

3 HTLV-1 関連脊髄症（HAM）の診断後、症状の進行に備えて、長期的に治療と仕事の両立に関する方針を検討する事例

C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
40歳代 男性	HTLV-1 関連脊髄症(HAM)	薬物療法	大企業	正社員 (広告業、営業職)	専属産業医 1名

(1) 事例の概要

ア 基本情報

Cさんは従業員数が1000名超の広告会社に勤務する40歳代男性であり、勤続年数が長く、中堅社員として上司や同僚、後輩からの信頼が厚い。営業部には約80名の社員が所属しているが、Cさんは7～8名からなるチームを束ねるリーダーである。上司は各チームを束ねる課長、その上司が営業部長である。

所定労働時間は8時30分～17時30分（休憩1時間、週5日勤務）であり、日によって残業や休日出勤が必要な場合がある。勤務時間の半分以上は得意先を回っており、移動には営業車を使うことが多い。

Cさんの勤務先には専属産業医が選任され、日常の健康管理等に携わる保健師も配置されている。

イ 両立支援を行うに至った経緯

Cさんはある時から歩行中つまずいたり転んだりすることが増え、歩く速度も遅くなるといった自覚症状があった。気になって病院を受診したところ、最終的にHTLV-1関連脊髄症（HAM）と診断された。

主治医からは、HAMは下半身の運動機能が徐々に低下する進行性の疾患で、医療費助成の対象となる指定難病であり、進行速度は個人差があること、進行を遅らせるため薬を内服する必要があり定期的に通院が必要であることが伝えられた。主治医は現時点では仕事への影響はないと説明したが、Cさんは初めて聞く病名に戸惑いと不安を覚えた。

主治医から紹介された医療ソーシャルワーカー（MSW）に今後の生活や仕事について相談したところ、治療と仕事の両立支援について説明を受けた。また、早めに職場に相談することを勧められ、上司に相談する内容を一緒に整理した。

Cさんは上司である課長に疾病のこと、子どもがおり経済的基盤を確保するため今後も働きたい旨を伝え、治療と仕事の両立について相談した。相談を受けた上司も初めて聞く病名であったため、インターネットで調べてみたところ、徐々に進行する疾病であることや、ウイルス性疾患であるとの記載があり、周囲に感染する恐れがあるのではないかと、不安を覚えることがあった。専属産業医に相談したが、産業医も専門外であり、HAMに対する知識はなかった。

そこで、Cさん、産業医、上司の三者は面談を行い、Cさんが仕事を続けたいという意向を確認するとともに、症状の今後の見通しなどについて、主治医に意見を求めることとした。

(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】

Cさん、上司、産業医は三者で話し合い、治療と仕事を両立できるよう支援するために、勤務情報提供書を通じて、通勤の状況や社用車を運転する可能性があることなど、就業内容を主治医に伝えた上で、症状が安全に就業することに影響を与える可能性や、仕事内容が症状の進行に影響する可能性について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、Cさんと面談し、仕事の内容や不安に思っていること等について確認した上で、勤務情報提供書に記載されている質問内容を中心に、主治医意見書を作成した。

過度の就業制限とならないよう、あくまで下半身の運動機能が低下する疾病であり、脳や上半身の機能障害はないこと、年単位でゆっくりと進行すること明記するとともに、今後生じうる障害と仕事への影響、対処法について記載した。疾病の要因がウイルス性であることから、ウイルスの感染リスクに対する誤解があると考えられたので、職場での感染の可能性は全くないことも明記した。あわせて、信頼できる情報源を紹介することとした。

ウ 両立支援プラン 【事業者において作成】

主治医意見書を踏まえ、再度、人事担当者も入れて、Cさん、上司、産業医とで話し合った結果、主治医の意見を勘案し、当面はこれまでどおり仕事を継続することとした。ただし、症状が進行し、車の運転等が難しくなった場合に備え、あらかじめ運転の可否の基準を検討することとした。また、通勤が難しくなることも想定されたため、将来的にはテレワークの活用も視野に入れることとした。なお、職場の同僚等の理解や協力が得られるよう、Cさんの意向を十分に確認した上で上司から保健師に依頼し、疾病のことや感染リスクがないこと、進行に応じて今後配慮が必要になること等を説明することとした。

(3) その他留意事項

HAM は下半身の運動機能に障害をもたらすが、脳や上半身の機能は基本的に正常である。また、進行性の疾病であるが、進行を遅らせる治療もあり、適切な治療を継続すれば、仕事との両立は十分可能である。

