治療と仕事の

両立支援ゴーディネーター マニュアル



令和2年3月

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



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。

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

□ 次 <

◆ はじめに	·i
	·· 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
■ 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変化	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
直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
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
◆ 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
	86
3》精神疾患の両立支援のポイント	89
■ 両立支援の進め方	91
1 》がん分野	92
2》脳卒中分野	94
3》糖尿病分野	96
4 》メンタルヘルス分野	97
● 様式	98



両立支援コーディネーターの 必要性と役割

I

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

● 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う立場で期間も不明瞭

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。

2 》 困りごとが沢山ある

病気にかかった時の困りごとは沢山あります。例えば、働き盛りの女性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、若い方だと教育費や住宅他ローンなど色々な負担があります。さらに、人間関係、家庭に戻れば家事・子育て・近所

● 労働者(患者)には困りごとが多い

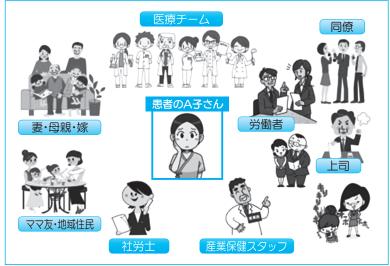


付合いといったことがあります。そして、仕事のことがあります。「会社に迷惑をかけるから」と考え、がんと診断された時点で仕事を辞めてしまうという方が、4割程度いるという現実もあります。このように、様々な困りごとがたくさんあります。

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。女性の患者 さんの場合には家庭に戻れば妻として 母親として色々な役割があり、地域の付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

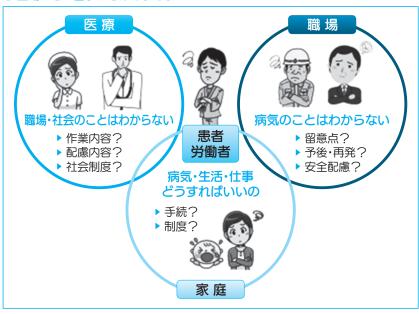


4 それぞれの立場で

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がわかりません。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、登場人物が多いだけに、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。

両立支援コーディネーターの必要性と役割



両立支援コーディネーターの役割

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、労働時間制度はどうなのか等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に伝えなければなりませんが、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

病気を抱える方の治療と仕事の両立支援に関するガイドライン

治療と仕事の両立支援のための取組の進め方

① 労働者が事業者へ申出

- ・労働者から、主治医に対して、<u>業務内容等を</u> 記載した書面を提供
- ・それを参考に主治医が、症状、就業の可否、 作業転換等の望ましい就業上の措置、配慮 事項を記載した<u>意見書を作成</u>
- 労働者が、主治医の意見書を事業者に提出

② 事業者が産業医等の意見を聴取



③ 事業者が就業上の措置等を決定・実施

- ・事業者は、主治医、産業医等の意見を勘案し、 労働者の意見も聴取した上で、就業の可否、 就業上の措置(作業転換等)、治療への配慮 (通院時間の確保等)の内容を決定・実施
- ※「両立支援プラン」の作成が望ましい

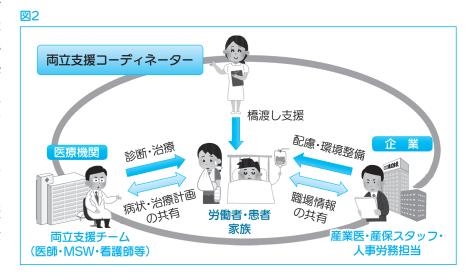




ミングよく事業所側と連携する役割を担うのが両立支援コーディネーターです。

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。



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

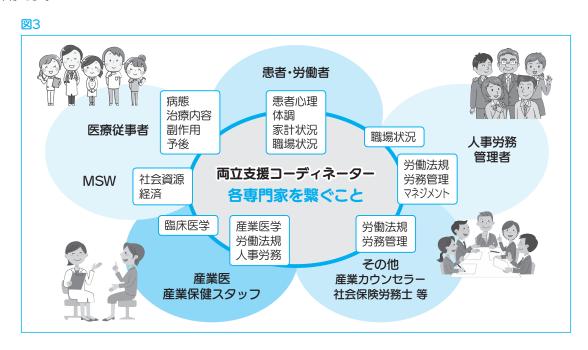
(5)社会資源に関する知識

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げば良いのかということを整理し、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。



