断告知	就労中(休職なし)	治療開始・医療と職場の情報収集	<ul style="list-style-type: none"> 主治医から支援対象者(本人)に説明 両立支援の案内 同意確認 面談(支援対象者への聴取と記録) 職業情報を収集し「様式1 両立支援アセスメントシート」を作成 治療状況・治療方針等の情報収集 カンファレンスを行う(医療・両立支援チーム合同) 	<ul style="list-style-type: none"> 職場での状況・就業規則等を確認 同意する 両立支援コーディネーターと面談 	<ul style="list-style-type: none"> 本人の状況・就業規則等を確認 両立支援開始 「就労と糖尿病治療両立支援手帳」の就労状況提供書ページに各項目を記入する 	<ul style="list-style-type: none"> 本人の意志を確認 会社担当者を確認 本人との信頼関係構築 面談等で本人状況をアセスメントし、チームで共有 本人の職業情報から考えられる課題をアセスメント
治療期	通院治療・定期検査・栄養指導等	就労中(休職なし)	両立支援・医療と職場の情報収集	<ul style="list-style-type: none"> 面談継続(外来治療中) 「就労と糖尿病治療両立支援手帳」を作成、報告・依頼事項を記入後、本人に渡す(内容は主治医から指示) 「就労と糖尿病治療両立支援手帳」を本人より受理する 企業や産業保健スタッフからの問い合わせ等がある場合は回答する 両立支援を継続(外来治療継続) 	<ul style="list-style-type: none"> 「就労と糖尿病治療両立支援手帳」を受け取り、職場へ提出する 「就労と糖尿病治療両立支援手帳」を受け取り、病院へ提出する 治療(外来治療)と仕事の両立を継続 	<ul style="list-style-type: none"> 「就労と糖尿病治療両立支援手帳」を本人より受理する 職場での方針や対応を検討、決定する 「就労と糖尿病治療両立支援手帳」に回答・問い合わせ事項を記入し本人に渡す 両立支援の継続 	<ul style="list-style-type: none"> 病状と悩みの把握 事業所産業医等からの意見受理後は、主治医と再度相談 必要時、いつでも課題把握、対応できるように相談継続 治療継続による新たな課題有無について確認を継続

4 メンタルヘルス分野

★治療パターン(外来から復職 外来治療継続)

治療の流れ	就労の流れ	両立支援の流れ	両立支援コーディネーター	本人 (労働者・患者)	企業 産業保健スタッフ	サポートの際 のポイント
支援介入開始時	診断	休職 ・治療開始 ・休職手続	<ul style="list-style-type: none"> 支援対象者の決定(主治医意見聴取) 医療チームで協議 初回面談(本人から支援申し出) 両立支援の案内 同意確認 「様式1 両立支援アセスメントシート」作成 休職等に関連する制度等の概要説明 	<ul style="list-style-type: none"> 職場の就業規則を確認 【社会資源の活用】 傷病手当金申請・受給 その他 	<ul style="list-style-type: none"> 【活用できる資源の利用】 就業規則の確認 休職手続き等の説明 その他 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 本人の意志を確認 ✓ 問診票等で本人状況をアセスメントし、チームで共有
休職中の支援又は治療期	職場復帰	医療と職場の情報収集	<ul style="list-style-type: none"> 面談継続 事業場のキーパーソンを確認 様式1、様式3により職務内容を確認、主治医と情報共有 医療チームで協議 両立支援計画(治療)を作成 	<ul style="list-style-type: none"> 職場に「様式3 勤務情報」を主治医に提供する際の様式」の作成依頼 【社会資源の活用】 自立支援医療制度利用 生活福祉資金貸付制度利用 	<ul style="list-style-type: none"> 労働者から様式3を受理し、作成、主治医に提出 本人の職務内容・環境について情報提供 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 本人との信頼関係構築 ✓ 本人の職業情報から考えられる課題をアセスメント ✓ 心身の状態変化に留意 ✓ 会社担当者を確認
復職準備期	通院治療	復職に向けた支援 職場復帰の可否の判断	<ul style="list-style-type: none"> 面談継続 復職に際しての課題を整理 医療チームで協議 事業場キーパーソンと連絡継続 「様式4 診断書」の作成・事業場提出 	<ul style="list-style-type: none"> 職場との面談継続(休職中) 退院～外来治療継続 職場に「様式4 診断書」を提出 【社会資源の活用】 障害年金の申請・受給 	<ul style="list-style-type: none"> 労働者から「様式4 診断書」を受理 復職についての配慮事項などについては「様式5 意見書」を主治医に依頼 医療情報、主治医意見等を参考に、労働者の復職の方針検討・決定 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 病状と悩みの把握 ✓ 復職に際し配慮事項整理、医療チームで共有し、診断書作成
復職～復職後の支援期	職場復帰	復職に向けた支援 両立支援	<ul style="list-style-type: none"> 面談継続 事業場から求められた「様式5 意見書」作成 事業場で作成した「様式6 両立支援プラン」を確認 復職前・復職後、本人及び事業場との相談継続、復職を支援 両立支援を継続(外来治療継続) 	<ul style="list-style-type: none"> 復職後も相談継続 治療(外来治療)と仕事の両立を継続 	<ul style="list-style-type: none"> 「様式6 両立支援プラン」を作成し本人・医療機関と情報共有 労働者の復帰後も連絡継続 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 本事業所産業医からの意見受理後は、主治医と再度相談 ✓ 必要時、いつでも課題把握、対応できるよう相談継続 ✓ 治療継続による新たな課題有無について確認を継続

