

企業による治療と 仕事の両立支援はなぜ進まないのか — 職場環境の再整備と労働組合の役割 —

きたに ひろし
木谷 宏

● 県立広島大学大学院 経営管理研究科・教授

1. 治療と仕事の両立支援とは

少子化に伴う職場の高齢化によって、治療と仕事の両立への対応が必要となる場面が増加している。また、近年の診断技術や治療方法の進歩によって、がんを中心とした病気の生存率も大きく向上した。人生100年時代において、働く人々が充実した人生を過ごすには病気の治療と仕事の両立が必要である。そのためには企業による両立支援の取組みが不可欠であり、これまで病気予防に重点が置かれがちであった健康経営の一環としても期待されている。今日の企業における深刻な課題は人手不足であり、治療と仕事の両立支援は人材の確保に大きく寄与するであろう。

2016年に厚生労働省から、「事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン」（以下、ガイドライン）が策定された。これは、治療を必要とする人々が仕事を継続することによる病状の悪化を防ぎ、治療に対する配慮を行う企業の参考にしてもらうためのものである。翌2017年に首相官邸で開催された「働き方改革実現会議」では、「病気の治療、子育てや介護と仕事の両立」

の検討が表明され、「働き方改革実行計画」の「7. 病気の治療と仕事の両立」として、①会社の意識改革と受入れ態勢の整備、②トライアングル型支援などの推進、③産業医・産業保健機能の強化、が掲げられた。

ガイドラインの公表からすでに8年が経過したが、治療と仕事の両立という壁は予想以上に高いことが各種の調査結果から明らかになっている。本稿は企業による両立支援の現状を個人への調査結果から把握し、職場における環境整備の遅れについて指摘するとともに、今後の課題と労働組合の役割について提言を行うものである。

2. 治療と仕事の両立支援の現状

治療と仕事の両立（および両立支援）に関する調査は様々な研究機関や団体が行っている。大きく分けて、対企業、対医療機関、対個人の調査となるが、両立の当事者は従業員本人であり、企業による支援実態の把握には個人を対象とした調査結果が最も参考になる。今回は過去5年において対象となる疾病の治療を受けた就労者8,000名に対し、2022年12月に行われた厚生労働省による調

査結果¹から両立支援の現状と課題を整理する。

1) 勤務先への相談・報告状況

疾患の治療開始時に雇用者だった者について、継続的な治療が必要となった際の勤務先への相談・報告は約7割（71.9%）が行い、「勤め先には一切相談・報告しなかった」は28.1%であった。勤務先の相談・報告相手としては「所属長・上司」が62.0%で最も多く、「同僚」（27.8%）、「産業医」（13.3%）、「人事労務担当者」（12.0%）と続く²。報告・相談した者の中で「治療と仕事の両立支援を求めた」は33.2%、「特段求めなかった」が66.8%であり、「両立支援プランが策定された」は14.3%となっている。会社が両立支援を行うためには本人の申し出が不可欠であることは言うまでもない。3割近くの人が会社に言い出せない現状と相談相手が人事部や保健スタッフよりも圧倒的に上司（および同僚）である点に注意したい。

2) 社内制度の利用状況

勤め先に継続的な治療を容易にするための各種社内制度が「ある」とする者について、各種社内制度の中で、疾患罹患時に利用した割合が高いものとしては、「時間単位の休暇制度・半日休暇制度」（53.4%）、「在宅勤務（テレワーク）制度」（50.1%）、「フレックスタイム制度」（46.4%）、「失効年休有給休暇の積立制度」（41.7%）、「治療目的の病気休暇制度」（40.9%）、「時差出勤制度」（33.2%）となっている。いずれもワーク・ライフ・バランス施策における働き方の見直し（働きやすさ）に関連する制度である。最近の働

き方改革は“働きやすさ”から“働きがい”の取り組みへとシフトしており、在宅勤務も新型コロナウイルスの感染収束後は縮小傾向にある。しかし、就業する時間と場所の柔軟性が両立支援策として重要であることは言を俟たない。