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。

1

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、無理やり就労のレ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

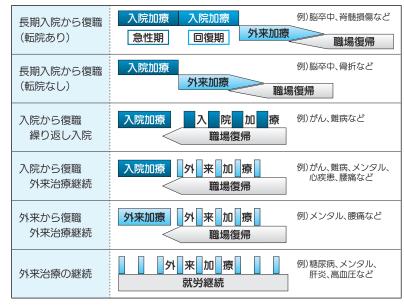
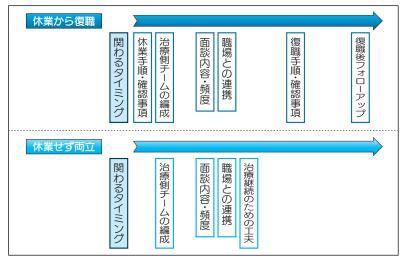


図5 両立支援コーディネーターの関わり方



?

【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~

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)」)

両立支援コーディネーターの必要性と役割



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

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が、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到ったわけです。

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になります。

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

Т

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

I

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、企業の関係者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が変化する(図1)。

図1 座る位置



3 ン 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…」、「まぁ、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

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」

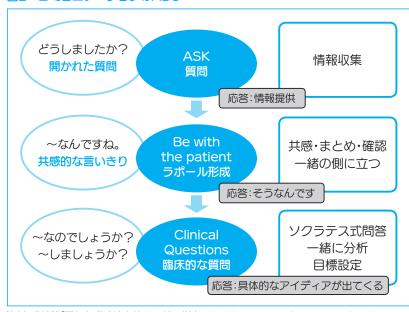
ているのではないかなどと、振り返る必要があります。

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。「○○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。

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は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変化

コミュニケーションの基本を守りつつ、クライエ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

現実が受け止められず、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

現実に直面していくことで、新たな衝撃を受ける。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たりする。

面接の振り返り 6

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。而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、「自殺を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こと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。

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



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すが、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

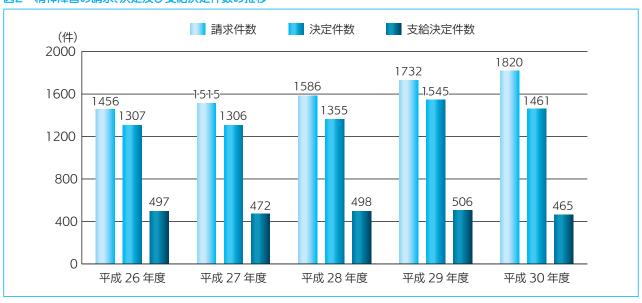
が挙げられます。労働環境で今何が注目されているか、労働安全衛生法の改正をチェックしておくと流れがわかり、把握しやすいでしょう。

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が、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



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 選任 選任 勧告 設置 意見具申 総括安全衛生管理者 意見具申 措置 勧告 参加 助言 指導 参加 参加

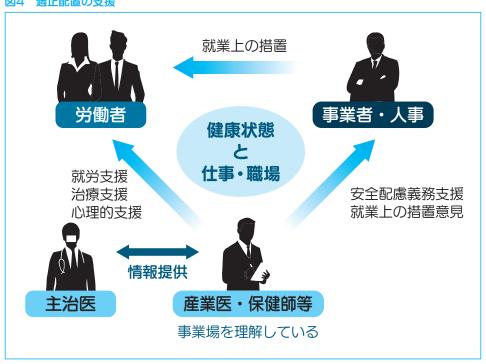
表1 事業場の規模と産業医の選任

	事業担の指標	産業医の選任		
事業場の規模 第一種 (常時使用する労働者数)		産業医の人数	専属の産業医の専任が 必要な事業場	
	50人未満	産業医の選任義務はなし		
	50人~499人		該当なし	
すべての業種	500人~999人	1人	該当あり(※1参照)	
	1,000人~3,000人		まいちり(ツつ名呼)	
	3,001人以上	2人	該当あり(※2参照)	

