

## A. 研究の背景と目的

### 1) 背景

心疾患患者には、就労に従事している者も多く含まれる。実際、虚血性心疾患や不整脈疾患のため植込み型心臓デバイス治療のために入院し、その後職場復帰する患者も多数存在する。当然内因性疾患、特に心疾患患者は外見上での疾病の有無の判断はできない。他疾患と異なる心疾患患者の特徴は、病状の増悪が軽度の精神的・肉体的ストレスや職場環境により突然引き起こされ、その結果失神や心臓突然死に絡む就労事故、心不全の急性増悪による緊急入院、等に結びつく場合がある点である。即ち、心疾患患者の職場復帰に際しては、適切な就業区分の設定と就業上の配慮を必要とする場合が多いことを認識しておく必要がある。しかし患者（就労者）に対して医療機関が行う医療支援と企業が行う就労支援は、現実的には別々にそれぞれ単独でなされているため、患者（就労者）にとってその両者がうまく機能していない、即ち両立支援が十分とは言えない現状にある。これは、企業側（産業医）と医療機関（医師側）との間のコミュニケーションがうまくなされていないためであり、両者にとって本当に必要な情報が十分伝わっていないことに原因があると思われる。

### 2) 目的

本研究では、心疾患を有する就労者の

就業措置あるいは職場復帰に関する文献や臨床ガイドラインなどが、現在までの程度なされているのかをまず明らかにする。

## B. 方法

### 1) 国内のガイドライン調査

心疾患患者の就労あるいは職場復帰に関する記載の有無を、日本循環器学会、日本不整脈学会、日本心臓病学会、日本脈管学会、日本高血圧学会、日本心臓血管外科学会、日本小児循環器学会、日本心電学会、日本動脈硬化学会、日本胸部外科学会、日本冠疾患学会、日本心不全学会、日本心血管インターベンション治療学会、日本循環器病予防学会など、循環器関連学会が開設しているホームページを利用して、刊行されている診療ガイドラインを全て検索した。

### 2) 文献調査

PubMed、医中誌 Web などの検索システムを利用して就労支援に関与している文献について検索した。

## C. 結果

### 1) 国内のガイドラインの状況

#### ① 日本循環器学会のガイドライン

心疾患を有する患者への日常生活指導や社会生活指導の重要性に関しては、循環器科医の間では既にある程度広く認識されている。実際、日本循環器学会はこ

れまで、「心疾患患者の学校、職域、スポーツにおける運動許容条件に関するガイドライン（2008年改訂版）」および「ペースメーカー、ICD、CRTを受けた患者の社会復帰・就学・就労に関するガイドライン（2013年改訂版）」を公表しており、循環器専門医を始めとした学会員に対して、該当患者の就労や社会復帰に際して参考とするようガイドラインで示している。現時点では、循環器以外の各種疾患患者の就労に関する指標をガイドラインとして示しているのは、日本循環器学会だけであった。日本不整脈学会は、平成26年道路交通法改正に関連し、失神発作を有する患者や植込み型心臓デバイス患者の自動車運転制限や診断書記載上での注意点に関して学会ステートメントを公開していた。特に、失神患者の就労に伴う営業運転や職業運転に関する記載は実社会での現状を背景にしたステートメントとなっている。

循環器疾患の特殊性に関しては、表1に示しているが、虚血性心疾患・慢性心不全・不整脈疾患・心臓手術後、等それぞれに治療経過や予後等が異なるため、一概に論じることは困難であるが、上記2つのガイドラインではこれら多岐に渡る疾患に対しても十分対応可能な内容で記載されている。

各ガイドラインの概要を下記に示す。

a) 日本循環器学会「心疾患患者の学校、職域、スポーツにおける運動許容条件に

関するガイドライン（2008年改訂版）」（図1）

主に業種別（農作業、林業、建設業、製鋼所、歩行を伴う作業、立位作業、管理業務）に具体的な作業内容にかかる身体負荷強度をMets値で示し、患者の就労指導に際し参考とするように示している。しかし、本ガイドラインで示された指標は、身体活動能力（Mets）のみによる指標であるため、身体活動能力と一般的な職種の評価に留まっている。即ち、各就労者の就労形態や就労時間、就労における環境要因や職場環境、等は考慮されていない。従って、個々の就労者での一般的指導としては参考とすべきであるが、就労に際しての具体的指導としての有用性はあまり高くないかもしれない。

b) 日本循環器学会「ペースメーカー、ICD、CRTを受けた患者の社会復帰・就学・就労に関するガイドライン（2013年改訂版）」（図2）

一般的な健康診断結果に基づく指導区分や事後措置の内容にまで踏み込んだ内容で、就労患者の指導に必要な労働基準法・労働安全衛生法のみならず個人情報保護に関しても詳しく記載してある。植込みデバイス患者の就労に際して、職場での物理的応力や電磁干渉等の職場環境に関する注意点も具体的に記述されている。また、具体的な職種や就業の可否のみならずデバイス患者の自動車運転制限

についても述べられている。本ガイドラインは、業種別ではなく就労内容の質的評価や職場環境を加味した内容での記載となっている。

## 2) 文献調査結果

### ① 海外論文の文献検索

PubMed を利用して、「return to work」と「industrial doctor」「industrial physician」、更に、循環器疾患の中でも最も患者数が多く、職場復帰を必要とする可能性がある疾患として「myocardial infarction」を検索した。

「return to work」と「myocardial infarction」の両方を含む検索を行ったところ、337 件の文献が確認された。更に、「industrial doctor」を組み合わせることを 1 件の論文を確認できた (3)。

「Evaluation of the return to work and its duration after myocardial infarction. (ARYA Atheroscler. 2014;10 (3): 137-140)」。

本論文は、イランでの検討結果であるが、産業医学、循環器科、リハビリ科など多方面の医師が関与して検討されている。心筋梗塞後の患者の左心機能と復職率の関係を検討されている。

その他、337 件の論文では、疾患の程度と復職率を検討したもの、復職に影響を及ぼす疾患因子を検討したものが大多数であった。また、就労者と事業者の関わりや立場は各国で異なる点を踏まえ、「return to work」と「myocardial infarction」と「Japan」という検索を行ってみたが、337 件のうち下記 2 件の文献が認められた(4, 5)。

1. Psychosocial and clinical factors predicting resumption of work following acute myocardial infarction in Japanese men. *Int J Cardiol.* 1999 ;72 (1): 39-47.
2. Clinical problems in the management of patients with acute myocardial infarction from its onset to the patients' return to work. *Jpn Circ J.* 1983; 47 (6): 686-695.

これら 2 件の論文は、疾患のどのような要因が患者の復職に影響を及ぼしていたのかを検討したものである。その結果、年齢、左心機能、退院時の運動耐用能と冠動脈疾患の重症度は、患者の職場復帰に影響を与える重要な因子であったと結論づけられている。

### ② 国内論文の文献検索

医中誌 Web 検索システムを利用して、国内の文献を中心にして「復職支援、職場復帰、循環器、心臓、心筋梗塞」などのキーワード検索を行った。

「職場復帰 and 心臓」での検索結果では 38 件の文献が検索され、「復職 and 心臓」での検索結果では 65 件が検索された。これらの文献の多くは、重症の心疾患患者が治療とリハビリによって社会復帰できたことを報告したもので、リハビリテーションや看護部門からの報告が多かった。

上記の検索結果の件数は、重複しているものもある。その検索から、本研究の趣旨に合致していると考えられるものを文献を選別した(表 1)。選別基準として、1. 循環器疾患についての報告、2. 特殊

な症例の職場復帰を取り上げた内容ではないこと、の2点を考慮し、表1の13件の報告文献の内容を確認した。その結果は下記の如くであった。

- a) 介護職、看護職、リハビリテーション領域からの報告が多かった。
- b) 復職プログラム、サポート体制を解説した文献も存在した。
- c) 多くの文献は、心筋梗塞罹患後の復職についての検討であった。
- d) 治療後の復職状況を検討した報告も存在した。
- e) 精神的要因、患者要因、疾患要因と復職状況を検討した報告も存在した。

しかしながら、復職時の職場環境での心疾患患者の妥当性や安全性、就労区分、ならびに担当医師と産業医のコミュニケーション対応の重要性、などに触れた報告は皆無であった。

## D. 考察

### 1) 循環器疾患患者における両立支援の必要性

疾病管理支援と就労支援による両立支援の必要性は、何もがん患者に限ったことではなく、心疾患（突然死や虚血性心疾患、心不全や不整脈疾患、など）患者でも両立支援が必要であることは言うまでもない。急性心筋梗塞に罹患した就労者は、発症時の急性期入院治療のみならず退院後も外来での定期的な通院治療あるいは短期の入院治療の継続が必要とな

ることが多い。また、心筋梗塞後の患者では、心機能低下に伴う慢性心不全を発症し、危険性や致死性不整脈により心臓突然死や一過性意識消失をきたす危険もある。更に、心疾患患者は自身の身体活動能力低下に対する就労上での不安のみならず、心疾患に伴う精神的な不安感・恐怖感をもち続けて就労に携わっていることが多い。

今回の調査結果においても、国内外からの報告には、心筋梗塞罹患患者の職場復帰に関する報告が大多数であることが判明した。しかし、それらの報告は、リハビリテーションや看護学的視点からの精神的サポートに関するものである。残念ながら医師による職場復帰支援について論じた報告は認めなかったが、心筋梗塞では、年齢が高いほど、心機能が悪いほど、職場復帰に困難を伴うことが報告されている。

### 2) 主治医による循環器疾患の就労支援

心疾患を有する患者の就労上での指導に関して、日本循環器学会は2つの診療ガイドラインを発行していた。心疾患罹患患者の職場復帰あるいは就労に際して、医療機関の主治医は診療ガイドラインで示された身体活動能力を参考にした上で患者指導を行う。一方、心疾患を有する就労者管理の特殊性として、患者（就労者）の身体活動能力や心機能に応じた就業区分の決定のみならず、個々の職種・職場特有の問題、職場環境改善（心臓植込みデバイス治療患者の職場での電磁干渉問題、など）や自動車運転制限（植込み型除細動器患者や失神患者、など）へのリスクも考慮する必要がでてくるため

より複雑である。

患者が心疾患の治療を受けつつ、かつ疾患の増悪をきたさない範囲で就労を継続していくためには、主治医—産業医間での両方向性の情報共有が必要であることは言うまでもない。単なる紹介状や診断書程度の書類のやり取りのみでは十分に機能せず、患者が就労に携わる上での両立支援も進まない。即ち、主治医に取って必要な情報が何であるかを産業医が事前に把握した上で主治医への情報提供を求める必要性がある。逆に、産業医に取って最も必要な情報が何であるかを主治医が事前に把握した上で産業医への情報提供を求めることが必要である。

例えば、ペースメーカーや植込み型除細動器（ICD）などのデバイス治療の患者（就労者）を例にすると、主治医が産業医に情報提供を行う上で、これまでどの様な就労区分で働いていたのか、どの様な職場環境で仕事をしていたのか、仕事で自動車運転を行う必要があるのか、あるいは高所作業や危険作業に従事することがあるのか、などの情報は主治医にとって最低限必要な情報である。主治医は、それに基づいて患者の心機能状態や投薬情報、ICD 作動による就労中の意識消失発生の可能性、あるいは職場環境での電磁干渉による健康被害発生の可能性、などについて産業医が必要とする情報提供を提供することができる。

既に発行されている日本循環器学会のガイドラインは、上記のような産業医とのコミュニケーションに役立つものであると考えられる。

## E. 結論

報告された文献からは、心疾患に罹患した就労者の就労支援および治療支援に関して、臨床医と産業医のコミュニケーションの重要性について述べた報告や職場復帰に与える影響について論じたものは皆無であった。臨床医は治療後に職場復帰に対する一般的指導は行っている程度である。既に心疾患患者における職場復帰・就労ガイドラインも整備されている。事業所（産業医）から患者の就労を行う上での必要な活動能力や職場環境などに関する情報提供がなされることで主治医からの更に踏み込んだ情報提供も可能であると考えられる。

## F. 引用・参考文献

1) 奥村 謙、青沼和隆、安部治彦、他「ペースメーカー、ICD、CRT を受けた患者の社会復帰・就学・就労に関するガイドライン(2013年改訂版)」

[http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2013\\_okumura\\_h.pdf](http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2013_okumura_h.pdf)

2) 長嶋正實、伊東春樹、勝村俊仁、他「心疾患患者の学校、職域、スポーツにおける運動許容条件に関するガイドライン(2008年改訂版)」

[http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2008\\_nagashima\\_h.pdf](http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2008_nagashima_h.pdf)

3) Mirmohammadi SJ, Sadr-Bafghi SM, Mehrparvar AH, Gharavi M, Davari MH, Bahaloo M, Mostaghaci M, Sadr-Bafghi SA, Shokouh P. Evaluation of the return to work

and its duration after myocardial infarction. ARYA Atheroscler. 2014;10 (3): 137-140.

4) Soejima Y, Steptoe A, Nozoe S, Tei C. Psychosocial and clinical factors predicting resumption of work following acute myocardial infarction in Japanese men. Int J Cardiol. 1999 ;72 (1): 39-47.

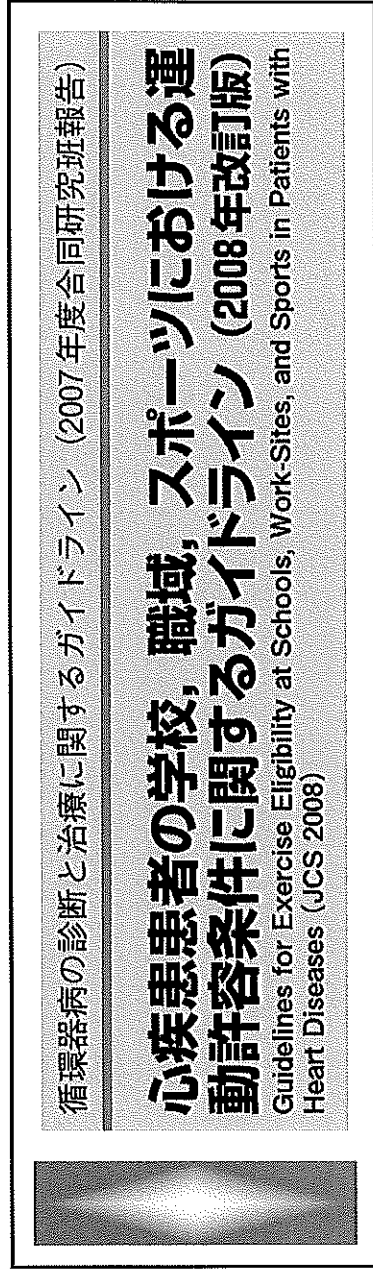
5) Saito M, Fuseno H, Honda T, Haze K, Hiramori K.. Clinical problems in the

management of patients with acute myocardial infarction from its onset to the patients' return to work. Jpn Circ J. 1983; 47 (6): 686-695.

