



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)。

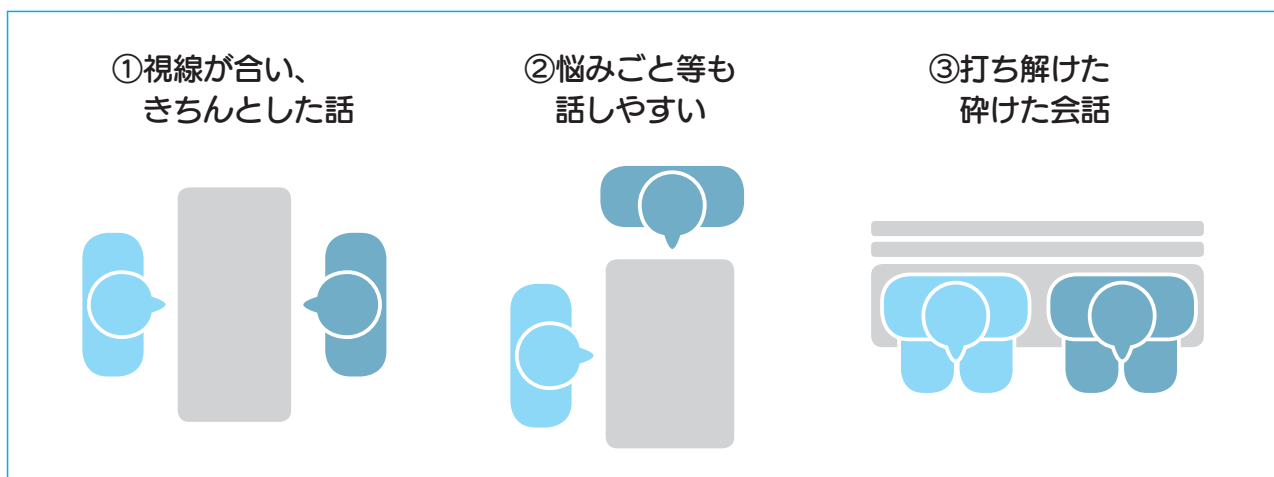
目的の明確化については、両立支援の目的(何を目指し、両立支援を行うのか等)と、1回の面談ごとの目標(何を話題にするのか等)の2つの視点を持って面接に臨むことで、面接を有効に行うことができると考えられます。

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「～なのでしょうかね?」、「～しましょうかね?」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。

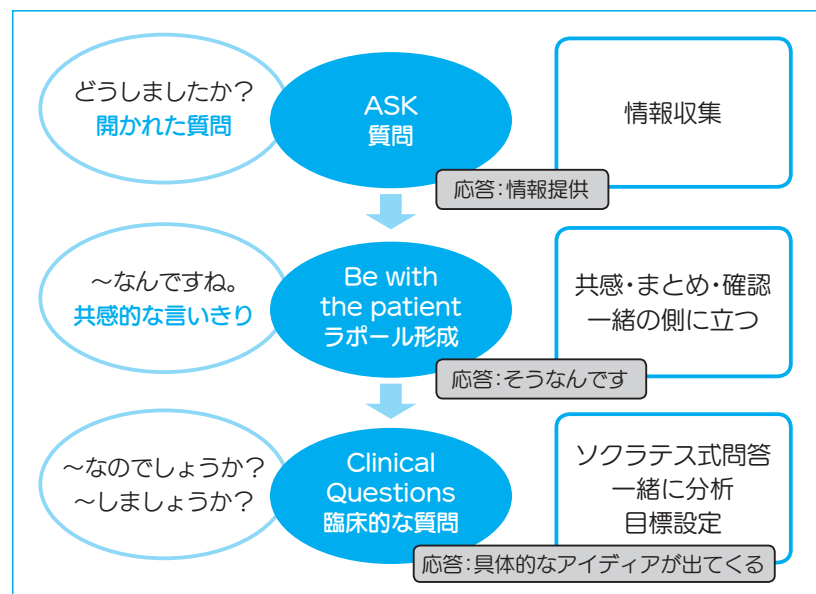
Ask「質問」のA、Be with the patient「ラポール形成」のB、Clinical Questions「臨床的な質問」のCを合わせて「コミュニケーションのABC」として、1つの型として覚えておきましょう(図2)。