症状の進行により、労働環境に配慮を要することも想定されるが、それらの課題に対応することができれば、労働者本人の持てる能力を生かすことが可能である。症状の進行の見通しを踏まえ、治療と仕事の両立を続けるために、職務上最低限必要となる要件を改めて確認したり、疾病の経過に応じた働き方や環境整備をあらかじめ検討・準備したりしておくなどの取組も有用である。その際、労働者本人、上司、人事、産業医、(場合によっては家族) で話し合いを行い、できるだけ現状を維持しながら仕事ができるように、関係者が情報を共有して、対応することが重要である。

なお、難病のほとんどは感染性の疾病ではなく、HAM のようなウイルスを要因とする難病は非常に稀である。また、HAM を引き起こすウイルスの感染力は非常に低く、その感染ルートは母乳による母子感染や血液が体内に直接入りこむような場合に限られ、同居家族でも感染することはない。出血を伴う事故時等でも標準予防策により感染は避けられるため、仕事や日常生活の中では万が一にも他者に感染することはない。

事例3 (難病) : 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

- 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
- 作業場所や出張の有無・頻度、社用車の利用など、仕事の特徴を確認

- 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
- 疾病によっては、バリアフリーなどの環境整備が必要なため、その対応状況を確認

- **特に意見を求められている点について確認**
 - 就業内容が過度に制限されないように配慮した上で、就業において必要と考えられる配慮や注意事項を検討
 - 現段階で必要がなくても、今後必要になると考えられる配慮や注意事項があれば見通しを含めた記載を検討
 - 疾病に対する正しい理解等、職場における配慮のために必要な点を検討

- 労働者本人の同意が得られている内容かどうか確認
- 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

(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	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	営業職		
職務内容	(作業場所・作業内容) 仕事の半分は、社用車の運転や公共交通機関を使って顧客を訪問、残りの半分はパソコンを使ったデスクワークです。 主任として、7~8人の部下を取りまとめています。 <input type="checkbox"/> 体を使う作業 (重作業) <input type="checkbox"/> 体を使う作業 (軽作業) <input type="checkbox"/> 長時間立位 <input type="checkbox"/> 暑熱場所での作業 <input type="checkbox"/> 寒冷場所での作業 <input type="checkbox"/> 高所作業 <input checked="" type="checkbox"/> 車の運転 <input type="checkbox"/> 機械の運転・操作 <input checked="" type="checkbox"/> 対人業務 <input checked="" type="checkbox"/> 遠隔地出張 (国内) <input type="checkbox"/> 海外出張 <input type="checkbox"/> 単身赴任		
勤務形態	<input checked="" 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	8時30分~17時30分 (休憩1時間。週5日間。) ※繁忙期には1日の残業時間が2時間程度の期間が1~2週間継続することがあります。年に数回休日出勤もあります。 ※宿泊を伴う国内出張が月に1~2回あります。		
通勤方法 通勤時間	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 公共交通機関 (着座可能) <input checked="" 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: 60分 (乗り換えが1回あります)		
休業可能期間	〇〇年〇〇月〇〇日まで (18か月間) (給与支給 <input type="checkbox"/> 有り <input checked="" type="checkbox"/> 無し 傷病手当金〇% (<input type="checkbox"/> 休業中の賞与))		
有給休暇日数	残 40 日間		
その他 特記事項	事務所はバリアフリー (車椅子) への対応ができています。 当社には専属産業医が週に4日勤務しています。 進行性の病気であることを踏まえ、現段階から就業継続のために必要な就業上の措置等の検討を行いたいと考えています。以下の点についてご教示ください。 ・ 今後出現する可能性のある症状と、その時期の見通し ・ 就業 (デスクワーク、外勤、出張、残業、休日出勤等) の病状への影響の可能性 ・ 通院の頻度と通院1回当たりの時間や治療期間の見通し ・ 同僚への感染のリスクと職場に説明する上での留意事項 ・ 症状や治療 (副作用等) の仕事への影響 (通勤は公共交通機関を利用、仕事は営業職で外勤・車を運転) ・ 入院の可能性 ・ その他就業上配慮すべき事項 上司・同僚等の限られた関係者に対し、病気の説明を行う必要がある場合があります。病気の理解に有用な情報源があればあわせてご教示ください。 <input checked="" type="checkbox"/> 時間単位の年次有給休暇 <input type="checkbox"/> 傷病休暇・病気休暇 <input checked="" type="checkbox"/> 時差出勤制度 <input checked="" type="checkbox"/> 短時間勤務制度 (休職した場合、復職後最長3か月間) <input checked="" type="checkbox"/> 在宅勤務 (テレワーク) <input type="checkbox"/> 試し出勤制度 (休職した場合、復職前に1か月間の慣らし勤務を設けることが可能です) <input type="checkbox"/> その他 ()		
利用可能な 制度	<input checked="" type="checkbox"/> 時間単位の年次有給休暇 <input type="checkbox"/> 傷病休暇・病気休暇 <input checked="" type="checkbox"/> 時差出勤制度 <input checked="" type="checkbox"/> 短時間勤務制度 (休職した場合、復職後最長3か月間) <input checked="" type="checkbox"/> 在宅勤務 (テレワーク) <input type="checkbox"/> 試し出勤制度 (休職した場合、復職前に1か月間の慣らし勤務を設けることが可能です) <input type="checkbox"/> その他 ()		
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			
〇〇〇〇年〇〇月〇〇日 株式会社〇〇〇〇 担当: 〇〇〇〇〇 連絡先: 〇〇〇〇〇			