#### G.研究発表

1) 安部治彦、河野律子、荻ノ沢泰司.ヒューマンファクターと安全の接点-医学的側面から- 安全衛生コンサルタント 2015, in press

図1.



合同研究班参加学会：日本循環器学会、日本小児循環器学会、日本心臓病学会、日本心臓リハビリテーション学会、  
日本心電学会、日本心不全学会、日本スポーツ法学会、日本体育協会、日本体力医学会、  
日本臨床スポーツ医学会

## 目次

改訂にあたって	2	3. 職域における運動許容条件の考え方	11
I. 心疾患における運動許容条件の必要性	3	4. スポーツにおける運動許容条件の考え方	12
1. 学校 (小学校～高等学校)	3	5. 障害者スポーツにおける運動許容条件の考え方	13
2. 大学生	5	III. 運動強度の分類	14
3. 職域	6	1. スポーツ・運動	14
4. スポーツ	7	2. 学校	14
II. 運動許容条件の基本的考え方	10	3. 職域の作業強度の分類	17
1. 心疾患のリスク分類と運動・作業強度分類	10	IV. 法的問題	20
2. 学校における運動許容条件の考え方	11	1. 学会のガイドラインというものの位置づけ	20
2. ガイドライン利用に際しての留意点	21	5. 冠動脈疾患	35
V. 心疾患の病態別、対象別運動許容条件	22	6. 不整脈	38
1. 先天性心疾患	22	7. 高血圧	44
2. 先天性心疾患術後	25	8. マルファン症候群	45
3. 後天性弁膜症	27	付録I 各スポーツ領域でのメデイカルチェックの現状	46
4. 心筋疾患	31	文献	50

(無断転載を禁ずる)

図2.

循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2012年度合同研究班報告)

[ダイジェスト版]

**ペースメーカー、ICD、CRTを受けた患者の社会復帰・就学・就労に関するガイドライン(2013年改訂版)**

Guidelines for rehabilitation in society, attending school and working in patients treated with pacemaker, ICD and CRT (JCS 2013)

合同研究班参加学会

- |           |            |          |         |
|-----------|------------|----------|---------|
| 日本循環器学会   | 日本胸部外科学会   | 日本産業衛生学会 | 日本小児科学会 |
| 日本小児循環器学会 | 日本心臓血管外科学会 | 日本心臓病学会  |         |
| 日本心電学会    | 日本心不全学会    | 日本不整脈学会  |         |

目次

I. ガイドライン作成の背景	9
1. はじめに	9
2. 改訂にあたって	10
3. 基本的な考え方	15
II. 総論	20
1. 基礎疾患における身体活動の制限	23
2. テーパイスに対する電磁干渉	4
3. 関係する法律の解説	5
4. 健康情報の取扱い	9
III. 各論	10
1. 社会復帰について	10
2. 就学について	15
3. 就労について	20
付表	23

(無断転載を禁ずる)



表1. 文献検索結果

1	<p>循環器疾患からの復職後の就業予測決定因子(会議録)          Author: 宮崎彰吾(日本鋼管病院 京浜保健センター), 宇都宮千春, 末満達憲, 若林三津子, 堀江正知          Source: 産業衛生学雑誌 (1341-0725)45巻増 Page696(2003.03)</p>
2	<p>働きながらの循環器管理 脳血管障害者の職場復帰のためのサポート体制(原著論文)          Author: 佐伯 覚(産業医科大学 リハ医)          Source: 労働の科学 (0035-7774)50巻1号 Page27-30(1995.01)</p>
3	<p>心筋梗塞後の職場復帰に関する因子の包括的検討(会議録)          Author: 添嶋 裕嗣(鹿児島大学 医 第1内科), 鄭 忠和          Source: Japanese Circulation Journal (0047-1828)63巻Suppl.1 Page435(1999.03)</p>
4	<p>心筋梗塞患者のアンケート調査 復職状況と病氣に対する不安などについて(原著論文)          Author: 桑原 敏樹(昭和大学 第3内科), 長谷川 武志, 長山 雅俊, 他          Source: 日本循環器管理研究協議会雑誌 (0914-7284)22巻3号 Page553-555(1988.02)</p>
5	<p>心筋梗塞患者の社会復帰の現状 欧米との対比を含めて(原著論文)          Author: 斎藤 宗靖(国立循環器病センター 研究所病院), 平盛 勝彦, 土師 一夫          Source: 日本医事新報 (0385-9215)3154号 Page46-50(1984.10)</p>
6	<p>急性心筋梗塞患者の発症から復職に至る間の管理上の臨床的問題(英語)(原著論文)          Author: Saito Muneyasu(国立循環器病センター 研究所), Fuseno Hideo, Honda Takashi          Source: Japanese Circulation Journal (0047-1828)47巻6号 Page686-685(1983.06)</p>
7	<p>急性心筋梗塞患者の抑うつ気分と復職との関連(会議録)          Author: 井藤 紀明(関西労災病院), 南都 伸介, 上松 正朗, 大原 知樹, 西角 隆一, 小谷 順一, 栗田 正樹, 肥後 修一郎, 大西 俊成, 飯田 修, 世良 英子, 永田 正毅          Source: Circulation Journal (1346-9843)68巻Suppl.1 Page811(2004.04)</p>
8	<p>虚血性心疾患患者の復職の現状・看護に関する文献検討(会議録)          Author: 村松 夕妃(国立循環器病センター), 遠藤 晶子          Source: 国立病院看護研究学会学術集 (1349-6050)7回 Page65(2009.12)</p>
9	<p>心筋梗塞患者のリハビリテーション, 予後, 及び復職能力に関する研究 4及び8週間リハビリテーションプログラムの比較(英語)(原著論文)          Author: Fujita Yoshimori(昭和大学), Hasegawa Takeshi, Niitani Hirokazu          Source: Japanese Circulation Journal (0047-1828)47巻6号 Page696-702(1983.06)</p>
10	<p>入院治療を要した壮年循環器疾患患者における退院後の復職状況(会議録)          Author: 高瀬 広詩(徳島赤十字病院 リハビリテーション科), 松尾 善美, 平林 伸治, 村上 直也, 小田 実, 小倉 理代, 日浅 芳一          Source: 日本職業・災害医学雑誌 (1345-2592)62巻増 Page160(2014.10)</p>
11	<p>除細動器植込み患者の術後就労状況(原著論文)          Author: 松本 直樹(聖マリアナ医科大学 循環器内科), 中沢 潔, 桜井 庸晴, 塩田 邦朗, 岸 良示, 三宅 良彦, 村山 正博, 武井 裕, 池下 正敏          Source: 不整脈 (1343-8433)16巻4号 Page470-475(2000.10)</p>
12	<p>心筋梗塞を発症した成人の復職に伴う困難と対応(第2報)(原著論文)          Author: 平良 由香利(獨協医科大学 看護学部 成人看護学), 中村 美鈴          Source: 日本クリティカルケア看護学会誌 (1880-8913)8巻1号 Page40-51(2012.02)</p>
13	<p>当院における急性心筋梗塞症例の復職状況について(全議録)          Author: 大森 貴允(三豊総合病院 リハビリテーション科), 井上 純一, 木村 啓介          Source: 理学療法学 (0289-3770)36巻Suppl.2 Page566(2009.03)</p>

平成 26 年度 労災疾病臨床研究事業

分担研究報告書

身体疾患患者の就労支援に与える  
就労上および治療上の要因に関する文献調査  
「脳卒中・骨関節疾患」

研究分担者 佐伯 覚  
産業医科大学リハビリテーション医学講座



平成 26 年度労災疾病臨床研究事業費補助金研究 分担研究報告書  
(身体疾患を有する患者の治療と就労の両立を支援するための主治医と事業場(産業医等)  
の連携方法に関する研究—「両立支援システム・パス」の開発—)

身体疾患患者の就労支援に与える  
就労上および治療上の要因に関する文献調査  
「脳卒中・骨関節疾患」

研究分担者 佐伯 覚 (産業医科大学リハビリテーション医学講座 教授)

**研究要旨**

【目的】脳卒中や骨関節疾患に罹患した患者、特に肢体不自由障害者の職場復帰(復職)において、リハビリテーション(リハビリ)の視点では、①再雇用を含めて復職そのものを支援すること、②①の復職成立後、職場定着を目指すことの 2 点にある。リハビリ医学からみた脳卒中は、多種多様な問題点を有するため個別の対応を要する一方、その経過が発症～回復という一相性という特徴があり、最も困難である①をクリアすれば②は比較的進めやすいという肢体不自由を代表する疾患である。

【方法】より復職が困難とされる脳卒中を対象として文献調査を実施しその概要を述べる。骨関節疾患に伴う他の肢体不自由機能障害においても、脳卒中疾患における対応である程度カバーできると考えられる。

**【結果および考察】**

脳卒中後の復職の過程は各々の事例できわめて個別性が高く、神経学的、機能的要因など多要因によって影響を受けている。そのため、疾病や心身機能が改善されても、なかなか仕事に就くことが困難であることが多く、復職を望む 60%以上の者の復職が困難な状況である。また、雇用者側も、脳卒中を抱えている従業員を雇った経験がないため、どのように対応すればよいのか分からず時間ばかりが過ぎていくことが多い。

脳卒中リハにおいて復職成功例を生み出すことが最も重要な援助であり、リハビリチームの実力そのものであると説いている。医療スタッフが一丸となって、対象者を理解し制度を把握し、環境を調整していくことで、対象者の働くことに関する作業ニーズに応えることが出来ると考えられる。また、科学的根拠に基づいた予測やアプローチだけでなく、さまざまな障壁を乗り越える努力あってこそ復職は実現可能なゴールになると考えられる。

**研究協力者**

加藤徳明 (産業医科大学 リハビリテーション医学講座 助教)  
伊藤英明 (産業医科大学 リハビリテーション医学講座 助教)  
白石純一郎 (産業医科大学 若松病院リハビリテーション科 助教)

## A. 研究目的

はじめに

脳卒中や骨関節疾患に罹患した患者、特に肢体不自由障害者の職場復帰（復職）において、リハビリテーション（リハビリ）の観点では、①再雇用を含めて復職そのものを支援すること、②①の復職成立後、職場定着を目指すことの2点にある<sup>1、2)</sup>。産業保健分野の両立支援は、疾病を抱えながらも仕事の両立を目指すことであり、上記②の職場定着の概念とほぼ一致する。このとらえ方の違いは、リハビリ領域が再雇用を含む就労への復帰を「職業復帰」として幅広くとらえていることに対して、産業医学では同一企業内への復帰、すなわち「職場復帰」を前提にしていることによる。リハビリ医学からみた脳卒中は、多種多様な問題点を有するため個別の対応を要する一方、その経過が発症～回復という一相性という特徴があり、最も困難である①をクリアすれば②は比較的進めやすいという肢体不自由を代表する疾患である。

## B. 研究方法

本報告では、より復職が困難とされる脳卒中を対象として文献調査を実施しその概要を述べる。骨関節疾患に伴う他の肢体不自由機能障害においても、脳卒中疾患における対応である程度カバーできると考えられる。

## C. 研究結果 および D. 考察

### 1. 脳卒中患者のおかれた現状

我が国の脳卒中有病者数は約177万人と推定され<sup>3)</sup>、そのうち1/3～1/4は65歳未満である<sup>4)</sup>。医療現場においても30～50歳の脳卒中患者が増加しており<sup>5)</sup>、リハビリに関わる機会が多くなっている。また、「若年」の脳卒中患者にとってのゴールは社会復帰であり、その中でも復職が重要である<sup>4)</sup>。

しかし、今日の雇用条件はきびしく、社会的な受け皿が少ないために、たとえ働きたくても仕事

を通した社会参加が難しくなっている。脳卒中患者の入院時のニーズを調査した澤の研究では<sup>6)</sup>、仕事に対するニーズは高いものの、ニーズのあきらめが多かった項目は皮肉にも復職であったという結果を報告しており、再就職の壁が高いことわかる。

仕事をすることで、人は収入を得て生活を保ち（生存）、また仕事役割の遂行を通して自分の社会的存在（社会参加、連帯）や価値を確認することができる<sup>7)</sup>。また、脳卒中後の障害をきたした勤労者にとっても、復職という行いは社会復帰そのものであり、労働生活の質の確保と向上に大いに寄与することが報告されており<sup>8)</sup>、脳卒中患者の復職は、重要な意義を有している。しかし、復職支援にあたって、脳卒中の予後をどう予測するかは非常にわかりにくく難しいように感じる。なぜなら、脳卒中後の復職に影響する唯一の予測要因というものはなく、脳卒中の復職には多くの要因が関与するからである<sup>3)</sup>。

### 2. 脳卒中の復職の三要素

復職は、脳卒中勤労者、企業、および、両者を結ぶ雇用の三要素が揃って初めて可能となる（図1）<sup>8)</sup>。脳卒中勤労者に関わる要因として年齢、意欲、障害の種類や程度などがあり、企業に関わる要因として雇用主の受け入れ姿勢、産業保健制度や産業医との関わりなどがある。また、雇用に関わる要因には失業率、法制度、福祉サービスなどがある<sup>8-9)</sup>。