- ※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てし まった場合、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 雇用責任・ 安全配慮義務 雇用責任・ 指揮命令下 労働(仕事)で 健康を損なうことが ないようにする 使用者 被雇用者 ・雇用者 健康状態に応じた D 労働(仕事)が できるようにする 雇用契約 忠実義務・ 自己保健義務

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/事業者と対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	# **	$\mathbf{L} + \mathbf{\omega} \mathbf{K}$	その違い
70 /	(生主)大(+ 1017	マリカ注しい

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

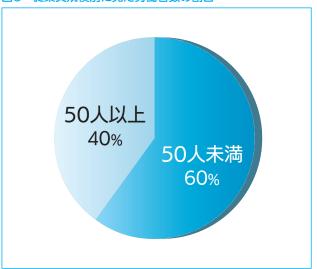
保健師等は健康診断の運営や保健指導、医療の判断のできる産業保健スタッフの一員として、個人と組織の 支援を行っています。保健師等が常勤で勤務している場合もあるので、保健師等の存在(や可能であれば職務) も確認しておくと良いでしょう。

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い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き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るでしょう。

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。元の職場に戻ることが難しい場合は、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)

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

3

第6条)。

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。

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

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が(同法第20条)、職制や職務内容・責任程度の違いによって、社内で行使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平成6年以降増加してきており、平成30年現在で2,000万人を超えており、雇用者全体の約38%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(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 とになります。

使用者は就業規則を作成した後には、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ことがない」というのは正しいこ とではないのです。

例えば、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日は休日を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が定められているはずです。

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、病気休暇、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」、「病気休暇」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(平成 31年)では、病気休暇制度がある企業割合は25.7%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。

● 週所定労働日が5日以上の場合

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⊟	11⊟	12⊟	14⊟	16⊟	18⊟	20⊟

● 週所定労働日が4日以下の場合

	週所定	1年間の 所定労働日数	勤続年数						
	労働日数		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
	48	169⊟~216⊟	7日	8日	9⊟	10⊟	12⊟	13⊟	15⊟
付与	3⊟	121⊟~168⊟	5⊟	6⊟	6⊟	8日	9⊟	10⊟	11⊟
付与日数	28	73⊟~120⊟	3⊟	4⊟	48	5⊟	6⊟	6⊟	7日
	18	48日~72日	1⊟	28	2日	2日	3⊟	3⊟	3⊟

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

参考 全国の有給休暇平均取得率

平成30年:51.1%

厚生労働省:就労条件総合調査

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日以上の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。

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いましたが、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

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。」

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。

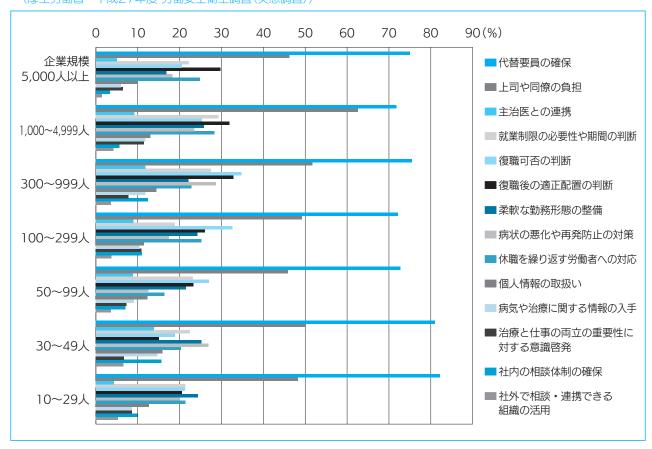
参考 安全配慮義務に関するH25.9.24最高裁判決

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。

事業者における両立支援上の課題等 6

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7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27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27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

労働者自身が一定の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)。

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



社会資源に関する知識

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は対象外です。

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
区分工 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
区分才 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

→中/ □ 全=	その配信区人	自己負担限度額			
饭沐哭1	当の所得区分	外来(個人ごと)	外来・入院(世帯ごと)		
	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)			
①現役並み所得者	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	I *3	8.000円 ※2	24,600円		
	I *4	0,0001 %2	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 ● 入院時食事代減額制度 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。