労働者・事業者が作成する際のポイント

- 情報の提供・活用目的の明記が必要

- 現在の業務内容が継続可能かどうか確認するために、具体的に仕事の内容を記載
- 社用車の運転や公共交通機関を使った顧客の訪問があることなど、仕事の特徴を記載

- 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
- 必要に応じて有給休暇の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具体的に明記**

- 治療と仕事の両立のために利用可能な社内の制度を明記 (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うえで署名

- 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

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（主治医意見書）の記載例

医療機関が作成する際のポイント

- 産業医以外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
- 勤務情報提供書で事業者や労働者本人が気にしている症状の見通しを具体的に記載
- 現在の症状と、今後出る可能性のある症状は区別して記載
- 通院への配慮が得られるよう、通院頻度を具体的に記載
- 入院の可能性がある場合は、その旨を明記
- 勤務情報提供書に記載されていた働き方について、現在の労働者の状況や治療の予定を踏まえ、就業継続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
 - 症状の進行に応じて就業上の措置が必要になる可能性がある場合には、その見通しを記載
 - 疾病に対する正しい理解を促すために、参考となる情報源や相談先を記載
- 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		
病名	HTLV-1 関連脊髄症 (HAM)		
現在の症状	<ul style="list-style-type: none"> HAMは脊髄に慢性的な炎症が起こって生じる病気で、下半身の麻痺による歩行障害や排尿障害、感覚障害を起こします。脳や上半身の機能は正常に保たれます。 現在は、軽度の歩行障害（つまづきやすい、歩行速度が遅くなる）が生じている状態です。 HAMの約8割の方は、年単位で緩徐に進行することが多く、今後、歩行障害の悪化、頻尿や尿漏れなどの排尿障害、便秘や下痢などの排便障害を生じる可能性があります。また、下半身に汗をかきにくいなどの発汗障害が生じる可能性があり、それにより、体温の調節が困難になり脱水などを生じやすくなる可能性があります。また両足先の冷えを生じる可能性もあります。 		
治療の予定	<ul style="list-style-type: none"> 現時点で病気を完治させる治療法はありませんが、薬の内服などで進行を遅らせる方法がありますので、概ね月1回程度（1回の通院は半日程度）の通院が必要と考えます。 原則、外来通院による治療が主体となりますが、病状の急激な悪化や、新たな治療を導入する際に、入院（2週間～1か月程度）が必要になる可能性はあります。 		
退院後/治療中の就業継続の可否	<input checked="" 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）	<ul style="list-style-type: none"> 現在の仕事の内容は病状への影響はなく、これまで通りの勤務を行っても良い状態です。 現時点では、業務に特別な配慮は必要ないと考えます。 体調の変化がないか、定期的に確認する機会を設けるなどの配慮をお願いします。 現時点では車イスは不要ですが、階段やトイレなどの手すり等の有無について確認しておくことが望まれます。 将来、歩行障害が進行し、車の運転等に支障が生じてきた場合は、外勤から内勤への変更、また通勤が困難になった場合は、テレワークなどを想定した準備が必要になる可能性があります。定期的に支援プランの見直しを行い、病状に応じた勤務環境を整えることが望まれます。 		
その他配慮事項	<ul style="list-style-type: none"> 通院のために必要な休暇の許可をお願いします。 HAMの原因はHTLV-1というウイルスですが、業務や日常生活（握手、抱擁、トイレや浴室の共用、コップ等の食器の共用など）で周囲に感染することは全くないため、これまで通りの接し方で問題はありませぬ。無用な誤解や差別を生まないよう、十分な配慮をお願いします。 HAMに関する情報については、以下のウェブサイトをご参照下さい。 <ul style="list-style-type: none"> 難病情報センター http://www.nanbyou.or.jp/entry/50 HTLV-1 情報サービス http://htlv1joho.org/general/general_ham.html 		
上記の措置期間	〇〇〇〇年〇〇月〇〇日 から 6か月		
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、診断し、就業継続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

