

事例2 脳出血発症後、感覚障害を認め、作業転換を行いながら治療と仕事の両立を目指す事例

Bさん	治療の状況		企業の状況		
	病名	治療状況	企業規模	職種等	産業医等
50歳代 女性	脳出血	薬物療法	中小企業	正社員 (製造業、 生産工程職)	嘱託産業医 1名

(1) 事例の概要

ア 基本情報

Bさんは、従業員数が100名ほどの製造業の会社に勤務する50歳代女性である。職場は家電の部品製造を行う工場であり、細かい部品を組み立てる作業に従事している。Bさんは勤務経験が長く、後輩指導にも熱心に取り組んでいる。Bさんは現在の職場や仕事に愛着があり、また、高校生の子どもを育てていることから、定年まで勤めたいと考えている。

週5日勤務であり、1日当たりの所定労働時間は8時30分～17時30分（休憩1時間）の8時間である。繁忙期には1日2～3時間の時間外労働がある。嘱託の産業医が1名おり、月1回来社している。

イ 両立支援を行うに至った経緯

ある日Bさんは脳出血を発症し、救急搬送されて2週間入院することになった。右半身の麻痺があったことから、リハビリテーションを専門とする病院に転院し、リハビリテーションを受けていた。

発症から4か月ほどが経った頃、主治医からそろそろ復職できるのではないかと意見があった。Bさんは早く職場に戻りたいと考える一方、右手・右足のしびれや痛み、感覚の鈍さが残っており、これまでのような細かな作業は難しいのではないかと感じていた。また、治療や通院のために月1回の通院が必要であり、その時間の確保も必要であった。そこでBさんは復職に向けて、復職後の働き方について職場の上司に相談することとした。

(2) 様式例の記載例

ア 勤務情報提供書 【労働者・事業者において作成】

Bさんと上司とで復職後の働き方について話し合った結果、これまで同様、工場での勤務を原則としながら、症状や治療の継続に配慮した働き方を検討するため、勤務情報提供書を通じて、主治医に確認することにした。特に、感覚障害や痛みなどの目に見えない症状が仕事に与える影響や、その継続期間が分からなかったため、主治医に意見を求めることとした。

イ 主治医意見書 【医師において作成】

主治医は、勤務情報提供書に記載されている内容を踏まえ、Bさんに仕事の内容や職場環境、復職に向けて悩んでいることについて確認した上で、勤務情報提供書に記載された質問内容を中心に、主治医意見書を作成した。

感覚障害は目に見えない症状であり、また1日のなかでも症状が変動することから職場の理解が得られにくい。そのため、感覚障害の特徴を具体的に記載し、本人とよく話し合っただ対応することについて理解を求める内容とした。また、深部感覚障害があることから、精密な作業は難しいと考えられたため、Bさんの意向も確認しながら、粗大なものを扱う作業、検品作業等に変えることについても検討するよう、記載した。

Bさんには、自身の症状について上司や産業医に適時伝え、必要な配慮等について相談するよう助言した。

ウ 職場復帰支援プラン 【事業者において作成】

主治医意見書を踏まえ、再度Bさんと上司、産業医とで話し合った結果、主治医の意見を勘案し、作業内容を転換することにした。また、体力面への配慮から、最初の2か月は短時間勤務、時間外労働禁止とし、徐々に勤務時間を延ばし、3か月目には通常勤務に戻すことを目標とした。また、復職して1か月後をめどに主治医の意見を再度確認のうえ、プランを見直すこととした。

また、復職後は本人、産業医、人事労務担当者とで面談を行い、職場環境での不具合な点について本人の話を聞き、必要な配慮について適時協議することとした。

なお、本人から辛い症状等について相談がしやすくするとともに、周囲が理解をするよう、本人の同意を得て、産業医から上司・同僚等に対して感覚障害の特徴について説明を行った。

(3) その他留意事項

感覚には、表在感覚と深部感覚がある。表在感覚とはいわゆる肌で感じる温痛覚や触覚をいい、深部感覚とは振動や関節の位置などを感じ取る感覚をいう。感覚障害とは、刺激を受けた末梢神経から脳までの伝達経路の障害や心因性の反応によって正確に刺激を認識できない状態をいい、大きく分けて①感覚過敏、②感覚鈍麻、③異常感覚がある。

脳卒中で脳の感覚中枢が障害を受けると、その担当部位に一致した感覚障害をきたす。時には感覚鈍麻だけでなく、異常感覚として痛みを伴うこともある。特に視床という部位の障害では脳卒中後中枢性疼痛をきたすことがあり、場合によっては耐え切れないほどのひどいしびれや灼熱痛に悩まされることがある。しかも難治性であることが多く、それが原因でうつ状態になることも珍しくない。