5 肝疾患分野

★治療パターン(必ずしも病状が段階的に進行するわけではなく、各段階で発症しそのまま留まる場合もある。肝炎の状態から肝細胞がんが見つかったケースについては、がん分野の両立支援の項目も参照)

※ → 必要に応じて実施

治療の流れ	就労の流れ	両立支援の流れ	両立支援コーディネーター	本人 (労働者・患者)	企業 産業保健のスタッフ
-------	-------	---------	--------------	----------------	-----------------

サポートの際の
ポイント

慢性肝炎

診断・告知	就労継続／入院治療を要する場合は休職	就労継続支援／復職支援	<ul style="list-style-type: none"> ・初回面談 ・両立支援制度案内・説明 ・本人への意思確認 → 介入への同意取得 ・情報収集のための面談実施 → 「両立支援アセスメントシート」(様式1)及びそれに準じた内容の聴取 ※ 他職種の記録等も参照 	<ul style="list-style-type: none"> ・病院・事業場へ両立支援介入希望の申し出 ・事業場の就業規則・利用可能な制度・有給残日数等を確認 ・両立Co.と面談 ・事業場担当者・産業保健スタッフと面談 <p>【各種社会資源の活用】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・限度額適用認定証申請 ・傷病手当金申請・受給 ◎ 肝炎治療の医療費助成制度申請・受給 ・その他 	<ul style="list-style-type: none"> ・本人への意思確認 ・就業規則等の確認 ・状況・本人の希望を確認 <p>※ (本人が希望した場合) 事業場における、差別のない療養しやすい環境(職場風土)の整備(肝炎に関する一般的な知識の普及など)</p>
			<ul style="list-style-type: none"> ・面談継続 ・事業場担当者との連携 <p>様式3を受け取り、主治医に内容報告</p> <p>→ 主治医が職務内容を確認(様式1, 様式3)</p> <p>→ 「治療の状況や就業継続の可否等について主治医の意見を求める際の様式例(診断書と兼用)」(様式4)作成</p> <p>定期的な面談実施 → 状況確認・本人の希望を確認</p>	<ul style="list-style-type: none"> 事業場担当者と共同して「勤務情報を主治医に提供する際の様式例」(様式3)作成 ・事業場担当者・産業保健スタッフと面談 ・両立Co.と面談 	<ul style="list-style-type: none"> 本人と共同して「勤務情報を主治医に提供する際の様式例」(様式3)作成 様式4を受け取り、復職面談 → 「両立支援プラン／職場復帰支援プランの作成例」(様式6)作成 定期的な面談実施 → 状況確認・本人の希望を確認 ※ 職場環境の整備(新しい制度の導入を行うのであればルール化する等) ※ 産業医面談

- ✓ 本人の意思を確認
- ✓ 本人との信頼関係構築
- ✓ 本人の健康情報に関して、守秘の範囲を確認(内容・共有範囲)

- ✓ 通院時間の確保
- ✓ 治療スケジュール・副作用と業務遂行の可否を検討
- ✓ 極端な業務の制限は身体活動量を過度に減らす可能性があるため注意
- ✓ 心身の状態変化に留意

肝硬変

入院治療	休職	慢性肝炎を参照			<ul style="list-style-type: none"> ✓ 本人の意思を確認 ✓ 本人との信頼関係構築 ✓ 本人の健康情報に関して、守秘の範囲を確認(内容・共有範囲)
	復職支援	<ul style="list-style-type: none"> ・本人への意思確認→面談 	<ul style="list-style-type: none"> 【各種社会資源の活用】(慢性肝炎も参照) ◎肝がん・重度肝硬変医療費助成制度申請 ・身体障害者手帳申請 ・障害年金申請・受給 ・住宅ローン疾病保障保険利用相談 ・ヘルプマークの活用 ・その他 	・面談開始～継続	
通院治療	就労	<ul style="list-style-type: none"> ・面談継続 ・合併症の出現状況によって業務遂行に影響がでやすくなり医療スタッフ・事業場担当者との連携がより重要 	<ul style="list-style-type: none"> ※事業場担当者と 様式3 を作成 ※ 様式4 を受け取り面談に活用 ・事業場担当者・産業保健スタッフと面談 ・両立Co.と面談 	本人への面談継続 →状況確認(治療計画の共有)・本人の希望を確認	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 通院頻度が慢性肝炎より増えやすいため時間の確保が重要 ✓ 合併症により短期間に入退院を繰り返すケースがある(身体的・心理的負担に注意) ✓ 心身の状態変化に留意 ※復帰プランの見直し
	就労			<ul style="list-style-type: none"> ※職場環境の整備(新しい制度の導入を行うのであればルール化する等) ※産業医面談 	