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いかも知れません。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

現実と向き合っていくことで、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。

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、援助者は決して慌てたりせず、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。決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。

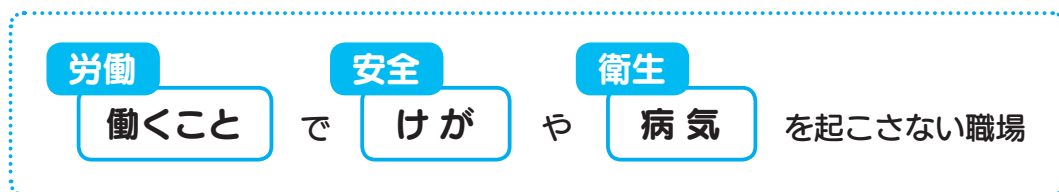
職場の安全や衛生に関すること、例えば、健康診断や職場環境については、昭和47年に施行された「労働安全衛生法」という法律が基本になっています。企業での産業保健活動は、主としてこの法律及び労働契約法第5条に基づいて行われています。その他、産業保健活動には、じん肺法、作業環境測定法、労働基準法、労働者災害補償保険法、労働安全衛生法施行令、労働安全衛生規則、有機溶剤中毒予防規則、事務所衛生基準規則等多くの法令が関わっています。法律を細かく知る必要はありませんが、産業保健活動が法的根拠に基づいて行われていることは知っておくと良いでしょう。