3) 勤め先における配慮状況

疾患の治療開始時に雇用者だった者について、何らかの配慮を適用された者が42.5%、「特段の配慮の適用なし」が57.5%であった。具体的な配慮の内容としては「通院治療のための休暇取得」（19.6%）が最も多く、「入院・治療等に対応した長期の休職・休暇」（15.0%）、「仕事内容の柔軟な変更」（8.3%）、「残業・休日労働をなくすこと」（6.9%）、「所定内労働時間の短縮」（6.7%）、「柔軟な働き方（テレワークの活用）」（6.4%）、「疾患治療についての職場の理解」（6.3%）、「業務量の削減」（6.1%）と続く。前述の制度利用状況は本人が“治療のため”に利用した社内制度の有無であり、ここでの配慮状況は“仕事のため”に行った上司を起点とする職場管理上の対応である点が異なる。治療と仕事を分けて支援する視点の必要性に気付かされる。

4) 休職および復職の状況

疾患の治療開始時に雇用者だった者について、連続2週間以上の休みを「取得した」が28.4%、「取得していない」が54.2%、「そもそも休職制度がない・適用されない」が17.5%となった。取得した休職期間は「3ヵ月以下」が83.2%であり、疾患別で取得した割合は、脳血管疾患（54.8%）、

1. 「治療と仕事の両立に関する実態調査」（患者WEB調査）として、独立行政法人 労働政策研究・研修機構が厚生労働省労働基準局安全衛生部からの要請によって実施した。

2. 相談・報告相手としての労働組合の割合については、質問の選択肢に含まれていないため不明だが、「会社内の専用窓口」（1.6%）、「会社外の専用窓口」（0.3%）、「その他」（0.4%）のいずれかに含まれると推測することは可能である。

がん（50.2%）、心疾患（29.1%）、難病（27.4%）、肝炎（25.5%）であった。また、休職から復職した者において「働き方の変更は一切なかった」が52.9%となっている。復職時の具体的な業務の見直し内容は「業務量の削減」が17.5%と最も多く、次いで「所定内労働時間の短縮」（16.5%）、「残業・休日労働の制限・禁止」（14.5%）である。復職時の両立支援は、仕事の内容や治療経過によってケースバイケースの対応が不可避であることを示している。

5）就業継続の状況

疾患の治療開始時に雇用者だった者の就業継続については、「現在も同じ勤め先で勤務を続けて

いる」が74.6%を占める一方で、「疾病以外の理由で退職した」が17.8%、「疾病を理由に退職した」が7.6%であった。退職理由としては「症状や副作用等のため仕事を続ける自信がなくなった」が30.6%と最も多く、「治療・療養に専念するため」（28.0%）、「両立できるような就業形態がなかった」（26.5%）、「会社や同僚、仕事関係の人々に迷惑をかけると思った」（25.3%）、「治療や静養に必要な休みをとることが難しかった」（18.6%）、「残業が多い職場だった」（18.4%）と続く（表1）。ガイドラインの公表から6年以上が経過していた調査時点においても、両立が叶わずに4人に1人が退職している状況を重く受け止めるべきであろう。

