

第三部

総合討論

高橋(司会) 湯澤さんからは、かなり具体的なお話をいただきましたし、田中先生からはがんと就労に関する考え方について、とても大事なところをご説明いただいたと思います。確認のご質問なども含めて、どこからでもけっこうです。その前に、湯澤さんの方から追加があるとのことなので、どうぞ。

湯澤 支援というところですが、産業保健スタッフだけでやっているわけではありません。当行人事部には「人事役」という相談役がいます。エリア全体を5ブロックに分けて1人ずつ配置されています。たとえば私が疾病から復職したいという人と面談に行く時には、医療的な面でのサポートは私の方でさしあげるのですが、人事面で、人事的なこと、組織的な援助には人事役にいっしょに行ってもらっています。人事役というのは支店長を経験した方で、お店のあり方であるとか、ここに人がいなかったらたいへんだらうというところも承知している方ですので、その方といっしょに活動することもけっこう多くあります。私だけでやっているようにとられるといけないので補足させていただきました。

高橋 どうもありがとうございました。「人事役」ですか。

湯澤 今は「審議役」と呼んでいますが、以前の呼称は「人事役」です。

リハビリ出勤の位置づけ—給与補償・労災など

高橋 それでは、ご質問をどうぞ。

会場参加者 A 先ほど企業はリハビリする場ではないということも出されていましたが、先ほどの話では本人の休暇期間内に行なうということでしたが、これは無給ですか。

湯澤 無給ということではなく病気欠勤期間であれば給料は100%出ています。有給休職の場合であると30%です。ただそこについては健康保健組合の方から傷病手当金の補助が出ますので、できあがり85%の給料をいただきながらやっていただく。無給期間に入りましても傷病手当金が18回の完了がなければ銀行の給料がゼロになってもできあがり85%の補助はいただけるということです。その中でやっていただいています。したがってまったく無給ということではなく、その他、通勤費の部分については人事(銀行)のほうでお出しをしているという状況です。

会場参加者 A そうすると健康保険組合から出ている場合は、実際は勤務ではないというかたちになりますか。

湯澤 あくまで休職中の身体慣らしということで本人のご希望に沿ってやらせていただくということです。企業側から指示をしてやっていただくものではないということです。

会場参加者 A そのへんは安全配慮義務違反などがあって会社が責任を問われるということはないのですか。

湯澤 そこは細心の配慮を払ってということです。そうでないと、治療を受けた方が、いきなり8時30分から5時までの通常の勤務ができなければ勤められないということですね。それではやはり人材の確保ができませんし、ご本人の傷病の休職ということにもならないので、ご本人がリハビリをやりたいということで、銀行の方もそれをカバーするという前提でやらせていただいているということです。

やはり労災の問題があるので、今後こうした方が増えているということであれば、一定期間、たとえばリ

ハビリ期間だけの保険を掛けるというようなことも今後検討していく必要があると思っています。

会場参加者 A わかりました。仮に何かあった場合は非常にもめるところですが、非常に先進的にやられているのでたいへんすばらしいと思いました。

湯澤 ありがとうございます。

高橋 今の話と関連しますが、足利銀行さんの非常に先進的な取り組みについては足利ホールディングスさんがバックアップされているわけですね。

湯澤 親会社ですから、そこはこのやり方でやるという人事部長の決済をいただいていますので、そこは問題がないと思ってやっています。公式に確認をしたことはないのですが、経営陣と銀行の役員が兼務しているところですから、人事部長もホールディングスの組織の担当部長と兼務されていますので、私の方は共通認識と理解しています。

がん患者の就労と休業期間の取り扱い

会場参加者 B 機械メーカーにおります。お二人にお聞きします。たとえば足利銀行さんの場合にがんに初発でかかった方と再発・転移ということで発病される場合があると思います。再発・転移の場合には際限がなく、先ほど小倉恒子先生のお名前も出ましたが、小倉先生は耳鼻科医として抗がん剤や胃がんに対してずっと鎮痛剤を使っていたのですが、会社に勤める人とドクターではちがうと思います。リハビリ出勤についてですが、再発・転移の方には治療がずっと続くわけで、復帰したと思ったらまた休む、そういうことについてはどういう仕組みづくりをされているのでしょうか。田中先生には再発・転移の患者さんに対しての産業医としての考え方を教えていただきたいと思います。

