

労働組合のための
調査情報誌

労働調査

【New Wave】

夏の風物詩、最低賃金

日本基幹産業労働組合連合会 企画調査部 部長 伊藤 彰英

【かがい発】

「宗教国家」アメリカ合衆国？

テキサス A&M 大学 社会学部 准教授 鈴木 和子

特集 治療と仕事の両立

① 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 - 4

県立広島大学大学院 経営管理研究科 教授 木谷 宏

② 健康格差の改善に向けて
- 第4期がん対策推進基本計画 - 10

一般社団法人CSRプロジェクト・代表理事/がんサマ・ソリューションズ株式会社・代表取締役社長 桜井 なおみ

③ 治療と仕事の両立支援について
- 事業場内での運用に携わる産業医の立場から - 17

産業衛生専門医・指導医 友常 祐介

④ 米国的ダイバーシティ&インクルージョン 22

認定NPO法人5years・理事長 大久保 淳一

⑤ 治療と仕事の両立支援に関する取り組み 29

電機連合 労協・法規政策部・前中央執行委員 大崎 真

【Research Box】

治療等をしながら「働き続けられると思う」は4割台半ば、時系列でみて増加傾向
- 内閣府「がん対策に関する世論調査」より - 36

ワンポイント・ブックレビュー

田中恒行「日経連の賃金政策 定期昇給の系譜」

晃洋書房(2019年)

夏の風物詩、最低賃金

いとう あきひで
伊藤 彰英

●日本基幹産業労働組合連合会 企画調査部 部長

私の夏の風物詩と言えば、毎年7月末に最低賃金引き上げの目安を決めるために徹夜で行われる審議会である。年を重ねるごとに体力的な不安を感じるのだが、今年はなんと、22時を目途に審議の終了をめざし（もちろん終わらないが）、夜中も冷房が切れることのない、暑い暑い夏の危機管理型の審議会であった。

日本の最低賃金は都道府県ごとに設定され、経済状況に応じてA・B・Cの3つのランクに分類されている。審議の結果、2024年度の最低賃金は、全ランク共通で50円引き上げの目安が示された。実際の引き上げ額は、目安にもとづいて各都道府県での審議を経て決定されるため執筆段階では確定していないものの、目安通りの引き上げなら最低賃金は全国加重平均で1,054円となり、1,000円以上は8都道府県から16都道府県に倍増する。

翌朝、マスコミ各紙には「過去最高の上げ幅」の文字が並んだが、まだまだ日本の最低賃金水準は国際的にみて大きく見劣りしているのが実情である。本年1月時点の円換算でイギリスやドイツは2,200円、オーストラリアは2,500円に達しており、最低賃金でも月160時間働けば月収40万円に及ぶ。

政府は骨太方針の中で、最低賃金を「2030年代半ばまでのより早期に全国平均1,500円をめざす」としたが、世界標準をめざしたものでない場当たり的な目標であることが残念である。一見わかりやすい目標金額は耳目を集めやすいものの、なぜその金額なのか、いかなる経済状況で到達するかについての説明がなく、これでは使用者側の反発も当然であろう。一方で、今以上の賃上げと物価上昇が続けば、低すぎる目

標に転じてしまう恐れもある。

EUでは、2024年11月までに加盟各国の国内法において最低賃金を一般労働者の賃金中央値の60%（あるいは平均賃金の50%）とするEU指令が採択されている。「最低賃金1,500円」のように目標を絶対値で示す日本と比較してわかりにくさはあるものの、経済状況を反映しやすいため水準の予見可能性が高く、労使間合意も得やすくなる。何よりも、賃金中央値の60%水準は国際的にみて「相対的貧困ライン」と位置づけられており、それを各国の賃金相場においてクリアすることを踏まえれば、合理的な水準であるといえよう。連合はこうした考えに沿って、2035年までに1,600円から1,900円程度の水準まで段階的に引き上げるとの目標を掲げることにした。

最低賃金は社会保障と違い、少ない政府支出で国民生活に影響を与えることができるため、世界的に人気の政策であり政治利用されやすい。欧州においても政治決着の要素があることは否定できないが、そうであるにせよ社会的な貧困者をなくすことは重要な課題である。また労働者不足の昨今、生計費の観点だけでなく、日本で働きたい外国人材を増やすためにも、国際的に低位にある最低賃金を引き上げるという観点も必要である。

日本の最低賃金は賃金中央値の48%程度であり、60%目標は高いハードルともいえるが、合理的な目標を設定し、公労使がそに向けて尽力するのであれば、真夜中にも及ぶ審議会はスタイルが変わり、夏の風物詩のひとつが消えることになるかもしれない。



「宗教国家」アメリカ合衆国？

すずき
鈴木

かずこ
和子

●テキサス A & M 大学 社会学部 准教授

30年近く米国で暮らしているが、いまだに慣れないことがある。そのうちの 하나가、キリスト教（プロテスタント）の影響が、生活・行政・教育のあらゆる面に及んでいることである。現在の米国は、政教分離を憲法で掲げ、信教の自由を保障しているので、厳密には「宗教国家」とはいえない。しかし、米国でキリスト教の影響を軽んじると、のっぴきならない状況に追い込まれてしまうこともあるので、細心の注意が必要である。私はキリスト教徒ではないが、日本で幼稚園から大学までメソジスト系の学校に通っていたので、平均的な日本人よりは、キリスト教に慣れ親しんでいるはずなのだが、いまだに頭をかきあげたり、怒りを覚えたりすることがある。逆に、人種差別が激しく保守的なテキサスではキリスト教徒かどうかは重要であり、とっさに聖書の数節や「主の祈り」を暗唱して危うく難を逃れた場合もあった。以下、宗教に関する、過去・現在の経験を記すことにする。

筆者が結婚をしたのは、ニューヨークのコロンビア大学からテキサスにある現在の大学に移籍した2005年。多忙と金欠を理由に結婚式は挙げず、直接役所に届け出に行った。当事者合意のうえ書類さえ提出すれば婚姻は済むと安易に考えていたのだが、甘かった。日本のような戸籍制度はないので、結婚証明書を発行してもらうため、急遽その場で、簡易結婚式を挙げなくてはならなかった。選択の余地なく、いきなり合衆国の旗のもとで聖書に誓わされ、婚姻にいたる。「なんで宗教国家でもないのに、役所でキリスト教一択？」という疑問はあったが、夫は自称カトリックだし、

ここで波風立てても先に進まないと、そのまま結婚を誓い、証明書を発行してもらった。

米国での婚姻要件は、州や同じ州内の郡によっても異なる。我々の「結婚式」は田舎の役所で急遽行われたので、アメリカ人にとってのデフォルトにあたるキリスト教で行われたのは仕方ないことだと思っている。ただ、裁判所も、デフォルトがキリスト教で、個人の宗教に関わらず、皆が聖書に誓いを立てるのを求められるのには、どうにも納得がいかない。しかし、裁判所で問題を起こすのは裁判官や陪審員への印象を悪くするので、心の中では「これって違憲では？」と思いつつ、黙って聖書に手を置いて、神妙に「聖書に誓って真実のみを話します」と言うことにしている。

キリスト教系の病院に行くと、産婦人科の検診は無料であることが多い。これを、「タダで得たかも」なんて思っただけとはいけない。このような病院では、いかなる理由で妊娠しようと堕胎は許されず、出産が大前提で処置が進められる。レイプされて妊娠したからといって、たとえそれが本人の希望でも、堕胎はできない。米国大統領選が近づくと、必ず堕胎に関する問題が重要な焦点の一つとなるが、これは宗教的倫理観が多分に反映されており、現代の日本人からすると、「前時代的」な感さえる。

教育現場でも、キリスト教の影響は大きい。まずは、男女差や性教育。米国は一部の都市部を除くと、驚くほど田舎で保守的である。日本のように国家によって義務教育の教科書が指定されているわけではないが、初等教育で使用される教科書類は、テキサスなど保守的な州で作成されたもの



が好まれる。私は、大学では人種や性差に関する問題を扱った科目を教えているが、こういった科目は、とくに宗教観が影響しやすいので、教えるのが難しいコースと認識されている。生徒や父兄からの苦情が出やすいので、わが大学では、自ら進んで教えたがる先生は減少傾向にある。

私の教えるジェンダーのコースは、「科学・医学と性差」というテーマから入り、男性学も含むので、女子学生がほとんどを占める通常の社会学部のジェンダー関連のコースとしてはかなり珍しく、受講生の数に男女差がほとんどない。また、他の急進的な教授より、かなりマイルドな内容なので、すぐに満席状態になる。にもかかわらず、受講後の生徒のコース評価はなんとも厳しいものがある。例えば、教科書に従いこんなふうに教える。「様々な性差の物差し（例えば、性染色体・外性器の形状・ホルモン量やバランスなど）を鑑みると、統計的にインターセックスと呼ばれる状態にある人間は、普通のひとが思っているよりかなり多く存在し、人間を男女にきっちり二分するのは、実は困難な作業であることがわかってきた。性染色体がXY（男性）でも、外性器を含めた外見が完璧に女性に見える人間もおり、そのことに本人さえ気づかないケースがあったり、オリンピックの性別判断の基準も一貫していない。というより、科学的に判断基準を設定するのが非常に困難であり、実際科学者も困っている」など、色々具体例も挙げていく。すると、学期末の授業評価に、生徒から次のようなコメントが提出される。曰く「教授は面白いのだが、教えられる内容がキリスト教と反し、信仰心を破壊された」とか、

「神は男と女しか造っておらず、この教授はけしからんことを教えている」とか。

一番悩ましいのは、旧約聖書の教えとは反するダーヴィンの「進化論」を、ポスト・ゲノム時代の人種研究で、どうやって教えたら苦情が少なくなるかだ。特に、コロナ禍で自宅学習が中心だったころは、生徒の親たちが横で授業を見ていることもあったので、びくびくしながら授業をしたものである。以前、米国のテレビ番組で『天才児』というのがあった。8から12歳のIQの高い子供たちが全米から集い、大学資金を競うリアリティ番組である。その中に、米国における宗教と教育の緊張関係を如実にあらわしたエピソードがある。敬虔なクリスチャンを母に持つ男の子が、ビッグ・バンとは何かという質問をされて困ってしまった。競争も激しくなり、ミスは許されない。しかし、「ほんとう」の科学的な答えを言ってしまえば母親は悲しむ。聖書の教えを守れば、奨学金はもらえず、コンペには負ける。男の子は泣きそうな顔をしながら、会場にいる母親と審査員の顔を交互に何度も見る。小さい子どもの心の葛藤に、私は見ていて涙が出てきそうになった。そして彼は意を決して言った。「これからいうことは自分の信じていることとは無関係である。科学者によればこうである」と。そして、科学者の答えを正しく述べた男の子に、審査員は「正解」の判断を下した。私は、感激に涙が止まらなくなって、我がことのように狂喜し小躍りしてしまった。



特 集

治療と仕事の両立

厚生労働省は2016年に
「事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン」を公表した。
引き続き、労使で治療と仕事の両立に向けた制度の整備が進められている。
一方で制度の利用の難しさなど、運用上の課題等が浮かび上がっている。
本号は、「治療と仕事の両立」を巡る現状や課題について
それぞれの立場からご執筆頂いた。

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: %)

	n	2022年調査																		
		るため・療養に専念する	がめ仕事や副収入を続ける自信	症状や副作用等の迷惑を	係の人々や同僚、仕事	会社や同僚、仕事	たから多い職場だ	残業が多	がなかつた	治療や静養の必要が	休職期間が長い	治療や静養の必要が	職場から勧められた	家族から勧められた	退職期間が長い	治療や静養の必要が	治療や静養の必要が	退職制度がなかった	その他	特にな
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						
会社籍時の主な疾患	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。「会社籍時の主な疾患」(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: J I L P T 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の作成と周知、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）

健康格差の改善に向けて — 第4期がん対策推進基本計画 —

さくらい
桜井

なおみ

●一般社団法人CSRプロジェクト・代表理事／
キヤンサー・ソリューションズ株式会社・代表取締役社長

はじめに

— 1億総中流時代の終焉 —

「格差社会」という言葉を、ニュースでも耳にするようになった。格差には、収入格差や情報格差、教育格差など、様々な「格差」があるが、医療の中では「健康格差」という結果に現れることになる。健康格差は、通常隠れている様々な社会要因の「格差」が相互に作用しあった結果であり、遺伝や生活習慣、生物学などの医学的見地だけでは解くことは難しいとされる。

ある特定のコミュニティに属する人が、本人も気づかないまま、知らず知らずのうちに健康への悪影響を受けているとしたならば、公平、公正の観点からも、政策や社会の取り組みでその差を縮めていく努力が求められる。本稿では、いま我が国でおきている「健康格差」をテーマに国の第4期がん対策推進基本計画を通じて、社会が取り組むヒントを考える機会としたい。

1. 健康に関する

格差とは何か？

(1) 健康格差の定義

米国癌研究所では、がんの健康格差を「社会的、環境的、経済的な不利な状況により、特定のグループが他のグループと比較して不均衡ながんの影響を受けていること」¹と定義しており、その影響は、「がんの発症率（新規症例数）、有病率（既存のすべての症例）、死亡率（死者数）、生存期間（診断後の生存期間）、罹患率（がん関連の合併症）、生存率（がん治療後の生活の質を含む）、がんや関連する健康状態による経済的負担、検査受診率（健診や検診の受診など）、診断時のステージ（病状の進行度合い）などに影響を与える」と指摘する。米国癌学会が発行している「がん格差2024」報告書（AACR CANCER DISPARITIES PROGRESS REPORT2024）²では、健康格差が現れやすい傾向にあるグループとして、「人種、民族、

1. "Cancer Disparities". National Cancer Institute.

<https://www.cancer.gov/about-cancer/understanding/disparities>（閲覧日2024年6月10日）

2. "AACR CANCER DISPARITIES PROGRESS REPORT2024". American Association for Cancer Research.

<https://cancerprogressreport.aacr.org/disparities/>（閲覧日2024年7月1日）

障害、LGBTQ、地理的位置、収入、教育、年齢、国籍、小児や若年世代（AYA世代）、高齢者など」を挙げている。また、健康格差の解消には、個人だけの努力で解消することは難しく、広告なども含めた公衆衛生、すなわち、医療政策の実施が重要であり、時間をかけて少しでも格差を縮める努力が必要とレポートの中でも指摘している。

我が国においても厚生労働省「健康日本21（第三次）」の中で、「あらゆる世代の健やかな暮らしを支える良好な社会環境を構築することにより、健康格差（地域や社会経済状況の違いによる集団間の健康状態の差をいう）の縮小を実現する³」が目標として掲げられている。この中では、運動、食生活、禁煙の3つの分野を中心にデジタル技術の活用も含めた、自治体や企業の連携がうたわれている。

（2）健康の社会的決定要因という考え方

健康格差に取り組む上で重要な考え方に、「健康の社会的決定要因（Social determinants of health；以下、SDHと称す）」がある。世界保健機関（WHO）はSDHについて、「人々が生まれ育ち、生活し、働き、そして歳をとるという営みが行われる社会の状況が健康格差を生み出している。病気の背景には、生物学的な要因だけではなく、社会的要因（教育・就業・生活環境・社会環境など）が存在する」と指摘している。SDHは人々の健康、幸福、生活の質に大きな影響を与え、その要因として①社会格差 ②ストレス ③幼少期 ④社会的排除 ⑤労働 ⑥失業 ⑦社会的支援 ⑧薬物依存 ⑨食品 ⑩交通の10項目

に分類している⁴。例えば、健康的な食品を販売している食料品店にアクセスできない人は、栄養状態が良好である可能性が低くなることが分かっている。スナック菓子など、安価で高塩分・高カロリーな食品類を販売するお店では、心臓病、糖尿病、肥満などの健康状態のリスクが高まり、こうした店舗にしかアクセスできない人は、健康的な食品にアクセスできる人と比べて平均寿命が短くなることもある。こういった社会環境も含めた健康管理の実践には、医療機関や行政機関単体では改善が難しく、教育、交通、住宅、企業などの業界が一体となって、人々の生活環境条件を改善するための取り組みが必要である。

3. “健康日本21（第三次）”. 厚生労働省.