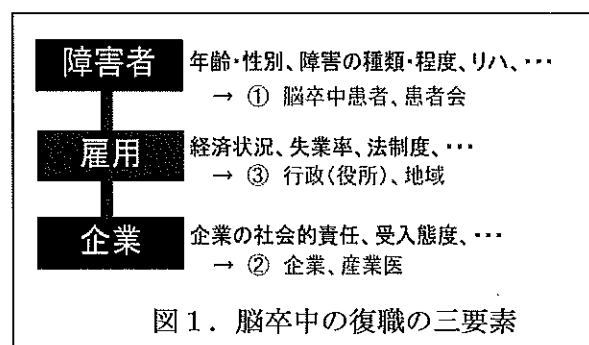


図1. 脳卒中の復職の三要素

### 3. 脳卒中患者の復職上での問題点

他の疾患と比べて特に復職上問題になるのは、

就業能力に対する直接的影響（身体障害・高次脳機能障害など）が大きいことである<sup>10)</sup>。身体障害や、失語などの高次脳機能障害があること、また、合併症（高血圧、糖尿病、心房細動など）があることで、復職を大きく阻害する。それに加え、脳卒中の復職に際して法的支援制度を利用しにくいことも影響している。現在の我が国の障害者雇用制度は、障害者の新規雇用を目的としているため、脳卒中などの中途障害者の支援サービスが乏しい<sup>8)</sup>。そのため、復職は、脳卒中患者と企業の当事者間の問題とみなされ、行政は関与せず支援が受けにくい状況にある。

また、対象集団が定年退職年齢に近く、復職を目標としにくい状況にあり、「脳卒中患者は就労できない」という誤った固定観念も影響し、障害者雇用に対する社会的偏見も少なからずある<sup>8)</sup>。

そして最大の問題は、回復の予測が難しく、復職時期の設定が脳卒中発症初期に困難なことである。なぜなら、脳卒中患者の症状は多彩であり、障害の程度が広範囲に及び事例の個別性も高いためである。また、病前の能力や社会的地位にこだわり過度な期待を持っている時期では、就労支援が失敗するリスクも高く、今後の可能性を狭める要因ともなるため、慎重に対応する必要がある。

#### 4. 退院後の職場未復帰者の心身機能の特徴について

脳卒中後に復職出来なかった者は、必要なニーズが満たされず低い心理社会的転帰に至っている<sup>4)</sup>との報告がある。Niemiらは、65歳以下の発症時有職の脳卒中患者で復職できなかった46名すべてが4年後のQOLの低下を報告している<sup>10)</sup>。また、退院後の脳卒中患者では、復職する目途がたたないために、社会的・経済的に不安定な立場におかれることでうつ状態となり、うつ状態から抜け出せないために復帰できないという悪循環が復帰困難者を生んでいる<sup>6)</sup>。

このように、脳卒中後の復職は個人レベルでの生きがいにも関わっており、社会復帰の一形態と

して重要な意義を有しているといえる。

#### 5. 復職率について

リスクファクターの管理による脳卒中予防や急性期医療の進歩、回復期リハビリテーション病棟や地域連携パスなど、脳卒中を取り巻く医療状況の大きな発展にも関わらず、脳卒中後の復職率は20年前と比べて大きな違いはない<sup>3)</sup>。

我が国の脳卒中後の復職率は約30%と推定されていたが、軽症まですべての脳卒中を含めればおよそ45%と考えられる<sup>3, 11, 12)</sup>。さらに復職可能であった患者の約80%は発症前の職場に復帰するとの報告もされている<sup>13)</sup>。ちなみに諸外国の脳卒中復職率については約70篇ほどの報告があるが、1990年以降報告を表1にまとめた<sup>4)</sup>。対象者の年齢、重症度、景気や文化社会背景が異なるため、一つにまとめることは困難であるが、大まかには復職率の平均値は44%であった。

初回発症の脳卒中患者244名の復職を経時的に追跡し調査したコホート研究によれば、脳卒中発症～3か月、1年から1年6か月の2つの期間で復職率が増えるものの、発症1年6か月でほぼ最大になり、以降は変わらないとされている(図2)<sup>13-16)</sup>。これには、傷病手当金の受給期限(1年6か月)等の社会経済的要因が関連しているほか、定年退職年齢との関係から新たな求職がなされていないことも影響している<sup>3)</sup>。

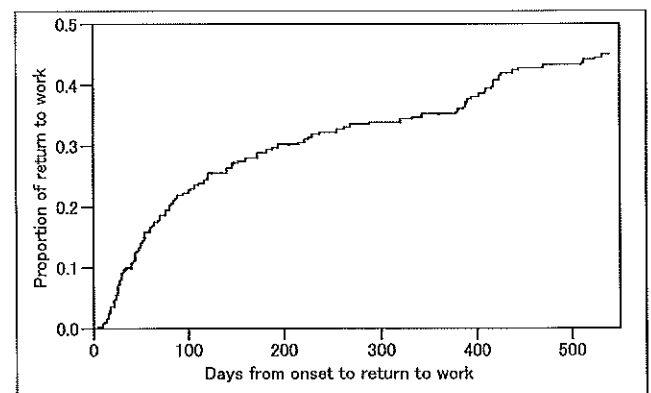


図2. 我が国の脳卒中後の復職率（横軸は発症からの経過日数、縦軸は累積の復職率）<sup>16)</sup>

研究	対象者数	復職率 (%)	追跡期間 (特に断りがなければ、脳卒中後)			国
			平均	一定期間	その他	
Black-Schaffer RM, et al, 1990 <sup>1)</sup>	79	49	5 か月	1年 (リハ後)	>3年 (脳卒中後) 範囲, 13-26年	米国
Federico F, et al, 1990 <sup>2)</sup>	44	73	4年			イタリア
Bergmann H, et al, 1991 <sup>3)</sup>	174	15				ドイツ
Lanzino G, et al, 1991 <sup>7)</sup>	135	91	5.8年			イタリア
Ramsing S, et al, 1991 <sup>8)</sup>	26	38				スウェーデン
Adunsky A, et al, 1992 <sup>5)</sup>	30	81				イスラエル
Hindfelt B, et al, 1992 <sup>10)</sup>	62	74				スウェーデン
Angelieri F, et al, 1993 <sup>11)</sup>	180	21	37.5 か月			イタリア
Saeki S, et al, 1993 <sup>12)</sup>	230	58	43 か月			日本
Ferro JM, et al, 1994 <sup>13)</sup>	184	73	43 か月			ポルトガル
Kappelle LJ, et al, 1994 <sup>14)</sup>	274	42	6年	米国		
Saeki S, et al, 1995 <sup>15)</sup>	173	57		範囲, 6-18 か月	日本	
Hsieh CL, et al, 1997 <sup>16)</sup>	248	58		中央値, 26 か月	台湾	
Ogden JA, et al, 1997 <sup>17)</sup>	123	38		範囲, 4-7年	ニュージーランド	
Nelles G, et al, 1998 <sup>18)</sup>	7	71	12.4 か月	1年	米国 スウェーデン フランス フィンランド	
Malm J, et al, 1998 <sup>19)</sup>	24	57				
Neau JR, et al, 1998 <sup>20)</sup>	63	73	32 か月			
Korpelainen JT, et al, 1998 <sup>21)</sup>	復職データなし		6 か月			
Dombovy ML, et al, 1998 <sup>22)</sup>	正確な復職率の提示なし		28 か月			
Manni C, et al, 1999 <sup>31)</sup>	304	56	96 か月			
Wozniak MA, et al, 1999 <sup>24)</sup>	156	51				
Camerlingo M, et al, 2000 <sup>25)</sup>	135	61				
Teasell RW, et al, 2000 <sup>26)</sup>	64	20				
Hinckley JJ, 2002 <sup>27)</sup>	15	53				
Leys D, et al, 2002 <sup>28)</sup>	235	74	3年	3か月 (リハ後)	範囲, 24-30か月 (リハ後)	
Kersten P, et al, 2002 <sup>29)</sup>	213	35				
Martin BJ, et al, 2002 <sup>30)</sup>	30	27				
Corr S, et al, 2003 (a) <sup>31)</sup>	24	4	21 か月			
Corr S, et al, 2003 (b) <sup>32)</sup>	5	60	90 か月			
Bendz M, 2003 <sup>33)</sup>	復職データなし					
Low JT, et al, 2003 <sup>33)</sup>	105	13				
Musolino R, 2003 <sup>34)</sup>	54	69	6.1年			
Röding J, et al, 2003 <sup>35)</sup>	復職データなし					
Vestling M, et al, 2003 <sup>36)</sup>	120	41	2.7年			
Naess H, et al, 2004 <sup>37)</sup>	158	69	5.7年	1年 (リハ後)	範囲, 2-5年 (大多数) 3-6か月および6-9か月	
Varone JF, et al, 2004 <sup>38)</sup>	240	53	11.7年			
Adams RA, et al, 2004 <sup>39)</sup>	127	62				
Kersten P, et al, 2004 <sup>40)</sup>	286	28				
Banks R, et al, 2004 <sup>41)</sup>	復職データなし					
Lock S, 2005 <sup>42)</sup>	33	33	3.9年			
Koch L, et al, 2005 <sup>43)</sup>	8	50				
Vestling M, et al, 2005 <sup>44)</sup>	65	35				
Stone SD, 2005 <sup>45)</sup>	22	54				
Teasdale TW, et al, 2005 <sup>16)</sup>	104	45	5年			
Medin J, et al, 2006 <sup>47)</sup>	6	100		5年	>6か月 (退院後) >2年 (脳卒中後) 範囲, 3-34年	
Mennemeyer ST, et al, 2006 <sup>48)</sup>	58	43				
Holgren C, et al, 2007 <sup>49)</sup>	55	20				
Hartman-Maell A, et al, 2007 <sup>50)</sup>	39	3				
Alaszowski A, et al, 2007 <sup>51)</sup>	31	58				
van de Port I, et al, 2007 <sup>52)</sup>	正確な復職率の提示なし					
Glozier N, et al, 2008 <sup>53)</sup>	210	53	3年			
Busch MA, et al, 2009 <sup>54)</sup>	266	35	6か月			
Saeki S, et al, 2010 <sup>55)</sup>	325	55	1年			
			18か月			1-18か月

1. 各国の脳卒中後の復職率一覧<sup>4)</sup>

## 6. 復職の予測要因

脳卒中後の復職に関する予測要因の研究は数多く報告されている<sup>8, 12, 14-21</sup>。表2に文献情報をまとめた。図3に復職にかかわる要因を示す。

復職を促進する要因として、若年者で復職に強い意欲をもっていることがあげられる。就労への意欲に関しては、就労への意思がある方が明らかに就労可能となった例が多い<sup>12</sup>。また、高学歴でホワイトカラーの職種であること、セルフケアや歩行が自立していること、家族や同僚の支援があることなどが復職を促進する方向に働く<sup>8, 14</sup>。欧米の報告では、障害者に対する対応が大きく影響するとしており、特に上司の対応がよければ再就労につながるケースが多くなる<sup>12, 17</sup>。

一方、阻害する要因としては、中高年齢での発症、肉体労働を主とするブルーカラー、長期入院、長期の傷病手当や、障害年金の受給などがあげられる<sup>8, 14</sup>。また、重度の片麻痺、失語、失行、失認などの高次脳機能障害の合併や、精神機能障害（特にうつ症状）も挙げられる。特に、注意障害などは仕事の持続力低下や集中力低下に繋がり、就労の継続において支障となることがあるとされる<sup>10, 18, 19</sup>。また、体力低下があると、仕事を始めても継続できなくなり、離職してしまうケースを見かける。退院時に易疲労性を訴える脳卒中患者は就労につながりにくい。

性別や脳卒中の病型（脳出血、脳梗塞、くも膜下出血）に関しては、復職への直接的影響は少ないことが分かっている<sup>6</sup>。麻痺側に関しては、促進要因にも阻害要因にもなりうる。

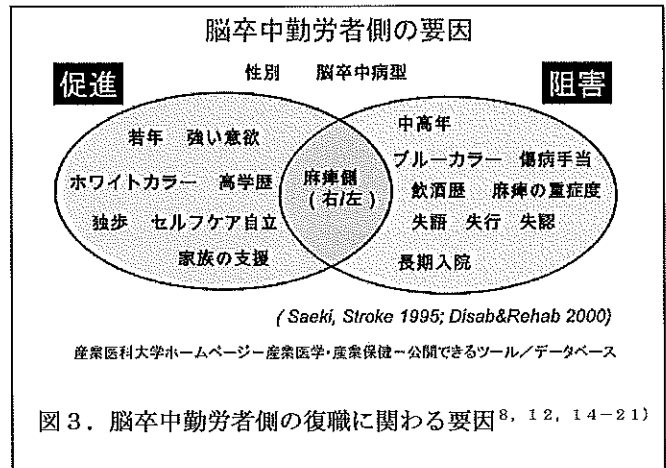




表2. 脳卒中後の復職に関する医学文献一覽<sup>2,1)</sup>

和文 / 英文 / 論文 / 書籍	著者	雑誌名	タイトル	巻	頁	発行年	コメント
1 論	David NJ, et al	J Chronic Dis	Factors influencing the prognosis of cerebral thrombosis and infarction due to atherosclerosis.	11	394-404	1960	脳卒中後の復職に関する研究論文。きわめて古い。当時の医学雑誌で脳卒中中の社会復帰を扱ったという点では意義深い。67名の脳梗塞患者(平均年齢55歳)のうち、発症後2年の時点で16名(22%)の者が復職した。
2 論	Marquardsen J	Acta Neurol Scand	The natural history of acute cerebrovascular disease: a retrospective study of 769 patients.	45 (suppl 38)	1-192	1969	脳卒中患者269名(男80,女189)の10~23年の観察期間によって、41%の復職率が確認できた(競争雇用だけでなく、主婦への復帰も復職とみなす)。麻痺の回復の程度が復職に影響し、主婦を除く職種は復職に影響しないとしている。
3 論	Weisbroth S, et al	Arch Phys Med Rehabil	Factors in the vocational success of hemiplegic patients.	52	441-446	1971	脳卒中後の復職に関して高次脳機能障害の影響を明らかにした研究論文。65歳以下の脳卒中患者62名中37%の者が復職した。性別では男性のほうが復職しやすく、左片麻痺(28名)では歩行・麻痺側上肢の使用・非言語的抽象能力が復職にプラスに影響し、右片麻痺(34名)では著明な言語的認知障害やコミュニケーション障害がマインナスに作用していた。
4 論	Espmark S	Scand J Rehabil Med	Stroke before 50: a follow-up study of vocational and psychological adjustment.	5 (suppl 2)	1-107	1973	50歳未満の若年発症の脳卒中患者の社会復帰を職業および心理的側面から捉えた研究論文。100頁以上にわたる大著。競争雇用だけでなく、主婦、大学生への復帰も復職とみなし、72名の脳卒中患者を1~8年間(平均4.5年)追跡し、復職率は89%であったと報告している。身体障害よりも、障害部位に基づく中等度~重度の精神症候が、復職の阻害要因であることを示している。
5 論	Matsumoto N, et al	Stroke	Natural history of stroke in Rochester, Minnesota, 1955 through 1969: an extension of a previous study, 1945 through 1954.	4	20-29	1973	610人の脳卒中患者の発症6か月の時点での復職率は36%と報告。就業中あるいは就業可能な者が33%、失語症を有する就業中の者が3%であった。
6 論	Smolkin C, et al	Arch Phys Med Rehabil	Socioeconomic factors affecting the vocational success of stroke patients.	55	269-271	1974	74名の脳卒中患者(平均年齢47歳)の一般雇用への復職率は32%であった。復職に関連する要因では、高年齢はマインナスに作用、性別では男性が女性より有利であり、教育歴では高卒以下の者は大きくマインナスに作用し、専業主婦でより大きな影響がある。また、以前の職種では、専門的・技術的・管理的職種の者が復職しやすかった。
7 論	Fugl-Meyer AR, et al	Scand J Rehabil Med	The post-stroke hemiplegic patient II. Incidence, mortality and vocational return in Goteborg, Sweden with a review of the literature.	7	73-83	1975	スウェーデンでの脳卒中復職調査研究論文。65歳未満の脳卒中患者83名の復職率は41%であった。(フルタイムおよびパートタイム、主婦への復帰を復職とみなす)。復職には運動障害の程度が影響し、年齢の関与は断定できず。