湯澤 再発のところですが、リハビリ復帰を終えて正式復帰をすることになりますと休暇制度がオールクリアになります。したがってまた1から休職期間が就業年数によって付与されます。そこでその期間を治療に費やしていただくことはできます。ただ場合によっては、何回も手術を繰り返す、高次の機能障害がある、腎臓の尿管にステントが入っています、いつどうなるかわかりませんといった中で同じ職場に戻るのがむずかしいということになれば、たとえば職場の配置転換であるとかご本人と相談の上ですがお身体に合う職場に移っていただく、職位も下がるなどのケースも、継続雇用の方が重要だとご本人が言われればそれに対してできるだけの支援をしていくということです。したがって再発であろうが、初発であろうがスタンスは変わりません。

田中 私のところも同じで初発・再発の関係なく、まずやっていた仕事の内容の確認、それができるかどうかと、必要であれば配置転換、業務負荷の軽減などを行ないます。産業医が正式に意見書を作成して配慮いただく時もあれば、職場の中で簡単にできる配慮をいただくこともあります。

休業期間に関しては、新日鐵の場合は、がんに限らず最大で2年半お休みいただけます。復帰して半年間は、勤務が継続できれば今までの休暇期間がリセットされるようになっていきます。それは同一病名でもかまわないとなっています。その半年間の間に出勤日で10日間連続して休むと休業期間がまた再カウントされますが、そうでない限り、リセットされるという制度になっています。

湯澤 田中先生のところは6ヵ月ということですが、当行は1ヵ月です。復帰してから同じ病気でまたお休みが必要になりましたという診断があった場合には、また休職期間として加算されていきます。

会場参加者B それは治っていないと判断されているのですか。

湯澤 1ヵ月勤務ができなかったということです。その場合には、病気のために休まなければならない期間は実は継続していましたという判断であろうと思います。がんが治らないということではなく、就業できるかできないかというところで、その原因が病気であれば、前からの病気の休業に加算されて休職日数に加算されるということです。

本人の希望と職場の考えの調整

高橋 ありがとうございました。非常に重要なポイントだと思います。実際、思うように働けない、あるいは会社がこれくらい働いてほしいと思うくらい本人が働けない時に、どのようにすり合わせていくかということは、非常に大事です。関連した質問ですが、もし職位の変化、あるいは適正配置による配置転換が必要だと会社が判断して、ご本人がどうしてもそれを受け入れられなかった場合には、よく話し合った上で継続勤務ができないという結論ももちろんあるわけですね。ここはよくよく話し合われて対応するのでしょうか。会社とご本人のどちらの背中を押すか、というのはなかなか微妙なところがあると思うのですが、何かふだんお感じのところなどありましたら教えていただけますでしょうか。

田中 どちらのパターンも実はあります。それは職場が配慮して就労を継続する場合と本人が迷惑をかけると判断して辞める場合があります。どれがいちばんよかったのかはむずかしいのですが、どう考えるかですが、お互いの意見を言い合うと全然まとまらないので、お互いにどう考えましょうかというような感じでもっていています。結果としては双方にそういうパターンがあるということはありません。