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/kenkouunippon21_00006.html（閲覧日 2024年6月10日）

4. WHO健康都市研究協力センターほか. 健康の社会的決定要因 確かな事実の探求（第二版）. 特定非営利活動法人健康都市推進会議. 2004

2. 日本にもある健康格差

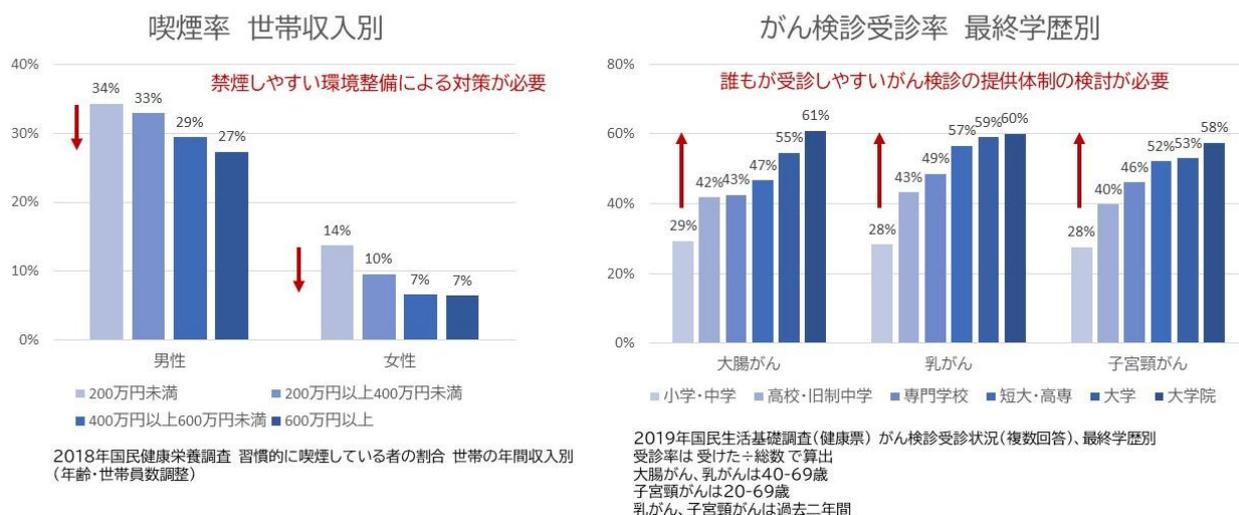
(1) がんの予防分野での格差

がんリスクを高める原因のひとつに「喫煙」がある。この喫煙率を世帯収入や教育年数の長さなどで比較したものが、図1⁵になる。このように、世帯収入が低い集団ほど喫煙率が高くなっており、検診の受診率は教育年数が長い集団ほど受診率が高い傾向となっている。世帯年収が低い、あるいは

は、教育年数が短い人は、非正規雇用や特定の業界など、正社員と比べて禁煙治療や受動喫煙が多い環境にあるかもしれない。また、検診のために仕事を休むことができない労働環境にあるかもしれない。こうした格差を縮めるためには、病気の診断を受けた時も休める就業規則の拡大や情報による支援、検診などが受診し易い職場環境づくりが必要となっている。健康経営の対象として、社内にある「格差」に対しても目を向けていくことを期待したい。

図1 がん予防・検診分野における格差

e-Statの公表集計値より



5. 厚生労働省第80回がん対策推進協議会令和4年6月30日資料3(大阪医科薬科大学医学研究支援センター医療統計室室長・伊藤ゆり参考人提出資料)より抜粋

(2) がんの健康格差

がん対策を評価する調査研究に「患者体験調査」がある。本調査は、全国のがん診療連携拠点病院、院内がん登録実施施設で配布され（回答者数7,080人）、診療や相談内容のほか、就労や経済など社会的事項も把握し、政策評価に反映するものである。

2018年に実施された本調査をもとに、社会的背景を男女別、就業形態別でさらに詳しく調べると（表1）、我が国における「健康格差」が明らかになった。

これによれば、診断直後の離職者は、正規雇用

の男性4.0%、女性6.3%に対し、非正規雇用で男性16.3%、女性16.6%と、正社員の3倍以上の割合となっている。「びっくり離職」と呼ばれる診断時離職の背景には雇用形態が大きくかかわっていることが想像できる。経済的理由で治療を中止、延期した患者は、18歳から39歳の女性で12.1%、男性正社員でも8.5%、40歳～64歳男性で8.0%と、それぞれ高いこともみえてきた。こうしたことから、就労については非正規雇用や女性が、経済支援については若年の女性や正社員や中高年層の男性が、重点的な支援対象者として浮かび上がってきた。

表1 がん患者のがん診断後の退職と経済的理由による治療中止・変更

		診断直後に退職した者 (65歳未満で診断時収入のある仕事をしていた個人事業主以外)		経済的理由による 治療中止・変更	
		男性 (n=490)	女性 (n=1023)	男性 (n=3316)	女性 (n=3117)
全体		6.1%	12.4%	4.7%	4.2%
年齢	18-39歳	6.8%	8.6%	6.9%	12.1%
	40-64歳	6.1%	12.7%	8.0%	4.8%
診断時職業	正社員	4.0%	6.3%	8.5%	2.8%
	非正規雇用	16.3%	16.6%	5.7%	6.3%
	個人事業主	-	-	5.2%	4.1%
	無職	-	-	3.7%	4.1%

出典：伊藤ゆり. 本邦におけるがんサバイバーシップ研究の現状と課題. 癌と化学療法. 2024年2月, 第51巻第2号, 115-

3. 第4期がん対策推進基本計画 —誰一人取り残さないがん対策—

(1) 計画の概要

1984年に「対がん10カ年総合戦略」が策定されて以降、2006年には「がん対策基本法」が成立。2007年には「がん対策推進基本計画」が策定され、

我が国のがん対策は大きく前進した。2023年3月末には「第4期がん対策推進基本計画」が閣議決定され、4月より計画に向けた取り組みが始まったところである。本計画は、今後約6年間（2023年度から2028年度）のがん対策に関する国の方針をまとめたもので、その全体像（図2）、トピック（表2）を示す。

図2 第4期がん対策推進基本計画の概要

第4期がん対策推進基本計画（令和5年3月28日閣議決定）概要

第1. 全体目標と分野別目標 / 第2. 分野別施策と個別目標	
<p>全体目標：「誰一人取り残さないがん対策を推進し、全ての国民とがんの克服を目指す。」</p>	
<p>「がん予防」分野の分野別目標 がんを知り、がんを予防すること、がん検診による早期発見・早期治療を促すことで、がん罹患率・がん死亡率の減少を目指す</p>	<p>「がん医療」分野の分野別目標 適切な医療を受けられる体制を充実させることで、がん生存率の向上・がん死亡率の減少・全てのがん患者及びその家族等の療養生活の質の向上を目指す</p>
<p>1. がん予防</p> <p>(1) がんの1次予防</p> <p>①生活習慣について</p> <p>②感染症対策について</p> <p>(2) がんの2次予防（がん検診）</p> <p>①受診率向上対策について</p> <p>②がん検診の精度管理等について</p> <p>③科学的根拠に基づくがん検診の実施について</p>	<p>2. がん医療</p> <p>(1) がん医療提供体制等</p> <p>①医療提供体制の均てん化・集約化について</p> <p>②がんゲノム医療について</p> <p>③手術療法・放射線療法・薬物療法について</p> <p>④チーム医療の推進について</p> <p>⑤がんのリハビリテーションについて</p> <p>⑥支持療法の推進について</p> <p>⑦がんと診断された時からの緩和ケアの推進について</p> <p>⑧妊孕性温存療法について</p> <p>(2) 希少がん及び難治性がん対策</p> <p>(3) 小児がん及びAYA世代のがん対策</p> <p>(4) 高齢者のがん対策</p> <p>(5) 新規医薬品、医療機器及び医療技術の速やかな医療実装</p>
<p>3. がんとの共生</p> <p>(1) 相談支援及び情報提供</p> <p>①相談支援について</p> <p>②情報提供について</p> <p>(2) 社会連携に基づく緩和ケア等のがん対策・患者支援</p> <p>(3) がん患者等の社会的な問題への対策（サバイバーシップ支援）</p> <p>①就労支援について</p> <p>②アピアランスケアについて</p> <p>③がん診断後の自殺対策について</p> <p>④その他の社会的な問題について</p> <p>(4) ライフステージに応じた療養環境への支援</p> <p>①小児・AYA世代について</p> <p>②高齢者について</p>	
<p>4. これらを支える基盤</p> <p>(1) 全ゲノム解析等の新たな技術を含む更なるがん研究の推進</p> <p>(2) 人材育成の強化</p> <p>(3) がん教育及びがんに関する知識の普及啓発</p> <p>(4) がん登録の利活用の推進</p> <p>(5) 患者・市民参画の推進</p> <p>(6) デジタル化の推進</p>	
<p>第3. がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項</p> <p>1. 関係者等の連携協力の更なる強化</p> <p>2. 感染症発生・まん延時や災害時等を見据えた対策</p> <p>3. 都道府県による計画の策定</p> <p>4. 国民の努力</p> <p>5. 必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化</p> <p>6. 目標の達成状況の把握</p> <p>7. 基本計画の見直し</p>	

表2 がん対策推進基本計画の見直しのポイント

がん予防	<ul style="list-style-type: none"> ・「がん検診受診率」の目標を50%から60%に引き上げ ・感染症を要因とする子宮頸がん、肝がん、胃がんなどを含めた感染症対策の推進
がん医療	<ul style="list-style-type: none"> ・ゲノム医療の推進とともに、ドラッグラグ等の課題に対し、新たな診断技術・治療法へのアクセスを確保 ・新たな技術の「速やかな医療実装」に関する項目を新規に追加し、国際共同治験への参加などの取組を推進
がんとの共生	<ul style="list-style-type: none"> ・治療に伴う外見変化に対する相談支援・情報提供体制の構築等 ・就労を含めた社会的課題への取り組み推進
これらを支える基盤	<ul style="list-style-type: none"> ・患者、市民参画の推進 ・医療、福祉、保健サービスの効率的、効果的な提供などの観点からデジタル化の推進 ・「全ゲノム解析等実行計画2022」の着実な推進

(2) 誰一人取り残さないがん対策の実践

第4期がん対策基本計画では、各分野における政策評価を明確にするために、ロジックモデルの考え方を導入している。ロジックモデルの立案には、その地域で「誰が取り残されているのか」を特定し、必要な対策を立案し実施していく必要がある。各自治体の政策企画力が問われるところだ。

例えば、福井県では検診における格差を小さくするための取り組みとして、「職域がん検診受診体制整備奨励金⁶」を4月からスタートさせた。これは職域におけるがん検診受診率の向上を図るため、従業員ががん検診を受診するための特別休暇等の制度を整備した事業者に対し奨励金を支給することで、がん検診を受けやすい職場環境を整備することを目的としている。がん検診を受診する際の特別休暇制度を設ける、がん検診の受診時間を勤務扱いとするなどの制度を設ける、従業員ががん検診を受診する際の検査費用を一部負担す

るといった取り組みだ。非正規雇用労働者にとっては、がん検診で休暇をとることに伴い、収入は減少する。こうした自治体からの後押しがどのようなアウトカムとして現れてくるかに注視したい。「誰一人取り残さない」ために、地域のコミュニティへのアプローチは今後の命題であり、その取り組みの効果については、ロジックモデルで検証をし、改善を重ねていくことが求められる。

4. まとめ

雇用年齢の延長に伴い、働く世代の年齢も長期化してきている。従業員の年齢が高くなれば、当然、疾病も増えてくるため、がんに限らず、病をもちながら働くことへの支援は企業の中では必須になってこよう。特にがんにおいては、約2人に1人が生涯で一度は罹患をし、約3人に1人が亡

6. “職域がん検診受診体制整備奨励金”. 福井県.
<https://www.pref.fukui.lg.jp/doc/kenkou/gantaisaku/syokuikigannkensin.html> (閲覧日2024年7月10日)

くなっており、働く世代にとっては、当事者として、家族として、関わりを持たない人は少ない。

今日、私たちの生活環境や医療技術は大きく変化をしており、経済毒性や時間毒性という言葉も登場している。健康経営も、その場限りのエピソードに頼るのではなく、多様なデータを用いて課題

を明らかにし、合理的根拠（エビデンス）に基づく取組みとなって実効性を発揮していくことが期待される。企業や学校など社会においても「健康格差」に関して意識づけることが重要であり、まさにダイバーシティやSDGsの中に解決策はあると思っている。

労働組合のための調査情報誌

月刊 『労働調査』

年間購読料12,000円(送料、消費税込み)

最近号の特集一覧

2022年6月号 労働教育の取り組み	2023年7月号 介護労働者を
7月号 ジョブ型を考える	取り巻く問題状況と今後の課題
8月号 2021~2022年 労調協共同調査	8月号 「第5回 次代のユニオンリーダー
「第5回 次代のユニオンリーダー	調査」-分析編-
調査」調査報告	9月号 労働者協同組合という働き方
9月号 「家族」の変化と仕事、生活	10月号 労働組合における政治活動の取り組み
10月号 コロナ下における勤労者の生活と意識	11月・12月号 I. 人事評価制度の見直しと労働組合
11月・12月号 I. 物価上昇の下での賃金交渉	II. 労調協の仕事、この1年
II. 労調協の仕事、この1年	2024年1月号 組織拡大のこれから
2023年1月号 教育費・奨学金の現状と課題	2月号 勤労者の生活の現状と今後の課題
2月号 勤労者の生活の現状と課題	3月号 介護離職ゼロをめざして
3月号 労働時間 上限規制への対応	4月号 外国人労働者政策のこれから
4月号 貧困・セーフティーネット	5月号 賃金が上がる社会への転換
5月号 ビジネスと人権	6月号 学校現場における働き方改革
6月号 ハラスメントのない社会へ	7月号 ヨーロッパにおける最近の労働事情

特 集 3

治療と仕事の両立支援について — 事業場内での運用に携わる 産業医の立場から —

ともつね
友常ゆうすけ
祐介

●産業衛生専門医・指導医

1. はじめに

前回2017年9月号に「仕事と治療の両立支援について — 産業医の立場から —」（以下、前稿とする）を寄稿した。その時から約7年が経過し、両立支援に関する制度が整備され、運用が円滑になった部分もあるが、事業者側の立場からは、働き方改革や少子高齢化の影響などにより、働き手の確保が困難になっていることなど従来からの課題に加えて、対象となる健康問題は多岐に渡ること、テレワーク、時間単位の休暇取得、短時間勤務など、働き方が多様化していること、事業場内で制度を構築し、周知を行っても、必要に迫られた労働者にしか情報が届かないこと、職場で労務管理に携わる管理監督者にとっても頻繁に両立支援が必要な労働者に対応するわけではないこと、異動や退職などにより人事労務担当者や管理監督者の入れ替わりもあることなどから、制度の運用をしてみたの課題が抽出されている。