肝細胞がん

入院治療	休職	慢性肝炎・肝硬変を参照			<ul style="list-style-type: none"> ✓ 本人の意思を確認 ✓ 本人との信頼関係構築 ✓ 本人の健康情報に関して、守秘の範囲を確認(内容・共有範囲) ✓ 心身の状態変化に留意
	復職支援	<ul style="list-style-type: none"> ・本人への意思確認→面談 	<ul style="list-style-type: none"> 【各種社会資源の活用】(慢性肝炎・肝硬変と同様) 	・面談開始～継続	
通院治療	就労	<ul style="list-style-type: none"> ・面談継続 ・医療スタッフ・事業場担当者との連携 ・治療の状況によっては慢性肝炎・肝硬変と同様の業務遂行が可能であり主治医・医療スタッフからの情報が重要(治療や支援の留意点はがん分野P57～58も参照) 	<ul style="list-style-type: none"> ※事業場担当者と 様式3 を作成 ※ 様式4 を受け取り面談に活用 ・事業場担当者・産業保健スタッフと面談 ・両立Co.と面談 	本人への面談継続 →状況確認(治療計画の共有)・本人の希望を確認	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 通院時間の確保 ✓ 病状により短期間に入退院を繰り返すケースがある(身体的・心理的負担に注意) ✓ 心身の状態変化に留意 ※復帰プランの見直し
	就労			<ul style="list-style-type: none"> ※職場環境の整備(新しい制度の導入を行うのであればルール化する等) ※産業医面談 	

6 難病分野

★治療パターン(潰瘍性大腸炎、クローン病での支援例)

	治療の流れ	就労の流れ	両立支援の流れ	両立支援コーディネーター	本人 (労働者・患者)	企業 産業保健のスタッフ	サポートの際 のポイント
支援介入し開始時	診断・告知・治療導入		治療開始・医療と職場の情報収集	<ul style="list-style-type: none"> 両立支援に関する情報提供 初回面接 同意確認 社会資源の情報提供 「様式1 両立支援アセスメントシート」を作成 事業場のキーパーソンを確認 主治医、担当NS等の他職種から治療方針、内容等の情報収集 様式1、様式3により職務内容を確認、医療チームで情報共有 	<ul style="list-style-type: none"> 職場の就業規則を確認 【社会資源の活用】 難病医療費助成制度 限度額適用認定証 (下記は該当した場合) 傷病手当金 身体障害者手帳 障害年金 生命保険 各種保険特約制度 職場に「様式3 勤務情報を主治医に提出する際の様式」の作成依頼 	<ul style="list-style-type: none"> 労働者から復職に対する希望や、支援の同意を確認 就業規則の確認 労働者の状況確認 労働者から様式3を受理し、作成、主治医へ提出 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 本人の意思を確認 ✓ 会社担当者を確認 ✓ 本人との信頼関係の構築 ✓ 社会資源の確認 ✓ 面談等で本人の状況をアセスメントし、チームで共有 ✓ 本人の職業情報から考えられる課題をアセスメント
治療期	通院治療・定期検査・症状観察等	就労中・休職なし(治療内容により入院・休職の場合あり)	就労継続の支援	<ul style="list-style-type: none"> 面接継続 事業場キーパーソンと連絡継続 就労継続に際しての課題を整理 医療チームでの協議 「様式4 診断書」の作成 本人及び事業場との相談継続 	<ul style="list-style-type: none"> 職場や両立Co.との面談継続 職場に「様式4 診断書」を提出 配慮事項等の協議 	<ul style="list-style-type: none"> 労働者との面談、連絡調整の継続 労働者から「様式4 診断書」を受理 医療情報、主治医意見書等を参考に、労働者の就労に関する方針検討、決定 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 目に見えにくい病状・症状の理解をするための情報提供 ✓ 事業場産業医等からの意見受理後は、主治医と再度相談 ✓ 必要時、いつでも課題把握、対応できるよう相談継続 ✓ 治療継続による新たな課題有無について確認を継続 ✓ 検査等でわかる客観的指標と自覚症状の差異に留意
再燃期	再検査・通院治療等		就労継続の支援	<ul style="list-style-type: none"> 面接継続 事業場キーパーソンと連絡継続 再燃期における就労継続に関する課題を整理 医療チームでの協議 「様式4 診断書」の作成 本人及び事業場との相談継続 ※状態に応じて上記を繰り返す 	<ul style="list-style-type: none"> 現在の病状、治療内容に関する把握 職場や両立Co.との面談継続 【社会資源の活用】(該当する場合) 身体障害者手帳 傷病手当金 障害年金 生命保険 各種保険特約制度 職場に「様式4 診断書」を提出 配慮事項等の協議 	<ul style="list-style-type: none"> 労働者との面談、連絡調整の継続 労働者から「様式4 診断書」を受理 医療情報、主治医意見書等を参考に、労働者の就労に関する方針検討、決定 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 病状や症状、現在の就労状況等から再アセスメント ✓ 流動的に変化する自覚症状への対応 ✓ 心身の状態変化に留意 ✓ 社会資源の再確認 ✓ 必要時、いつでも課題把握、対応できるよう相談継続