感覚障害は運動麻痺と違い、客観的には分かりにくいのが、本人が一番理解している。そのため、職場復帰後も適時労働者本人とよく話し合い、必要に応じて主治医やリハビリテーションスタッフ、産業医等の意見を勘案しながら対応を検討することが望ましい。

また、感覚障害の症状や辛さは客観的に分かりにくいことから、職場の上司や周りの同僚の理解も重要であり、可能な範囲で、本人と職場の間で本人の状況をよく理解してもらうための相互のコミュニケーションが図られることが望ましい。

事例2（脳卒中）：勤務情報を主治医に提供する際の様式例（勤務情報提供書）の記載例

医療機関が確認する際のポイント

労働者・事業者が作成する際のポイント

- ・どのような作業内容や作業負荷の仕事に従事する予定であるのかを確認
- ・特に、作業環境や、しびれや痛み、感覚の鈍さ等の感覚障害により影響を受ける業務内容について労働者に確認

- ・通院のスケジュールを勘案して、有給休暇の利用で対応可能かどうか、労働者と確認

- ・産業医が選任されているかどうか、職場での健康管理などの支援が可能な体制があるかどうかを確認
- ・特に意見を求められている点について確認
 - ・感覚障害があることや作業環境を踏まえ、復職の可否や必要と考えられる配慮を検討
 - ・労働者の意向も確認しながら、どのような仕事であれば可能か検討
 - ・病気や障害に対する理解等、職場における配慮等のために必要な点を検討

- ・署名漏れがないか確認
- ・記載内容を踏まえながら、労働者にその他要望や不安の有無等について確認

〇〇〇〇 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	〇〇〇〇	生年月日	〇〇〇〇年〇〇月〇〇日
住所	〇〇県〇〇市〇〇		
職 種	家電部品工場で組み立て作業に従事		
職務内容	・家電部品の組み立てラインで、工具（電動ドライバーなど）を用いて、金属・モーター・プラスチック材などを基盤に組み付ける精密作業（座位）です。 ・作業場は明るく冷暖房を完備していますが、冬場は足元が冷えます。 （■体を使う作業（軽作業） ■機械の運転・操作）		
勤務形態	<input checked="" type="checkbox"/> 常勤勤務 <input type="checkbox"/> 二交代勤務 <input type="checkbox"/> 三交代勤務 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
勤務時間	8時30分～17時30分（休憩1時間。週5日間。） （時間外・休日労働の状況：繁忙期には残業2～3時間程度／日あり。）		
通勤方法 通勤時間	<input checked="" type="checkbox"/> 徒歩 <input checked="" 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） <input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> その他（ ） 通勤時間：電車と徒歩で通勤、片道60分		
休業可能期間	〇〇〇〇年〇〇月〇〇日まで（1年6か月間） ※休業中は傷病手当金が支給されます		
有給休暇日数	残15日間。その他、年末年始休3日、夏季休暇5日取得可能です。		
その他 特記事項	当社では嘱託産業医が1名選任されています。従業員の就業上の措置等の検討にあたり、以下の点についてご教示くださいますようお願い申し上げます。 ・感覚障害が残っているということですが、具体的にどのような症状でしょうか。リハビリを行うことで、今後、感覚障害はどの程度回復いたしますか。 ・感覚障害のほかに業務に影響のある症状や障害はありますか。 ・退院後の通院頻度や期間はどの程度必要でしょうか。 ・現在の感覚障害のある状況で、原職（組み立て作業）に復帰するのは可能でしょうか。組立作業が難しい場合、どのような作業であれば可能でしょうか。（例えば他に検品作業などがあります。） ・業務上、安全確保等を含めてどのような配慮が必要でしょうか。		
利用可能な 制度	<input type="checkbox"/> 時間単位の年次有給休暇 <input checked="" type="checkbox"/> 傷病休暇・病気休暇 <input type="checkbox"/> 時差出勤制度 <input checked="" type="checkbox"/> 短時間勤務制度 <input type="checkbox"/> 在宅勤務（テレワーク） <input checked="" 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。			
〇〇〇〇年〇月〇日		（本人署名） 〇〇〇〇	
〇〇〇〇年〇月〇日		〇〇〇〇株式会社 担当：〇〇〇〇〇 連絡先：〇〇〇〇〇	

- ・情報の提供・活用目的の明記が必要

- ・現在の業務内容での復職が可能かどうか主治医に尋ねるために、具体的に仕事の内容を記載
- ・寒いとしびれや痛みが強くなることが懸念されたことから、作業環境についても記載