表 2. 脳卒中後の復職に関する医学文献一覧 (つづき)

論文 / 著者	和文 / 英文	著者	雑誌名	タイトル	巻	頁	発行年	コメント
8 論	英	Hindfelt B, et al	Acta Neurol Scand	The prognosis of ischemic stroke in young adults.	55	123-130	1977	スウェーデンにおいて、16~40歳の脳卒中患者の復職率は84%であった(平均51か月追跡、フルタイムおよびパートタイムの就業を復職と定義)。彼らは平均5か月間の傷病手当金を受給していた。
9 論	和	山口ハツヨ・他	総合リハ	若・壮年者の脳血管障害後遺症患者における職業復帰	7	607-613	1979	17~45歳の脳卒中患者130名(平均年齢39.5歳)の復職率は52%であった(発症前の雇用先への復帰を復職と定義)。失語症は復職を阻害し、歩行能力および片麻痺の程度が軽いほど復職を促進する。麻痺側に關しては、左片麻痺のほうが右片麻痺より復職しやすい。発症時の職種に關しては、被雇用者のほうが目営業者や主婦より復職しやすい。
10 論	英	Mackey A, et al	J R Coll Physicians Lond	Strokes in the young and middle-aged: consequences to the family and to society.	13	106-112	1979	英国での脳卒中後の復職に關する研究論文。65歳未満の脳卒中患者45名の発症後6か月の時点での復職率は38%であった(フルタイムおよびパートタイムへの復帰を復職と定義)。
11 論	英	Waitimo O, et al	Ann Clin Res	Outcome of stroke in the Espoo-Kauniainen area, Finland.	12	326-330	1980	フィンランドにおける脳卒中患者の復職に關する研究論文。発症4年後の109名中、21%の者が復職した。また、発症6年後の生存者94名中、16%の者が復職していた。
12 論	和	間嶋 満	総合リハ	脳卒中後遺症患者の職業復帰	10	197-203	1982	73名の脳卒中患者(平均年齢56歳)の復職率は60%であった(競争雇用および主婦への復帰を復職と定義)。復職を阻害する要因として高年齢、失語・失行・失認の高次脳機能障害が、促進する要因として日常生活動作能力や移動能力が同定された。本研究では、麻痺側、麻痺側上肢の機能、発症時の職種は復職に關連していなかった。
13 論	英	Coughlan AK, et al	Rheumatol Rehabil	Presenile stroke: long-term outcome for patients and their families.	21	115-122	1982	英国における脳卒中の復職研究論文。65歳未満の131例中、31名(24%)が復職(競争雇用への復帰を復職と定義)した。復職の帰結は左右の麻痺側よりも、麻痺の有無に影響されるとしている。
14 論	英	Tan ES	Ann Acad Med Singapore	Stroke rehabilitation: Singapore experience.	12	373-376	1983	668名の脳卒中患者の10年間の追跡の結果、51%の復職率が確認された。
15 論	英	Terént A	Scand J Rehabil Med	Medico-social consequences and direct costs of stroke in a Swedish community.	15	165-171	1983	脳卒中発症前には11%の者が有給職に従事していた。この割合は、発症後3年間1~10%で推移していた。約85%の者は退職した。残り(4~16%)は、傷病手当金あるいは障害年金を受給していた。
16 論	和	横山 巖	総合リハ	脳卒中片麻痺患者の社会復帰	12	27-32	1984	平均年齢60歳の脳卒中患者526名(男386、女140)の復職率は、退院1年後29.8%、3年後31.2%、10年後25.1%であった(競争雇用あるいは主婦への復帰を復職とみなす)。但し、発症時無職の者を母数に算入したり、無回答の者を非復職者としているので、正しい意味での復職率ではない。

表 2. 脳卒中後の復職に関する医学文献一覧 (つづき)

論文 / 書籍	和文 / 英文	著者	雑誌名	タイトル	巻	頁	発行年	コメント
17 論	英	Kotila M, et al	Stroke	The profile of recovery from stroke and factors influencing outcome.	15	1039-1044	1984	脳卒中後の日常生活活動作および復職の転帰について調査した研究論文。65歳未満の脳卒中発症前に雇用されていた58名のうち、発症3か月の時点で31%、12か月の時点で55%が復職した(フルタイムおよびパートタイム)。主婦、学生への復帰を復職と定義。復職を阻害する要因として、高齢、急性期の麻痺、知能や記憶の障害が同定された。
18 論	英	Melamed S, et al	Scand J Rehabil Med	Prediction of functional outcome in hemiplegic patients.	12 (suppl)	129-133	1985	60歳未満の脳卒中患者40名(平均年齢40歳)の発症後2年の時点での復職を調査(競争雇用および主婦への復帰を復職と定義)。復職率の明示なし。復職を予測する要因として、初期ADLの遂行能力、300m以上の歩行能力、15秒以上の精神負荷を維持、障害の受容が重要であるとされている。
19 論	英	Howard G, et al	JAMA	Factors influencing return to work following cerebral infarction.	253	226-232	1985	379人の脳梗塞患者(初発340人、再発39人)を5年間にわたって追跡した。優れたコホート研究。復職率は19%であった。復職に関連する要因として、年齢、職種、障害の重症度、人種、障害半球側が同定された。若年で専門的な管理職が復職しやすく、左半球損傷では白人と黒人の復職率は変わらず、右半球損傷では白人のほうが黒人より復職しやすかった。
20 論	英	Becker C, et al	Stroke	Community hospital-based stroke programs: North Carolina, Oregon, and New York. II: description of study population.	17	285-293	1986	脳卒中患者の記述統計調査。4,132人の脳卒中患者で発症時約1/4の者が雇用されていた。その雇用されていた者のうち22%の者が脳卒中後復職した。
21 論	和	大川弥生・他	総合リハ	片麻痺患者のHandicap(社会的不利)に関する研究(第1報):成人男子片麻痺の職業復帰を中心に。	14	451-453	1986	18歳以上の脳卒中・脳腫瘍・頭部外傷の患者134名の復職率は49.5%であった。
22 論	和	高橋 洋・他	総合リハ	脳損傷者の就業と生活レベル	15	1011-1015	1987	脳障害(脳卒中、脳外傷)の患者298名の復職率は24%であった(競争雇用および主婦への復帰を復職とみなす)。復職を阻害する要因として、高齢、片麻痺の重症度ならびに入院期間を指摘。また、職種に関しては管理的なものは事務的職種が他職種と比べて復職しやすいとされている。
23 論	英	Heinemann AW, et al	Arch Neuro	Multivariate analysis of improvement and outcome following stroke rehabilitation.	44	1167-1172	1987	364人の脳卒中患者の発症後3か月の時点での復職率は11%であった。また、判別分析を用いると、年齢、性別、麻痺側、補償基金、追跡時の日常生活動作能力、機能の維持、追跡時の生活場所が復職を予測し、70%の対象者が正確に判別できた。

表2. 脳卒中後の復職に関する医学文献一覧 (つづき)

和文 / 論文 / 書籍	著者	雑誌名	タイトル	巻	頁	発行年	コメント
24 論	助川未枝保・他	総合リハ	男子稼働年齢層における脳卒中後遺症者の問題点	15	125-129	1987	59歳以下の男性脳卒中患者31名(平均年齢50歳)の復職率は22%であった(競争雇用への復帰を復職と定義)。
25 論	Niemi ML, et al	Stroke	Quality of life 4 years after stroke.	19	1101-1107	1988	39名の脳卒中患者のうち、21人(54%)が復職した。病型別には、くも膜下出血の89%(8/9)、脳内出血の67%(2/3)、脳梗塞の41%(11/27)が復職した。非復職者の全てでQOLが悪化、QOL得点についても非復職群は復職群に比べて有意に低かった。日常生活介助や復職不能はQOL低下と関連している。
26 論	Black-Schaffer RM, et al	Arch Phys Med Rehabil	Return to work after stroke : development of a predictive model.	71	285-290	1990	71人の脳卒中患者の復職に関する研究論文。急性期病院で平均17日、リハビリ病院で平均36日費やした後、リハビリ退院後平均約3.1か月の時点で49%の者が復職した。復職に関する予測モデルを作成し、復職の促進要因として入院時および退院時の Barthel index の値を、阻害する要因として失語症、リハビリ入院の期間、以前の飲酒量をおいている。
27 論	Bergmann H, et al	J Neuroi Transm	Medical educational and functional determinants of employment after stroke.	33 (suppl)	157-161	1991	脳卒中後の雇用に関する医学的・教育的および機能的決定要因を同定した研究論文。204名の脳卒中患者のうち、退院後1年の時点で11.3%はフルタイムに、2.7%はパートタイムに復職した。また、14.7%の者は年金を受給するか働くかの決定を保留、0.5%は失業、70.8%は通常の退職年金か障害年金を受給していた。手の巧緻性を除けば、1年後の就労および非就労者の機能レベルは同一。発症12週以内のリハビリ入院が復職を促進する。高学歴・高収入・高資格が再雇用と相関していた。復職者の92%が配置転換等何らかの管理・支援を受けていた。
28 論	遠藤てる・他	OT ジャーナル	脳卒中後片麻痺患者に対する職業前訓練と職場復帰：病院におけるアプローチ	25	436-442	1991	患者らの自験例として、脳卒中患者61名の復職率は23% (14名)であった。一般病院における復職支援として、職業前訓練を実施することの利点と必要性を述べている。作業療法的アプローチの3条件を提示している。
29 論	早川俊秀・他	OT ジャーナル	脳卒中患者に対する職業的アプローチ	25	725-731	1991	脳卒中患者472名の復職率は15% (70名)であった(競争雇用あるいは主婦への復帰を復職と定義)。対象者のうち発症時無職であった者が多数含まれているので復職率は過小評価されている。また、作業療法の観点から今後の課題について考察を加えている。

表 2. 脳卒中後の復職に関する医学文献一覽 (つづき)

論文 / 書籍	著者	雑誌名	タイトル	巻	頁	発行年	コメント
30 論	徳弘昭博・他	総合リハ	労働年齢で発症した片麻痺患者の職業復帰状況の調査	20	689-693	1992	60歳以下で系統的なリハを受けた80名を対象とした調査の結果、復職率は30%であった。近年、医学的リハの技術やシステムも格段の進歩を遂げ、社会的リハも随分整備されたのにもかかわらず、脳卒中の復職率は30年前と大差がない。リハ医学だけでなく、社会的リハへの移行が円滑に行われること、雇用主への啓蒙が必要なこと述べられている。
31 論	Saeki S, et al	Stroke	Factors influencing return to work after stroke in Japan.	24	1182-1185	1993	脳卒中の復職に関わる要因を分析疫学的手法で解析した研究論文。脳卒中患者230名をコホートとし後ろ向きに調査。復職には、麻痺の程度、失行、職種、教育歴が関連するとしている。1990年代後半は、本研究論文をモデルとした論文報告が多い。
32 論	Saeki S, et al	Jpn J Traumatol & Occup Med	Working status of successful return to work after stroke: a description.	42	729-735	1994	脳卒中復職成功者の職場定着に関わる問題に言及した論文。復職成功者の就業上に関する調査の結果、発症前の就業状況を維持する傾向にあること、仕事の満足度には家族の関与が影響していることが示された。
33 論	佐伯 寛・他	総合リハ	脳卒中患者の職業復帰：職場復帰の疫学	23	461-464	1995	脳卒中患者の復職を疫学の面から解説した総説論文。本邦および国外の文献で得られた知見を、疫学的方法論より考察した論文。
34 論	Saeki S, et al	Stroke	Return to work after stroke: a follow-up study.	26	399-401	1995	初回発症の脳卒中患者183名の復職を経時的に追跡し調査した研究論文。生存分析を用いた解析で、脳卒中発症後3か月、1~1年6か月の2つの期間で復職が増えるが、1年6か月でほぼ最大になり、以降は変わらない。これには、傷病手当金の受給期限(1年6か月)などの社会的経済的要因が関連している。復職をエンドポイントとして生存分析を応用した例(モデル)として、Annual Review of Public Healthに引用紹介。
35 論	佐伯 寛	労働の科学	脳血管障害者の職場復帰のためのサポート体制	50	27-30	1995	脳卒中後の復職に関して、労働衛生スタッフがどのような対応にしていけばよいか、そのサポート体制と注意点について、脳卒中発症からの経過によって解説してある。
36 論	Taylor TN, et al	Stroke	Lifetime cost of stroke in the United States.	27	1459-1466	1996	米国の1990年のデータをもとに、脳卒中に要する費用を推計。脳卒中1人当たりの生涯費用は10万ドルであり、そのうち58%が所得を失うことによる間接費用であった。年間39万件の脳卒中発症により、約400億ドルの損失が見込まれる。発症後2年間の費用の内訳は、急性期加療が45%、通院ケアが35%、ナーシングホームが17.5%であった。