また、労働者側の立場からは、事業者から就業継続を求められるの治療と仕事の両立のみではなく、本人の就業に対する価値観や家庭生活を含め

た両立が求められる様になっており、個々の労働者での事情は多様である。

2. 基本的な考え方

上記の通り、治療と仕事の両立支援における課題は山積みだが、産業保健活動の側面から捉える際には、どういった考え方に基づいて実施するかを事業場内で明確にしておくことが望ましい。筆者は、前稿の通り「労働者に自己保健義務を果たしてもらった上で、安全配慮義務を履行しながら、どのように働いてもらうか」といった考え方を基本としている。これは、治療と仕事の両立支援に対する認知が進むことにより、労働者が就業を諦めることなく、継続できるのはポジティブな側面もある一方で、事業者として、健康状態に懸念がある状況で就業させることについては、安全配慮義務上の懸念があること、就業は、労働者に期待する業務があつてこそでもあり、制度の運用によっては周囲の労働者にネガティブな影響をもたらす可能性もあるため、「いかに安全に期待される業務に従事できるか」といった視点で考えることが重要になる。

3. 制度の設計・運用に際して

厚生労働省により「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（以下、ガイドライン）が制定されて、実務を経験した上で、制度の設計・運用に際してのポイントについていくつか触れておく。

1) 制度設計に際して

事業者においては、治療と仕事の両立支援に際して、労働者の職務遂行能力の低下や、就業時間が短くなることについて、どの程度許容できるのか、つまり、事業の継続や労働者全体の公平性を踏まえて、どういった制度が作れるのか、といった議論が必要になる。この点については、詳細な制度設計を行った上で運用するより、実際に両立支援が必要となったケースで、現状の制度の中で可能な支援を行いながら更新していくのが現実的である。また、その際に、目の前に生じているケースのみで検討すると、事業場、労働者全体にとっての最適な制度からギャップが生じる可能性があるため、労働組合など、労働者代表の意見を聴取することも重要となる。また、この際に、労働者代表には、治療と仕事の両立支援のみならず、事業場の健康管理に対するスタンスを含めて、労働者全体のことを考慮した意見をすることが期待される。

2) 健康問題に対する考え方 ー疾病性と事例性ー

ガイドラインには、両立支援の対象となる代表的な疾患について、医学的な側面（以下、疾病性とする）を含めた詳細な記載がされているが、事業者が疾病性を十分に理解して対応することは、現実的ではなく、期待をするべきでもない。一方

で、患者として接している労働者の健康問題について、疾病性を十分に把握し理解している主治医であっても、その事業場において、日常的に健康問題がどのように取り扱われているかについてのイメージは持ちづらく、どういった職場環境で、どういった労働者に囲まれて、どういった作業をしているかについて把握することは簡単ではない。従って、健康問題に対してどのような配慮をすれば安全に働けるかということについて、確定的な意見を述べられるわけではないということは知っておく必要がある。

また、ガイドラインの両立支援カードには、必要な就業上の配慮についての細かな記載があるが、詳細になりすぎると、本人の可能性を狭めたり、労働条件に関わるような制限になったりすることもある。そのため、主治医には、疾病性の視点からの助言を期待し、疾病性からどういった困りごと（以下、事例性）が生じるかや、事例性を踏まえた職場内での就業上の配慮については、産業保健スタッフが意見を述べるのが現実的とも考える。なお、代表的な疾患以外でも、疾病性と事例性の視点を念頭におけば、様々な健康問題に対応できる体制づくりができると考えられる。

3) 就業上の配慮に関する考え方

まず、上記の就業上の配慮については、主治医や産業医の意見を踏まえた配慮を実施すれば、本人の安全で健康な就業を保証するものではないことを認識しておく必要がある。筆者としては、労働者の希望を確認しつつ、事業者がとりうる配慮を考慮に入れて意見を述べることが多い。これは事業場や労働者に迎合しているということではなく、本人の抱える疾病性や事業者に求められる安全配慮義務を考慮に入れながら、関係者が産業医意見をどう捉えるかを念頭に置いて意見を述べていることが背景にある。例えば、治療と仕事の両

立支援に限らず、健康問題からの職場復帰時などに「時間外業務への従事を控える」といった意見を述べることもあるが、疾病性を根拠として、従事可能な労働時間が変わる、つまり、所定労働時間が7時間の事業場と8時間の事業場で意見が変わることはなく、健康問題を抱えた労働者に時間外業務に従事させるのかどうか、といった安全配慮上のメッセージであることが多い。定期的に人工透析に通院中の場合、医療機関を受診可能なタイミングで業務を終えることが必要となるが、その分、始業時間を早めたり、通院日以外の労働時間で補うことができるのか、できないのか、人工透析中であれば、基礎的な健康状態を踏まえて、短時間労働を認めるのか、など、検討の余地は多岐にわたる。

そのため、就業上の配慮については、主治医、産業医の意見の主旨も確認しながら、関係者で協議し、事業者として主体的に決めていくことを期待したい。

4) それぞれの健康問題から考える対応のポイント

ガイドラインには、代表的な疾患についての対応のポイントが記載されているが、ここでもいくつかポイントを述べる。

悪性腫瘍については、化学療法を定期的実施しながら就業を継続するケースが多い。化学療法による短期的、中長期的な副作用はケースバイケースであり、時間経過によっても変わっていく。そのため、両立支援開始時に治療スケジュールを元にした計画は立案できるが、日常の労務管理の中で本人の健康状態や業務遂行能力を見極めて、計画の更新をする必要性が生じる。また、治療を継続する中で、就業上の配慮をどの程度まで行うことが適切なのか、どういった状態になったら就業を中断し休業に切り替えるのかについて、所属の上司が判断する負担は非常に大きい。また、診

断書に基づいて一定期間の休業が取得できることも多いが、労働者が自ら休業を申し出ることに対するハードルは高い場合もある。主治医・産業医が労働者の日々の健康状態を確認するのは現実的ではないため、関係者での定期的な状況確認の場を設けたり、保健師、看護師等の産業保健スタッフが身近な相談相手として健康状態を確認できる体制は、事業者、労働者にとっては非常に心強い。

脳血管疾患については、通勤の安全面に支障がある際にテレワークで就業継続するといった対応があるかもしれない。その際、通勤面の安全に懸念がある状態にあるとの判断は難しくないが、一方で、テレワークという事業者の目の行き届かない自宅などの環境での就業について、安全面の懸念がないと言い切ることもできない。この状況に対して、「主治医や産業医が許可をする」といった文脈にすると、「健康問題があればテレワークができる」といった不公平感にも繋がる可能性があるため、テレワークに従事する業務があるのかどうかを確認し、テレワークで就業することについてのリスクや取り得る対処について関係者で共有し、事業者として就業継続の可否について判断をすることが必要であろう。

COVID-19感染後に倦怠感や咳などの後遺症が長期間にわたって持続するケースもしばしば経験する。これも新しい課題であり、この状況に対して、原稿執筆時点では、健康問題が存在し、業務遂行能力に影響していることを客観的に証明することは困難である。当然ながら、本人の健康状態を把握する主治医の確保を促すとともに、本人からの体調や日常生活に関する聴取を行い、事業者に理解を求めていくことも治療と仕事の両立支援になるだろう。

メンタルヘルス不調については、ガイドラインの対象として明記されていないが、両立支援に際しての基本的な考え方については変わらない。

ただし、メンタルヘルス不調の疾病性と事例性は、身体面の健康問題より多岐にわたることや、その発症過程において業務が関連しているかについての認識が関係者間で異なる場合もあり、対応に苦慮するケースも多い。

4. 事例紹介

次に、筆者が経験した事例から、実際の対応に際しての課題について検討する。なお、事例については、プライバシー保護の観点と、検討のポイントを明確にするために、複数の事例を組み合わせるとともに、内容を適宜改変している。

・事例 30代女性 事務職

人間ドックの乳がん検診をきっかけとして乳がんと診断され、手術療法を行った。その後、職場復帰したが、手術後の病理検査で化学療法、放射線療法が必要だと判断され、精神的なショックを受けたものの、同様の経過で通院加療を継続しながら就業している知り合いがいたことから「自分もそうしなければいけない」、「自分もできる」といった気持ちで就業継続を希望した。

化学療法については1～2週間に1回で半年程度、その後、放射線療法は1ヵ月間（平日、毎日受診）を予定し、主治医からの助言としては、治療のスケジュールが示されるとともに治療に伴う体力面、貧血に伴う疲れやすさ、白血球低下による免疫力の低下などに配慮するようなコメントがあった。また、本人には小学生の子どもが2人おり、育児については、「夫や自宅から1時間程度のところに住んでいる両親の助けを借りて、できる範囲でやる」という状況であった。

化学療法が開始されて1～2ヵ月が経過し、当初は化学療法による吐き気、倦怠感などが数日続

き、体調をみながら就業していたが、2ヵ月を経過した頃から、目立った貧血や白血球低下などは無いものの、化学療法後の倦怠感が強くなり、思うように動くことができず、業務、育児に身体的、精神的な負担を感じるようであった。そのため、産業保健スタッフが状況確認をしたところ、主治医の意見としては、治療の経過は順調でスケジュールには特に変更はないとのことであったが、「思っていたより体力的、気力的な面で消耗している」、「職場にも迷惑をかけてしまっているし、子育ても思うようにできておらず、気持ち的に辛い」、「この治療がしばらく続くと考えるととても落ち込むし、再発したらどうしようといったことも不安」という話があった。

本事例について、「3. 制度の設計・運用に際して」も踏まえて振り返ってみる。

1) 両立支援計画の立案と運用について

今回は、悪性腫瘍に対する両立支援ということ、主治医からは治療のスケジュールや考えられる副作用について、疾病性の観点から助言が得られている。事業者としては、年次休暇や時短勤務等の制度面を整備しておくことで、支援計画が立案できるのではないだろうか。また、制度面が整備されていれば、時間経過によって本人の状況が変わった際に、慌てることなく、制度内の運用で対応することが可能となる。

2) 主治医に対する期待について

診察の機会は限られるという時間的制約、職場の状況が見えないという空間的制約があること、主治医－患者といった関係性から、就業継続に関する意見を述べる際には本人の意思も関わってくることなどから、就業継続の可否に関する判断をタイムリーに主治医に求めることは難しく、上記

の事例のように、一般的な助言になることがほとんどかもしれない。また、上記の事例を読んでどう感じるかは読者の背景によって異なるが、筆者が職場に状況を説明することを意識して記載しても、医学的な用語が多用され、状況の理解が難しいと感じるのではないだろうか。従って、主治医意見に過度な期待をせず、職場で判断できる体制を整えることが重要になる。

一方で、主治医にとっても、本人が職場でどういった対応を受けているかについての情報は重要であるため、職場で両立支援に関するプランを立案し、主治医に何らかの形で共有することにより、医学的にNGといった判断があるかどうかを確認するといった対応も選択肢となる。また、本人が職場に言いにくいことを、主治医意見として伝えてもらうことも期待できるかもしれない。

3) 本人、家族の役割について

事業者は就業する機会を提供する、主治医は本人に必要な治療を行う、を前提とした両立支援であるが、これは事業者の視点からの取り組みとなる。

実際には、本事例のように、治療と仕事のみならず、育児などの家庭生活も成り立たせることが必要になってくる。その際には、本人が「人生をどのように過ごしたいか」という主体的な意思が存在し、その意思を踏まえて、治療を含めた健康管理にどう取り組むか、仕事にどう向き合うかといった整理をすることが重要になると考えられるが、ここに家族、主治医、事業者、産業保健スタッフ等がどう関わるかは非常に難しい問題でもある。

5. 最後に

治療と仕事の両立支援については、前稿から7年経過したが、少子高齢化、働き方改革、医学的な管理に関する時代の変化もあり、引き続き、それぞれの事業場において手探りで取り組みが行われている状況にある。については、社会全体としてより良い取り組みが行われるよう、本稿なども参考に頂き、様々な場で議論がなされると、筆者として望外の喜びである。

米国式ダイバーシティー& インクルージョン

おおくほ
大久保

じゅんいち
淳一

●認定NPO法人5years・理事長

1. はじめに

両立支援については「労働調査2017年9月号¹」にて、制度を中心にご紹介させて頂きました。今回は、その土台であるダイバーシティー&インクルージョンと両立支援・運用の考え方についてご説明させて頂きます。

2. 仕事と治療の両立支援

私は、前職・外資系投資銀行ゴールドマン・サックスに勤務していた時「がん」に罹患しました。2007年、働き盛りの42歳の時でした。会社は治療期から復職期と手厚くサポートしてくれました。

しかし、ゴールドマン・サックスには、がん患者従業員のための特別な両立支援プログラムがあった訳ではありません。存在したのは「米国流のダイバーシティー&インクルージョン」と経営方針でした。そして、それらがとても有効に機能し

従業員への復職を支えたのです。

3. 初めてのダイバーシティー& インクルージョン

私は、新卒で日系の石油会社に就職しました。伝統的な日本式経営を行っている会社でした。7年後に退職して、自費でアメリカに留学。卒業後、ゴールドマン・サックスの日本法人に入社しました。米国式経営の権化のような会社で1999年のことでした。

同社では、90年代からダイバーシティー&インクルージョン(D&I)に取り組んでいて、最もD&Iが進んでいる会社の一つとしてアメリカのメディアで紹介されていました。

従業員は研修を通じてD&Iの重要性を叩き込まれます。そのD&Iは、日本人の学者たちが唱えるダイバーシティー&インクルージョンとは異なるものした。



1. 労働調査2017年9月号については<https://www.rochokyo.gr.jp/html/2017bn.html#9>から確認できます。

4. 日本型D&I?

ある日本人学者が書いた記事にはこうあります。
“今の日本社会には閉塞感がある。打開するにはイノベーションが必要で、そのために企業は、従業員を多様化（ダイバーシティー）する必要がある”と。

また別の日本人学者の記事はこうです。“少子化が進む社会において、日本企業は労働力の確保が喫緊の課題である。そのためには女性、外国人といった多様（ダイバーシティー）な人材の起用が必要である”。

なるほどと思いますが、発祥の地・アメリカのダイバーシティー&インクルージョンは、まず「目的」が異なります。



5. 米国式ダイバーシティー

なぜ、ダイバーシティー&インクルージョンが必要なのか。

ゴールドマン・サックス社の教えはこうでした。

「強い組織を作るために必要なのだ」

そしてロジックはこうです。

グローバルな経済環境下で企業が勝ち残るためには「強い組織」を造らなければならない。その

ためには優秀な人たちに入社してもらい、活躍してもらう必要がある。それには「ダイバーシティー&インクルージョン」の導入が重要である。世界に先駆けて1990年代から企業戦略の中核に置かれていました。

6. 戦略としてのD&I

その米国式ダイバーシティー&インクルージョンはこうです。「わが社では、いかなる個性（性別、年齢、国籍、宗教、LGBT、人種など）も、その人にとって不利益にならない」。

その個性の中に、がん等の病気をした事実も含まれているのです。病気をした経験があったとしても社内で不利益にならないということです。これについては後程述べます。

「あらゆる個性が不利益にならない」と強調し実行することが、ダイバーシティー&インクルージョンの本質で、それにより優秀な人が集まり、強い組織ができ上がっていくという考えです。



7. 逆接的な説明

逆の言い方をすれば、「個性が不利益になる組織」には、優秀な人は集まらない。また、優秀な人がいたとしても活躍できない。だから組織は弱体化する、ということです。

例えば、「私は女性だから、あの会社では責任のある仕事はさせてもらえないだろう」とか、「私は外国人だから、あの会社では昇進できないだろう」などと思われると、入口のところで優秀な人材が応募してきません。女性とか外国人といった自分の「個性」があの会社では不利益になるから働きたくないのです。

またもし、社内に優秀な人材がいても、上司が「彼は、まだ若いからマネージャー職に抜擢できない」とか、「あの仕事は、女性には任せられない」といった差別的な意思決定が普通に行われます。