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 I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提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IIの方は、健康保険証、高齢受給者証を医療機関窓口に提示す 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

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

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。

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。1年6か月の間に仕事に復帰した期間があり、その後再び同じ傷病 により仕事に就けなくなった場合は、復帰期間も1年6か月に算入されます。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 **喧害年金**

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。 参考

「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。

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 平成30年4月~

■ 国民年金 【1級】 779,300円×1.25+子の加算

【2級】 779,300円+子の加算

子の加算 第1子・第2子は各224,300円 第3子以降は各74,800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(224,300円)※

【2級】 報酬比例の年金額+配偶者の加給年金額(224,300円)※

【3級】 報酬比例の年金額 最低保障額 584,500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	日常の生活能力を全 く失い、常時他人の介 護を受けなければな らない程度	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	0	0	なし	なし
厚生年金	0	0	0	なし
障害手当金	なし	なし	なし	0

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、肢体不白由(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

- ●厚牛労働省
- 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、助成の内容も異なっていま 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(白内障や先天的緑内障)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 □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	貸付利子
	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	無利子 (連帯保証人 あり) もしくは 年1.5% (連帯 なし)
総合	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	
支援資金	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	・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となる経費 ・延婚葬祭に必要な経費 ・ に居の移転等、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	
	緊急小□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	無利子
教 育	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
支援資金	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	ው የተ
不動産担保型生活資金	一般世帯	・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
	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	レートのいずれか低い利率

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

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。

医療費控除の計算式

(その年に支払った医療費) - (保険金などで補てんされる金額) - (10万円または所得金額の5%) 注1

- = 医療費控除額 ^{注2}
- *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。

介護保険(窓口:市町村の介護保険課) 8

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 脊髄小脳変性症 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
- 後縦靱帯骨化症
- 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

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となる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:なかぽつセンター)

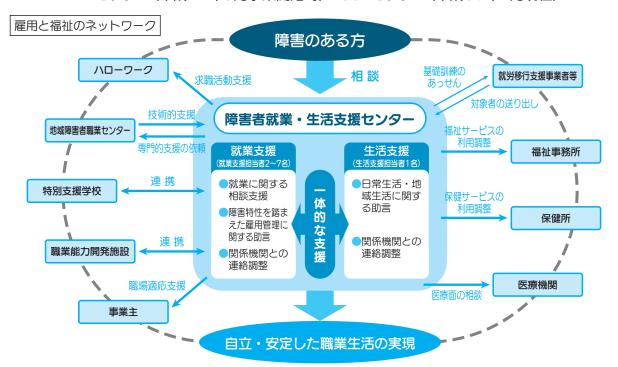
障害者雇用促進法により、障害者に対する総合的支援の充実を目的に設立され、都道府県知事が指定する公 益法人(社団または財団)、社会福祉法人、特定非営利活動法人(NPO)などが運営しています。就労と就労に 伴うADL 上の支援が必要な障害者に対し、求職相談、職場定着相談や生活相談などを行います。また、事業主 に対しては雇用管理に関る助言や職場の環境改善などの支援も行います。

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

障害者の身近な地域において、就業面と生活面の一体的な相談・支援を行う 「障害者就業・生活支援センター」の設置を推進

21センター(平成14年5月事業開始時)→334センター(平成30年4月現在)



業務の内容

就業及びそれに伴う日常生活上の支援を必要とする障害のある方に対し、センター窓口での相 談や職場・家庭訪問等を実施。

〈就業面での支援〉

- 就業に関する相談支援
- ・就職に向けた準備支援(職業準備訓練、職場実習のあっせん)
- ・就職活動の支援
- ・職場定着に向けた支援
- ●障害のある方それぞれの障害特性を踏まえた雇用管理についての事業所に対する助言
- 関係機関との連絡調整

〈生活面での支援〉

- 日常生活・地域生活に関する助言
- ・生活習慣の形成、健康管理、金銭管理等の日常生活の自己管理に関する助言
- ・住居、年金、余暇活動など地域生活、生活設計に関する助言
- 関係機関との連絡調整

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取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。