

令和2年度 岡山県地域両立支援推進チーム事例検討会 資料

治療と仕事の両立支援のための情報共有

～情報提供様式の具体的な使用を通して考える～

事前課題について

当日に実施するグループワークに向けて、事前準備をお願いいたします。

- 検討事例をご確認いただき、
皆様には個人ワークで情報提供様式①および②を作成して、ご返信ください。
- 情報が十分でない部分もありますが、皆様の立場で考えられる範囲で記入して頂ければ結構です。また、この情報が必要といった記載もしていただければと思います。正解を求めるものではありませんし、当日個別の提示もいたしませんので、遠慮なく記載してください。
- 研修当日は、皆様に記載していただいた内容をまとめた資料を提示しながら、有用な情報提供様式の記載や職場復帰支援プラン等について多職種と一緒に検討出来ればと考えています。
- 情報提供様式の作成には、『事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン』『企業・医療機関連携マニュアル』を参考にしてください。厚生労働省のHPからダウンロード可能です。（次スライド参照）

厚生労働省



検討事例

■名前：Aさん

■年齢：40代

■性別：男性

■疾病：胃がん

■職業

中小企業の食料品製造業の工場に勤務するパン製造スタッフ（正社員）

■産業医：なし

職業情報

■産業分類：製造業（食料品製造業）

■労働者数：45名

パン製造スタッフ35名うち、Aさんの所属する菓子パンチームは12名（うち正社員4名）

■Aさんの労働時間

労働日：平日5日間と土曜日（隔週）

労働時間：平日 20時～4時（休憩1時間）の常夜勤勤務

土曜日 半日勤務（5時間）

時間外労働：月20時間程度

■通勤時間：自動車通勤（片道「30分）

■職務内容

パン製造ラインで材料を機械で練る、蒸す作業に従事しており、原則立ち仕事である。また、上司であるチームリーダーの右腕として、アルバイトの指導や取りまとめも行うほか、新商品の企画も行っており、ヒット商品も生み出している。

■その他の職業情報

- 衛生管理上、職場には食べ物・飲み物の持ち込みはできず、休憩室でのみ飲食可能である。
- Aさんから食事に関する話を聞いた総務担当は、パンの製造スタッフとして勤務する場合、食事や休憩が取りづらいことも気になっていた。そこで、検討したプラン案で問題がないかどうか、健康や安全の確保のために必要な配慮について、勤務情報提供書を通じて主治医に意見を求めることとした。

➤ Cさんと総務担当とで復職後の働き方について話し合った結果、パンの製造スタッフとして勤務することが最終目標であることは合意できたものの、すぐに元のように仕事をすることは難しいと考えられた。Cさんの同意のもと、上司も交えて話し合ったところ、現場の人員体制等も考慮し、2か月程度であれば開発部門での業務も可能と判断されたため、当面は新商品の企画等の座り作業中心の仕事とし、徐々に元の業務内容に戻すプランを検討することとした。

経過

- Aさんが胃がん検診を受けたところ、がんが見つかった。Aさんは職場の上司に相談し、しばらく休職して手術を受け、無事退院した。退院後は自宅療養を行い月2回、病院に通院し、飲み薬による薬物療法（抗がん剤治療）を受けている。
- 手術で胃の一部を切除したため、食事は小分けにとる必要がある。当初は体重減少が著しく体力の低下が目立ったが、新しい食事の取り方にも慣れ、体力は回復傾向にある。

- Aさんが主治医にそろそろ復職したいと相談したところ、主治医からは復職の検討を始めてもよいこと、病院の医療ソーシャルワーカーが仕事に関する相談にも対応していることについて話があった。そこでAさんは医療ソーシャルワーカーに相談し、会社にどのように話をすればよいか助言を得た上で、総務担当に復職について相談することとした。
- Aさんから相談を受けた総務担当は、どのように復職の検討を進めるとよいか分からなかったため、Aさんを通じて医療ソーシャルワーカーに相談した。その結果、まずはAさんと面談し、最低限のような仕事ができるか、どこまでであれば職場として業務内容の調整ができるかを確認した上で、健康管理上気をつけるべき点があれば主治医に相談することとした。