個性が不利益になるような会社では、似たような人たちが集まる集団が出来上がります。例えば、中高年の男性ばかりがいる職場は最たる例でしょう。

8. 右肩上がりの時代とは違う

製造業を中心にして高度経済成長を成し遂げた右肩上がりの時代には、組織や価値観は画一的であるほうが効率はよかったです。つまり、似たような社員たちが一所懸命に仕事をすれば、その分、生産性の向上につながった時期がありました。

しかし、国の成長により他国よりも労働賃金が高くなった日本では、効率よく物を生産するだけの仕事はコスト高になりました。同時にグローバル化が進み、労働賃金の安いアジアに仕事が流れていきました。単に効率よく生産するだけでは、世界に勝てなくなったのです。

成熟国家となり、人々のニーズが多様化した今の日本社会に求められるのは「効率」ではなく、新しいことを生み出す「創造力」です。

そのためには優秀な人たちが入ってきて、その人たちが活躍する強い組織を造らなければならないのです。



9. 結果としての多様性

ゴールドマン・サックス社では「いかなる個性（性別、年齢、国籍、宗教、LGBT、人種など）も、その人にとって不利益にならない（ダイバーシティー&インクルージョン）」を繰り返し唱え、実行しました。その結果、様々な国籍の従業員がいて、女性比率も高まり、若手も年配者も活躍する強い組織が出来上がりました。

ダイバーシティー&インクルージョン発祥の地アメリカでは、多様性（ダイバーシティー）は、目的ではなく「結果」なのです。

優秀な人たちに来てもらい、活躍してもらおうと、結果的に様々な人がいる組織が出来上がるのです。

10. 逆接的な説明

逆の言い方をすれば、たとえ女性比率を上げ、外国人を採用しても、これまで通りの意思決定を繰り返していたら強い組織になりません。

例えば、社内の女性比率が30%上がっても「女性にあの部署の部長職は務まらないだろう」とか、「(途中で採用された) 40代の彼が執行役員に昇進なんて人事はできない。若すぎるよ」などという60年前と同じ意思決定を続けていたら、それは

ダイバーシティー&インクルージョンではないのです。

11. 社員はコスト？財産？

最近、いくつかの企業のトップの人たちが「社員はコストではなく財産だ」と言われています。とても良いことだと思います。そもそも社員はコストという考え方が60年前のもので、生産性だけ追求してきた時代の考えです。新しい物・サービスを創造しなければ勝ち残れないダイバーシティー&インクルージョンの時代には、社員は財産であり、投資対象であるべきです。成功した米国式D&Iでは、強い組織の構成員なのです。

12. ある講演会でのこと

私は年間30回ほど、さまざまな企業で講演させて頂いております²。

自身のがん体験を語るとともにゴールドマン・サックス社が、がん患者従業員の私に手厚いサポートした両立支援のお話もしております。



講演する著者

そしてその中で、両立支援の土台となっている米国式のダイバーシティー&インクルージョンをご紹介します。

ある企業で講演した翌年、その会社の工場で講演する機会を頂きました。いつも事前に打合せをするのですが、人事部門長の方が仰られたことを思い出します。

13. 製造現場でのダイバーシティー？

工場にいるとダイバーシティー&インクルージョンの意義がよくわからないと仰られるのです。最近でこそ製造管理部門に若い女性社員が一人配属されたが、工場は従前から男性中心の職場だということです。そのうえで一番困っていることは、若い男性社員が定着せず数年で辞めてしまうことだと言われました。

ご説明によると、ピラミッド構造の組織で若い社員は丁稚奉公のような仕事でした。何か良い解決策はないかと相談を頂きました。

14. かつての日本法人

ゴールドマン・サックス日本法人でも、かつて同じような悩みを抱えていました。若手の日本人社員がすぐに辞めるのです。苦勞して採用してもこれでは双方報われません。D&Iに真剣に取り組んでいるゴールドマンでは、様々なことをしました。例えば、「ワン・オン・ワン・ミーティング」とか「キャッチ・アップ・ミーティング」です。

2. 5 yearsが行っている講演については以下のURLから確認できます。 <https://kouen.5years.org/#story>

(1) ワン・オン・ワン・ミーティング

One on One (1対1) ミーティングとは、言葉通り、上司と部下が1対1で会議室で話す面談です。内容は様々ですが、部下の育成のために行われることが多いです。その面談の中で困りごと、悩み、不満なども汲み取り部下の離職を防ごうとするのです。このワン・オン・ワン・ミーティングは、定期、不定期に行われ、従業員によっては頻繁に行われる人もいれば、半年に1回の人もいました。

(2) キャッチ・アップ・ミーティング

Catch Up (キャッチ・アップ) ミーティングは、形式こそ One on One と同じですが、仕事の進捗について上司に報告するものです。同様に困りごと、不満も伝えます。「ワン・オン・ワン・ミーティング」「キャッチ・アップ・ミーティング」共にマネージャーたちの業務として日常的に行われていました。

(3) その特徴

ゴールドマン・サックスで行われていた「ワン・オン・ワン」「キャッチ・アップ」ミーティングは、やり方に決まりはありません。ただ、その特徴とは、以下のようなものです。

・部下から上司に報告する

上司から部下に話すのではありません。部下から上司に話します。「今、私の仕事はこのような状態で、ここまでできていますが、これは進んでいません。その理由は…」と報告します。だから、しっかりとした準備をしてロジカルに報告しないと上司には伝わりません。この準備作業を通じて、社員はロジカルに考える鍛錬を受けます。また、モチベーションの向上につながります。

・どうしたらいいですか？はダメ

仕事で上手くいっていないことも伝えます。その際に「どうしたらいいか？」と上司に指示を仰ぐことは歓迎されません。もしそう尋ねると「その仕事について最前線で一番よくわかっているのは君じゃないか。私にはどうしたらいいかわからないよ。君は、どうするのがいいと思うのかね」と返されます。

つまり「どうしたらいいですか？」ではなく、「私は、こうして解決したいのですが、よろしいですか？」と解決策提案型の相談を求められます。この繰り返しにより問題解決能力が磨かれ部下は成長していきます。

・直属の上司でない場合もある

「ワン・オン・ワン」「キャッチ・アップ」は、直接の上司とは限りません。極端な場合、1年目社員が本部長とミーティングすることもあります。そうすることで、直接の上司に対する不満や問題点もあぶりだせるのです。

15. その工場の人事部門長に このことを話したら

若手社員の離職に頭を悩ませる人事部門長に「ワン・オン・ワン」「キャッチ・アップ」ミーティングをご紹介し、これがダイバーシティ&インクルージョンの一例と説明しました。反応は「すごいことを教えて頂いた。うちでは本部長直接はハードル高いけど、上司とのキャッチ・アップは導入を検討してみます」と言われました。



(2019年工場のあるメーカーでの打ち合わせにて)

16. さらにお話を伺っていると

なんと、その工場では、本社採用の社員には名刺があるのに、現地採用の若手社員には名刺がないそうです。そもそも社外の人と接する機会が無いし、昔からそうやっているとこののです。私はそれこそが米国式ダイバーシティ&インクルージョンに反するもので、個性が不利益になるとご説明しました。「名刺があるだけで、帰属意識は高まるでしょうし、ロイヤリティも上がります。離職率低下に一役を買おうと思います」と進言しました。目からうろこで、その程度のことなら今すぐにでもできると喜ばれました。

17. 病気と米国式D&I

私が、がんに罹患した時も米国式D&Iの恩恵を受けました。「個性が不利益にならない」から、がん経験は不利益ではないのです。古来、日本の社会には「病気をした人は昇進が難しい」という不文律があったようですが、ゴールドマン・サックスにはありません。だから、病気をした従業員は安心して治療を受けられます。

ゴールドマン・サックスの充実した制度について

では、既に「労働調査2017年9月号」にてご紹介してあります。今回は運用をいくつかご紹介します。

18. 入院中のこと

上司は私が希望することを全て叶えてくれました。例えば、病室から会社のPCで仕事すること。入院中にクライアント（顧客企業）とビジネスミーティングすること。左腕に抗がん剤の点滴をしながら病室で会議を行いました。病室からカンファレンスホールに参加することも、採用面接を行うことも大丈夫でした。私の希望に反対せず、許可してくれたのです。



2007年がん治療で入院中の病室

19. 別のメーカーで講演した時のこと

これらの対応を話したら、人事部門担当常務から「労務管理主義の企業では考えられない」と驚かれました。ゴールドマン・サックスは「パフォーマンス主義」の会社です。従業員のパフォーマンスが上がるのであれば、制度も運用も変えます。

今後、日本の会社がジョブ型を考えると、パフォーマンス主義の考え方は大事だと思います。

20. 復職期のこと

復職期においても同様にフルサポートをしてくれました。例を4つご紹介します。

・いつ何時に来てもよい

体調により週3日出社でも良いし、1日でも良い。なんなら1日も来なくても良い。そして出社時刻は何時でもいい。日々変わる私の体調に合わせてくれました。

・出社したら毎回面談

上司は、東京・香港・シンガポールに200人以上の部下がいる忙しい人です。しかし、私が出社すると必ず彼の部屋に呼ばれ「今日は15:00から15分あいています。ミーティングできますか？」と言われ、その日の面談が組まれます。そして必ず言われました。「今日の体調はどうですか？私（会社）にできることは何かありますか？」毎回言われるのです。コミュニケーション重視の運用です。

・がん経験者メンターとのランチ

社内には、他にもがん経験者がいました。乳がん経験者のアメリカ人女性が私のメンターになってくれるというのです。2週に一度、ランチを一緒しました。説明しなくても「がん」の辛さを理解してくれるし、会社のことも解っている彼女の存在は大きかったです。通じ合える良き理解者なのです。その後、長きにわたり私がゴールドマン・サックス社内で、がん経験者メンターをしました。

・社長と毎月面談

これにも驚きました。分単位でスケジュールが詰まっている社長が、毎月15分面談してくれるのです。社長室に行くと「よく来てくれました」と歓迎され、私の治療と心のことを気にかけてくれます。そして必ず言われました。「私（会社）にできることがあったら何でも言ってほしい」と。ともかく、みんなが全力でサポートするという運用でした。



2013年ゴールドマン・サックスにて

21. 終わりに

ある会社の人事担当役員と食事した時、言われました。「これまで仕事と治療の両立を考えると“かわいそうだから助けてあげる”という弱者保護の発想でした。しかし、米国式のダイバーシティー&インクルージョンでは、従業員のパフォーマンスを上げるために会社がサポートするというものなのですね」と。

ご理解の通りです。「個性は不利益にならない」「パフォーマンス主義」発祥の地・米国のダイバーシティー&インクルージョンは、強い会社を造るための戦略なのです。

特集 5

治療と仕事の
両立支援に関する取り組みおおさき しん
大崎 真●電機連合 労協・法規政策部・前中央執行委員¹

1. はじめに

診断技術や治療方法の進歩により、かつては「不治の病」とされていた疾病が「長く付き合う病気」に変化しつつあり、長期治療をしながらも仕事を継続できる可能性が広がっている。しかしながら、がん、脳卒中、心疾患、肝炎、その他難病やメンタルヘルス不調など、長期にわたる治療を必要とする疾病にかかった労働者の中には、仕事上の理由で適切な治療を受けることができなったり、疾病に対する制度や職場の理解・支援体制の不足により、やむを得ず退職、または、病気休職制度を利用したのちに復職せずに退職を余儀なくされる事象が発生している。

疾病を抱えた労働者が適切な治療を受けながら働き続けることができる職場環境を整備することは、労働者の雇用に対する不安の払拭や働く意欲の向上につながり、会社にとっても従業員のエンゲージメントや生産性の向上、ひいては社会全体の活力向上にも寄与するものと考えられる。

電機連合は、2018年の総合労働条件改善闘争において、仕事と治療の両立支援を統一推進項目²として取り組みを開始した。また、直近の2024年闘争では、女性の健康課題³や更年期症状・障害⁴など、ライフステージを通じて直面しうるさまざまな健康課題に適切に対応すべく、すべての労働者のヘルスリテラシーの向上に取り組んだ。本稿では、電機連合の安全衛生対策指針⁵に基づく取り組みや、闘争時における各組合の治療と仕事の両立に関する職場環境整備について紹介する。

1. 2018年7月～2024年7月電機連合 中央執行委員、2024年7月～安川電機労働組合 中央書記長
2. 総合労働条件改善闘争において産業別組織としての統一した要求基準を定め、賃金・労働条件の改善と産業横断化をめざした取り組みを推進している。統一推進項目は、各組合が自主的・主体的に取り組むことが必要な内容や、労使での継続した協議が必要な事項を、これまで独自要求として取り組んできた内容を含め設定した項目として取り扱っている。
3. 主には月経関連の症状・疾病、産後うつ、不妊治療などがある。
4. NHK「更年期と仕事に関する調査2021」によると、更年期症状が原因で離職、降格・昇格辞退や労働時間・業務量の減少などが起きたと回答した40代・50代労働者は、男性で約20%、女性で約15%
5. 1970年に職場生活における安全衛生に関する指針として「安全衛生対策指針」を策定し、以降、法改正の動向や取り巻く環境の変化をふまえ、適宜見直しを行い、直近では2021年に改定している。

2. 疾病を抱える 労働者の状況について⁶

「治療と職業生活の両立等支援対策事業」（平成25年度厚生労働省委託事業）における企業を対象に実施したアンケート調査によれば、疾病を理由として1ヵ月以上連続して休業している従業員がいる企業の割合は、メンタルヘルスは38%、がんは21%、脳血管疾患は12%である。また、「平成22年国民生活基礎調査」に基づく推計によれば、仕事を持ちながら、がんで通院している者の数は32.5万人に上っている。さらに、労働安全衛生法に基づく一般健康診断において、脳・心臓疾患につながるリスクのある血圧や血中脂質などにおける有所見率は、年々増加を続けており、平成26年では53%に上るなど、疾病のリスクを抱える労働者は増える傾向にある。また、これらの疾病の有病率は年齢が上がるほど高くなる状況にあり、高齢化の進行に伴い、今後は職場においても労働力の高齢化が進むことが見込まれる中で、事業場において疾病を抱えた労働者の治療と仕事の両立への対応が必要となる場面はさらに増えることが予想される。

3. 電機連合の安全衛生対策指針 に基づく取り組み

職場における安全衛生の取り組みは、本来事業者が行うべきことだが、昨今の雇用形態の多様化や働く場所の柔軟化などの職場を取り巻く環境をふまえると、私たち労働組合が職場の代表として、すべての労働者が安全で健康に働くことができるよう、事業者の安全衛生対策が法令に基づき適切

に実施されているかチェックを行い、その継続的な改善・向上をめざし積極的に働きかけを行っていくことが重要である。加えて、日々の仕事のなかで、よりよい職場環境を実現し職場の声を反映させていくために、安全衛生対策の重要性について、会社に継続的に働きかけることで、職場への浸透を図ることが求められる。

電機連合の安全衛生対策指針（以降、電機連合の指針）は、長時間・過重労働の是正やメンタルヘルス対策、ハラスメント対策をはじめ、感染症対策や多様な働き方への対応、災害時における備えなど多岐にわたる項目について、取り組み内容や考え方を示している。ここでは、治療と仕事の両立における心身の健康づくりに関する内容について一部紹介する。

（1）労働協約や就業規則などの諸規程の整備について

治療と仕事の両立を望む労働者は、入院や通院、療養のための時間の確保が必要となるだけでなく、疾病の症状や治療の副作用、障害などによって、自身の業務遂行能力が一時的に低下する場合がある。そのため、時間制約に関する配慮だけでなく、労働者本人の健康状態や業務遂行能力など幅広い要素をふまえた就業上の措置などが必要となる。電機連合の指針では、法令やガイドライン等に基づいた適切な就業上の措置が行われているか労働組合が確認するとともに、労働協約・就業規則などの諸規程の整備に際しては、表1に示す各項目と内容を盛り込むよう会社に求めることとしている。加えて、治療を受けながら安心して働き続けられる環境整備に向けた支援制度の導入や整備、治療との両立に関するプランの作成などについて、労働組合が積極的に関わっていくこととし、治療