表1 「疾病を理由に退職した者」の勤め先の退職理由（単位：％）

		2022年調査																		
		n	るため 治療・療養に専念す	がめなく 仕事をした ことになった	症状や副作用に悩まされた	係の人々 に迷惑を かけた	会社や同僚、 仕事に関 与した	残業が多い 職場だった	がなかつた 就業形態で ない	治療や静養 を必要とす ことが難し かった	治療や静養 を必要とす ことが難し かった	職場から勧め られた	家族から勧め られた	退職期間満了 により	業務のやりか たがなかった	治療と仕事 を両立できな かった	職せざるを得 なかった	休職制度を 得られなかった	その他	特 に ない
全体		565	28.0	30.6	25.3	18.4	26.5	18.6	11.7	8.5	8.0	17.5	13.1	7.6	4.4					
会社を 退職時の 主な疾患	がん	121	33.9	24.8	27.3	14.9	26.4	16.5	7.4	9.9	7.4	11.6	14.0	5.0	2.5					
	脳血管疾患	69	20.3	27.5	26.1	17.4	17.4	14.5	15.9	8.7	11.6	10.1	8.7	11.6	2.9					
	心疾患	92	25.0	25.0	21.7	17.4	29.3	16.3	12.0	8.7	6.5	21.7	17.4	6.5	6.5					
	肝炎	22	31.8	22.7	22.7	31.8	27.3	22.7	13.6	4.5	13.6	36.4	22.7	4.5	0.0					
	糖尿病	77	26.0	23.4	22.1	20.8	27.3	19.5	10.4	7.8	9.1	20.8	10.4	7.8	7.8					
	難病	184	28.8	42.4	27.2	19.0	28.3	21.7	13.0	8.2	6.5	18.5	12.0	8.7	4.3					
疾患罹患時の 通院頻度	週2回以上	42	40.5	26.2	33.3	21.4	21.4	16.7	9.5	9.5	14.3	7.1	14.3	4.8	0.0					
	週1回程度	70	35.7	28.6	32.9	18.6	25.7	20.0	10.0	4.3	10.0	20.0	14.3	10.0	4.3					
	月に1回程度	300	25.7	34.3	25.7	20.0	28.0	20.3	11.7	8.0	5.7	20.3	14.7	8.0	4.7					
	3か月に1回程度	114	28.9	25.4	18.4	14.0	25.4	16.7	12.3	13.2	7.9	13.2	8.8	7.0	6.1					
	半年に1回程度	20	15.0	20.0	10.0	15.0	10.0	5.0	15.0	5.0	30.0	15.0	5.0	5.0	0.0					
	1年に1回程度	19	15.8	31.6	31.6	15.8	42.1	15.8	15.8	5.3	0.0	15.8	15.8	5.3	5.3					
勤め先の配慮の 希望・適用 の状況	配慮の希望あり・配慮の適用あり	330	27.6	28.5	29.4	18.8	24.8	13.9	11.2	11.2	8.2	14.8	9.4	5.8	3.0					
	配慮の希望あり・配慮の適用なし	68	26.5	35.3	20.6	26.5	44.1	38.2	23.5	10.3	14.7	23.5	17.6	8.8	1.5					
	配慮の希望なし・配慮の適用あり	11	9.1	27.3	9.1	0.0	18.2	9.1	9.1	0.0	9.1	18.2	0.0	27.3	18.2					
	配慮の希望なし・配慮の適用なし	156	30.8	33.3	19.9	15.4	23.1	20.5	7.7	2.6	4.5	20.5	19.9	9.6	7.7					
休職取得の 有無	取得した	205	33.2	35.1	26.8	18.5	25.4	14.6	16.6	11.7	16.6	18.0	8.3	7.3	1.0					
	取得していない	211	19.0	26.1	25.1	22.7	28.0	16.6	7.6	6.6	5.2	15.6	7.6	6.2	7.1					
	そもそも休職制度がない・適用されない	149	33.6	30.9	23.5	12.1	26.2	26.8	10.7	6.7	0.0	19.5	27.5	10.1	5.4					
疾患罹患時の 勤め先の正 社員規模	10人未満	73	27.4	31.5	21.9	9.6	39.7	28.8	12.3	5.5	2.7	21.9	26.0	9.6	2.7					
	10～49人	108	28.7	36.1	25.0	16.7	21.3	18.5	13.9	7.4	7.4	17.6	13.0	11.1	1.9					
	50～99人	80	31.3	32.5	27.5	17.5	25.0	20.0	8.8	5.0	5.0	11.3	10.0	7.5	5.0					
	100～299人	92	26.1	29.3	23.9	14.1	22.8	14.1	12.0	5.4	9.8	13.0	10.9	5.4	6.5					
	300～999人	59	18.6	28.8	22.0	33.9	30.5	20.3	11.9	15.3	8.5	18.6	11.9	1.7	5.1					
	1,000～2,999人	55	30.9	27.3	23.6	14.5	32.7	18.2	14.5	16.4	10.9	23.6	5.5	3.6	5.5					
	3,000人以上	90	31.1	27.8	33.3	24.4	21.1	13.3	10.0	10.0	8.9	20.0	13.3	10.0	5.6					
	官公庁	8	25.0	12.5	0.0	25.0	25.0	12.5	0.0	0.0	37.5	12.5	12.5	12.5	0.0					
疾患治療時の 就労形態	正社員	356	23.0	30.1	25.8	22.5	29.8	20.2	11.5	7.3	9.6	18.3	11.0	7.0	4.2					
	契約社員	43	27.9	30.2	23.3	11.6	18.6	9.3	20.9	7.0	9.3	18.6	14.0	2.3	4.7					
	パート・アルバイト	130	40.8	33.8	25.4	10.8	20.8	15.4	9.2	13.1	4.6	15.4	15.4	8.5	3.8					
	派遣社員	36	30.6	25.0	22.2	13.9	25.0	25.0	11.1	5.6	2.8	16.7	25.0	16.7	8.3					