湯澤 たいへんむずかしい問題だと思うのですが、そこに到るまでの関わり方が重要だと思います。本人が希望することとか、病状であるとか、それをきちんと伝えていただいたものに関して企業もそこに真摯に対応するというのを心がけてやっていくことが大事です。実際に最終的にどうしましょうかという時に、企業に辞めさせたいとか、何か降格をさせたいというようなことが見えてしまうと抵抗されるのだと思います。したがってそうした姿勢を初めから持ってやってはいけないと思います。本当にみなさん平等に考えることです。復帰した時にできるかできないか、ご本人にも実際にやっていただいて大丈夫でしょうかと確かめる。本人も自分の職位をわかっていますので、他の人と較べてみて多少落ちるがある程度やれるな、となったら、そこは頑張ってみたいと言われます。少し落ちるかなと思われる方は、よくよく考えられています。その時のお話の中でもこちらとしては、ご本人の考えを聞きながら判断をしていくということです。

また必要であれば産業医の先生にも面談をいただきます。そして企業はここまではできるが、ここから先の配慮というところには、少しむずかしいですということ、言わなければいけないことは言わせていただき、そこで本人に判断していただくということだと思います。

職場の理解を得るために — どのように伝えるか

高橋 ありがとうございます。他にいらっしゃいますか。

会場参加者C お話ありがとうございました。湯澤先生にお聞きしたいことがあります。スライド5(3ページ参照)「対応(入院、治療開始前の支援内容)」ですが、最後に「病欠することへの周囲の理解を求めるため、本人同意の上で職場への病状説明を行なう」とありますが、「職場への」ということは、職場のスタッフ全員というイメージでよろしいのですか。

湯澤 基本的にはそうです。その支店に戻りたいという時、所属がその支店であれば、全員でまかなっていただかないといけないのでそうなります。ただご本人が病名は知られたくないと言われた場合は、病名を伏せて、「少し治療が必要ですので長期間休みます」ということを伝える場合もありますが、きちんと病名をお伝えしていただいた方が周囲の理解は得やすいです。

そうでないと逆に、職場から「何があったの?」「なぜ?」など、場合によってはメンタルなのというお話が出てしまいます。そうするとみなさんが、あの時私が言った言葉が悪かったからとか、変な話ですが、わからないので憶測が飛び交うところがあります。それでそこはご本人へご説明と言いますか、ご相談をさせていただいてできる限り本当のこと、現実的に起きていることをお伝えはします。

会場参加者C ありがとうございます。それに付け加えて、職場で病名を知った現場のスタッフに対して産業保健スタッフの方から、「この方に対してはこういう配慮が必要なことがあります」のような通達、伝達はあるのですか。

湯澤 それはあります。リハビリ出勤の時とか復職の時です。リハビリ出勤の時が多いのですが、抗がん剤を服用しているという時は、感染症などが非常に心配になってくるので、こういう配慮をしてくださいというご説明は、私の方からさしあげます。私の方から支店長にさしあげて支店長からみなさんに伝えていただく場合もありますし、私の方でうかがって、わたしの口でご説明する時もあります。

たとえば症候性てんかんのような場合とか、脳腫瘍を何回か繰り返していて、光とか人がザワザワしたところでは、敏感発作を起こしてしまうという方も中にはいらっしゃるので、その時にまわりの方があたふたしてしまうとその方の安全も確保できないということがあるので、周りにもそういう場合の説明はあります。こういう時にはこういう対応をしてくださいというところをお願いをさしあげます。

ただそれができない職場もあると思います。そういう場合にはリハビリ場所を配慮ができるところにする。本人の希望は元の職場かもしれませんが、そうした緊急時とか何か配慮して欲しいことに対応できない場合もあるのです。小さな支店ですと休みの人が多いと人が少なく、誰もその症状に気がつかないことも起こります。そうした心配がある時には目の行き届くようなところであるとか、配慮ができる場所への配置転換というものが、リハビリの時点から検討させていただいています。