6. 「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」（厚生労働省 令和6年3月）から引用

と仕事の両立を望む労働者のニーズを事業者に伝え、実効性のある両立支援プランの作成を会社に働きかけることとしている。

表 1 労働協約や就業規則などの諸規程に盛り込むべき項目と内容

項目	内容
対象疾病	長期にわたる治療が必要な疾病 ※がん、脳卒中、心疾患、糖尿病、肝炎、その他難病、人工透析や不妊治療、精神疾患など
対象者	正社員・正職員、パートタイム労働者、派遣労働者、有期契約労働者、嘱託など雇用・就業形態の違いにかかわらず事業場で雇用されるすべての労働者
配慮措置	就業上の措置や治療に対する配慮、多様な休暇制度や勤務制度などは画一的ではなく本人の状況に対応できる柔軟なものとする
役割分担・連携体制・相談窓口	両立支援の関係者（労働者本人、人事労務担当者、主治医、産業医、保健師や看護師などの産業保健スタッフ、労働組合、上司・同僚など）の役割分担と連携方法、相談窓口を明確にしておく
プライバシー保護	情報漏洩防止策も含めた情報管理体制を整備する ※定期健康診断を除き事業者が本人の同意なしに疾病に関する情報を取得してはならないこと、情報を担当者、取り扱われる情報の範囲を明確にする ※就業上の措置など必要に応じて、本人の同意を得たうえで疾病に関する情報が両立支援の関係者で共有すること、その際の関係者・個人情報の範囲も明確にする
書式整備	両立支援の手続きに使用する書類の様式を整備する
研修・周知	すべての労働者（管理職も含む）に対し、両立支援に関する意識啓発に向けた研修や制度・手続きに関する周知を定期的に行う

（２）休暇制度や柔軟な勤務形態などの環境整備

治療と仕事の両立支援は、短時間の治療が定期的に繰り返される場合、就業時間に一定の制限が必要な場合、通勤による負担軽減のために出勤時間をずらす必要がある場合などがあることから、

以下の表 2 に示す休暇制度や柔軟な勤務形態、職場の環境整備について、業種・業態や職場の実態に応じて導入もしくは柔軟な利用について検討し、治療のための配慮を行うこととしている。

表2 休暇制度や柔軟な勤務形態、職場の環境整備について

項目	内容
休暇制度や柔軟な勤務形態	<ul style="list-style-type: none"> ・時間単位の年次有給休暇 ・傷病休暇・病気休暇（法定外休暇） ・時差出勤制度（就業および終業時刻の変更） ・短時間勤務制度（所定労働時間の短縮） ・テレワーク制度 ・試し出勤制度（勤務時間や日数を短縮した試し出勤制度）
職場の環境整備	<ul style="list-style-type: none"> ・関係者の役割と対応手順の整理 ・関係者間での情報共有と適切な情報提供 ・制度・相談窓口の周知と管理職研修の実施 ・事業所ごとの衛生委員会などにおける調査や審議

4. 総合労働条件改善闘争における電機連合と加盟組合の取り組み

(1) 2018年闘争における取り組み（仕事と治療の両立支援）

電機連合は、2018年闘争において「仕事と治療の両立支援」を統一推進項目と位置付けて取り組

みを開始した。具体的には、以下に示す、①労使確認、②両立ができる職場の環境整備を取り組み方針として決定し、電機連合に加盟する組合において取り組みが進められた。

2018年闘争の取り組みにおいて、治療と仕事の両立支援について労使確認している組合は197組合、両立ができる職場の環境整備に取り組んだ組合は175組合であった。以下、主な取り組み内容について紹介する。

①労使確認

治療を受けながら安心して働き続けられる環境整備の必要性について労使で共有するとともに、支援制度や職場環境の整備に取り組むことを労使確認することとする。

②両立ができる職場の環境整備

治療を受けながら安心して働き続けられる環境整備に向けて、電機連合の「安全衛生対策指針」を基に各組織の支援制度や職場環境について点検し、必要に応じた改善を推進することとする。

1) 労使確認の取り組み事例

- ✓ 治療と仕事の両立支援に関する労使協議の場を設置
- ✓ 治療と仕事の両立支援に関する既存制度の

再確認を行うとともに、両立を実現しやすい職場風土の醸成に向けて話し合い、労使の考えに大きな隔たりがないことを確認

- ✓ 治療と仕事の両立支援の必要性について会

社の理解を得た

- ✓ 治療の支援制度や職場環境整備に向けた取り組みについて労使専門委員会のなかで継続して論議
- ✓ 管理職研修の場で周知を行うとともに、従業員および上司向けガイドブックを策定して従業員の理解促進に努める

- ✓ 積立休暇の1日および半日単位の取得を認める
- ✓ 労働時間の短縮等を希望する場合には、産業医と連携し個別に対応
- ✓ 特定の疾病治療*の場合は、各種休暇の分割取得、半日使用を可とする

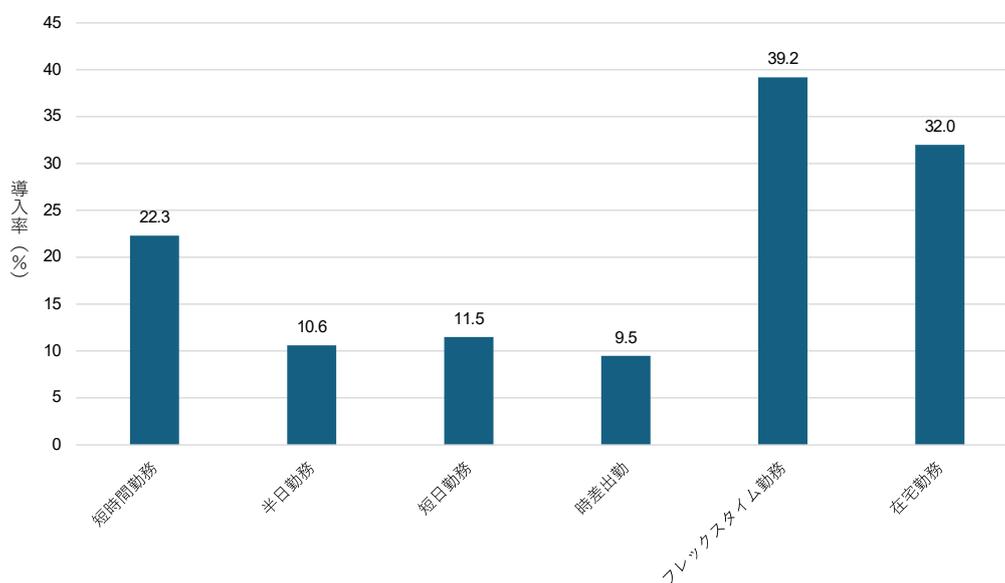
※ がん、糖尿病、心疾患、肝炎&肝硬変、脳卒中など。軽度な病気や怪我や事故による治療は除く。

2) 両立ができる職場の環境整備の取り組み事例

- ✓ 治療のための週勤務日数短縮制度を新設
- ✓ 傷病休職からの復職後の短時間勤務制度・支援勤務制度の対象者条件の緩和
- ✓ 復職後有給休暇がない社員に限り月1日を限度に通院治療時の特別休暇を付与

なお、治療との両立支援に関する柔軟な勤務制度について、電機連合加盟組合の導入状況は図1に示すとおりである。

図1 治療のために利用できる柔軟な勤務制度



出典：電機連合 仕事と家庭の両立支援関係調査（2023年）

(2) 2024年闘争における取り組み（ヘルスリテラシーの向上）

組合員・従業員がライフステージを通じて直面しうる健康課題を含め、健康に関するさまざまな情報を入手、理解して、適切な対応をしていくことが重要であるという観点から、すべての労働者のヘルスリテラシーの向上と相談しやすい環境の

整備に関する取り組みを行った。

具体的には、以下に示す、①ヘルスリテラシーに関する理解促進の取り組み、②相談体制の整備、③職場環境整備を取り組み方針として決定し、電機連合に加盟する組合において取り組みが進められた。

①ヘルスリテラシーに関する理解促進の取り組み

ライフステージにおける健康課題等に関する情報の提供、また、情報を理解し、活用して対処できるためのセミナー・研修の実施等、管理職を含むすべての従業員のヘルスリテラシーを向上させる取り組みを行うこととする。

②相談体制の整備

健康課題への対応等について相談できる体制を整備することとする。

③職場環境整備

離職などにつながりうる更年期症状・障害への対応ができるよう、休暇または柔軟な働き方（フレックスタイム制、時差出勤、短時間・短日勤務、テレワーク等）の適用について検討することとする。また、必要に応じて就業調整を行うことや休憩室の利用等の確認を行うこととする。

2024年闘争では、多くの組合がヘルスリテラシーに関する要求を掲げ、管理職を含む全社員を対象としたセミナー・研修の実施や相談窓口の設置など、従業員の理解促進や安心して働くことができる職場環境整備について一定の前進が図られた（表3）。各社労使の取り組みなどを通じて、す

べての労働者のヘルスリテラシーの向上と相談しやすい職場環境を整備することについては、労使での認識は概ね一致していることがわかった。引き続き、治療を含む健康課題に関する理解促進と、適切な対応について、職場環境の整備を行うことが求められる。

表3 ヘルスリテラシーに関する主な要求と回答内容

主な要求内容	主な回答内容
<ul style="list-style-type: none"> ・ヘルスリテラシーに関する情報の提供や、セミナー、研修などを行うとともに、柔軟な働き方に資する制度の整備 ・更年期症状・障害への対応ができるよう、休暇または柔軟な働き方の適用について労使協議の実施 ・健康面のサポート充実として、組合員の健康課題に対処できる専門家を配置することを要求 ・「治療のための週勤務日数短縮制度」取得要件の緩和 	<ul style="list-style-type: none"> ・ヘルスリテラシー向上のため、情報提供、セミナーを開催する ・管理職を含む全社員を対象としたヘルスリテラシー向上に向けたセミナー・研修の実施する ・労使による専門委員会で継続して協議を行う ・積立休暇制度に「女子生理日の就業困難なとき」を追加する。生理、不妊治療、妊娠障害などの制度、運用上の名称について総称「ライフサポート休暇」とする

5. おわりに

少子高齢化に伴う生産年齢人口の減少や技術革新の進展が労働需要の変化をもたらすなど、私たちを取り巻く環境は大きく変化している。また、労働者の働き方や働くことに対する価値観・意識、生活スタイルについては、コロナ禍を経てこれまで以上に多様化している。

企業に対してダイバーシティ経営の必要性が叫ばれて久しいが、電機連合は従前より、性別、国籍、年齢、障がいの有無、雇用形態、育児・介護などの家族的責任、本人の傷病などの事情にか

かわらず、長期にわたっていきいきとやりがいをもって働き続けることができる職場環境の実現をめざし、さまざまな取り組みを推進してきた。

本稿のテーマである「治療と仕事の両立支援」については、長期にわたって治療が必要な疾病を抱える労働者の職場環境の整備はもとより、働く者がライフステージにおいて発生し得るさまざまな健康課題に対して柔軟に対応できる制度の構築や職場環境の整備が重要となる。傷病をはじめとする事情にかかわらず、働く意欲のある労働者が、離職することなく就業を継続でき、さらには、就業を継続した場合に望むキャリアを形成していくことができる職場環境の整備が求められている。

治療等をしながら「働き続けられると思う」は 4割台半ば、時系列でみて増加傾向

—内閣府「がん対策に関する世論調査」より—

本稿では、内閣府が2023年7月に実施した「がん対策に関する世論調査」の結果をもとに、国民の「がん」に対するイメージや、がん対策に対する要望等についてみていく。なお項目によっては、2016年11月調査、2019年7月調査の結果を参考として掲載している。

○「がん対策に関する世論調査」の概要

・調査対象

全国18歳以上の日本国籍を有する者3,000人

(2016年11月調査は全国20歳以上の日本国籍を有する者3,000人)

・回収数

有効回収数1,626人

(2019年7月調査 1,647人、2016年11月調査 1,815人)

・調査時期

2023年7月6日～8月13日

・調査方法

郵送法 (2019年7月調査までは調査員による個別面接聴取法)

・調査項目 (囲み部分は本稿で取り上げている項目)

1 がんに対する印象について

2 がんの予防・早期発見について

3 がんの治療法及び病院等に関する情報源等について

4 がん医療について

5 がん患者と社会とのつながりについて

6 がん対策に関する政府への要望について

・その他

2019年7月調査までは調査員による個別面接聴取法で実施していた。そのため本調査では郵送法で実施した令和5年7月調査との単純比較を行っていない。

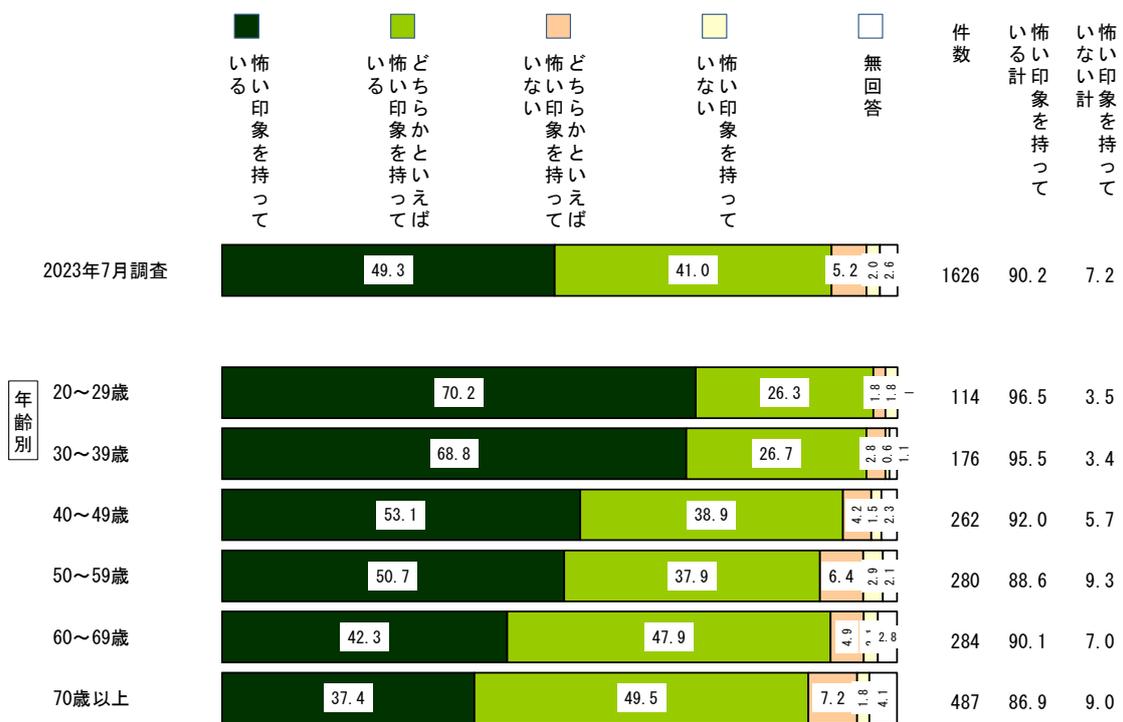
ただし本稿では調査方法の違いに留意しながら、必要に応じて比較を行っている。

1. がんに対する印象

「あなたは、がんについてどのような印象を持っていますか」と尋ねた結果をみると、「怖い印象を持っている」(49.3%)と「どちらかといえば怖い印象を持っている」(41.0%)を合わせた<怖い印象を持っている>は90.2%と多数を占める。一方、「どちらかといえば怖い印象を持っていない」(5.2%)と「怖い印象を持っていない」(2.0%)を合わせた<怖い印象を持っていない>は7.2%とわずかである(図1)。