表 2. 脳卒中後の復職に関する医学文献一覧 (つづき)

和文 / 英文 論文 / 書籍	著者	雑誌名 (括弧内は発行所)	タイトル (書名)	巻	頁	発行 年	コメント
37 論	佐伯 覚・他	日災誌	脳卒中後の職業前評価：簡易復職チェックリストの試作	45	792-795	1997	職業リハとは異なり、病院での医学的リハ中に実施される復職アプローチを「職業前評価」と呼ぶが、脳卒中急性期に復職の可否を判定する簡便なチェックリストを提示している。
38 論	Wozniak MA, et al	Stroke	Stroke location is not associated with return to work after first ischemic stroke.	30	2568-2573	1999	米国立研究所 NINDS による脳卒中データバンクの情報をを用いた調査研究論文。脳卒中の発症部位と復職との関連を検討している。初発脳梗塞の患者で発症時アルタイルの発動者を対象とし、発症後 1 年目で復職の状況を調査。53% が復職し、そのうち 85% がフルタイムであった。解析の結果、年齢・Barthel Index が復職と関連し、脳卒中発症部位・性・うつとの関連は認められなかった。
39 書	労働福祉事業団 職場復帰問題研究会	(労働福祉事業団)	職場復帰のためのリハビリテーションマニュアル			1999	全国労災病院リハ科が共同執筆にあたった。脳卒中片麻痺例を含む各障害に対する復職のアプローチ方法を紹介した書。障害別の復職のポイントやノウハウが盛り込まれている。
40 論	Saeki S	Disabil Rehabil	Disability management after stroke: its medical aspects for workplace accommodation.	22	578-582	2000	リハ医学の国際学会 (ISPRM) の機関誌に発表された脳卒中後の復職マナーに関する英文の総説論文。2000 年までの脳卒中の復職に関連する医学的文献を網羅し、総括している。
41 論	佐伯 覚・他	総合リハ	脳卒中後の職業復帰予測	28	875-880	2000	脳卒中後の復職を予測する要因に関する総説論文。復職率の国内外的比較、復職研究に関して考慮すべきパラメーター、復職の予測要因に対する考察を加え、今後の研究課題にも言及している。
42 論	Teasell RW, et al	Arch Phys Med Rehabil	Social issues in the rehabilitation of younger stroke patients.	81	205-209	2000	50 歳以下で発症した若年脳卒中患者 88 名の入院リハ終了後の転帰に関する調査研究。発症時 64 人が就業しており、退院後 3 か月の時点で 13 人 (20.3%) しか復職できなかった。フルタイム労働者のうち、9.4% しか復職していなかった。若年発症の脳卒中患者は、復職・離婚・子供の養育等重要な社会的要因を抱えている。
43 書	Cox RAF, et al (ed)	(Oxford Univ Press, London)	Fitness for Work: The Medical Aspects (3rd ed).			2000	臨床専門医と産業医による共同執筆。各疾病や傷害ごと(脳卒中片麻痺を含む)に、適正配置における医学的な評価ならびに指針について包括的に述べてある。就業における健康や障害の問題について、医学的見地のみならず、法律や倫理面についても詳細に吟味している。第 1 版および第 2 版に比べて内容が大幅に刷新され、より実務的な内容になっている。

表 2. 脳卒中後の復職に関する医学文献一覧 (つづき)

論文 / 書籍	和文 / 英文	著者	雑誌名	タイトル	巻	頁	発行年	コメント
44 論	和	佐伯 寛・他	産業医学ジャーナル	脳卒中勤労者の自動車運転再開に向けての技能評価について	25	18-21	2002	脳卒中勤労者が自動車運転再開に当たって、標準的な評価方法が確立していない現状がある。自動車学校と共同で自動車運転技能評価(ドライビングシミュレーター)・適性評価を行った経過概要を報告し、問題点についても言及している。
45 論	和	橋本圭司・他	OT ジャーナル	脳血管障害者の自動車運転一医学的問題点と運転許可の指標	36	8-14	2002	脳卒中者の自動車運転の制限要因、脳卒中の各後遺症についての自動車運転許可の医学的指標(モデル)、ドライビングシミュレーターを用いた評価について述べている。
46 論	和	佐藤 草	OT ジャーナル	脳血管障害者の自動車運転一作業療法アプローチの現状と課題	36	15-22	2002	脳卒中者の自動車運転の現状、作業療法における自動車運転の位置づけやアプローチの方法、問題点、今後の課題について述べている。
47 論	和	佐伯 寛	日職災医誌	脳卒中患者の職業復帰	51	178-181	2003	脳卒中の復職に関する問題点を簡潔にまとめた総説論文。
48 論	英	Vestling M, et al	J Rehabil Med	Indicators for return to work after stroke and the importance of work for subjective well-being and life satisfaction.	35	127-131	2003	脳卒中後の有給就労の継続性に焦点を当てた調査研究。120名の対象者に対して郵送による質問紙調査を行った。転職、配置転換や就業時間の変更などがあったが、41%の者が復職した。復職した対象者は有意に高い主観的健康観と生活満足度を有していた。復職に備えるべき3要因として、自立歩行、ホワイトカラーの職種ならびに認知能力の保持が同定された。
49 論	英	Seeki S, et al	J Stroke and Cerebrovasc Dis	The association between stroke location and return to work after first stroke.	13	160-163	2004	脳卒中の責任病巣と復職の成否との関連を調査した研究論文。126名の初発脳卒中患者をCoxの比例ハザードモデルで解析、責任病巣との関連は認められず、むしろ臨床的に予エックできる症候との関連が深いとしている。
50 論	英	Seeki S, et al	J UOEH	Medical fitness to return to work for disabled workers.	26	41-50	2004	脳卒中をはじめとする中途障害者の復職における適正配置に関して、その目的と具体的な手法を職場の障害管理として詳述している。この障害管理を含む復職支援プログラムは中途障害者の早期復職を図り、休職の期間と費用を減少させることに効果があることも指摘している。

## 7. 復職できる条件

Melamedら<sup>22)</sup>によると脳卒中後の復職を目標とする脳卒中患者個人レベルでの復職できるための条件として1) ADL 遂行能力が高い、2) 疲労なしに少なくとも 300m の距離を歩行できる、3) 作業の質を低下させないで精神的負荷を維持できる、4) 障害の受容が出来ている、の4点を挙げている。しかし、上記1)～3)の条件を患者が満足していても4)の条件である情緒的に障害の受容ができていなければ、復職できるチャンスは巡ってこない。

また、復職するためには、1)何らかの仕事が出来る(作業の正確性)、2)8時間の作業耐久力がある、3)通勤が可能である(公共交通機関の利用)の3つを必要とする実用的な判断基準もある<sup>11)</sup>。すなわち、「一日仕事をして通勤できる能力」があるかどうかということである。さらに職場に定着する条件として上述の通り、「障害の受容ができてい」ることが必要である。

## 8. 脳卒中後の復職条件と適正配置

就労可能か否かを検討するには就労支援者の有無、職場環境、職務内容、労働条件、在宅ワーク等の多くの条件を考え合わせる事が重要である<sup>4, 9, 23)</sup>。また、脳卒中患者の92%が障害者向けの職種、障害の程度に応じて改変された職場への配置転換を受けており<sup>10)</sup>、本人の就業能力と作業負荷とのバランスをとることは今後継続した復職を目指す上でも重要である。例えば、身体的負荷軽減のために姿勢を調整し、作業道具の選択や置く位置の設定等を調整するなどの環境設定を行うことや、職場の人間関係を把握し、調整をしていくことで、作業をより安心・安定・継続してできるよう検討することも必要となる<sup>23)</sup>。また、安全衛生について考えておく必要がある、本人の再発のリスク、そして第三者へのリスクも考慮しなければならない。リスクがあることは復職を阻害する方向に作用する。脳卒中患者を雇用する企業の

中において、脳卒中に関する知識や経験不足のために、脳卒中労働者の雇用に対して複雑な感情や様々な問題点に遭遇すると言われている<sup>17)</sup>。そのため、医療関係スタッフと産業保健スタッフとの密な情報交換を行い、障害を知ってもらうことが大切である。

## 9. サポート体制

発症前に就業していた脳卒中患者は、入院当初から再就労を念頭にしたりハビリが望まれるが、現状ではADLを中心とした機能回復訓練に集中し、次のステップである回復期リハビリ病棟やリハビリ専門病院へ早期の転院となるケースがほとんどである<sup>14)</sup>。さらに、患者の高齢化、疾病構造の変化、障害医療の軽視、復職をサポートしてきた経験スタッフの減少が、復職リハビリの実施を困難としている<sup>9)</sup>。

このような状況で患者をスムーズに復職に導くためには、再就労を目的としたリハビリを行う上で、就労を念頭においた全スタッフの方向性の一致が重要である<sup>12)</sup>。就労への動機づけや職種ごとに分けたプログラムなどの工夫が必要となり、スタッフが一丸となってそれぞれの技術と知識を結集しチームの能力を発揮することが肝要である<sup>11)</sup>。

また、急性期、回復期および生活期それぞれの病期において医療機関、産業保健スタッフ、企業などが適切なサポート体制とっておく必要がある。

## 10. 産業医との連携

脳卒中の復職に際して、これまで社会的支援復職への関与に関する比較研究はほとんど見られなかったが、全国21労災病院の脳卒中患者の復職研究において、田中らは産業医の復職支援の有無との関連性について、産業医の関与があった場合はない場合に比べて7.5倍復職率が高かったことを報告し産業医との連携の重要性を指摘している<sup>20)</sup>。また、産業医との良好な連携により、配置



転換で復職できた脳卒中症例の報告もある<sup>24)</sup>。これらは適切な連携を行うことが復職を促進することを示したものであるが、一方で復職に際して成功した例の報告というパブリケーションバイアスの可能性もある。なぜなら、脳卒中後復職に至らず解雇となり事業主を民事裁判で訴える、あるいは、脳卒中発症が過重労働であるとして労災申請を行うケースも増えつつある。

## E. 結論

脳卒中後の復職の過程は各々の事例できわめて個性が高く、神経学的、機能的要因など多要因によって影響を受けている。そのため、疾病や心身機能が改善されても、なかなか仕事に就くことが困難であることが多く、復職を望む60%以上の者の復職が困難な状況である。また、雇用者側も、脳卒中を抱えている従業員を雇った経験がないため、どのように対応すればよいのか分からず時間ばかりが過ぎていくことが多い。

原は<sup>25)</sup>、脳卒中リハにおいて復職成功例を生み出すことが最も重要な援助であり、リハビリチームの実力そのものであると説いている。医療スタッフが一丸となって、対象者を理解し制度を把握し、環境を調整していくことで、対象者の働くことに関する作業ニーズに応えることが出来ると考えられる。また、科学的根拠に基づいた予測やアプローチだけでなく、さまざまな障壁を乗り越える努力あってこそ復職は実現可能なゴールになると考えられる。

## F. 参考文献

- 1) 佐伯 覚:リハビリテーションに必要な産業医学の知識ーリハビリテーションの役割. 総合リハ (印刷中)
- 2) 濱田 学・他:脳卒中の予後予測:脳卒中患者の就労予測. 総合リハ 42:741-745, 2014
- 3) 佐伯 覚・他:脳卒中. 臨床リハ 15:818-823, 2006

- 4) 佐伯 覚. 他:脳卒中後の復職ー近年の研究の国際動向について. 総合リハ 39:385-390, 2011
- 5) 藤田早苗・他:脳血管障害者の復職支援と院内作業療法の役割. 職業リハビリテーション 17:61-66, 2004
- 6) 澤 俊二:就労支援における OT の役割と特徴. OT ジャーナル 43:738-742, 2009
- 7) 菊池恵美子:働くことの意味 1. 人と仕事. OT ジャーナル 43:650-652, 2009
- 8) 佐伯 覚:脳卒中後の職場復帰の予測要因. 日職災医誌 54:119-122, 2006
- 9) 佐伯 覚:疾病とつきあいながら働くー職場復帰. 健康開発 15:33-40, 2010
- 10) 佐伯 覚・他:脳卒中後の職場復帰予測. 総合リハ 28:875-880, 2000
- 11) 佐伯 覚:脳卒中患者の職場復帰:日職災医誌 51:178-181, 2003
- 12) 豊永敏宏:症例に見る脳卒中の復職支援とリハシステム. 独立行政法人 労働者健康福祉機構, pp6-109, 2011
- 13) 豊永敏宏:中途障害者の職場復帰. Medical Practice 27:1703-1706, 2010
- 14) Saeki S et al: Return to work after stroke: a follow-up study. Stroke 26:399-401, 1995
- 15) Saeki S et al: Factors influencing return to work after stroke in Japan. Stroke 24:1182-1185, 1993
- 16) Saeki S, et al: Determinants of early return to work after stroke in Japan. J Rehabil Med 42: 254-258, 2010
- 17) Coole C et al: Returning to work after stroke: perspectives of employer stakeholders, a qualitative study: J Occup Rehabil 23:406-418, 2013
- 18) Tanaka H et al: Functional and occupational characteristics predictive of a return to work within 18 months after stroke in Japan implications for rehabilitation Int Arch

Occup Environ Health, DOI  
10.1007/s00420-013-0883-8, 2013

19) 岡崎哲也:高次脳機能障害のリハビリテーションと職場復帰. 脳卒中 35:139-142, 2013

20) 田中宏太佳・他:脳卒中患者の復職における産業医の役割—労災疾病等13分野医学研究・開発。普及事業における「職場復帰のためのリハビリテーション」分野の研究から—, 日職災医誌 57:29-38, 2009