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

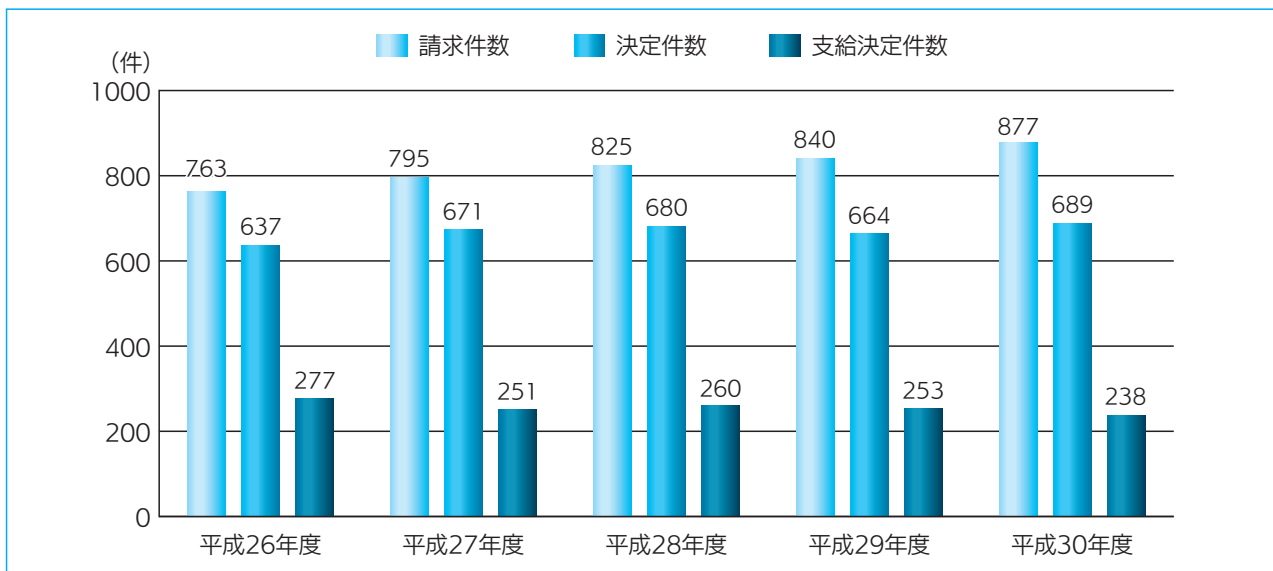
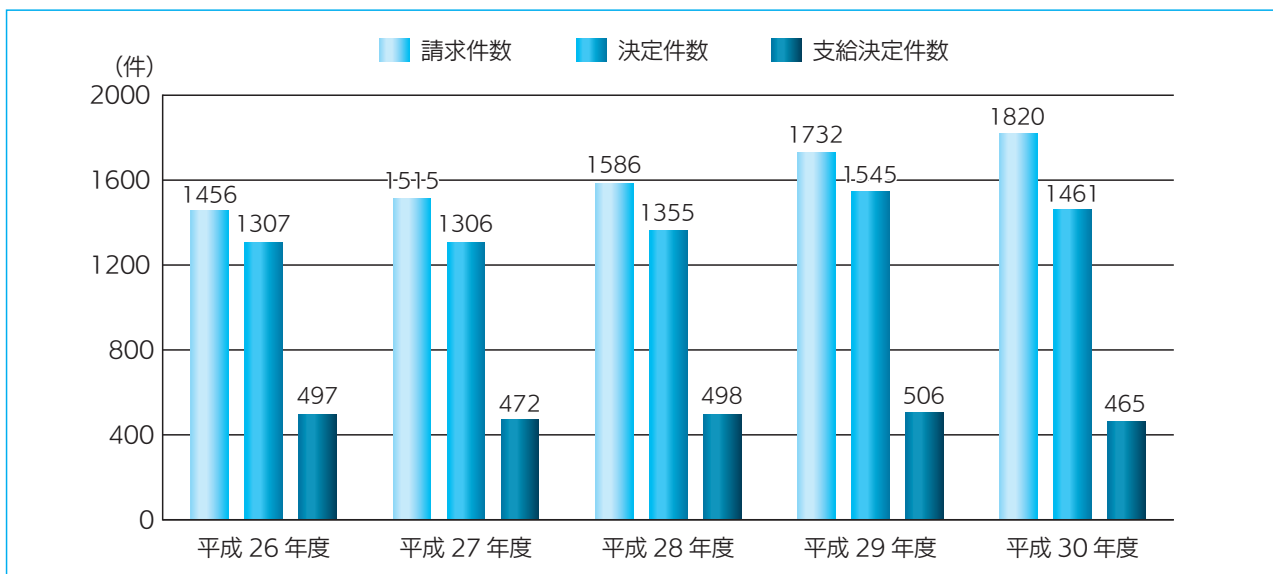