今後の予定・症状

- 手術後の経過は良好。現在内服の抗がん剤治療中であり、今後も2か月は2週間に1回通院が必要である予定。その後は3か月に1回通院予定。
- 体重が8kg減少も現在は横ばい。
- 1時間連続の散歩は可能。体力も回復してきているが、復職後すぐは疲れやすさを感じやすい可能性があり、適時休憩ができるようするなど配慮が望まれる。
- 1日の3回の食事と3回の間食が必要。守らないと急な血糖低下などにより意識を失う可能性がある。（食事のタイミングが確保できたら症状は出ない）
- 業務は体調を見ながら漸増し、3か月目には元のパンの製造スタッフに戻れることを目標とする。3か月目の時点で製造スタッフへの復職が困難である場合には休職も含めて検討する。

事業場から医療機関への情報提供様式例

様式① 勤務情報を主治医に提供する際の様式例

(主治医所属・氏名) 先生

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

どうぞよろしくお願い申し上げます。

従業員氏名	Aさん	生年月日	50代年 月 日
住所	岡山県〇〇〇		
職種	〇〇〇		
職務内容	(作業場所・作業内容) 〇〇〇 〇体をを使う作業(重作業) 〇体をを使う作業(軽作業) 〇長時間立位 〇暑熱場所での作業 〇寒冷場所での作業 〇高所作業 〇車の運転 〇機械の運転・操作 〇対人業務 〇遠隔地出張(国内) 〇海外出張 〇単身赴任		
勤務形態	<input type="checkbox"/> 常勤勤務 <input type="checkbox"/> 二交替勤務 <input type="checkbox"/> 三交替勤務 <input type="checkbox"/> その他()		
勤務時間	時 分 ~ 時 分 (休憩__時間、週__日間)。 (時間外・休日労働の状況:) (国内・海外出張の状況:)		
通勤方法	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 公共交通機関(着座可能) <input type="checkbox"/> 公共交通機関(着座不可能)		
通勤時間	<input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> その他() 通勤時間: ()分		
あなたの職場の休業可能期間	____年__月__日まで(____日間)。 (給与支給 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し、傷病手当金 %)		
有給休暇日数	残 日間		
病院に確認しておきたい項目	〇〇〇		
あなたの職場の利用できる制度	<input type="checkbox"/> 時間単位の年次有給休暇 <input type="checkbox"/> 傷病休暇・病欠休暇 <input type="checkbox"/> 時差出勤制度 <input type="checkbox"/> 短時間勤務制度 <input type="checkbox"/> 在宅勤務(テレワーク) <input type="checkbox"/> 試し出勤制度 <input type="checkbox"/> その他()		
上記内容を確認しました。			
令和 年 月 日	(本人署名) A		

令和 年 月 日 (会社名)

【個人ワークの内容について】

- この様式には、あなたがAさんの上司と仮定して、労働者と一緒に作成するつもりで記入してください。(添付の様式①を使用してください。)
- 提示した情報から、読み取れる範囲で構いません。
- その他特記事項には、事業場から医療機関に確認しておいた方がいいと思うことを記載してください。
- 休業可能期間・利用可能な制度については、検討事例とは離れますが、ご自身の職場の制度をご記入ください。

医療機関から事業場への情報提供様式例

様式② 治療の状況や就業継続の可否等について主治医の意見を求める際の様式例。

(診断書と兼用) ↓

患者氏名:	Aさん	生年月日:	50代 年 月 日
住所:	岡山県〇〇〇		
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、長距離の出張や海外出張は避ける など 注) 提供された職務情報を踏まえて、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。 。		
その他医療者として確認しておきたい事項:	例: 通院時間を確保する、休憩場所を確保する など		
上記の措置期間:	年 月 日 ~ 年 月 日 。		
上記内容を確認しました。 。			
令和 年 月 日 (本人署名) <u> A </u> 。			

上記のとおり、診断し、就業継続の可否等に関する意見を提出します。 。

令和 年 月 日 (主治医署名) _____ 。

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

【個人ワークの内容について】

- この様式には、あなたが医療機関の立場と仮定して記載してください。
(添付の様式②を使用してください。)
- 提示した情報から、読み取れる範囲で構いません。
- その他注意事項には、望ましい配慮事項以外にも、事例に記載されていないが、医療情報としてこれは確認しておきたいと思うことを記入してください。

お疲れさまでした。

- 以上で個人ワークは終了です。
- 個人ワークで作成された情報提供様式①②は、事務局から送信したメールに添付して返送してください。
- 事例や皆様の作成された様式は、印刷して研修当日にお持ちください。