- ・通院や体調管理のために利用可能な有給休暇に関する情報を記載
- ・必要に応じて新規付与のタイミングや付与日数、単位（1日、半日、時間単位）等を記載

- ・労働者本人と話し合い、事業者や労働者が悩んでいること、主治医に相談したいこと等、**特に主治医の意見がほしい点について明記**
- ・職場として対応可能な配慮について記載しておくこと主治医は意見を書きやすい

- ・治療と仕事の両立のために利用可能な制度を明記（時間単位有給休暇、傷病休暇・病気休暇、時差出勤制度、短時間勤務制度、在宅勤務（テレワーク）、試し出勤制度など）

- ・労働者本人が記載事項に齟齬がないかを事業者を確認した上で署名

- ・主治医からの問い合わせに対応できるよう、担当者、連絡先を明記

医療機関が作成する際のポイント

- ・人事部等の非医療職も閲覧することが想定されるため、可能な限り専門用語を避け、平易な言葉で記載
- ・勤務情報提供書に記載されていた元の業務や代替可能な業務について、現在の労働者の症状等を踏まえ、復職についての検討が可能かどうか意見を記載
- ・**勤務情報提供書「その他特記事項」に記載されていた質問事項に対する回答を記載**
 - ・配慮や就業上の措置を記載する際は、対応が必須のものか、望ましいものであるかが識別できるように記載
 - ・元の業務が難しい場合、勤務情報提供書の内容や労働者の話を踏まえ、可能な範囲で代替案を記載
 - ・障害や症状について記載する際は、症状は変動する、具体的な症状は本人によく確認する、といった注意点も記載
 - ・労働者が職場に相談しやすい環境づくりのため、上司や同僚等における症状等に対する理解を得ることなど、必要な取組を記載
 - ・別途通院が必要になる可能性がある場合には、通院への配慮が得られるよう、治療の見通しを記載
- ・措置期間は、症状や治療経過を踏まえ、上記の就業上の措置や配慮事項が有効であると考えられる期間を記載
- ・措置期間は、事業者にとって、次に主治医に意見を求める時期の目安になる
- ・労働者本人が主治医意見書の内容を理解・把握できるよう、労働者に対して内容をきちんと説明することが重要

患者氏名	〇〇〇〇	生年月日	〇〇〇〇年〇〇月〇〇日
住所	〇〇県〇〇市〇〇〇		
復職に関する意見	<input type="checkbox"/> 復職可 <input checked="" type="checkbox"/> 条件付き可 <input type="checkbox"/> 現時点で不可 ・運動麻痺は改善し、日常生活にはほとんど支障のない状態である。 ・今後、リハビリテーションのための通院は必要ないが、再発予防のための血圧コントロールなどの薬物治療のための通院は必要である。		
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)	・通勤は公共交通機関で可能と考えられる ・運動障害は改善して、後遺症はないように見えるが、半身のしびれや痛みがあり、症状が日によって、あるいは1日の中でも変動があること、リハビリでの改善は難しいこと、薬物治療でも限界があることを理解する必要がある。 ・深部感覚障害があるため、巧緻性が求められる作業よりも、粗大なものを扱う作業、または検品などの作業が望ましいと考えられる。 ・感覚障害により温度感覚が鈍っているため、ヒーターを使用する場合は、火傷をしないような配慮が必要である。 ・これまでよりも疲れやすい状態であるため、短時間勤務について考慮が必要である。		
その他配慮事項	・薬物治療のため1～2か月間に1回程度の平日通院（半日）が必要。 ・エアコンの風が異常に冷たく感じたり、痛く感じたりすることがあり、直接風が当たらない場所で作業する等により対応可能な場合があるので、本人とよく話しあって欲しい。感覚障害の症状は客観的に分かりにくいので本人から詳しく聞き取ることが必要である。 ・本人から辛い時に辛いと言いやすくする、あるいは相談しやすいように、上司や周囲の方に症状等について理解が得られるようご配慮いただくとよい。 ・また脳卒中後の疼痛の治療のための通院が必要となる場合もある。		
上記の措置期間	〇〇〇〇年〇〇月〇〇日 ～ 〇〇〇〇年〇〇月〇〇日		
上記内容を確認しました。 〇〇〇〇年〇〇月〇〇日 (本人署名) 〇〇〇〇			

上記のとおり、職場復帰の可否等に関する意見を提出します。
 〇〇〇〇年〇〇月〇〇日 (主治医署名) 〇〇〇〇

(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、患者本人から会社に提供され、プライバシーに十分配慮して管理されます。