年齢別にみても<怖い印象を持っている>が多数を占める点は共通しているが、若年層ほど、より割合が高い「怖い印象を持っている」が多いことが特徴である。

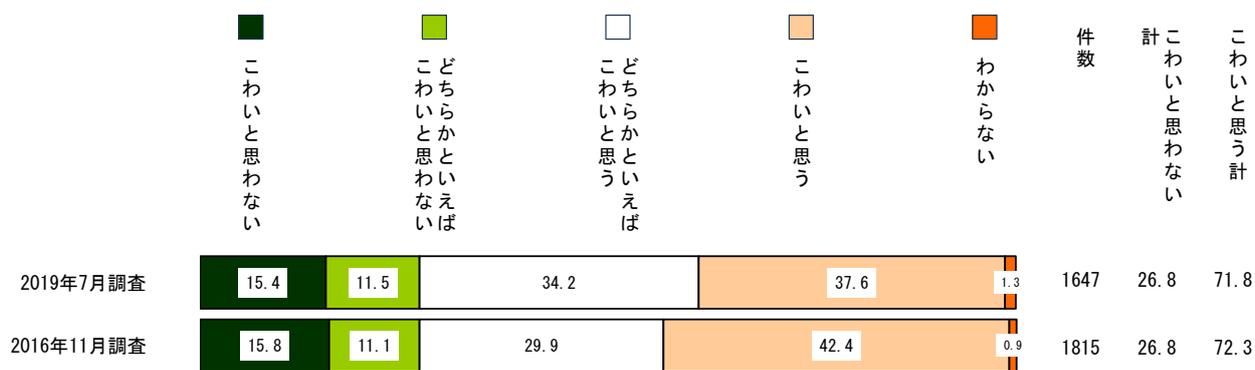
図1 がんに対する印象



出典. 内閣府「がん対策に関する世論調査」

参考までに過去の調査結果を確認すると、2016年11月調査、2019年7月調査では、<こわいと思わない>（「こわいと思わない」と「どちらかといえばこわいと思わない」の合計）は2割台半ばであり、「どちらかといえばこわいと思う」と「こわいと思う」を合わせた<こわいと思う>が7割台を占める。過去の調査においても、多数ががんに対して恐怖心を抱いていることがわかる（図2）。

図2 がんに対する印象



出典. 内閣府「がん対策に関する世論調査」

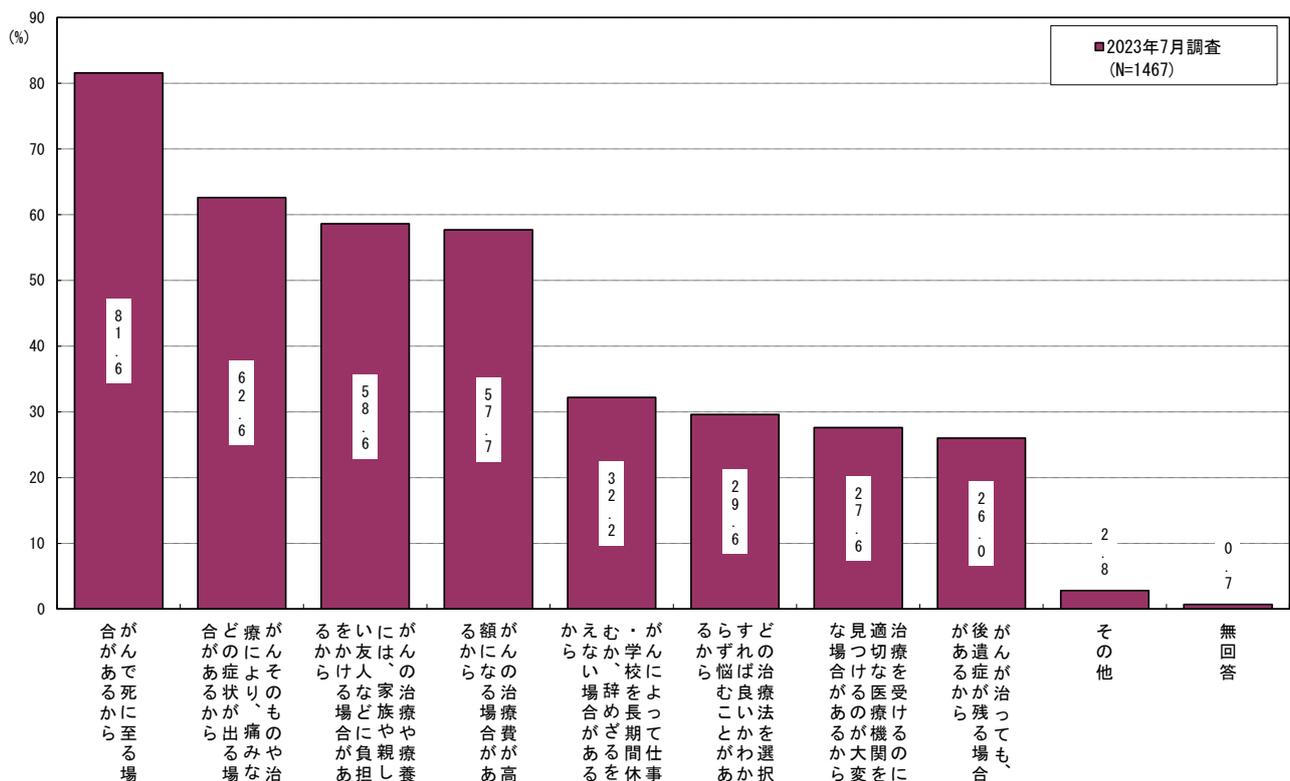
2. がんを怖いと思う理由

がんに対して「怖い印象を持っている」、「どちらかといえば怖い印象を持っている」と答えた方に、「がんを怖いと思う理由は何ですか」とその理由を複数回答で尋ねた結果をみると、最も多い項目は「がんで死に至る場合があるから」(81.6%)となっている(図3)。以下「がんそのものや治療により、痛みなどの症状が出る場合があるから」(62.6%)、「がんの治療や療養には、家族や親しい友人などに負担をかける場合があるから」(58.6%)、「がんの治療費が高額になる場合があるから」(57.7%)が6割前後で並び、症状による痛み、さらには治療・療養が家族等に与える負担、費用負担の大きさも上位項目となっている。

また比率は下がるが「がんによって仕事・学校を長期間休むか、辞めざるをえない場合があるから」(32.2%)といった仕事等と治療の両立に対する不安を3人に1人があげており、「どの治療法を選択すれば良いかわからず悩むことがあるから」(29.6%)、「治療を受けるのに適切な医療機関を見つけるのが大変な場合があるから」(27.6%)、「がんが治っても、後遺症が残る場合があるから」(26.0%)も2割台を占めている。

図3 がんを怖いと思う理由

(がんに対し「怖い印象を持っている」、「どちらかといえば怖い印象を持っている」方、複数選択)



出典. 内閣府「がん対策に関する世論調査」

年齢別にみると、「がんで死に至る場合があるから」は若年層ほど多くなる傾向がみられる。一方、40代と50代では「がんによって仕事・学校を長期間休むか、辞めざるをえない場合があるから」が半数と他の年齢に比べて際立ち、さらに「がんの治療や療養には、家族や親しい友人などに負担をかける場合があるから」も他の年代と比べて多い理由となっている（表1）。

表1 がんを怖いと思う理由

(がんに対し「怖い印象を持っている」、「どちらかといえば怖い印象を持っている」方、複数選択)

	か ら ん で 死 に 至 る 場 合 が あ る	場 合 が あ る か ら の や ら な い 症 状 が あ る	が ん の 痛 み の や 治 療 に よ る	が ん の 治 療 や 療 養 に は 、 家 族 や 親 し い 友 人 な ど に 負 担 を か け る 場 合 が あ る	が ん の 治 療 費 が 高 額 に な る	長 期 に 休 む か 、 辞 め ざ る を え な い 場 合 が あ る	が ん に よ っ て し じ ょう を 長 期 間 休 む か 、 辞 め ざ る を え な い 場 合 が あ る	ど の 治 療 法 を 選 ぶ こ と が あ ら ば あ ら う	な い 場 合 が あ る か ら の や ら な い 症 状 が あ る	治 療 機 関 を 見 つ け る に あ ら う	残 り の 生 活 に あ ら う	が ん が あ る か ら の や ら な い 症 状 が あ る	そ の 他	無 回 答	件 数
2023年7月調査	81.6 ①	62.6 ②	58.6 ③	57.7 ④	32.2	29.6	27.6	26.0	2.8	0.7	1467				
年齢別	20～29歳	89.1 ①	60.9 ②	50.9 ③	49.1 ④	36.4	27.3	20.9	22.7	0.9	2.7	110			
	30～39歳	88.7 ①	67.3 ②	61.9 ③	57.1 ④	37.5	25.6	24.4	23.8	3.6	0.6	168			
	40～49歳	86.7 ①	63.5 ③	64.7 ②	60.6 ④	47.7	29.5	25.7	25.7	3.3	0.8	241			
	50～59歳	81.9 ①	66.5 ②	64.1 ③	59.7 ④	49.6	31.5	31.5	23.0	2.8	0.4	248			
	60～69歳	78.1 ①	62.9 ③	59.8 ④	64.8 ②	24.6	32.8	29.3	26.6	3.5	0.4	256			
	70歳以上	75.2 ①	59.3 ②	52.7 ④	54.1 ③	15.1	29.3	29.3	29.1	2.4	0.7	423			

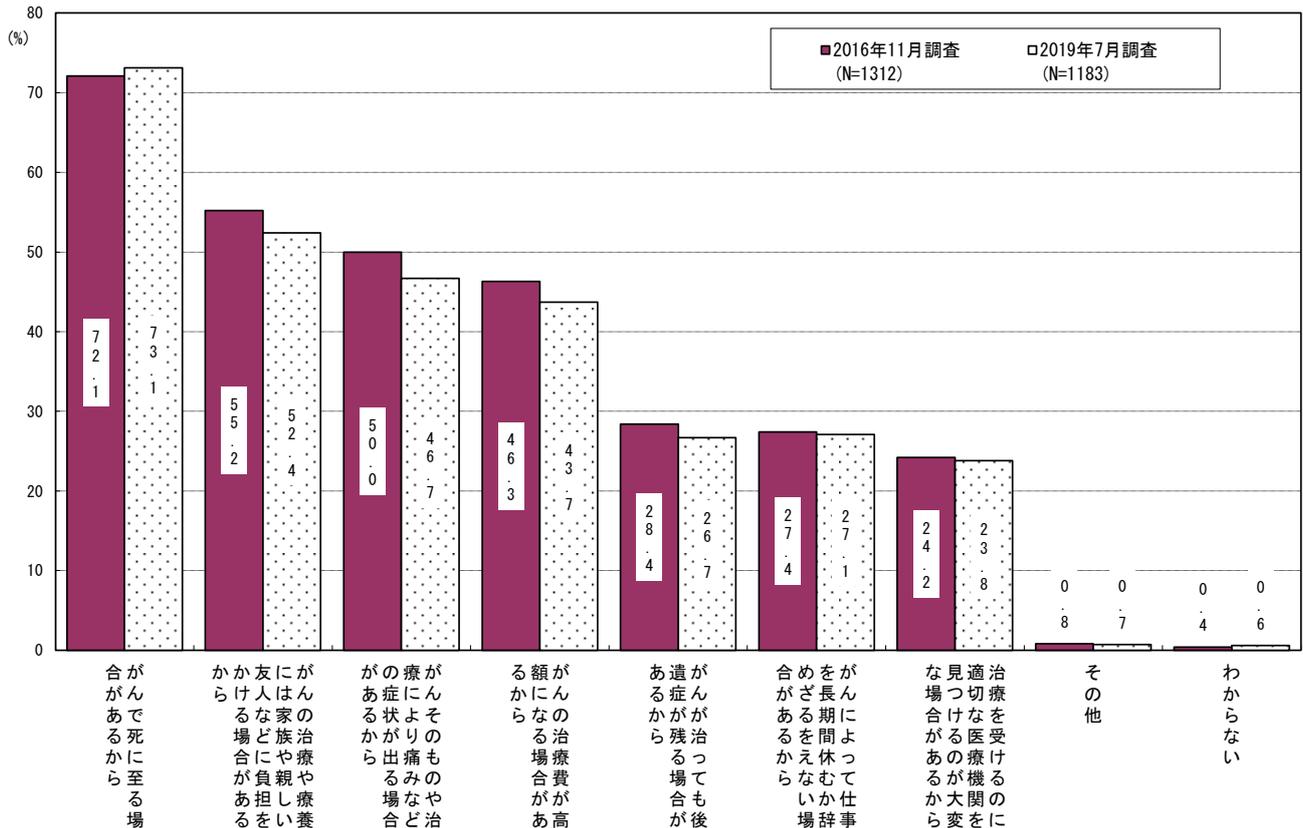
※下線数字は「2023年7月調査」より5ポイント以上少ないことを示す
 ※薄い網かけ数字は「2023年7月調査」より5ポイント以上多いことを示す
 ※濃い網かけ数字は「2023年7月調査」より15ポイント以上多いことを示す
 ※丸数字は比率の順位(第4位まで表示)

出典: 内閣府「がん対策に関する世論調査」

参考までに過去の調査結果を確認すると、2016年11月調査、2019年7月調査においても「がんで死に至る場合があるから」が最も多い理由となっている（図4）。これに、治療・療養による家族等に与える負担、症状や治療による痛み、費用負担の大きさの理由が続き、仕事と治療の両立に対する不安についても3割弱を占めている。

図4 がんをこわいと思う理由

（がんに対し「どちらかといえばこわいと思う」、「こわいと思う」方、複数選択）

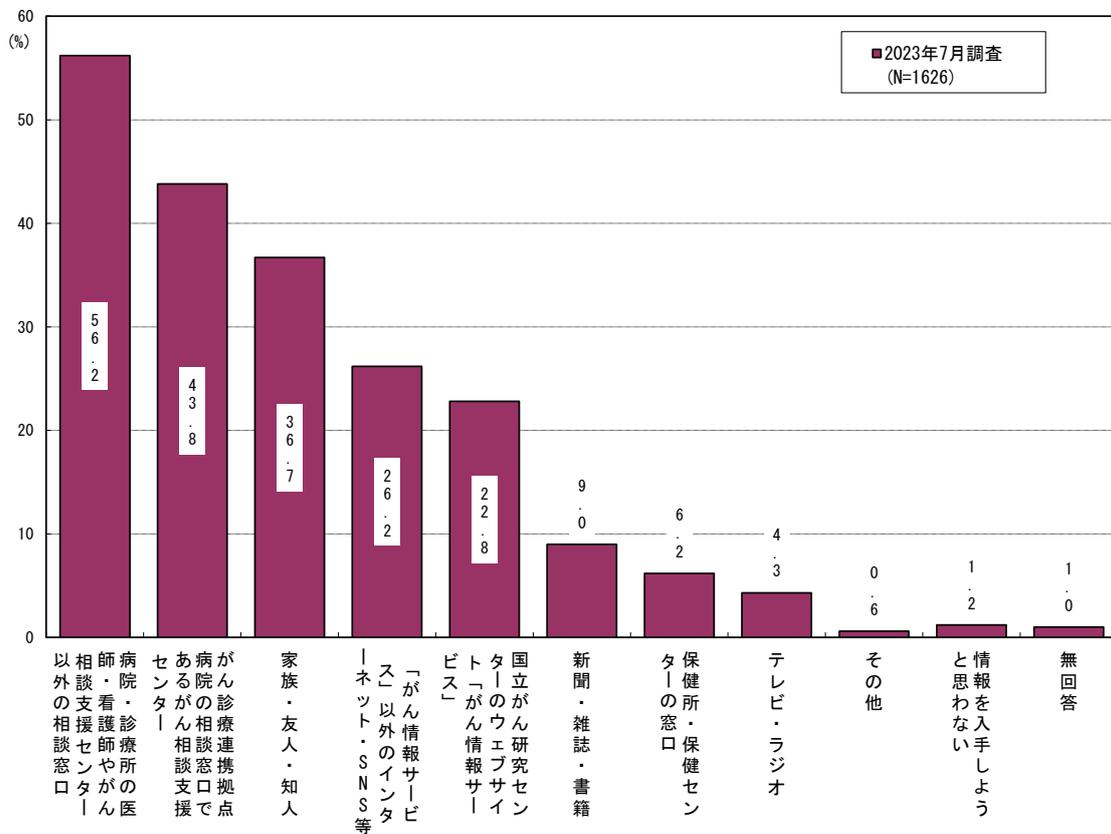


出典. 内閣府「がん対策に関する世論調査」

3. がんの治療や病院に関する情報源

「あなたは、がんと診断された場合、がんの治療法や病院に関する情報について、どこから入手しようと思いますか」と情報源について複数選択で尋ねた結果をみると、「病院・診療所の医師・看護師やがん相談支援センター以外の相談窓口」（56.2%）が最も多く、「がん診療連携拠点病院の相談窓口であるがん相談支援センター」（43.8%）が4割強、「家族・友人・知人」（36.7%）が3割台半ば、「『がん情報サービス』以外のインターネット・SNS等」（26.2%）、「国立がん研究センターのウェブサイト『がん情報サービス』（22.8%）が2割台、「新聞・雑誌・書籍」（9.0%）、「保健所・保健センターの窓口」（6.2%）、「テレビ・ラジオ」（4.3%）は1割未満となっている（図5）。