※疾患の治療開始時に雇用者だった者のうち、設問「疾患罹患後、疾患を罹患した際の勤め先を退職しましたか」において、「疾病を理由に退職した」と回答した者を対象に集計。「会社を退職時の主な疾患」（n=30以上）及び、「勤め先の配慮の希望・適用の状況」（n=30以上）、「休職取得の有無」「疾患治療時の就労形態」について、各項目で、全体より5ポイント以上高い数値に網。

出典：JILPT調査シリーズNo. 241「治療と仕事の両立に関する実態調査」（2024）

3. 課題解決に向けた 職場環境の再整備

前述の退職理由についてさらに分析を試みたい。まず、2番目に挙げた“治療・療養への専念”は両立支援の対象外と考えて良いだろう。ここでは、1番目の理由となった“自信の喪失”が曖昧かつ抽象的な表現であるため、他の様々な要因を媒介とする従属変数と仮定する。つまり、人々の就業継続の自信を挫く原因は、(3番目以降の理由である)“両立可能な就業形態が無い”、“周囲に迷惑をかける”、“休みが取れない”、“残業が多い”ことの複合や蓄積であると解釈してみる。換言すれば、①業務量を勘案した職務の調整、②職場の意識改革と風土づくり、③残業削減や休暇取得の促進、といった「職場環境の整備」が本人の自信に繋がり、就業継続にポジティブな影響を与えると推測することが可能である。ガイドラインに記載された職場環境の整備が依然として不十分であることが明らかになった³。両立支援のKGI (Key Goal Indicator: 重要目標達成指標)を罹患者の就業継続率とするならば、改めて以下に挙げる職場環境の再整備が急務となるだろう。

1) 本人の申し出を促す仕組みづくり

治療と仕事の両立支援は私傷病である疾病に関わるものであり、本人から支援を求める申し出がなされた時点から取り組むことが基本となる。申し出に関する社内ルール作成と周知、全社員に対する研修等による意識啓発、相談窓口や情報取扱方法の明確化など、本人の申し出が行いやすい

環境や風土を整備することが最も重要である。中でも調査結果で明らかになったように、上司は両立支援の起点とも言うべき存在である。管理職層に対する両立支援の知識・スキルに関する研修を最優先で行うべきであろう。

2) 疾病の特徴を踏まえた対応策の準備

対象者は、入院、通院、療養のための時間の確保が必要になるだけでなく、疾病の症状や治療の副作用・障害等によっては業務遂行能力が一時的に低下する場合もある。時間的制約や業務量に対する配慮だけでなく、健康状態や業務遂行能力も踏まえた就業上のきめ細かな措置(一時的な配置転換や試し通勤制度の適用など)も必要となる。社内制度の活用状況に関する調査結果からも時間単位の休暇制度、テレワーク、フレックスタイムといった柔軟な働き方の有効性を確認できた。全社的な働き方改革の手を緩めてはなるまい。

3) 基本方針の策定と対象者・対応方法の明確化

事業場の状況に応じた社内ルールを労使の理解を得て制定するなど、両立支援の対象者と対応方法を明確にしておくことが必要であり、その際には非正規雇用者も対象となる点に注意が必要である。この点も含めて会社としての「両立支援基本方針」を明文化し、経営理念や健康経営宣言などと連動させた社内周知を再度徹底することが必要である。経営者の大半はこれまでのキャリアにおいて治療と仕事を両立した経験が無い。社員に罪悪感を抱かせないためにも、トップからの再三のメッセージ発信が不可欠である。

3. ガイドラインでは、「両立支援を行うための環境整備(実施前の準備事項)」として、①事業者による基本方針の表明と労働者への周知、②研修等による両立支援に関する意識啓発、③相談窓口等の明確化、④両立支援に関する制度・体制等の整備を挙げている。

4) 個人情報保護と本人の同意取得のルール化

両立支援には症状や治療の状況等の情報が不可欠である。これらは機微な個人情報であり、労働安全衛生法に基づく健康診断において把握した場合を除いて本人の同意なく取得できない。しかし2019年に施行された改正労働安全衛生法では「健康情報取扱規定」を定めることが事業場に義務付けられ、同意取得の手続きが明確になった。健康情報の取り扱いについては必ず労使間で目的、方法、分類、担当者、範囲を協議し、就業規則等に記載することが望ましい。取得した情報に基づき、きめ細かな支援が可能となる。