21) 佐伯 覚・他:脳卒中後の職場復帰—医学関連の文献情報. 総合リハ 35:291-298, 2007

22) Melamed S et al: Prediction of

functional outcome in hemiplegic patients:  
Scand J Rehab Med 12:129-133, 1985

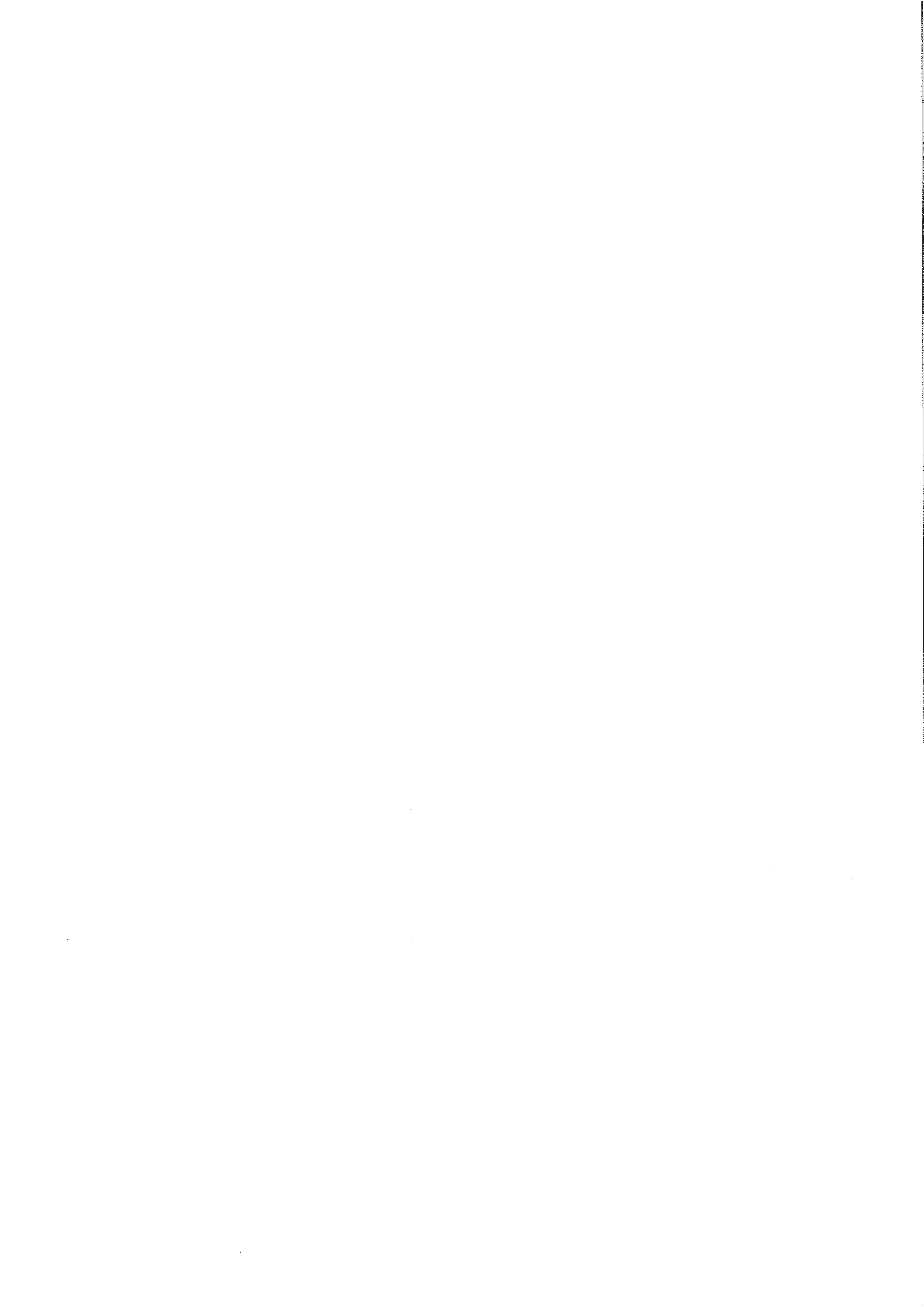
23) 峰野和仁:就労支援における作業療法の技術環境調整の実際. OT ジャーナル 43:793-797, 2009

24) 佐伯 覚:印象に残ったリハビリテーション事例「今さら仕事はかえられん!」—復職へのアプローチ. 総合リハ 36:1114-1116, 2008

25) 原寛美:脳卒中リハビリテーションポケットマニュアル. 医歯薬出版:14-15, 2007

#### G.研究発表

1) なし



平成 26 年度 労災疾病臨床研究事業

## 分担研究報告書

事業場において就労支援を行う上で必要な治療状況等の  
情報および就業配慮を行う上で阻害する要因に  
関するインタビュー調査

### 【中間報告】

#### 研究分担者

立石 清一郎

産業医科大学・産業医実務研修センター講師

森 晃爾

産業医科大学・産業保健経営学教授



平成 26 年度労災疾病臨床研究事業費補助金研究 分担研究報告書  
(身体疾患を有する患者の治療と就労の両立を支援するための主治医と事業場(産業医等)  
の連携方法に関する研究—「両立支援システム・パス」の開発—)

事業場において就労支援を行う上で必要な治療状況等の情報  
および就業配慮を行う上で阻害する要因に関するインタビュー調査【中間報告】

研究分担者 産業医科大学・産業医実務研修センター 講師 立石 清一郎  
産業医科大学・産業生態科学研究所 教授 森 晃爾

研究要旨

【目的】

大規模企業・中規模企業・小規模企業の 3 群について、就業配慮のために必要な情報の整理、②就業配慮の実態把握を明らかにし、適切な就業配慮を行う手法を導き出すとともに、その阻害要因についても見出し、身体疾患患者の復職に関する留意点について、企業規模による違いを明確にする。

【方法】

3 群についてそれぞれ 2 つのフォーカスグループディスカッションを実施する。参加者の募集は機縁法にて実施する。産業医のリクルートについては日本産業衛生学会専門医または指導医資格保持者を対象とした。今年度実施分のフォーカスグループディスカッションは 2 件である。大規模企業として専属産業医 7 名、中規模企業として労働衛生機関所属嘱託産業医 5 名によるディスカッションを実施した。ディスカッション時間はそれぞれ 150 分と 120 分である。

【結果および考察】

大規模企業の課題は仕組みが整っていることにより時に柔軟な対応がとりにくいこと、中規模企業の課題は就業能力が低下した場合の配置転換の余地がない、診療情報提供書が届く日と産業医訪問日はずれることによる個人情報保護の難しさ、産業の意見による就業配慮が実施されないケースが存在すること、などが挙げられている。

今後は逐語訳を作成したうえでスクリプト分析を進め、企業規模ごとの問題点を見出していくこととする。

研究協力者

岡 亜希子 (産業医科大学 産業医実務研修センター)  
岡田 岳大 (産業医科大学 産業医実務研修センター)  
原田 有理沙 (産業医科大学 産業医実務研修センター)

## A. 研究目的

従業員が疾病に罹患し復職する際に、企業の担当者が治療状況の確認をしたうえで、身体的な能力低下を確認したうえで仕事と健康状態のミスマッチを解消するよう就業配慮が実施される。このように、企業にとって疾病に罹患した従業員の就業配慮を行うためには担当者の能力に相当程度依存することになる。そこで、本研究においては、就業配慮の実務に携わった経験のある企業の担当者を集め、グループディスカッションを行うことにより、①就業配慮のために必要な情報の整理、②就業配慮の実態把握、を明らかにし、適切な就業配慮を行う手法を導き出すとともに、その阻害要因についても見出し、解決策を提示する。調査は企業規模ごとに大規模企業（1000人以上）、中規模企業（50人以上）、小規模企業（50人未満）として実施する。

## B. 研究方法

フォーカスグループディスカッションを企業規模ごとに2回以上実施し、結果を内容分析法により解析する。各グループディスカッションの参加者は5名程度を想定している。グループディスカッションは各3時間を想定している。

対象者：

- ①大規模企業は専属産業医（卒後7年程度、および卒後10年以上のグループを想定）
- ②中規模企業は嘱託産業医（労働衛生機関医、および開業産業医のグループを想定）
- ③小規模企業は社会保険労務士（機縁法による2グループを想定）

聴取する内容：

- ①医療機関側担当医等から提供される診断書やその他の情報のうち、  
+ 支援に有用な情報（医療機関に出してほ

しい情報）

- + 就労支援を阻害する可能性のある情報
- ②就業配慮を行う際の事業場内での情報の流れ
- ③就業配慮を行う際に障害となる要因についても併せて整理する。

今年度実施分のフォーカスグループディスカッションは2件である。大規模企業専属産業医7名、労働衛生機関所属嘱託産業医5名に対してインタビューを実施している。産業医のリクルートについては日本産業衛生学会専門医または指導医資格保持者を対象とした。ディスカッション時間はそれぞれ150分と120分である。

## C. 研究結果 および D. 考察

現時点で、専属産業医グループ7名、嘱託産業医（労働衛生機関医）グループ5名の2つのグループディスカッション（GD）を実施した。GDの内容についてはテープレコーダーに録音し逐語録を作成する予定である。現時点では逐語録が完成しておらず、GDについて特徴的であった部分を、備忘録をもとに記載している。

### 1. 業務遂行性の判断について

目に見える機能（筋骨格系疾患）が低下している場合、大規模企業（大規模企業）においては業務が多く存在し、業務遂行能力が低下した場合においても配置転換が可能である状況が多いという意見があった。中規模企業においては、配置転換の使用がなく現職復帰が難しい場合は何らかの配慮を行うものの一定程度の業務が実施できない場合は配慮のしようがないとの意見が得られている。

### 2. 目に見えない機能の低下について

嘱託産業医群（中規模企業）では心筋梗塞後の検査などでは Ejection Fraction などの心臓機能のデータを主治医側から提供があることによって産業医による就業配慮のアレンジがしやすいとの意見が聴取された。一方で、専属群は手間がかかっても主治医からの確実な情報を得るように腐心していた。これは、嘱託産業医が月に一度の勤務が多く、主治医とコミュニケーションをとる頻度が専属産業医に比べて低くならざるを得ないので一定の医学的知識を背景に判断をするケースが発生しうることを示唆されている。

### 3. がんなどの体調の変化を及ぼす疾患について

治療方針やスケジュールなど 1 年を通じたスケジュールを提示してもらえると職場側に業務について調整しやすいとの意見が得られている。

### 4. 促進要因

ともに、支援的な上司、柔軟な制度、上司や人事の権限の強さ、などが挙げられている。

### 5. 個人情報の保護について

専属産業医（大規模企業）の場合は産業医あてに診断書が作成されれば産業保健スタッフのみが内容確認となるが、嘱託産業医群（中規模企業）であれば診療情報提供書の到着が産業医執務とタイムラグが発生するため人事や上司等が内容を確認せざるを得ない状況が発生している。

### 6. 就業配慮の実施について

専属産業医群（大規模企業）では産業医意見による就業配慮が実施されないケース

はほとんどないとのことであったが嘱託産業医群（中規模企業）であれば意見が反映されていないケースも散見されるようである。また、フォローアップについて確認できない状況も発生しているとのことであった。

### 7. 復職面談の実施について

専属産業医群（大規模企業）であれば復職面談は必須。嘱託産業医群（中規模企業）は身体疾患については産業医面談を実施せず職場のみで対応するケースも多く存在するようである。身体疾患は職場の人でも判断しやすいケースが多いとの意見も得られている。

### 8. 就労に有用な情報／阻害する情報について

診断名、治療経過、治療内容などのオーソドックスな情報とともに、残存することが予想されるディスアビリティについては専属産業医群（大規模企業）においては有用であると答えた。一方で嘱託産業医群（中規模企業）はこれらの情報によるラベリングにより復職困難に成るケースもありうるとのことであった。同一の情報であっても受け取り相手によってどのように使われるかに違いがあるので職場の事情を知らない一方的な主治医のコメントは雇用の面で悪影響を及ぼすことが示唆される。連携パスを作成する際には主治医からのアクションよりも産業医や企業からのアクションを作成することの方が現実的である可能性がある。また、中規模企業ではそもそも対応するケースが企業内ではあまりないため可能は反応や一方でたんぱくな反応があることが阻害要因として挙げられている。ま



#### E. 結論

大規模企業と中規模企業には課題に差がある可能性がある。現時点では調査が始まったばかりでデータが集まっていないのでこれからデータの収集をすすめていく予定である。

#### F. 参考文献

なし

#### G. 研究発表

なし

平成 26 年度 労災疾病臨床研究事業

## 分担研究報告書

がん患者の就労復帰に与える就労および治療上の要因に  
関するインタビュー調査－主治医側からみた課題  
(中間報告)

研究分担者

塚田順一 産業医科大学病院 血液内科



平成 26 年度労災疾病臨床研究事業費補助金研究 分担研究報告書  
(身体疾患を有する患者の治療と就労の両立を支援するための主治医と事業場(産  
業医等)の連携方法に関する研究—「両立支援システム・パス」の開発—)

がん患者の就労復帰に与える就労および治療上の要因に関するインタビュー調査  
—主治医側からみた課題(中間報告)

研究分担者 産業医科大学病院 血液内科 診療教授 塚田順一

研究要旨

【目的】がん患者の就労復帰に関して、がんを専門とする血液内科医にインタビューを実施し、主治医側からみた就労復帰に際する留意点や現状での問題点・課題を明確にする。

【方法】両立支援でのがんの主治医側の課題を抽出するために、がんを専門とする血液内科医に対して、半構造化面接法を用いて、インタビューを実施する。内容を記録し質的帰納法を参考に分析する。文章をコードに整理し、内容からカテゴリー分類する。

【結果および考察】主治医側の視点として、会社側から主治医への就労支援に関する相談などのアプローチがほぼないことが明らかとなった。一方、主治医は患者に関する情報を会社側に提供する用意はあると考えている。しかし、患者情報は個人情報のためには、会社での患者の不利益を考慮し、現状、情報提供は困難である。このように、主治医が安心して情報提供であるための、就労支援のための会社体制整備や支援プログラムの必要性が見いだされた。

研究協力者

山口享宏 (産業医科大学病院 血液内科 助教)

北村典章 (産業医科大学病院 血液内科 修練指導医)

A. 研究目的

就労者が、がんに罹患し治療終了後もしくは退院後に罹患前と同じ職場に復帰する場合(以下就労復帰と呼ぶ)、復職予定者である患者は企業にとっては従業員であり、復職に際しての就業配慮が必要となる。しかし、がん患者が自らの病状や配慮してほしい点を的確に会社側に伝えることが