7 心疾患分野

★治療パターン

	治療の流れ	就労の流れ	両立支援の流れ	両立支援コーディネーター	本人 (労働者・患者)	企業 産業保健スタッフ	サポートの際 のポイント
支援介入／開始時	診断・告知	就労中	<ul style="list-style-type: none"> 両立支援に関する情報提供 治療開始 医療と職場の情報収集 	<ul style="list-style-type: none"> 初回面談 両立支援の案内 支援に対する同意確認 支援対象者へ情報収集 様式1を作成 主治医・看護師等から情報収集 	<ul style="list-style-type: none"> 就労内容や就労に対する思いを両立支援Coへ情報提供、共有 休暇制度に関する確認 	<ul style="list-style-type: none"> 本人または家族等から病状や今後の治療状況について確認 休暇、退職制度等について情報提供 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 本人の意志を確認 ✓ 本人状況をアセスメントし、チームで共有
治療期	治療開始（入院手術）	退職	<ul style="list-style-type: none"> 復職準備 リハビリ 職場復帰の可否判断 	<ul style="list-style-type: none"> 面談継続 退職等に関連する制度等の概要説明 様式1、様式3により職務内容を確認。医療チームで情報共有 治療状況や今後の治療方針を主治医へ確認 退院後の復職や日常生活の支援について医療チームで協議 様式4の作成、事業場へ提出 	<ul style="list-style-type: none"> 職場に様式3の作成依頼 職場へ様式4を提出 [社会資源の活用] 限度額認定証取得 傷病手当金申請・受給 その他（ペースメーカー植え込み、弁置換を行ったなどの場合には、身体障害者手帳、障害年金の申請） 	<ul style="list-style-type: none"> 就業規則の確認 退職手続き等の説明 労働者から様式3を受理し作成後は主治医へ提出 労働者から様式4を受理 医療情報、主治医意見書等を参考に、労働者の復職の方針検討、決定 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 本人との信頼関係構築 ✓ 本人の病状と職業情報から考えられる課題をアセスメント ✓ 心身の状態変化に留意 ✓ 職場の相談窓口を確認 ✓ 復職に際してカテーテル治療の場合には、後日、再入院後の治療も考えられるので、今後の治療スケジュールも確認して復職日を検討 ✓ ICD（植込み型除細動器）/CRT-D（両心室ペーシング機能付き植込み型除細動器）の植え込みや作動状況によって一定期間、運転が制限されるため、通勤手段は主治医へ確認
復職／復職後の支援期	通院治療・定期検査	職場復帰	<ul style="list-style-type: none"> 就労定着に向けた支援 	<ul style="list-style-type: none"> 面談継続（外来） 事業場で作成した様式6を確認 本人及び事業場との相談継続 両立支援の継続 	<ul style="list-style-type: none"> 復職後も相談継続 治療と仕事の両立支援を継続 	<ul style="list-style-type: none"> 様式6を作成し本人、医療機関と情報共有 復職後も労働者の治療と仕事の両立支援の確認 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 必要時、いつで課題把握、対応できるよう相談継続 ✓ 心身の状態変化に留意 ✓ ペースメーカー植え込み後に労働環境の電磁界チェックがある場合には、ペースメーカー業者へ依頼することを検討 ✓ 抗凝固療法を行っている場合には、こまめな薬剤コントロールがあることもため、定期通院の確保や出血に対する対処方法や業務内容の配慮を検討する必要がある

様式1 両立支援アセスメントシート(その1)

No. _____

両立支援アセスメントシート

新規・再開・他

担当

ID;

依頼日 年 月 日

氏名	男・女
----	-----

同意日 年 月 日

終了日 年 月 日

生年月日	年 月 日生	発症時年齢	歳
------	--------	-------	---

終了時アンケート 未実施 実施(年 月 日)

診断名	主科 主治医 発症日・診断日 告知 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 家族意向なし		
支援依頼	依頼者 本人 家族 医療スタッフ() 病棟カンファレンス 他() 依頼内容 ()		
支援案内	<input type="checkbox"/> 実施 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 未実施 (理由)		
支援同意	あり	同意書受理 (年 月 日)	
	保留	<input type="checkbox"/> 復職希望あり ; ①本人検討中 ②確定診断待ち 他 <input type="checkbox"/> 復職希望不明・転院調整中	
	なし	①本人・家族から断りあり ②入院時は就労していたが、初回面談実施前に退職 ③MSW支援で対応 ④症状・障害重度で復職困難と予測される等 ⑤他 ()	
	その他	(初回面談実施前に死亡 等)	