図2 精神障害の請求、決定及び支給決定件数の推移



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

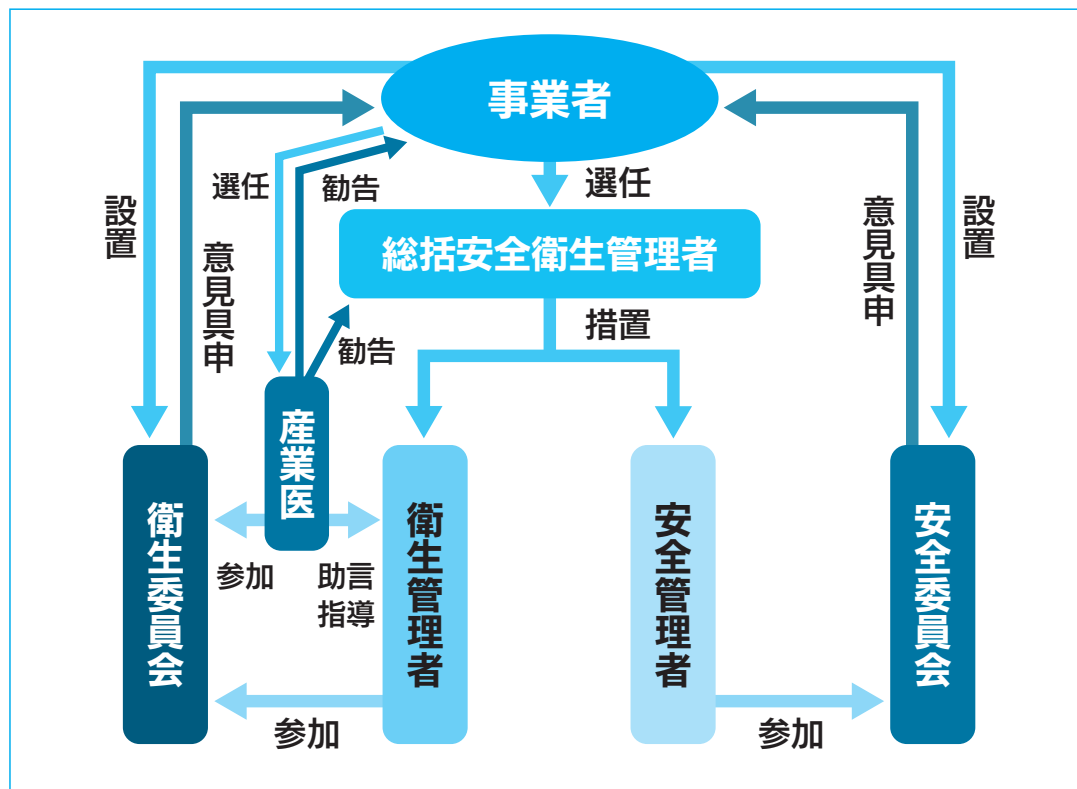


表1 事業場の規模と産業医の選任

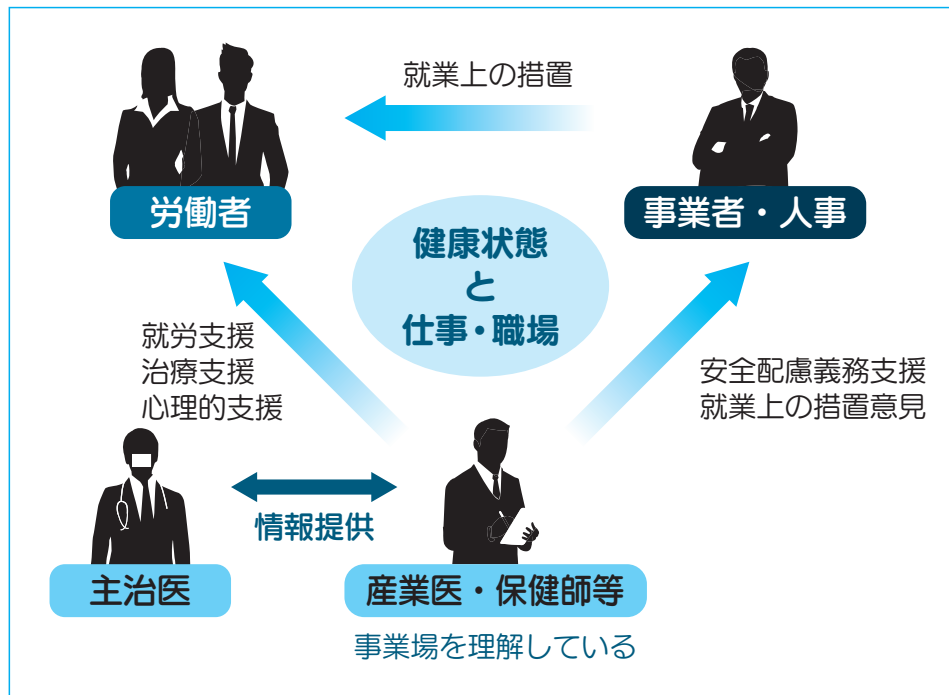
業種	事業場の規模 (常時使用する労働者数)	産業医の選任	
		産業医の人数	専属の産業医の専任が必要な事業場
すべての業種	50人未満	産業医の選任義務はなし	
	50人～499人	1人	該当なし
	500人～999人		該当あり(※1参照)
	1,000人～3,000人		該当あり(※2参照)
	3,001人以上	2人	