できる場合は稀であり、主治医および会社側関係者間での情報交換は重要な役割を担う。この場合、会社関係者は企業規模により専属産業医・嘱託産業医・産業保健師・会社人事もしくは総務責任者とさまざまである。そこで本研究では、血液がんの診療に携わる主治医に対して、グループインタビューを実施し、がん治療医から観た、

がん患者への就業配慮の現状、適切な就業配慮を実施するための阻害因子の抽出およびその改善方法を提示する。グループインタビューは効率的に色々な意見を聞くことができる反面、特定の人々が長く話してしまう・意見がある一定の方向に流れてしまう・意見の秘密保持が難しいために話しづらくなる等の欠点も有する。グループインタビューを実施するに先立ち、予備的に主治医意見を聴取するために、半構造化面接を主治医に対して実施する。

## B. 研究方法

本研究において、我々は両立支援でのがんの主治医側の課題を抽出するために、がんを専門とする血液内科医に対して、半構造化面接法を用いて、インタビューを実施する。内容を記録し質的帰納法を参考に分析する。文章をコードに整理し、内容からカテゴリー分類する。

1. 対象：がんを専門とする血液内科医師
2. 聴取内容：
  - ① 医療機関側担当医等から提供される診断書やその他の情報のうち、支援に有用な情報（医療機関に出してほしい情報）就労支援を阻害する可能性のある情報
  - ② 就業配慮を行う際の事業場内での情報の流れ
  - ③ 就業配慮を行う際に障害となる要因についても併せて整理する。
3. 聴取場所：実施責任者が手配した

## 会議室

①調査参加者の自由な選択の保障：  
実施責任者は調査参加者を募集する際に本研究の目的、方法、倫理的配慮、参加しなくても、あるいは途中で参加を中止しても、何ら不利な取り扱いを受けないことについて電話又はメールにて説明を行い、参加の意思を確認する。

②調査参加者のプライバシー確保に関する対策：

ディスカッションの場所は、外部に声が洩れない会議室を確保する、もしくは同様の部屋を確保するよう対象者に依頼する。結果では個人が特定されないように情報を加工する。

③ インタビュー結果の取り扱い：  
インタビューは電子レコーダーにて記録する。電子レコーダーおよびインタビュー結果は、実施責任者の居室の鍵がかかる保管庫に保管する。公表する情報以外は調査終了後速やかに破棄する。

## C. 研究結果および考案：

主治医側からみたくつかの大きな問題点が明らかとなった。

1. 会社側と主治医側の間の情報交換不足
  - ① 日常診療で診断書を記載したことはあるが、就労支援として会社側から相談を受けた記憶はまずない。
  - ② 産業医からの問い合わせがあったことがあるが、稀なケースである。
  - ③ 主治医側から就労支援の会社側窓口を問い合わせる余裕がなく、問

い合わせ方法も判らない。

2. 主治医側が会社就業内容・就業規則を情報取得することの困難。

① 主治医には、個々に異なる会社の休職・欠勤に関する就業規則や雇用形態・休職制度がわからない。

② 会社側から復帰後の仕事内容が主治医には知らされていない。

3. 会社側の患者情報の利用への不安

① 主治医には今後の治療や検査計画および患者での留意点を知らせる準備はある。

② しかし、治療検査計画に加えて、病名・病状など情報が患者不利益となる可能性がある。

③ 相手が産業医であれば病状を教えることは可能であるが、医師以外に開示することはまず難しい。

④ 提供した情報が産業医の判断であっても会社内で拡散しないことが条件である。

主治医側からの視点において、主治医は患者情報を会社側に提供する用意はあると考えている。しかし、主治医側は患者情報が極めてデリケートな個人情報であり、情報を提供することは大きな問題であるとも考えている。これは、患者を保護する立場にある主治医として、患者利益を優先することは当然であり、会社において患者情報がどのように取り扱われるか不明な状況での情報提供には応じることができない。加えて、主治医に対して、会社による就労支援の信頼関係を樹立するアプローチが全くないことも指摘された。患者情報という厳密か

つ専門性の高い医療情報であり、これを最終的には医療者でない人事や総務担当者に理解してもらうか、このためにはどのような情報提供の形が必要か検討することが必須である。この点、患者情報の管理ができ、医療情報を会社に翻訳して伝える産業医の存在の重要性が指摘される。このように、主治医が患者の就労支援のための医療情報を会社側に提供することが可能となる体制構築や就労支援プログラムの必要性が見いだされた。しかし、専属産業医が勤務するのは大企業であり、中小企業では嘱託産業医や産業保健師の役割が重要となる。

#### D. 結論

主治医側からみて、主治医と会社側の協議に基づく就労復帰の支援に対する取り組みはほぼ実施されていない現状であると考えられる。主治医側みて、患者情報の提供方法や提供後の情報の取り扱いには大きな不安が存在し、提供を躊躇することが事実である。このためには、医師である産業医の積極的な介入や会社における支援体制や支援プログラムが存在すれば情報提供がスムーズに行える可能性が示唆された。しかし、大企業と中小企業の労働者では支援体制に格差が生じ、更に詳細なデータの収集を進めていく必要がある。

E. 参考文献 なし

F. 研究発表 なし



平成 26 年度 労災疾病臨床研究事業

## 分担研究報告書

循環器専門医へのインタビュー調査

—現状と課題の把握—

研究分担者

安部 治彦 産業医科大学医学部不整脈先端医学





平成26年度労災疾病臨床研究事業費補助金 分担研究報告書  
(身体疾患を有する患者の治療と就労の両立を支援するための主治医と事業場(産業医等)  
の連携方法に関する研究—「両立支援システム・パス」の開発)

循環器内科医へのインタビュー調査 —現状と課題の把握—

研究分担者 安部 治彦 産業医科大学医学部不整脈先端治療学 教授

研究要旨:

心疾患を発症した患者には就労者も多く、その後の復職(職場復帰)や就労に関して十分な配慮が必要である。しかし就業区分の決定や就業上配慮すべき点に関して、企業側(産業医側)と主治医(医療機関)間でのコミュニケーションは実際的には非常に希薄であり、産業医側に必要な情報が伝わっているか、あるいは患者の不利益になっていないか、などの不安が医療現場(主治医)にはある。本研究の目的は、心疾患を有する就労者の職場復帰に係る循環器内科医へインタビュー調査を行い、復職支援の現状を把握した上で、その改善事項を見出すことにある。

循環器内科医師へのインタビューは、産業医科大学倫理委員会での承認を得た後に開始され、現在も調査継続中である。現時点での主治医調査結果をまとめると、心疾患患者自身から日常生活や社会生活上での一般的な相談を受けることがあっても、企業の産業医から就労や職場復帰を行う上での具体的な患者情報の紹介依頼は殆どなされていないことが明らかとなった。特に、嘱託産業医からの依頼を経験した主治医は皆無であった。現状では、単なる診断書でのやり取りのみしかなく、具体的な患者(就労者)の心機能の程度・身体活動能力や職場環境での注意点(デバイス植込み就労者)、自動車運転の可否、など就労を行う上で必要となる情報提供依頼は殆どなされていなかった。産業医が患者の復職時に行う就労支援(就業区分の決定や職場環境改善、など)において、心疾患を有する就労者の情報提供依頼を主治医に行っていないことは、単に診断書の疾患病名のみで判断されている可能性が高く、過度の就労制限や就労者の医療支援への配慮なしに就業区分が決定されている可能性を示唆するものである。

主治医-産業医間のコミュニケーションをいかに作り上げて行くかが今後の課題であり、適切なツールの作成と併せ、産業医の再教育が必要である。

研究協力者

荻ノ沢泰司 (産業医科大学医学部 第二内科学 学内講師)

河野 律子 (産業医科大学医学部 不整脈先端治療学 講師)

A. 研究の背景と目的

1) 背景

心疾患患者には、就労に従事している者も多い。虚血性心疾患や不整脈疾患の

ため植込み型心臓デバイス治療のために入院し、その後職場復帰する患者も多数存在する。内因性疾患、特に心疾患患者は外見上のみでの疾病の有無や重症度の判断はできない。心疾患患者の特徴は、病状の増悪が軽度の精神的・肉体的ストレスあるいは職場環境の変化であっても突然に発症し、その結果心臓突然死や失神に絡んだ就労事故、心不全の急性増悪による緊急入院、等に結びつく場合がある点が特徴である。即ち、心疾患患者の職場復帰に際しては、心疾患患者の心機能や身体活動能力に見合った適切な就業区分の決定と就業上の配慮（職場環境改善、など）が必要とされる場合があることを認識しておく必要がある。しかし患者（就労者）に対して医療機関が行う医療支援と企業が行う就労支援は、現実的には別々にそれぞれ単独でなされているため、心疾患を有する患者（就労者）にとってその両者がうまく機能していない、即ち両立支援が十分とは言えない現状にある。これは、企業側（産業医）と医療機関（医師側）との間のコミュニケーションがうまくなされていないため、両者にとって本当に必要な情報が十分伝わっていないことが原因と考えられる。

## 2) 目的

本研究の目的は、心疾患を有する就労者の職場復帰に関して医療機関で心疾患の治療に携わる循環器内科医を対象とし

たインタビュー調査を行い、疾病罹患後の職場復帰への障害となる要因や指導方針、主治医-産業医のコミュニケーション、等に関して現状の問題点を把握することである。

## B.方法

### 循環器内科医へのインタビュー調査

循環器内科医へのインタビュー調査に関しては、産業医科大学・倫理委員会での承認を得た後に施行した。調査内容は、プライバシー等に十分に配慮した上で、下記の内容で調査を行った。

#### 方法：

本研究の分担研究者および研究協力者が、循環器内科医として実際に循環器診療業務に従事している医師、あるいは経験を有している医師を対象に直接インタビューを行った。インタビュー対象医師は10名、所要時間は各30分間であった。

#### 対象者：

- ① 産業医科大学病院循環器内科に所属する循環器内科医師：6名
- ② 循環器内科を専門とする開業医師：1名
- ③ 労災病院（九州労災病院、旭労災病院）に勤務する循環器内科医師：3名

#### 聴取する内容：

- ① 患者の復職や就労に関する産業医からの情報提供依頼の有無
- ② 情報提供依頼があった場合の産業医の種類（専属、嘱託、など）と会社の

規模

- ③ 就労指導を行う際の具体的な指導内容
- ④ 循環器対象患者の各疾患や各職業など
- ⑤ 産業医もしくは企業側(産業医)から提供される診断書・意見書やその他の情報のうち、支援に有用な情報(医療機関に出してほしい具体的情報)や就労支援を阻害する可能性のある情報
- ⑥ 心疾患患者が就労を行う際の企業側への要望・希望

上記内容を盛り込んだ具体的なインタビューを行った。

#### 結果の解析：

循環器科医師へのインタビュー調査で得られた結果を、把握しやすいように整理し、大多数の医師より聴取された意見や重要な意見を中心に整理した。

### C.結果

#### 循環器内科医インタビュー

##### ① インタビュー対象者(循環器科医師)

今回のインタビューでは、主に、産業医科大学病院勤務医(6名)、労災病院循環器内科勤務医(3名)および循環器を専門とする開業医(1名)を対象にした。これらの医師には、専属産業医経験者が多く含まれている点で、ある程度の心疾患患者の職場復帰や就労支援に関心のある医師といえる。また多くの医師は、患者が就労する企業側への診断書や情報提

供の経験を有していた。

##### ② インタビュー内容

実際のインタビューの項目は、下記の通りである。

- a) これまで復職支援に携わった経験があるか
- b) 主治医として企業(産業医)との患者情報のやり取りをしたことがあるか
- c) 患者の疾患、年齢、性別など
- d) 円滑に職場復帰に向けての会社側との情報のやり取りができたか
- e) 具体的なやり取りの情報内容
- f) 問題点、要望

##### ② 実例とインタビュー回答のまとめ

多くの医師が、産業医との連携に疑問や不安を感じており、医療機関の主治医と産業医間のコミュニケーションが整っていないことを実感していた。また、主治医が記載する診断書には、患者から求められた内容を遜色ない程度に記載する、などの意見があった。その理由として、患者が復職するにあたり企業・産業医が真に必要なとする情報がわからない。また就労内容に関しては、企業(産業医)からの情報はなく、患者からのみの情報であり、実際にどの程度の負担を強いる仕事内容なのか、どのような危険性がある職場環境なのか、などの仕事内容の十分な把握ができないため、一般的な意見を述べるに留まるとの回答であった。一方、職場復帰に関して、循環器疾患には事務

的作業や知的作業では、あまり問題とならないものの、工場勤務における肉体労働を伴う職場に復帰する場合、交代制勤務がある場合、運転業務がある場合、高所作業などの危険業務を行う場合には、診断書のみならず主治医としての意見書提出などを行い、細やかな配慮が必要であるとの意見が大多数を占めた。以下に、インタビューで得られた現状について、多数得られた結果や重要な結果を挙げた。

- a) 主治医意見を求められた経験はあるが、いずれの場合も大企業の専属産業医が就労区分を決定する際の参考とするためであった。しかし、これらに主治医への意見書依頼は中小企業の嘱託産業医から依頼されたことはない
- b) 専属産業医から医療機関への主治医意見書の依頼は、あったとしても復職（職場復帰）時のみの1回である。産業医が就労区分を変更したり、その後の治療経過に関しての主治医意見書依頼がなされた経験はない
- c) 診断書の形式および記載内容に対する主治医の意見が反映し難い（職場環境や具体的な就労内容が不明である）
- d) 診断書発行後のその後の経過（配置換えの有無、職場環境改善や安全対策の有無、交代勤務の是正の有無、通院時の配慮がなされているか、作業に伴う実際の負荷への配慮がなされているか）等々の情報は主治医側には不明で

ある

- e) 診断書の内容を企業（産業医）どのように処理しているのかわからないので不安である
- f) 公務員や事務職での職場復帰時の診断書あるいは意見書の提出を求められたことは殆どない
- g) 患者が従事する仕事内容を十分把握できていないことの不安
- h) 主治医が記載する診断書や意見書等で、患者の就労上での不利益を与えていないかという不安
- i) 産業医が最も必要としている情報が何か主治医としてわからない
- j) 産業医と主治医の直接のコミュニケーションが得られていない（就労に関して患者への負担を考慮するのに必要な主治医の意見を企業（産業医）から求められることが殆どない）
- k) 簡便で有用性の高い主治医と産業医間の連携ツールが完全に欠如している