- 両立支援が必要な期間や支援内容の参考とするため、症状の進行の見通しや現段階で想定されている治療の予定等を確認
- 勤務情報提供書に記載した働き方によって就業継続が可能かどうか、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
 - 今後、就業上の措置等が必要になる場合、その見通しや内容を確認
 - 上司や同僚等への説明・調整が必要な場合には、労働者本人に確認の上、検討に必要な範囲で情報を共有
 - 症状の進行や障害の程度などに応じて、望ましい就業上の措置等が変わる場合もある点に留意
- 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

両立支援プランの記載例

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	性別
所属	〇〇〇〇	年 月 日	(男)・女
治療・投薬等の状況、今後の予定	・概ね月1回程度(1回の通院は半日程度)の通院が必要である。 ・原則、外来通院による治療が主体となるが、病状の急激な悪化や、新たな治療を導入する際に、入院が必要になる可能性がある。 ・現在は軽度の歩行障害(つまづきやすい、歩行速度が遅くなる)のみ。病気は年単位で緩徐に進行し、今後、歩行障害の悪化、排尿障害、排便障害、発汗障害等を生じる可能性がある。		
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
期間無し	9:00 ～ 18:00 (1時間休憩)	・月に1回(半日)の通院への配慮(有給で対応予定) ・現時点では、残業制限等の就業制限は行わず。	薬の内服
業務内容	・業務内容の変更は行わない。		
その他就業上の配慮事項	・特になし		
その他	・主治医からの今後の見通しを踏まえて、本人、産業医、上司、人事と話し合いを行い、歩行障害が進行した場合、車の運転や通勤に支障が出てきたときの対応等について、本人と話し合いを行いました。 ・その結果、現状では、特に就業には問題ないことを確認したため、就業制限は行わないことにしました。 ・なお、現段階で車イスは不要ですが、軽度の歩行障害等があること、今後悪化が見込まれることから、階段やトイレの手すりなどの、バリアフリー対応の状況について確認しました。 ・上司から、感染のリスクについて懸念が示されましたので、産業保健職から、本人の同意のもとに、先生からのアドバイスを踏まえて、関係者に対して感染リスクについては懸念する必要はないとの説明を行うようにいたしました。 ・今後3か月ごとに本人・産業医・上司で面談を行い、症状の進行に合わせて、内勤業務への転換、座席位置の配慮、発汗障害がある場合にはその対応、車椅子の利用が必要となった場合への対応等、プランの見直しを行うことにいたしました。(次回面談予定日：〇月〇日〇時～〇時) ・今後の対応については、本人の意向を尊重しつつ、面談の場で話し合いを行っていくことも確認しました。 ・本人とは、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、通勤時にこけたり、運転時にヒヤッとしたりすることがあった場合には、速やかに上司に報告すること、上司は、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速やかに産業医に報告すること、を申し合わせました。 ・テレワークの導入については、本人の体調を見つつ、必要な情報を収集しながら検討していくことにいたします。		

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

事業者が作成する際のポイント

- ・主治医の意見を勘案し、労働者本人との話し合いも踏まえ、両立支援プランを作成
- ・治療の予定や症状の見通しなど、就業上の措置や配慮を行うために必要な情報を整理
- ・現在の症状と、今後出る可能性のある症状は区別して記載

- ・当面就業制限が必要ない場合には、その旨を明記
- ・通院への配慮が必要な場合、その頻度や時間を明記

- ・症状の進行に応じて就業上の措置が必要となることが見込まれる場合には、今後の対応に関する方針を記載
- ・プランの見直しや面談の実施時期を記載
- ・バリアフリーへの対応状況を確認したことなど、対応したことがあれば記載
- ・労働者本人や上司等が気を付けるべき事項があれば記載
- ・上司・同僚等による協力が得られるよう、症状や必要な配慮等に関する説明を行う場合は、労働者本人の同意を得て説明を行う旨を明記

- ・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