※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

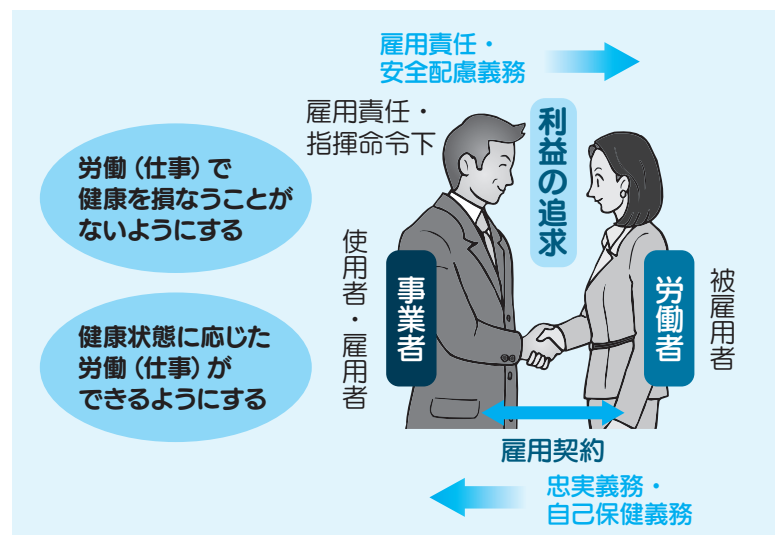


? 【安全配慮義務】とは

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

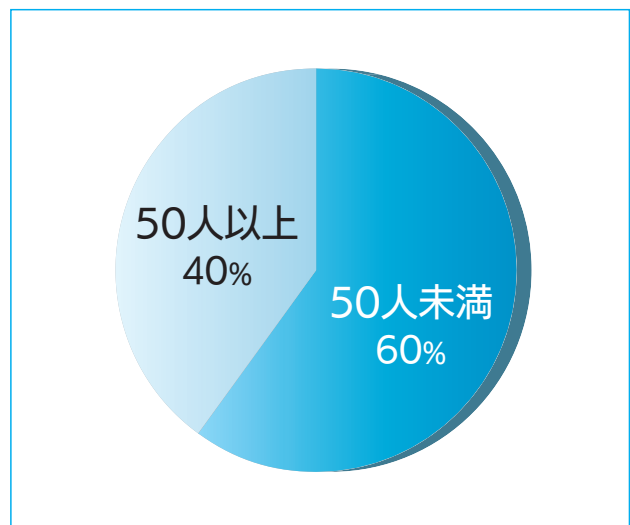
産業医		主治医
労働者／事業者	サービス対象	患者
企業（事業場）	所属	医療機関
疾病予防／就労支援／安全配慮義務支援	目的	病気の治療・軽快
適正配置意見（作業環境・作業・健康管理）	業務	検査・診断・治療
中立	立場	患者・家族側

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。元の職場に戻ることに難しい場合は、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ためです。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。

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日は休日確保する必要があります(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（平成31年）では、病欠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日	11日	12日	14日	16日	18日	20日