5) 両立支援にかかわる関係者間の連携強化

様々な関係者が密に連携しなければ両立支援は難しい。事業場関係者（経営者、人事担当者、上司・同僚、労働組合、産業保健スタッフ等）、医療関係者（主治医、看護師等）、地域関係者（産業保健総合支援センター、治療就労両立支援センター、保健師、社会保険労務士等）、そして本人・家族など、関係者は多岐にわたる。先ほどの調査結果では、両立支援コーディネーターに「相談・活用したことがある」は1.7%に留まっており、やはり人事部門と産業保健スタッフの強いリーダーシップによる連携強化が必要である。

4. 今後の課題と労働組合の役割

ガイドラインの公表から8年が経過する中、人事部門による各種支援制度（ハード）は少しずつ整いつつも、現場における管理や運用（ソフト）は追いついておらず、さらに個人の意識や企業風土（ハート）も未成熟であることが今回の調査結果から明らかになった。その対策として、ハード、ソフト、ハートを包括する職場環境の再整備が急

務であることを指摘したが、最後に社会全体としての課題と労働組合の役割に言及したい。

1) 両立支援のさらなる啓発と法制化

関係団体（労働局、労働基準監督署、都道府県、経営者団体、労働組合、医療機関、職能団体、関連学会など）による広報啓発活動は不十分であり、“治療と仕事の両立支援”というテーマ自体もガイドラインの認知率も未だに低い状況にある。労働組合においては、企業による両立支援の重要性について積極的な啓発活動を行うとともに、経営者に健全なプレッシャーを掛け続けるべきであろう。また、他の就労阻害要因（高齢、障害、育児、介護など）と同様の規制を伴った法整備に向けた政策的な活動にも期待したい。

2) 企業に対する支援の強化

経営者および管理者の意識改革と知識提供が急務であり、積極的な取組みを行っている企業を国や自治体が表彰する認証制度や宣言制度などが必要である。また、企業向け研修プログラムの開発、産業医に対する研修、支援事例のデータベース構築、小規模事業場に対する窓口増設などの施策も加速しなければならない。従来の人事管理は健康な社員に焦点を当てたものであり、病気を抱える人々を前提に組み立てたものではない。労働組合には両立支援に不慣れである企業のアドバイザー/パートナーとしての役割を期待したい。

3) 労働者自身による取組み

両立支援は本人の申し出から始まる。会社が制度を準備しても、本人が言い出さず、会社が把握できなければ支援の施しようがない。労働者自らによる、①保健・医療に関する知識（ヘルスリテラシー）の習得、②がん経験者コミュニティサイトなどの両立体験を共有できるネットワークへの

参加、③保険会社によるがん相談サポートの活用なども必要であろう。また、日頃からの自己管理（自己保健義務）や業務面・経済面の準備については、労働組合による組合員への積極的な啓発活動に期待したい。

働く人々は取り換えの利く「愚鈍なロボット」ではなく、故障せずに動く「鋼鉄のサイボーグ」でもない。身体や心を傷める「血の通ったヒューマン」であることを企業も個人も改めて認識すべ

きである。非正規雇用者、高齢者、女性、外国人、LGBTなどを対象とするダイバーシティマネジメント（多様な人材の活躍推進）が求められる中、疾病を抱える従業員も多様な人材に他ならない。また、人材を企業経営の「資本」と考えるならば、両立支援は“人への投資”と考えることも可能となる。柔軟な働き方を基盤とするダイバーシティマネジメントとして、さらには人的資本経営の一環として、職場環境の再整備を核とした両立支援を加速する時期を迎えている。

参考文献：

- 「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」厚生労働省 2016
「治療と仕事の両立に関する実態調査（患者WEB調査）」労働政策研究・研修機構 2024

著者プロフィール：

木谷宏（きたに ひろし）

県立広島大学大学院 経営管理研究科 教授

広島県地域両立支援推進チーム 座長

厚生労働省 治療と職業生活の両立支援事業 実施委員会 座長（2013-2018 年）

同 環境整備マニュアル作成部会 委員長（2021-2023 年）

博士（経営学、麗澤大学）