会場参加者C ありがとうございます。

治療者側と勤務先との意思疎通のあり方

会場参加者D 貴重なお話ありがとうございます。腫瘍内科医です。実際にがんの患者さんを、再発予防

を含めたくさん治療させていただいた経験があるのですが、その中で私どものところに「働けますか」というかたちで回ってくる診断書が、非常に漠然としたものです。たとえば病院の書式で書いてくださいと言われても、病院の書式というのはまっさらな紙で、相手の方の職場に対する理解もいまひとつ漠然としていて、どのくらいの時間をかければいいのかもわからないままに、「こんな感じでいいのですか」ということで出してしまったことが今までも多々あります。反対に職場からいただいたものだと、今度はその指定の紙が実際にその方の病名に即していないことがあったりします。それでかえって私どもが書いた中身から、この方は働けるのに再発と判断されて最終的には解雇されてしまったという経験もあります。それは私どもの反省材料になっていたりもするのですが、実際に主治医とかその方が実際にかかっている病院の関係者の方、たとえばソーシャルワーカーの方と勤務先の方がアポイントをとってお話し合いをされたりとか、そういうことで何か気をつけていらっしゃることはありますか。

田中 私の職場は非常に特殊な業務がたくさんあり、やはりそこはかなり詳細にお伝えするように努力はしています。たとえばモニターを使って同時に手足を動かしながらやっていますとか、できるだけ事細かにどのような業務をしているかをお伝えします。ただそれでもむずかしい場合は直接主治医のところへ押しかけていきます。そこで本人の病気に関する話を聞き、状態を聞いた後に、私は次に本人の職場に押しかけて行きます。そこでどのような仕事をやっているかをこの目で見て、こういう仕事なら、主治医の先生の言う状態であればできるという判断を私の方でさせていただいています。文書で伝えきれないことがある時はうかがってお話をするようにしています。がんではなくメンタルでの例ですが、熱心なメンタルの先生がおられて、私の方に、普段どういう仕事をされているか見せてくださいと来られて見学をもらったこともあります。その後は非常に理解が進んでお互いに「これとこれ」と言うところまで通じる仲になったということもありました。

湯澤 診断書をいただく際にメインはどちらかということになるのかと思います。会社側が安全に働いてもらうために欲しいのか、本人が復帰をするために欲しいのかということです。もちろん本人が復帰するためにその診断書をいただきたいのですが、そこで本人と話をしてそろそろリハビリがしたいと言われていたら、それならシミュレーションをしてみようということで、通勤に際してはどうですか、勤務時間はどうでしょうかということをやってみる中で、聞いていただきたいことを本人にメモしていただき、それを本人から先生にアプローチをかけてもらいます。しかしうまくそれを言えない方もいるので、その際には、たとえばいったん診断書があがってきたとしても、産業医の先生と相談したり、私の方でもう一度アポイントをとって主治医の先生のところへうかがうということもあります。基本はご本人とシミュレーションをして整理をした上でどういうアドバイスがいただきたいのかということでやっています。

高橋 ありがとうございます。治療医と産業保健スタッフのコミュニケーションというのは、この研究班の検討項目の大きな柱の一つでもあるのですが、ふだん臨床現場では、そういうコミュニケーションの具体的なところについて、本当にみな困っています。患者さんも困っているし、治療側も困っています。診断書を1枚出してもらえばそれで復職できるものではないというのは、少し考えればご本人にもわかることだと思うのですが、本当にその調整が必要になっていますね。他にはございませんでしょうか。

健康を価値とする企業文化とその評価について

会場参加者 E ありがとうございます。急性期病院でソーシャルワーカーをやっています。毎回思うのですが「がんと就労の勉強会」に出させてもらおうと、どんどん元気をもらい、いろいろな取り組みがいろいろな分野でなされていることがわかるので、どれほど疲れていても、遅刻をしても必ず来させてもらっています。

湯澤さんに質問させていただきます。湯澤さんのような優秀な産業保健師の方がやられているシステムが、創業明治という足利銀行ではいつごろからできあがったのでしょうか。建学の精神ならぬ建(銀)行の精神と言いますか、企業の理念といったものもおありでしょうか、最初からうまくいくわけもなく、どういふ苦労があり、どういう取り組みがあったのかということをお聞きしたいのがひとつです。