基本情報

現病歴	既往歴(発症時期・治療機関・治療継続の有無)		
住所	家屋状況 持家・賃貸・他		
最寄り;	線	駅	まで徒歩 分
連絡先	①	②	
e-mail			
医療保険	本人・家族	手帳取得 無・有(級)	老齢年金 未申請
国保		種類	受給中;基礎 /2カ月
社保		交付日・有効期限	受給中;厚生 /2カ月
組合		手帳取得 無・有(級)	障害年金 未申請・受給中(厚年・基礎;1・2・3級)
労災		種類	交付日
生保		交付日・有効期限	有効期限
支援機関	担当者		電話
経済状況	月収(年収・手取り額);	預貯金;	家賃;
家族構成	日常生活状況		
	独居・家族と同居		

様式1 両立支援アセスメントシート(その2)

No. _____

両立支援アセスメントシート 氏名 _____

就労情報

※原職の詳細:職業情報収集票

支援開始時の就労状況	<input type="checkbox"/> 就労中	<input type="checkbox"/> 有給休暇	<input type="checkbox"/> 休職中	<input type="checkbox"/> 退職・無職	<input type="checkbox"/> 退職・求職	<input type="checkbox"/> 他()
支援開始時の治療内容	<input type="checkbox"/> 検査中	<input type="checkbox"/> 治療中(化学療法 放射線療法 手術療法 内服療法 他)				<input type="checkbox"/> 経過観察
休職開始日	休職期限日					
就業規則の確認	実施	未実施	他	休職中の収入	無	傷病手当(健康保険) 病気休暇制度(事業場支給) 他
職歴・離職理由						

本人が希望する働き方

--

本人が考える復職に関する問題点、心配なこと・不安なこと、等

--

アセスメント

主治医の医学的見解;就業可否・就業課題等

--

勤務状況;安全・衛生にかかる要因

--

全般的な生活状況;個人・状況要因

--

事業場側の懸案事項

--

支援プラン

短期目標・支援方法	中期目標・支援方法	長期目標

復職転帰

復職日	年	月	日	(原職復帰	配置転換	部分復帰	退職	再就労	他)
変更日	年	月	日	(原職復帰	配置転換	部分復帰	退職	再就労	他)
変更日	年	月	日	(原職復帰	配置転換	部分復帰	退職	再就労	他)

様式1 両立支援アセスメントシート(その3)

No. _____

職業情報収集票(東京版)

記載日: 年 月 日 記載者: (本人・家族)