図5 がんの治療や病院に関する情報源（複数選択）



出典. 内閣府「がん対策に関する世論調査」

年齢別にみると、いずれの年齢層においても「病院・診療所の医師・看護師やがん相談支援センター以外の相談窓口」が最多であることは変わらないが、『がん情報サービス』以外のインターネット・SNS等については若年層ほど多く、20代や30代では4割台を占める（表2）。

表2 がんの治療や病院に関する情報源（複数選択）

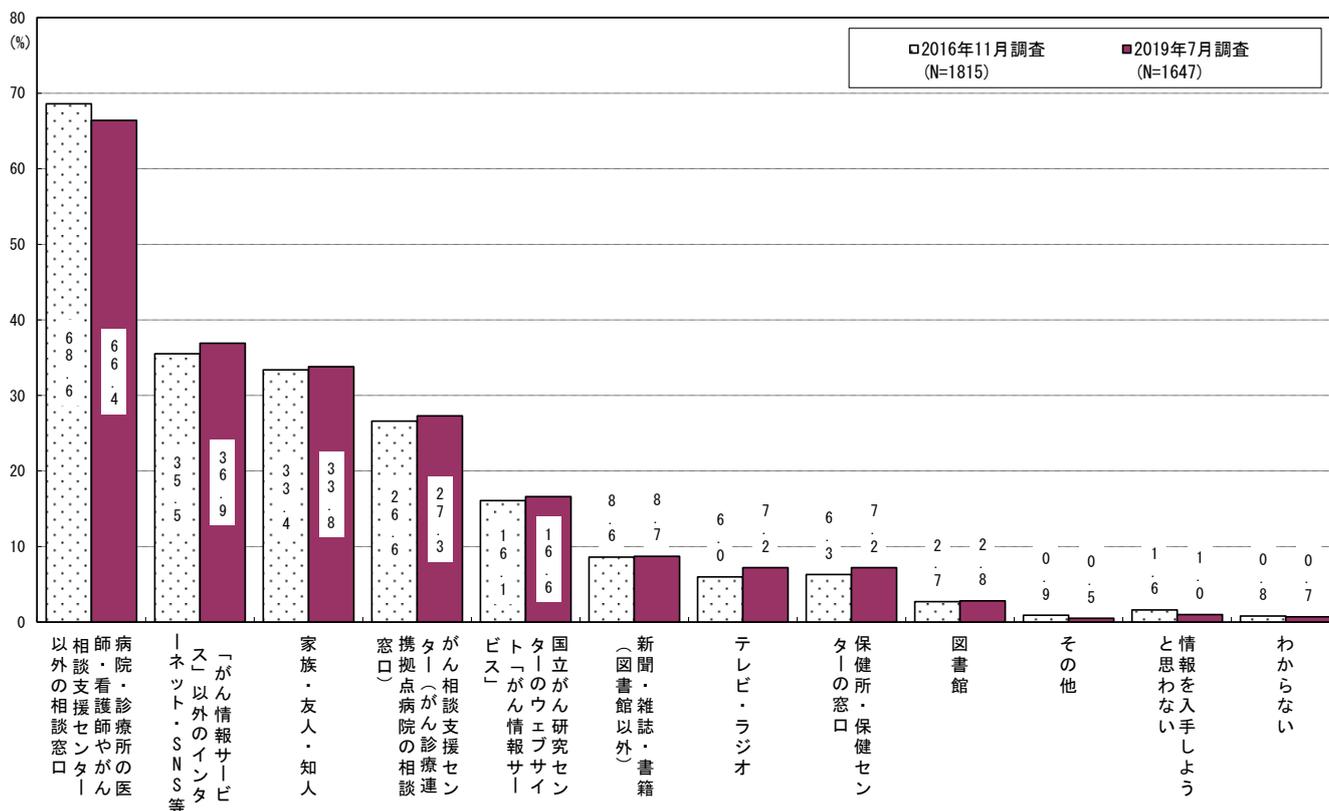
	医師病 院や診 療所の 相談窓 口支 援セ ンター ・看護 士	がん 相談 支援 センター ・がん 情報 サービス ・がん 情報 サービス 以外	家族・ 友人・ 知人	等 の 「 がん 情報 サービス 」 以外	「 がん 情報 サービス 」 以外	国 立 がん 研究 セン ター 情報 の	新 聞・ 雑誌 ・書籍	保 健 所・ 保健 セン ターの 窓 口	テ レ ビ ・ ラジ オ	そ の 他	情 報 を 入 手 し よ う と 思 わ な い	無 回 答	件 数
2023年7月調査	56.2 ①	43.8 ②	36.7 ③	26.2 ④	22.8 ⑤	9.0	6.2	4.3	0.6	1.2	1.0	1626	
年齢別													
20～29歳	55.3 ①	44.7 ②	39.5 ④	42.1 ③	21.9 ⑤	14.0	8.8	8.8	-	1.8	1.8	114	
30～39歳	52.8 ②	53.4 ①	37.5 ④	46.0 ③	26.1 ⑤	8.0	6.8	5.1	1.1	0.6	-	176	
40～49歳	53.8 ①	48.5 ②	41.2 ③	39.7 ④	29.0 ⑤	10.3	5.7	5.0	0.4	0.4	-	262	
50～59歳	54.6 ①	47.1 ②	41.4 ③	35.4 ④	35.4 ④	9.3	4.6	3.6	1.1	1.8	0.4	280	
60～69歳	57.0 ①	41.9 ②	34.2 ③	<u>19.0</u> ⑤	23.9 ④	9.9	5.3	3.5	0.7	1.1	-	284	
70歳以上	59.3 ①	<u>37.8</u> ②	32.6 ③	6.4	11.1 ④	7.2 ⑤	7.0	3.7	0.4	1.4	2.9	487	

※下線数字は「2023年7月調査」より5ポイント以上少ないことを示す
 ※薄い網かけ数字は「2023年7月調査」より5ポイント以上多いことを示す
 ※濃い網かけ数字は「2023年7月調査」より15ポイント以上多いことを示す
 ※丸数字は比率の順位(第5位まで表示)

出典. 内閣府「がん対策に関する世論調査」

参考までに過去の調査結果を確認すると、2016年11月調査、2019年7月調査においても「病院・診療所の医師・看護師やがん相談支援センター以外の相談窓口」が最多である（図6）。以下、『がん情報サービス』以外のインターネット・SNS等、「家族・友人・知人」、「がん相談支援センター（がん診療連携拠点病院の相談窓口）」が3割前後などとなっている。

図6 がんの治療や病院に関する情報源（複数選択）



注1) 2016年11月調査までは、「あなたは、がんと診断されたら、ご自身のがんと治療法や病院について、どこで情報を入手しようと思いますか。この中からあてはまるものをいくつかあげてください。」と聞いている。

注2) 2018年7月調査では、「あなたは、がんと診断されたら、がんと治療法や病院に関する情報について、どこから入手しようと思いますか。この中からあてはまるものをいくつかあげてください。」と聞いている。

注3) 2016年11月調査までは、「『がん情報サービス』以外のインターネット」となっている。

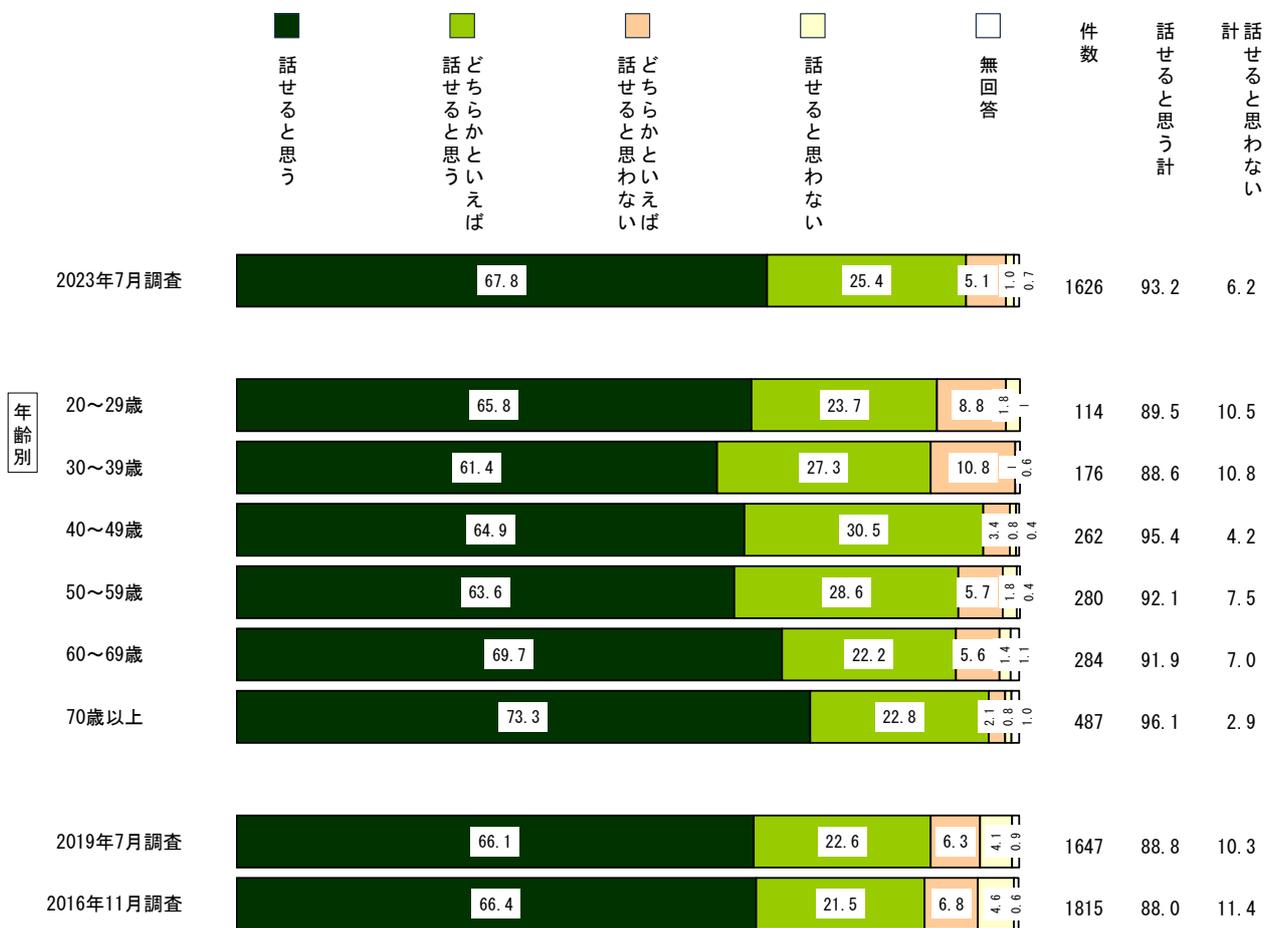
出典：内閣府「がん対策に関する世論調査」

4. がんであることを話せるか

「がんと診断されたら、家族や友人などだれか身近な人にがんのことを話せると思うか」と尋ねた結果をみると、「話せると思う」（67.8%）と「どちらかといえば話せると思う」（25.4%）を合わせた＜話せると思う＞は93.2%と大多数を占め、「どちらかといえば話せると思わない」（5.1%）と「話せると思わない」（1.0%）を合わせた＜話せると思わない＞は6.2%である（図7）。年齢別にみても＜話せると思う＞が大多数を占める。

参考までに過去の調査結果を確認すると、2016年11月調査、2019年7月調査ともに、＜話せると思う＞が大多数を占めている

図7 がんであることを話せるか



出典. 内閣府「がん対策に関する世論調査」

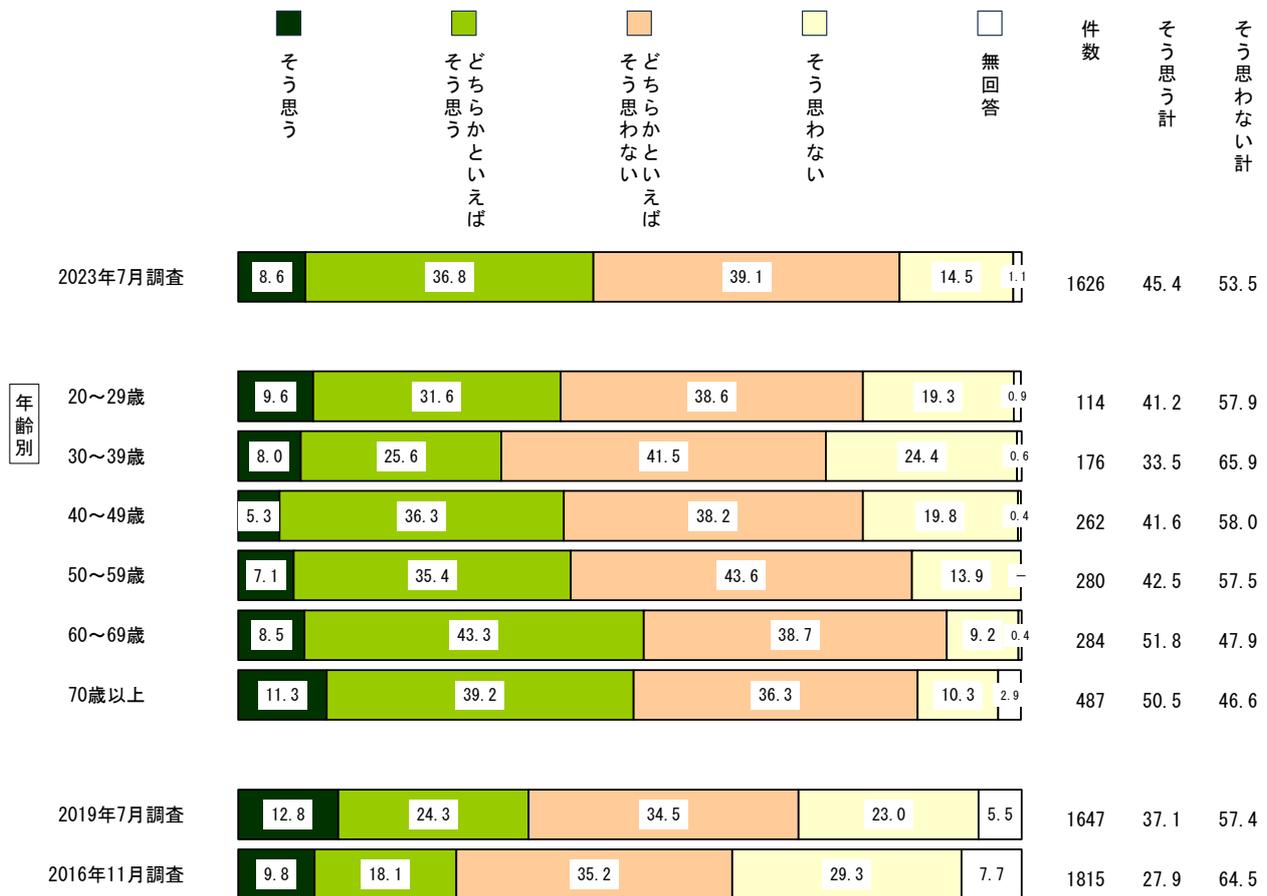
5. 仕事と治療等の両立について

がんの治療や検査のために2週間に一度程度病院に通う必要がある場合、現在の日本の社会は、働き続けられる環境だと思うか尋ねた結果を見ると、「そう思う」(8.6%)と「どちらかといえばそう思う」(36.8%)を合わせた<そう思う>は45.4%、「どちらかといえばそう思わない」(39.1%)と「そう思わない」(14.5%)を合わせた<そう思わない>は53.5%となっている。仕事と治療等との両立に対する見方は二分している(図8)。