● 週所定労働日が4日以下の場合

	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

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。」

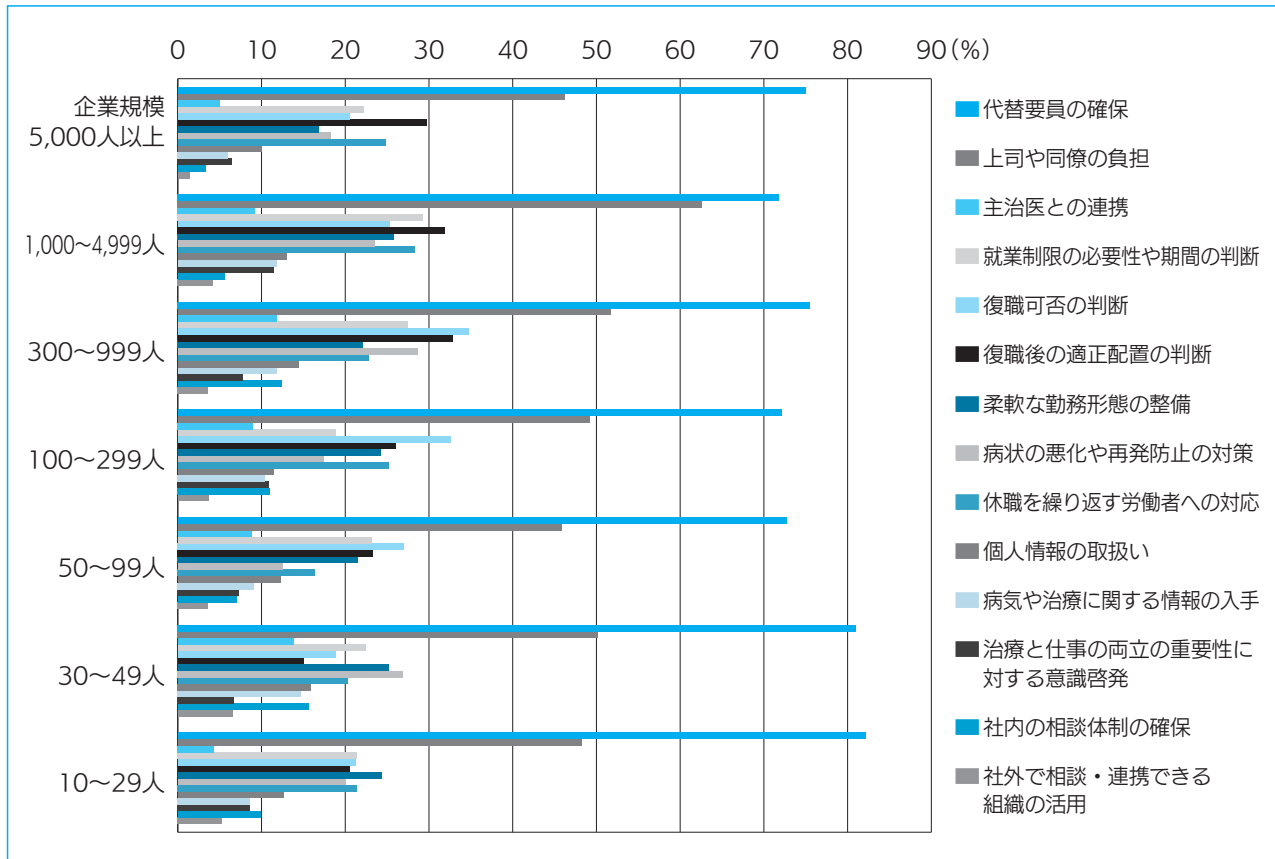
参考 安全配慮義務に関するH25.9.24最高裁判決

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）。

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Ⅲ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。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 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 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	貸付利子	
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。