ID		氏名	
学歴について			
最終学歴	<input type="checkbox"/> 大学院 <input type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> 短大 <input type="checkbox"/> 専門学校 <input type="checkbox"/> 高等学校 <input type="checkbox"/> 中学校 <input type="checkbox"/> その他()		
現在の職場について(退職している場合は直前の職場について) 太字=必須項目			
事業所名			
事業所住所	〒		
事業所連絡	TEL:	FAX:	
従業員数	()名程度		
産業医	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	労災保険加入	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
保健師(看護師)	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	労働組合加入	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
復職に向けた相談窓口	連絡先: 担当者:		
勤務形態	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 契約社員 <input type="checkbox"/> 派遣社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 嘱託社員 <input type="checkbox"/> その他 () ・期間の定め有り⇒期限 年 月まで ・契約更新の予定 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明		
勤務日数	()日/週		
勤務時間	()時間/日 (: ~ :) ()時間/週 ・残業 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()時間/週 ・シフト <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 2交代 <input type="checkbox"/> 3交代 <input type="checkbox"/> その他)		
休憩時間	食事休憩 (: ~ :) その他休憩時間(: ~ :)		
役職(役割)			
勤務年数	年		
勤め初年齢	歳 ~ 歳		
仕事内容について			
仕事の内容	<産業分類> ※日本標準産業分類(平成25年10月改定) <input type="checkbox"/> 農業、林業 <input type="checkbox"/> 漁業 <input type="checkbox"/> 鉱業、採石、砂利採取業 <input type="checkbox"/> 建設業 <input type="checkbox"/> 製造業 <input type="checkbox"/> 電気・ガス・熱供給・水道業 <input type="checkbox"/> 情報通信業 <input type="checkbox"/> 運輸業、郵便業 <input type="checkbox"/> 卸売・小売業 <input type="checkbox"/> 金融・保険業 <input type="checkbox"/> 不動産、物品賃貸業 <input type="checkbox"/> 学術研究、専門技術サービス業 <input type="checkbox"/> 宿泊、飲食サービス業 <input type="checkbox"/> 生活関連サービス、娯楽業 <input type="checkbox"/> 教育、学習支援業 <input type="checkbox"/> 医療、福祉 <input type="checkbox"/> 複合サービス事業 <input type="checkbox"/> サービス業(他に分類されないもの) <input type="checkbox"/> 公務(他に分類されるものを除く) <input type="checkbox"/> その他(主婦等) ()		
	<職業分類> ※日本標準職業分類(平成21年12月改定) <input type="checkbox"/> 管理的職業従事者 <input type="checkbox"/> 専門的・技術的職業従事者 <input type="checkbox"/> 事務従事者 <input type="checkbox"/> 販売従事者 <input type="checkbox"/> サービス職業従事者 <input type="checkbox"/> 保安職業従事者 <input type="checkbox"/> 農林漁業従事者 <input type="checkbox"/> 生産工程従事者 <input type="checkbox"/> 輸送・機械運転従事者 <input type="checkbox"/> 建設・採掘従事者 <input type="checkbox"/> 運搬・清掃・包装等従事者 <input type="checkbox"/> 分類不能の職業(主婦等) <input type="checkbox"/> その他 ()		
職務に必要な具体的能力・動作(複数回答可)	<input type="checkbox"/> 資格を必要とする業務() <input type="checkbox"/> デスクワーク <input type="checkbox"/> 中腰での作業 <input type="checkbox"/> 座位での活動 <input type="checkbox"/> 立位での活動 <input type="checkbox"/> 外を歩く(足場の悪い所) <input type="checkbox"/> しゃがんで行う作業 <input type="checkbox"/> 外を歩く(平地) <input type="checkbox"/> ハンゴ昇り降り <input type="checkbox"/> 走る <input type="checkbox"/> 階段昇り降り <input type="checkbox"/> 重量のあるものを押す <input type="checkbox"/> 物の運搬(方法:) <input type="checkbox"/> 物を持ち上げる()kg <input type="checkbox"/> 機械操作(内容:) <input type="checkbox"/> 重量のあるものを引く <input type="checkbox"/> 精密作業(細かい手作業) <input type="checkbox"/> パソコン作業(数値入力) <input type="checkbox"/> 車両・重機等の運転 <input type="checkbox"/> パソコン作業(文字・文書入力) <input type="checkbox"/> パソコン作業(その他) <input type="checkbox"/> パソコン作業(表・グラフ作成) <input type="checkbox"/> パソコン作業(特定のソフト) <input type="checkbox"/> 接客 <input type="checkbox"/> 電卓計算 <input type="checkbox"/> 電話対応 <input type="checkbox"/> 書字 <input type="checkbox"/> その他 ()		
主な仕事環境	<input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> 屋内 <input type="checkbox"/> 屋外・屋内両方 <input type="checkbox"/> 高所 <input type="checkbox"/> その他 () ・階段 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・段差 <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> トイレ内手すり <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・温度管理 <input type="checkbox"/> 一定()℃ <input type="checkbox"/> 変動 ※温度調整(<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可) ・休憩(トイレ、食事、インスリン) <input type="checkbox"/> 各自でとれる <input type="checkbox"/> 時間が決まっている ・タバコ <input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/> 分煙		
職務に伴う危険性	<input type="checkbox"/> 機械的(プレスなど) <input type="checkbox"/> 火傷 <input type="checkbox"/> 感電 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 有害性(化学薬品など) <input type="checkbox"/> 対人トラブル <input type="checkbox"/> 情報漏洩 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 特になし		
通勤手段	<input type="checkbox"/> 自家用車()分 <input type="checkbox"/> バイク()分 <input type="checkbox"/> 自転車()分 <input type="checkbox"/> 徒歩()分 <input type="checkbox"/> 電車()分 <input type="checkbox"/> バス()分		
通勤時間(合計)	約()時間		
復職に対する不安や相談事項などありましたら、ご自由にお書き下さい。			

様式2 職業分類・就業形態(職業分類)