何年かこういう取り組みを継続されていると思いますが、先ほど田中先生が言われていたようにCSRや、企業倫理に関連することももちろんですが、EBMとして本当に企業側、銀行側と職員との双方にどういう利益があるのかというのを、どのように証明して取り組まれているのか、具体的な例があればお聞かせいただきたいと思います。

湯澤 いつからということですが、平成15年から足利銀行の健康保険組合の方に入りました。人事部のほうに転籍したのは2年前です。それまでは人事部の方には産業保健スタッフはいませんでした。銀行が業務委託をして健康保険組合にそうした業務をお願いしていました。今後、健康管理の骨組みをしっかりとっていくためには、人事の方に専門スタッフを置いた方がいいのではないかとこのころで、私の方は、健康保険組合から人事部のほうに移ったという経緯があります。

足利銀行に来たのは平成15年ですが、その前は人事部と同じような市役所の職員課におりました。その時は職員の方で同じようにがんで休業されている方や、メンタルの方の対応をさせていただいていたということになります。こうしたお仕事をさせていただくようになってもう16年になります。それ以前は普通に健康保険組合の保健師で人間ドックの事後指導などをやっていました。疾病からの復職ということに関わらせていただいていたからは16、17年ぐらいです。

会場参加者 E 湯澤さんの前はそういうお仕事を委託されていたのですか。健康保険組合に委託をされていたのですか。

湯澤 その期間は数年です。実はその前は人事部に保健師は所属していたと聞いております。保健師が健康保険組合に所属するようになってしまったので、実際に人事部に保健師がいなかった期間は数年だと思えます。それ以前はおられたと聞いています。

高橋 そうするとかなり歴史的にhealth consciousな銀行だったということですか。

湯澤 そうだと思います。私も来た時には健康保険組合に入り、業務委託で健康管理をやってくださいということでしたので、以前保健師さんがいたらしいという情報しか知りませんでした。その方とのセッションはないのです。以前いた方は、私が健康保険組合に入った時にはもういらっやいませんでした。若い保健師さんが2名いた後に、私が入ったということです。

会場参加者 E そこまでシステマティックにやれたのは湯澤さんが拓けて行かれたということになりま

すか。

湯澤 本行も経営がたいへん厳しい時期があり、人員削減であるとか新規採用を抑制した時期がありました。苦しい、人が少ない中でここまで8年ほどきたのですが、その中では人の大切さであるとか、職場全体で業務をしていかなければいけないという精神は、そういった環境の中で培われたような気がします。経営が傾くということはたいへん悪いことなのですが、それを乗り越えようとして行員が一丸になってやったことが、今こういう取り組みがうまくいっているひとつの要素かと思っています。

会場参加者 E ありがとうございます。

田中 産業保健スタッフだけではできない、私、産業医だけではできない。やはり企業文化というものがあり、それは脈々と受け継がれてきたものがあり、われわれもその影響を受けながらやっています。その中で何ができるかですが、制度の整理などのちょっとした小業はできるのですが、一丸となる社風といったものは、もともとその文化にあるものです。そういうものを伝えていくためには人事など広い人たちの協力を得ていかないとなかなか動かないものなのかと思っています。

健康に投資することがよりよい影響を持つというEBMに関してはまだまだ研究段階です。いちばん近いと思いつかべたのは「健康会計」という考え方です。それは健康に投資されたものを数値化して評価しようという取り組みはやられています。

高橋 「健康会計」ですか。

田中 そうです。経済産業省が中心となってやられていると思います。それは健康にどれだけ投資したかを数値化して「見える化」しようという取り組みです。

リハビリり入社とリハビリり出勤 — あえてグレーで対応することも

高橋 ありがとうございます。どうぞ。

会場参加者 F 初めて参加させていただきました。嘱託で産業医をさせていただいています。私の会社でもリハビリり出勤を3年前から始めました。やはり休職中に行なっていることが多いです。休職中に行なうのがいいのか、人事規定自体をいじってしまうのがいいのか、そのへんのお考えをお二人にお聞きしたいのですが。私の会社では半日出勤とかフレックスタイムというのがありません。ですからやはり、リハビリり出勤に関しては休職中に実施となります。これはおもにメンタルに使っているのですが。