年齢別に<そう思う>をみると、30代で3割強と他の年齢層に比べて肯定的見方が少ない。

参考までに過去の調査結果を確認すると、2016年11月調査から2019年7月調査にかけて<そう思う>は9ポイント増加している。また単純比較はできないが、2023年7月調査にかけても肯定的見方は増加しており、仕事と治療等との両立が可能と考える人が増えている。

図8 仕事と治療等の両立について

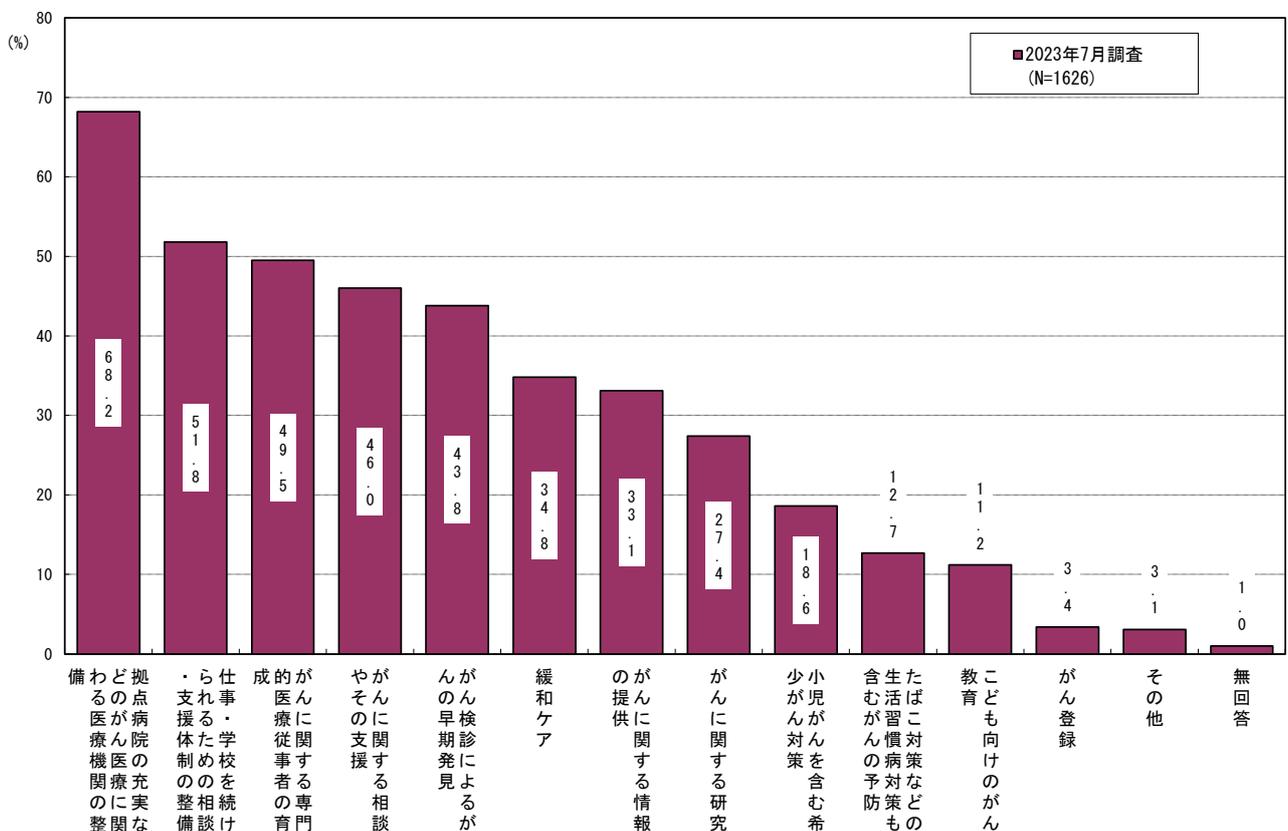


出典: 内閣府「がん対策に関する世論調査」

6. がん対策について政府に対する要望

「がん対策について、政府としてどういったことに力を入れてほしいと思うか」（複数選択）と尋ねた結果をみると、「拠点病院の充実などのがん医療に関わる医療機関の整備」（68.2%）が7割弱で最も多く、「仕事・学校を続けられるための相談・支援体制の整備」（51.8%）、「がんに関する専門的医療従事者の育成」（49.5%）も5割前後を占める。以下、「がんに関する相談やその支援」（46.0%）、「がん検診によるがんの早期発見」（43.8%）が4割台、「緩和ケア」（34.8%）、「がんに関する情報の提供」（33.1%）、「がんに関する研究」（27.4%）が3割前後、「小児がんを含む希少がん対策」（18.6%）、「たばこ対策などの生活習慣病対策も含むがんの予防」（12.7%）、「子ども向けのがん教育」（11.2%）は1割台、「がん登録」は3.4%となっている（図9）。

図9 がん対策について政府に対する要望（複数選択）



出典：内閣府「がん対策に関する世論調査」

年齢別にみると、「仕事・学校を続けられるための相談・支援体制の整備」は30代から50代にかけて多く、なかでも40代では7割弱に及ぶ。また20代や30代では「がん検診によるがんの早期発見」が多く、半数を占めている（表3）。

表3 がん対策について政府に対する要望（複数選択）

	医の拠点 療がん機 関の整に 備関実 わなど	援れ事 体する 制た・学 の整の校 備相を 談統 ・け 支ら	医が 療ん 従に 事者 する 育専 成的	そが のん 支に 援する 相談 や	のが ん 早 期 検 診 に よ る が ん	緩 和 ケ ア	提 供 に 関 する 情 報 の	が ん に 関 する 研 究	が ん 小 児 が ん を 含 む 希 少	が ん の 予 防	活 習 慣 病 対 策 な ど の 生	た ば こ の が ん 教 育	こ ども 向 け の が ん 教 育	が ん 登 録	そ の 他	無 回 答	件 数
2023年7月調査	68.2 ①	51.8 ②	49.5 ③	46.0 ④	43.8 ⑤	34.8 ⑥	33.1	27.4	18.6	12.7	11.2	3.4	3.1	1.0	1626		
年齢別																	
20～29歳	62.0 ①	56.2 ②	42.3 ④	40.1 ⑥	51.1 ③	21.2 ⑥	42.3 ④	31.4	19.0	11.7	16.1	2.2	0.7	0.7	137		
30～39歳	62.5 ①	61.9 ②	42.0 ⑤	43.8 ④	51.7 ③	26.1 ⑥	35.2 ⑥	29.5	23.3	17.0	20.5	2.8	7.4	0.6	176		
40～49歳	66.0 ②	68.3 ①	50.0 ③	41.2 ⑤	44.7 ④	31.7 ⑥	37.0 ⑥	34.0	26.0	16.4	13.7	5.3	5.3	0.8	262		
50～59歳	66.4 ①	59.6 ②	50.4 ③	49.3 ④	38.2 ⑥	43.9 ⑤	37.9	34.3	18.9	10.0	12.1	4.6	4.3	0.4	280		
60～69歳	73.6 ①	45.4 ③	50.4 ②	44.4 ④	42.6 ⑤	33.8 ⑥	32.7	25.0	16.5	9.9	6.7	2.8	2.1	1.4	284		
70歳以上	71.0 ①	37.4 ⑥	53.0 ②	50.1 ③	42.3 ④	38.8 ⑤	25.3	19.5	14.0	12.5	7.2	2.7	0.8	1.6	487		

※下線数字は「2023年7月調査」より5ポイント以上少ないことを示す
 ※薄い網かけ数字は「2023年7月調査」より5ポイント以上多いことを示す
 ※濃い網かけ数字は「2023年7月調査」より15ポイント以上多いことを示す
 ※丸数字は比率の順位（第6位まで表示）

出典：内閣府「がん対策に関する世論調査」

次号の特集は

「男女間賃金格差解消のために（仮題）」の予定です。

田中恒行『日経連の賃金政策 定期昇給の系譜』晃洋書房（2019年）

2024年の春闘は、賃上げ率が5%（連合集計、定期昇給分を含む）を超え、1991年以来33年ぶりの高水準となった。この歴史的な賃上げが、中小企業や労働組合のない企業、非正規雇用者の処遇改善にどこまで波及させることができるか…それこそ労働組合としての社会的責任、責務といえる。

春闘や賃上げ時によく聞かれる“定昇”や“ベア”（“”は筆者、以下同様）。厚生労働省の主な用語の定義によれば、「定期昇給（定昇）」とは「毎年一定の時期を定めて、その企業の昇給制度に従って行われる昇給。また、毎年時期を定めて行っている場合は、能力、業績評価に基づく査定昇給なども含む。」ものであり、「ベースアップ（ベア）」とは「賃金表（学歴、年齢、勤続年数、職務、職能などにより賃金がどのように定まっているか表にしたもの）の改定により賃金水準を引き上げること」を指している。とはいえ、中小企業の中には、そもそも賃金表や賃金制度、定昇という概念を持たない企業も存在する。また、経団連は以前、“定期昇給の延期や凍結”などその見直しの可能性について言及し、メディアも“聖域ではない”と表現した。この間定期昇給ゼロの時期もあったし、昨今の物価上昇や生活の安定に対して定期昇給を求める声も小さくなく、定期昇給のあり方を問う議論は今も続いている。

本書は「賃金、なかでも日本の賃金決定において中心的な役割を果たしてきた定期昇給に焦点を当て、日本の経営者が日本の賃金についていかなる考えを持ってきたのかを探る」（はしがき）とともに、「“空気のように意識されていない”定期昇給制度が、なぜ日本の賃金制度の根底において存続し続けてきたのか、それが職務給、職能給、成果給といった“賃金形態”にいかに関与を与え、日本の賃金制度を“支配”し続けてきたかを論じることを目的」としている（序章 日本の賃金制度を支配してきた定期昇給）。

まず、日経連（日本経営者団体連盟）設立後の1950年代から定期昇給の歴史が紐解かれる。この時期の定期昇給の意味するところは、経営側による労働組合からの賃金決定の主導権奪還（「考課的昇給」）、企業内における従業員秩序、賃金秩序形成の手段（「機械的昇給」）であったとされる（第2章 経営権としての定期昇給と職務給の導入－1950年代～1960年代－）。また、この頃は現在持て囃されているいわゆる“ジョブ型雇用”の賃金体系の柱、職務給の導入が叫ばれた時期でもある。

1970年代以降は、高齢化や定年延長、賃金水準の上昇などの動きがみられる中、「将来的には考課的昇給の比率を高めるべきという主張があったにせよ、生活給をベースとした賃金の相場形成機能を担っていた機械的昇給の存在が否定されることはなかった」と指摘する（第3章 生産性に基づく賃金決定と定期昇給－1969～1989年－）。その後、「総額人件費管理と雇用ポートフォリオ（雇用形態の多様化）の展開」、「“成果主義”に代表される賃金管理における考課・査定強化」の時代へとつながり、定期昇給は「個別的管理の側面を持つ考課的昇給の重要性が一層強調され、集団的管理の側面を持つ機械的昇給については抑制・停止を含めた議論」が起り、現代に至る時代背景が映し出されている（第4章 雇用の多様化がもたらす賃金体系の変化と定期昇給－1990年代から現代まで－）。賃金決定における定期昇給が持つ意味、その役割が、時代とともに変わってきたことを浮き彫りにしている。

上記のような歴史的経緯を踏まえ、著者は、定期昇給が労働組合にとって「“必ず確保できる賃上げ分”を保障されたことにより組合員の求心力を保つメリット」、「正規従業員に対してライフ・サイクルの見通しを立たせるインセンティブの役割」を持っていたと主張する（第5章 定期昇給とは何だったのか）。さらに、定期昇給が非正規従業員には付与されておらず、それが正規従業員との格差を生み出す要因になっているとの指摘は、重要な示唆といえる。

昨今では、ある意味“常識であった”定期昇給、本書で言うところの「機械的昇給」分の見直しや廃止を検討、実施する労働組合がみられる他、春闘時の賃上げ額が定期昇給込みなのかベアなのか不明瞭なケースも多くなっている。拡大する賃金格差の是正、モチベーションの維持、人材育成、同一労働同一賃金などの観点からも、定期昇給も含めた賃上げの持つ意味がまさに今問われており、その内実をつまびらかにし、産別組織、企業別組合など組織レベルでより突っ込んだ検証を進めることが求められているよう。（小倉 義和）

労調協の共同調査

労働調査協議会(労調協)は、わが国で最初に設立された労働組合のための総合調査研究センターです。労働組合が基金をだしあい、労働組合と力を合わせて、労働問題を調査・研究し、これを組合活動に役立てていくことを使命に設立されました。その後、使命の実現に向け、一貫して、政府・経営者・政党から独立した立場を守り、つねに労働組合と力を合わせ調査・研究に取り組んでいます。

労調協では労働組合から受託する調査・研究とともに、会員組合を中心に呼びかけて実施する共同調査にも事業として取り組んでいます。共同調査では、そのときどきで労働組合に必要とされるテーマを取り上げ、調査・研究の成果を広く社会に発信しています。近年のテーマは以下の通りです。

共同調査における近年の調査テーマ

- 「定年後の雇用者の仕事と生活における諸問題と今後の取り組み課題」(2010年)
- 「人と人のつながりに関するアンケート調査」(2012年)
- 「第4回次代のユニオンリーダー調査」(2015年)
- 「次代のユニオンリーダーの意識と実態に関するインタビュー調査報告書」(2019年)
- 「第5回次代のユニオンリーダー調査」(2022年)

労調協のホームページでは調査結果の概要などを掲載しています。ご利用ください。
(<https://www.rochokyo.gr.jp/html/kyoudou.html>)

労調協 共同調査



労調協

労働調査協議会(LABOUR RESEARCH COUNCIL)

〒100-0011 東京都千代田区内幸町1-3-1 幸ビルディング6F

TEL. 03-6257-3883 FAX. 03-6257-3884 <https://www.rochokyo.gr.jp/>