職種		職種内容
1	管理的な仕事	課(課相当を含む)以上の組織の管理的仕事に従事する者をいいます。 例えば、部長、課長、支店長、工場長など
2	専門的・技術的な仕事	高度の専門的水準において、科学的知識を応用した技術的な仕事に従事する者及び医療・法律・芸術その他の専門的性質の仕事に従事する者をいいます。 例えば、科学研究者、機械・電気技術者、一級建築士、プログラマー、システムエンジニア、医師、薬剤師、看護師、准看護師、栄養士、福祉相談員、保育士、介護支援相談員、公認会計士、税理士、教員、記者、編集者、デザイナー、写真家、速記者など
3	事務的な仕事	一般に課長(課長相当職を含む)以上の職務にあるものの監督を受けて、庶務・文書・人事・会計・調査・企画・運輸・通信・生産関連・営業販売・外勤に関する事務及び事務用機械の操作の仕事に従事する者をいいます。 例えば、一般事務員、銀行の窓口事務員、旅行会社カウンター係、案内係、フロント、集金人、メーター検針員、オペレーター、有料道路料金係、出改札係など
4	販売の仕事	商品(サービスを含む)・不動産・証券などの売買、売買の仲立・取次・代理などの仕事、保険外交、商品の売買・製造などに関する取引上の勧誘・交渉・受注の仕事に従事する者をいいます。 例えば、一般商店・コンビニエンスストア・スーパー・デパートなどの販売店員、レジ係、商品販売外交員、保険外交員、銀行外交員、スーパー店長、新聞拡張員、不動産仲介人など
5	サービスの仕事	理容・美容・クリーニング・調理・接客・娯楽など個人に対するサービス、居住施設・ビルなどの管理サービス及びその他のサービスの仕事に従事する者をいいます。 例えば、理容、美容、クリーニング工、調理人、ウェイター、ウェイトレス、接客係、ホームヘルパー、ベビーシッター、駐車場・ビル管理人、寮管理人、ツアーコンダクター、ビデオレンタル店員、広告ビラ配達員など
6	保安の仕事	社会・個人・財産の保護、法と秩序の維持などの仕事に従事する者をいいます。 例えば、守衛、警備員、建設現場誘導係など
7	農林漁業の仕事	農作物の栽培・収穫、養蚕・家畜・家きん(禽)・その他の動物の飼育、林木の育成・伐採・搬出、水産動植物(両生類を含む)の捕獲・採取・養殖をする仕事、及びその他の農林漁業類似の仕事並びにこれらに関連する仕事に従事するものをいいます。 例えば、農業従事者、養畜従事者、造園師、育林従事者、伐木・造材・集材従事者、漁労従事者、船長・航海士・機関長・機関士、海藻・貝採取従事者、水産養殖従事者など
8	生産工程の仕事	生産設備の制御・監視の仕事、機械・器具手道具などを用いて原料・材料を加工する仕事、各種の機械器具を組立・調節・修理・検査する仕事、製版・印刷・製本の作業、生産工程で行われる仕事に関連する仕事及び生産に類似する技術的な仕事に従事する者をいいます。 例えば、生産設備制御・監視員、機械組立設備制御・監視員、製造生産・加工処理工、機械組立工、機械修理工、自動車整備工、製品検査工など
9	輸送・機械運転の仕事	機関車・電車・自動車・船舶・航空機などの運転・操縦の仕事、及びその他の関連する仕事、並びに定期機関・機械及び建設機械を操作する仕事に従事する者をいいます。 例えば、電車運転士、バス運転士、営業用乗用車運転者、貨物自動車運転者、船長、航海士・運航士、水先人、船舶機関長・機関士、航空機操縦士など
10	建設・採掘の仕事	建設の仕事、電気工事に係る作業を行う仕事、ダム・トンネルの掘削などの仕事、鉱物の探査・試掘・採掘・採取・選鉱の仕事に従事する者をいいます。(ただし、建設機械を操作する仕事に従事する者は「運送・機械運転の仕事」となります。) 例えば、型枠大工、とび職、鉄筋工、大工、れんが積工、タイル張工、屋根ふき工、左官、畳工、配管工、送電線電工、外線電工、通信線架線工、電信機〇付工、電気工事従事者、土木従事者、坑内採鉱員、石切工、砂利採取員など
11	運搬・清掃・包装等の仕事	主に身体を使って行う定型的な作業のうち、運搬・配達・梱包・清掃・包装等に従事する者をいいます。 例えば、郵便・電報外務員、船内・沿岸荷役従事者、陸上荷役・運搬従事者、倉庫現場員、配達員、荷造工、清掃従事者、包装工など
12	分類不能の仕事	いずれの項目にも分類しえないものです。

※上記の表は、日本標準職業分類(平成21年12月改訂)に基づいています。

様式2 職業分類・就業形態(就業形態)

就業形態

ア 正社員

雇用している労働者で雇用期間の定めのない者のうち、パートタイム労働者や他企業への出向者などを除いた、いわゆる正社員をいう。

イ 契約社員

特定職種（注）に従事し、専門的能力の発揮を目的として雇用期間を定めて契約する者をいう。

（注）契約社員における「特定職種」とは、例えば、科学研究者、機械・電気技術者、プログラマー、医師、薬剤師、デザイナーなどの専門的職種をいう。

※ 定年退職者等の再雇用者であっても、「契約社員」に該当する場合は「契約社員」とする。

※ 「臨時的雇用者」、「パートタイム労働者」、「その他」の労働者であっても、「契約社員」に該当する場合は「契約社員」とし、「嘱託社員」に該当する場合は「嘱託社員」とする。

ウ 嘱託社員

定年退職者等を一定期間再雇用する目的で契約し、雇用する者をいう。

エ 出向社員

他企業より出向契約に基づき出向してきている者をいう。出向元に籍を置いているかどうかは問わない。

オ 派遣労働者

「労働者派遣法（注）」に基づき派遣元事業所から派遣されてきている者をいう。

なお、調査対象事業所が労働者派遣事業を行っている場合、派遣労働者として雇用している労働者についてはその事業所での調査対象としない。

「登録型」とは、派遣会社に派遣スタッフとして登録しておく形態をいう。

「常用雇用型」とは、派遣会社に常用労働者として雇用されている形態をいう。

（注）「労働者派遣法」とは、「労働者派遣事業の適正な運営の確保及び派遣労働者の就業条件の整備等に関する法律」をいい、派遣元事業所とは、同法に基づく厚生労働大臣の許可を受け、又は厚生労働大臣に届出を行っている事業所をいう。