事業者が確認する際のポイント

- ・勤務情報提供書に記載した働き方によって復職が可能と考えられるかどうか、主治医の意見を確認
- ・**主治医への質問事項に対する回答を確認**
 - ・記載事項のうち、対応必須のものかどうかを確認
 - ・業務内容や作業環境、働き方について調整が必要である場合、対応を検討
 - ・労働者が職場に相談しやすい環境づくりのために、上司や同僚等の理解・協力が必要な場合には、労働者本人の同意を得て、必要な範囲で情報を共有し、対応を検討
 - ・新たに治療が必要になるなど、治療の予定は変更の可能性があり、望ましい就業上の措置等が変わる場合もある点に留意し、治療の状況は適時労働者に確認することが望ましい
- ・措置期間後は必要に応じてプランの見直しや主治医の意見の確認を行うことを想定
- ・主治医意見書の内容について、労働者本人の理解・同意が得られていることを、署名欄を活用するなどして確認
- ・ガイドラインで示された情報の取扱いに則り情報を取り扱う

事例2（脳卒中）：職場復帰支援プランの記載例

事業者が作成する際のポイント

作成日：〇〇〇〇年〇〇月〇〇日

従業員 氏名	〇〇〇〇	生年月日 〇〇〇〇年〇〇月〇〇日	性別 男・女
所属	〇〇〇〇	従業員番号	〇〇〇〇
治療・投薬等の状況、今後の予定	・右半身の感覚障害、しびれ、痛みが残っているが、麻痺などはなく日常生活や通勤は可能。リハビリテーション通院は不要、薬物治療のための通院（平日1回/月）が必要。 ・右半身の感覚障害のため、巧緻性が求められる原職（組み立て作業）への復帰は困難が予想され、配置転換を含めた作業変更を検討する。		
期間	勤務時間	就業上の措置・治療への配慮等	(参考) 治療等の予定
1か月目	10:00 ～ 14:00 (1時間休憩)	短時間勤務、残業禁止、作業転換 通院日の休暇取得に配慮	1回/1か月通院・薬物療法 (症状:しびれ・痛み、疲れやすさ等)
2か月目	9:00 ～ 15:00 (1時間休憩)	短時間勤務、残業禁止、作業転換 通院日の休暇取得に配慮	1回/1か月通院・薬物療法 (症状:しびれ・痛み、疲れやすさ等)
3か月目	8:30 ～ 17:30 (1時間休憩)	作業転換、通常勤務に復帰 残業1日当たり1時間まで可 通院日の休暇取得に配慮	1回/1か月通院・薬物療法 (症状:しびれ・痛み、疲れやすさ等)
業務内容	・復職に際しては適正配置の観点から、巧緻性が求められる作業から粗大な物品を扱う作業への転換を行い、同部門内の検品業務に変更する。		
その他 就業上の 配慮事項	・しびれや痛みなどの症状の日内変動などもあり、室内の温度調整、エアコンの風向きや風量、局所暖房器具（ヒーター）の使用などについて配慮する。 ・感覚障害があり、ヒーター使用時や熱源付近の作業においては、熱傷をきたさないよう留意する。 ・感覚障害による目に見えない症状があり、その程度は一定ではないということについて職場の理解を得る必要があることから、関係する上司・同僚に対し、産業医から説明を行う。		
その他	・復職後は、2週間ごと（その後は1か月ごとを目安）に本人・産業医・人事労務担当で面談を行い、必要に応じてプランの見直しを行う。 （次回面談予定日：〇月〇日〇～〇時） ・労働者においては、通院・服薬を継続し、自己中断をしないこと。また、体調の変化に留意し、体調不良の訴えは上司に伝達のこと。 ・上司においては、本人からの訴えや労働者の体調等について気になる点があればすみやかに人事労務担当まで連絡のこと。		

- ・主治医、産業医の意見を勘案し、労働者本人との話し合いも踏まえ、職場復帰支援プランを作成
- ・感覚障害の症状・程度や、通院の予定など、就業上の措置や配慮を行うために必要な情報を整理

- ・感覚障害があり、従来の業務内容は困難であるため、作業内容を粗大な物品を扱う、検品業務に変更
- ・体力面に配慮するため、短時間勤務から始め、3か月目に通常勤務に戻ることを目標としてプランを設定
- ・通院時間を確保できるよう、配慮事項を記載

- ・感覚障害に伴い、作業環境に関して必要な配慮事項を記載
- ・上司・同僚等が症状等を理解するため、労働者本人の同意を得て、上司・同僚等を対象とした説明を行う旨を明記

- ・プランの見直しや面談の実施時期を記載
- ・本人や上司等が気を付けるべき事項があれば記載

- ・関係者による協議・確認を終えた内容であることが分かるよう、署名

上記内容について確認しました。

〇〇〇〇年〇〇月〇〇日 (本人) 〇〇〇〇
 〇〇〇〇年〇〇月〇〇日 (所属長) 〇〇〇〇
 〇〇〇〇年〇〇月〇〇日 (人事部) 〇〇〇〇
 〇〇〇〇年〇〇月〇〇日 (産業医) 〇〇〇〇