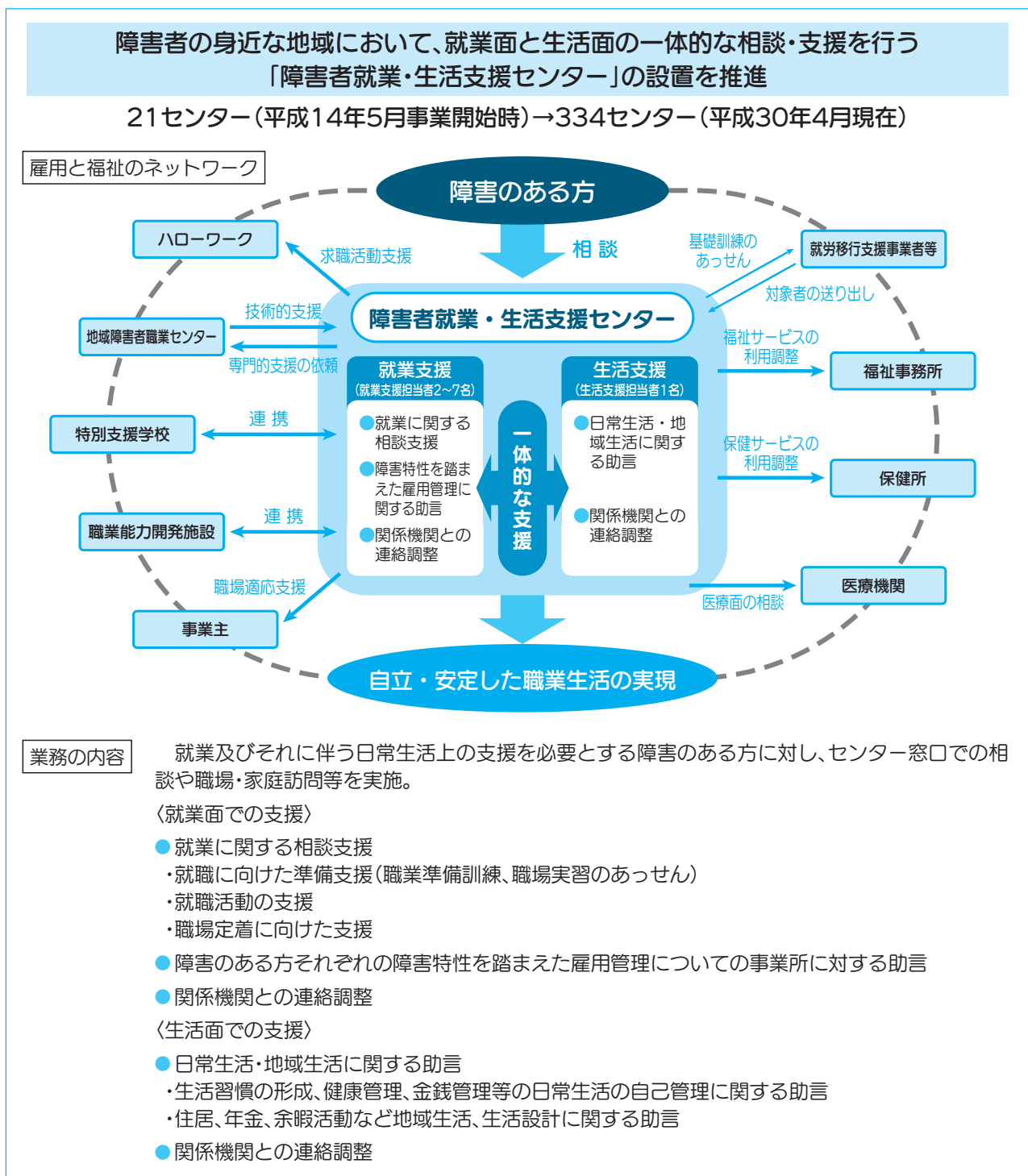
職業評価や対象者の機能評価から通勤に必要な運転免許の取得などを含めた職業指導や職業訓練を実施するなどの一貫した指導を行っています。入所および通所での訓練があり、身体障害者手帳取得が必要となります。

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。