カ 臨時的雇用者（アルバイト＜日雇）

臨時的に又は日々雇用している労働者で、雇用期間が1か月以内の者をいう。

キ パートタイム労働者（会社の保険に加入している）

正社員より1日の所定労働時間が短い、1週間の所定労働日数が少ない労働者で、雇用期間が1か月を超えるか、又は定めがない者をいう。

ク その他（アルバイト）

ア～キ以外の労働者で雇用している者。（正社員と1日の所定労働時間と1週間の所定労働日数がほぼ同じで、パートタイム労働者その他これに類する名称で呼ばれる者を含む）

様式4 治療の状況や就業継続の可否等について主治医の意見を求める際の様式例(診断書と兼用)

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

患者氏名		生年月日	年	月	日
住所					

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	<input type="checkbox"/> 可 (職務の健康への悪影響は見込まれない) <input type="checkbox"/> 条件付きで可(就業上の措置があれば可能) <input type="checkbox"/> 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。

平成 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。

平成 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。

様式5 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

職場復帰の可否等について主治医の意見を求める際の様式例

患者氏名		生年月日	年	月	日
住所					

復職に関する 意見	<input type="checkbox"/> 復職可 <input type="checkbox"/> 条件付き可 <input type="checkbox"/> 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。

平成 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。

平成 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。

様式6 両立支援プラン／職場復帰支援プランの作成例

両立支援プラン／職場復帰支援プランの作成例

作成日： 年 月 日

従業員 氏名	生年月日		性別
	年	月	日
所属	従業員番号		
治療・投薬等の状況、今後の予定	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 		

- 野村 和弘 (独)労働者健康安全機構特任研究ディレクター (はじめに)
- 小川 裕由 (独)労働者健康安全機構勤労者医療・産業保健部勤労者医療課長 (I-1、2、II-3)
- 加藤 宏一 (独)労働者健康安全機構東京労災病院治療就労両立支援センター両立支援部長 (I-3、III-1、IV-(がん))
- 嶋田 紘 (独)労働者健康安全機構特任研究ディレクター (I-3、III-1)
- 柴岡 三智 (独)労働者健康安全機構東京労災病院第二精神科部長、同・治療就労両立支援センター第二両立支援部長、同・勤労者メンタルヘルス研究センター長、労働衛生コンサルタント(保健衛生) (II-1、2、III-4、IV-(メンタルヘルス))
- 林 恵子 (独)労働者健康安全機構東京労災病院 両立支援コーディネーター(MSW) (II-4)
- 豊田 章宏 (独)労働者健康安全機構中国労災病院治療就労両立支援センター所長 (III-2、5、6、IV-(脳卒中))
- 中島英太郎 (独)労働者健康安全機構中部労災病院糖尿病・内分泌内科部長、同・治療就労両立支援センター両立支援部長 (III-3、IV-(糖尿病))
- 松村 敏幸 (独)労働者健康安全機構熊本労災病院副院長 (III-7)
- 野村 良平 (独)労働者健康安全機構東北労災病院ヘルニア外科部長、同・治療就労両立支援センター両立支援部長 (IV-(肝疾患))
- 新明 綾乃 (独)労働者健康安全機構東京労災病院治療就労両立支援センター 両立支援コーディネーター(MSW) (IV-(難病))
- 椀谷 豊 (独)労働者健康安全機構熊本労災病院 両立支援コーディネーター(MSW) (IV-(心疾患))

〈執筆協力〉

- 井上 志乃 (独)労働者健康安全機構東京労災病院治療就労両立支援センター 両立支援コーディネーター
(公認心理師・臨床心理師) (Ⅱ-1)
- 大西 洋英 (独)労働者健康安全機構勤労者医療、産業保健担当理事 (Ⅲ-1)
- 林 恵子 (独)労働者健康安全機構東京労災病院 両立支援コーディネーター(MSW) (Ⅳ-(がん))
- 住吉 千尋 (独)労働者健康安全機構中国労災病院治療就労両立支援センター 両立支援コーディネーター
(MSW) (Ⅳ-(脳卒中))
- 大森 恵子 (独)労働者健康安全機構中部労災病院 両立支援コーディネーター(看護師) (Ⅳ-(糖尿病))
- 佐々木 唯 (独)労働者健康安全機構東北労災病院治療就労両立支援センター 両立支援コーディネーター
(MSW) (Ⅳ-(肝疾患))
- 大嶋 彩 (独)労働者健康安全機構東北労災病院治療就労両立支援センター 両立支援コーディネーター
(公認心理師) (Ⅳ-(肝疾患))
- 神山 博彦 (独)労働者健康安全機構東京労災病院第二外科部長、同・治療就労両立支援センター第三両立
支援部長 (Ⅳ-(難病))

※所属は執筆時のもの



治療と仕事の

両立支援コーディネーター
マニュアル