田中 3年前の産業衛生学会でもリハビリり入社なのかリハビリり出勤なのかという定義で議論がありました。その時は、入社というのは休職中に取り組むものでリハビリりです。リハビリり出勤というのは、復帰後に配慮を行なってやるリハビリり制度ということで、出社は休業中ですから労災認定されないとか、通勤の時に保険をかけていただくとか、給料が発生しない、業務も指示してはならないというルールがあります。リハビリり出勤ですと、今度は業務を指示してもいいとか労災も適用されるということがあります。

給与ということでは、時短勤務で働いた単位だけ給与を支給する制度にするのか、半休、年休を使って半日勤務とするのか、あるいは大幅にみてしまっって15時までの勤務は1日勤務とするのか、ここは労使の関係で話し合っって決めることが多いので、このあたりは労使の話し合いで決めます。

この制度が決まった上でどのように適用するかはやはり患者さんもしくは労働者の方が不利益にならないように配慮しないといけません。やはり年休に限りがある場合は、年休を消費しきらないように配慮します。あとは収入の面でも、傷病手当というのは7割出る出るところが多いと思いますが、たとえば半日勤務で給与が半分しか出ないということになると休んでいた方がましということになってしまいますので、そのあたりの調整をどうするのかは話し合いの上で決めないとなりません。

どういう制度を創るかといった組み立ての方法は労使、会社の仕組みの中で決めていただくしかないのですが、そういう注意点がいくつかあるということをご紹介しておきます。

会場参加者 F 先生はどうお考えですか。

田中 実をいいますと、ある程度のルールが決まった後、私はあえてルールを詳細に決めずに、グレーにしております。そのほうが生き残る方が多いので。はっきりさせてしまうとそれが逆にかえって害になってしまい生きにくさを感じることもあるので規律・規定の細かいところはあえてそのままにしておいてうまく使っていくというかたちにしています。ずるい答えですみません。

湯澤 今の田中先生のお話と同じです。やはりリハビリり入社とリハビリり出勤という言葉のちがいは先生がご説明いただいた通りです。たとえば国の労働安全衛生法で決っていないものに関しては基本的には労使の契約の中でのルール決めだと思います。リハビリり入社とリハビリり出勤という制度をきちんとつくった場合には、出勤はして復職は認めているけれど、実際に半日しか働けないからその分のお給料しかもらえないということになります。そうではなく身体慣らしをしながら傷病手当金を休職の扱いでいただいて治療ができるということで、そこは私個人も都合のいいところでグレーにしてやらせていただく方が双方にいいと思います。もしそういう規定ができてしまうと復職はますます厳しくなります。8時30～5時までしっかり働いてもらえるようにならないとだめだということです。出てきてもらって通常通り働けなければ「もう出てこれませんね」というようになってしまう心配はしています。

先ほどご質問いただいた通りで、今後は労災が効かないという場合に対応するようにリハビリり時の維持的保険を考えています。何か事故があった時に降りる保険をかけてやらせていただくということは今後当行でも検討していかなければならない課題だと私は思っています。まさに会社独自のご判断かと思っています。

国と自治体の制度的支援について

高橋 ありがとうございます。最後のご質問ですが、どうぞ。

会場参加者 G 本日はいいお話を聞かせていただきありがとうございました。私は足利銀行の地元の宇都宮に住んでおります。これだけ経営がたいへんな中で足利銀行さんの変遷をずっと見てきていますので、これだけのことをやられていることにたいへん感謝しております。

実は私は、長い間、30年以上、難病患者の団体の活動をしています。私自身も膠原病患者です。その活動を続けている中でひとつ先生方にお聞きします。最終的に個の希望する中で、積極的支援をするということを湯澤先生は言われていました。患者団体を続けてきましたが、このようにきちんとした政策や制度が

ある中で働いている、就職している患者は非常に少数です。田中先生や湯澤先生がおられるようなところに就職している患者は非常に少ないと考えていただいた方がいいと思います。両先生方がこれからは積極的な国や各自治体の支援ということにも触れられていましたので、それはどのようなことをイメージしているのか教えてください。私自身も行政に携わっている立場ですから本日はぜひそれをお聞きして帰ればと考えています。

高橋 国や行政に具体的にどのようなことを期待するか、ですね？

会場参加者 G はい、そうです。私自身は長い間、患者会の活動を続けてきたのですが、これではどうしようもないということで患者の声を国政に届けようということで2年前から衆議院議員をしています。

湯澤 今後どのような働きかけをして国や自治体にどのような期待をするのかという点でお答えします。私個人の力としては、今は企業の中で実績を積むことが何よりも大事だと思っています。具体的にはいずれ国や自治体から支援に対する援助金や補助金をいただきたいと思いますが、今はまさに疾病からの復職支援をすることが企業にとっても本人にとっても利益のあることなのだという実績を積む期間なのかと思っています。

国と自治体に希望することと書きましたのでご質問もされたのだと思いますが、現在は自分のポジションでやれる範囲で支援をしていくということだと思っています。本日は、がんの治療をされる方というお話でしたが、当行にも膠原病で治療をされている方もいますので、産業保健師としてがん治療を受ける方以外の方にも変わらずに支援していきたいと思っています。

田中 たいへんむずかしいご質問で答に困るのですが、問題が大きいのは中小企業の方です。それがかなりの割合を占めているというのが事実です。何か政策をしなければならぬというのはまちがいないと思うのですが、その時にどちらがいいかは私の中で決まっています。弱者保護と考えてしまうと今現在は、障害者雇用をする企業は何%はやりなさいという一律のルールがあり、そういうところには補助金を出すという制度となっています。私はやはりそれよりは、会社に負担を強いる、お金を出すという考えではなく、本当はもっとすべての労働者が喜びを持って働くという方向に企業が向かい、それが企業の利潤も生むという目標を置いて私自身は働いています。ただ現時点でどちらがいいと言われると非常に困ります。

本当はそちらをめざすべきで、その方が企業として健全かと思いますが、それまでに困る人がいるのであれば弱者保護の考えを持って国に動いてもらうのも非常にいいかと思っています。

会場参加者 G ありがとうございます。障害者の方たちの制度、難病患者には雇用調整助成金のような制度もいっくらずつは出てきたのですが、それが現実問題としてまだまだ本当に使われていない現状です。やはり全体的なものや制度的なものの両方を合体させて患者が働いていくのにはどうかたちに持っていったらいいのかというのは非常にむずかしいことだと思いますが、その中でせめて制度の面だけでも充実できる部分があればと思って聞かせていただきました。ありがとうございました。

高橋 ありがとうございました。第5回の勉強会でもずいぶん出たのですが、障害者雇用についてはさまざまな法的な保護があり、いろいろなシステムもあるのです。前回(第5回)のスピーカーはお二人とも

障害者手帳をお持ちでしたが、がんのことを調べてみたらこれほど法律がないということを知って驚きました、とお二人とも言われていました。本当にその通りです。ただ、どのようにするのがいいのかは、本当に一朝一夕ではなかなか。おそらくこの厚労科研の3年間だけではとても見えてこないと思います。それでも、こういう勉強会を通じて何らかの仕組みは必要だ、あまりにも丸腰だというコンセンサスはできていると思います。

本日もアクティブな議論をどうもありがとうございました。足利銀行さんと新日鐵名古屋製鐵所さんは、企業の名前を出すことを許可くださいました。とても感謝しております。会社の一員として働いておられるお立場からの実践を聴けるのは、私たちにとって本当に貴重なことです。こういうようにやっている会社もあるのだということを知り、また日々の実践につなげていきたいと思いました。本日は特に、そこを強く感じました。最後にお二人にもう一度拍手をお願いします。(拍手)