## D.考察

### 1) 循環器疾患患者における両立支援の必要性

疾病管理支援と就労支援による両立支援の必要性は、がん患者に限ったことではなく、循環器疾患（突然死や虚血性心疾患、心不全や不整脈疾患、など）患者でも両立支援が必要であることは言うまでもない。表1に、循環器疾患の代表的な疾患と治療の流れを概説した。急性心

筋梗塞に罹患した就労者は、発症時の急性期入院治療のみならず退院後も外来での定期的な通院治療あるいは短期の入院治療の継続が必要となることが多い。また、心筋梗塞後には、心機能低下に伴う慢性心不全を発症し、危険性や致死性不整脈により心臓突然死をきたす危険もある。患者が自身の身体活動能力低下に対する就労上での不安のみならず精神的な不安感・恐怖感をもち続けて就労に携わっていることが多い。がん患者は疾病の進行とともに、徐々に病状の変化をきたしてくるのとは対照的に、循環器疾患患者は病状の急激な突然の変化をきたし得ることや、治療経過とともに病状が時事刻々と変化するため、その時々での医学的健康状態に応じた就労管理を行う必要性が必要となる。従って、循環器疾患を有する就労者の健康状態を定期的に把握し、その健康状態に応じた的確な就労指導や就労管理を行うためには、定期的あるいは病状の変化時点での医療機関（主治医）と企業（産業医）との間での情報伝達が必要となってくる（図1）。

## 2) 主治医による循環器疾患の就労支援

心疾患を有する就労者の就労支援に関して、日本循環器学会はガイドラインを発行している。心疾患患者が職場復帰あるいは就労を行う上で、医療機関の主治医は診療ガイドラインを参考の上患者指導を行う。一方、循環器疾患を有する就労者管理の特殊性として、患者（就労者）の身体活動能力や心機能に応じた就業区分の決定のみならず、ガイドラインに示すことのできない個々の職種・職場特有の問題、職場環境改善（心臓植込みデバ

イス治療患者の職場での電磁干渉問題、など）や自動車運転制限（植込み型除細動器患者や失神患者、など）への配慮も考慮する必要がありより複雑である。

しかし、今回のインタビュー調査の結果からも明らかなように、主治医が患者の就労状況（就労区分など）や職場環境、具体的な仕事内容を産業医の情報提供なしに把握することは現実的には困難である。その結果、主治医が患者の社会生活および就労に際して指導を行う場合には、一般的注意事項のみに留めざるを得ない。また、産業医から主治医への情報提供依頼は殆どなされていないことも判明した（単なる診断書のみが大部分である）。大企業で働く専属産業医からの情報提供依頼を経験した循環器内科医はいたが、嘱託産業医から依頼を受けた経験のある循環器内科医は皆無であった。また、大企業の産業医からの情報提供依頼も復職（職場復帰）時のみに限られており、その後の就労区分変更時や経過中での依頼は殆どなされていなかった。

## 3) 循環器疾患患者への両立支援

心疾患を有する患者に対して、医療機関の主治医が行う疾病管理支援と企業の産業医が行う就労支援がうまく機能し、患者が循環器疾患の治療を十分受けつつ、かつ疾患の増悪をきたさない範囲で就労を継続していくためには、主治医-産業医間での両方向性の情報共有が必要であることは言うまでもない。単なる紹介状や診断書程度の書類のやり取りのみでは十分に機能せず、患者が就労に携わる上での両立支援も進まない。即ち、主治医に取って必要な情報が何であるかを産業医

が事前に把握した上で主治医への情報提供を求める必要性がある。逆に、産業医に取って最も必要な情報が何であるかを主治医が事前に把握した上で産業医への情報提供を求めることが必要である。

例えば、ペースメーカーや植込み型除細動器(ICD)などのデバイス治療の患者(就労者)を例にすると、主治医が産業医に情報提供を行う上で、これまでどの様な就労区分で働いていたのか、どの様な職場環境で仕事をしていたのか、仕事で自動車運転を行う必要があるのか、あるいは高所作業や危険作業に従事することがあるのか、などの情報は主治医にとって最低限必要な情報である。主治医は、それに基づいて患者の心機能状態や投薬情報、ICD 作動による就労中の意識消失発生の可能性、あるいは職場環境での電磁干渉による健康被害発生の可能性、などについて産業医が必要とする情報提供を提供することができる。また、今後の定期的な患者の健康情報のやり取りを継続することも同時に依頼しておく必要がある。

一方、産業医は主治医から現時点での身体活動能力(Mets)や投薬情報のみならず原因疾患の急性増悪や意識消失発作を起こす可能性についても情報提供をしてもらえれば、今後の就労者の職場復帰や就労に際して就労区分や職場環境管理の決定や改善を行う上で非常に参考となる。

## E. 結論

循環器疾患を有する患者(就労者)において、医療機関(主治医)での疾病管理

支援と企業(産業医)での就労支援がうまく機能し両立支援がなされるためには、医療機関(主治医)と企業(産業医)での両方向性の情報提供が必要となる。しかし今回の循環器内科医でのインタビュー調査結果では、産業医から主治医への情報提供依頼が殆どなされていない現状が反映されている。特に、嘱託産業医からの依頼を経験した循環器内科医は皆無であり、今後早急な改善が望まれる。就労者の抱える疾患により、また就労者が働く職場環境により必要とされる健康情報は、各就労者により異なっている筈である。それらの点を踏まえた上で、主治医-産業医間のコミュニケーションをいかに作り上げる必要があり、心疾患患者の両立支援を行う上で最も重要な課題と思われる。両立支援を成し遂げるためには産業医に対する再教育が必要と思われる。

## F. 引用・参考文献

なし

## G. 研究発表

1) 安部治彦、河野律子、荻ノ沢泰司. ヒューマンファクターと安全の接点-医学的側面から- 安全衛生コンサルタント 2015, in press

表1.循環器疾患の特殊性

各疾患毎に治療方針と計画は異なる。また各疾患は、単独ではなく、組合わさっていることが多い。

・虚血性心疾患：長期の薬物が必要。心筋梗塞、等で心機能が低下している場合には、その後に心不全や致死性不整脈の発生の可能性も考慮。

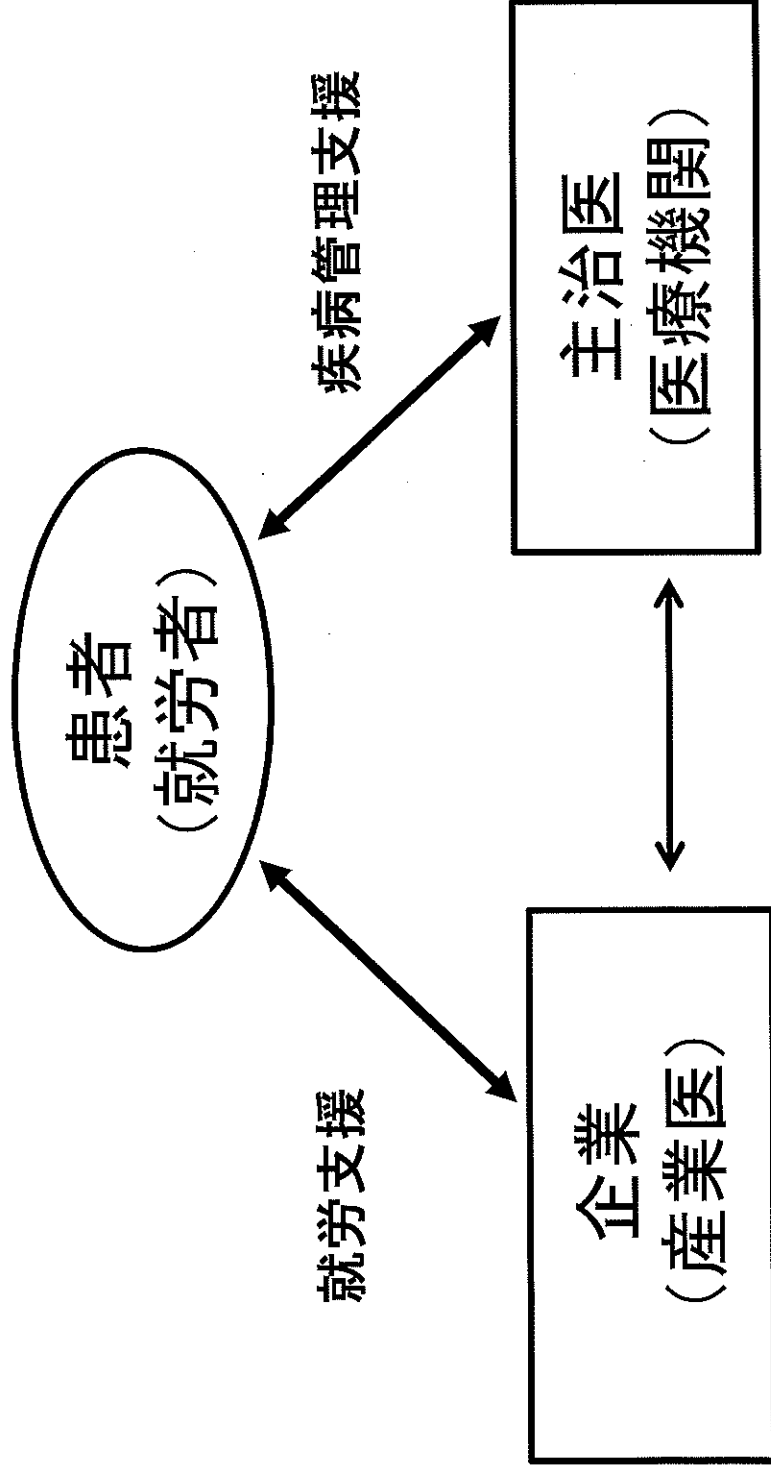
・慢性心不全：就労により病状悪化をきたし、入退院を繰り返す可能性がある。定期的な治療管理が必要となるが、問題なく就労活動ができる場合もある。症状改善後も長期の薬物治療の継続は必要。

・不整脈疾患：治療により完治するものからデバイス治療が必要になるものまで種々ある。薬物治療では長期に継続加療が必要となることが多い(例えば、心房細動)。デバイス治療では、職場の電磁干渉が問題となり、意識消失をきたす不整脈では自動車運転が制限される場合がある。

・心臓手術後：弁置換手術後では長期の抗凝固療法が必要となる。冠動脈バイパス術後では、虚血性心疾患に準ずる。



# 両立支援の必要性



平成 26 年度 労災疾病臨床研究事業

## 分担研究報告書

事業場での就労支援に際して、主治医が提供すべき情報  
および情報提供において必要な就労実態等に関する検討  
「リハビリテーション科専門医」へのインタビュー調査

研究分担者

佐伯 覚 産業医科大学リハビリテーション医学講座



平成 26 年度労災疾病臨床研究事業費補助金研究 分担研究報告書  
(身体疾患を有する患者の治療と就労の両立を支援するための主治医と事業場(産業医等)  
の連携方法に関する研究—「両立支援システム・パス」の開発—)

事業場での就労支援に際して、主治医が提供すべき情報  
および情報提供において必要な就労実態等に関する検討  
「リハビリテーション科専門医」へのインタビュー調査

研究分担者 産業医科大学リハビリテーション医学講座 教授 佐伯 覚

研究要旨

【目的】脳卒中や骨関節疾患等の肢体不自由障害者の復職や就業配慮に関する留意点について、診療経験が豊富なリハビリテーション科専門医にフォーカスグループディスカッションを実施し、就業配慮のために提供すべき必要な情報の整理、医療機関での就業状況の把握方法、事業場への情報提供の方法等を明らかとし、適切な就業配慮を行う手法を導き出すとともに、その阻害要因についても見出し解決策を提示する。

【方法】北九州市内の医療機関に勤務するリハビリテーション科医 5 名を対象に、フォーカスグループディスカッションを実施する。

【結果および考察】医療機関側より情報提供できる脳卒中の復職を促進する要因および阻害する要因については、すでに予後予測研究などで明らかとなった要因に合致している。しかし、どのような情報でも、事業場側で復職できない事由として利用されることがあるため、当初は曖昧な表現や内容で診断書を記載することが多い。

医療機関側での就労状況の把握方法は、本人より直接聴取する、本人の同意を得て職場の上司等が来院した折に確認することが多い。医療機関側から事業場への情報伝達の方法は限られており、頻度としては院内で職場上司との面談によることが最も多い。

肢体不自由者において就業配慮を行う際に障害となる要因については、産業医や職場の無理解や偏見が最も重要となる。本人を含めて、医療機関側と事業場の連携方法、その背景にある信頼関係をいかに構築するかにかかっている。

研究協力者

加藤徳明 (産業医科大学 リハビリテーション医学講座 助教)  
伊藤英明 (産業医科大学 リハビリテーション医学講座 助教)  
白石純一郎 (産業医科大学 若松病院リハビリテーション科 助教)

## A. 研究目的

従業員が疾病に罹患し復職する際に、企業の担当者が治療状況の確認をしたうえで、身体的な能力低下を確認したうえで仕事と健康状態のミスマッチを解消するよう就業配慮が実施される。就業配慮に際して、主治医側より提供される従業員の健康状態や治療状況に関する情報は極めて重要である。そこで、本研究においては、主として肢体不自由者（脳卒中や骨関節疾患など）の復職や就業配慮に際して、休・復職診断書や情報提供に携わった経験のある専門医を集め、グループディスカッションを行うことにより、①就業配慮のために提供すべき必要な情報の整理、②医療機関での就業状況の把握方法、③事業場への情報提供の方法等を明らかとし、適切な就業配慮を行う手法を導き出すとともに、その障害要因についても見出し解決策を提示する。調査は肢体不自由者を診療するリハビリテーション科専門医を対象に実施する。

## B. 研究方法

### 1) 対象者：

北九州市内の医療機関において脳卒中・骨関節疾患等の肢体不自由者の診療経験が7年以上のリハビリテーション科専門医とする。

### 2) 方法：

フォーカスグループディスカッションを上記対象者に実施し、結果を内容分析法により解析する。各グループディスカッションの参加者は5名程度、ディスカッション時間は2時間程度を想定している。

### 3) 聴取する内容：

①医療機関側担当医等から提供される診断

書やその他の情報のうち、

+就労支援に有用と考えられる情報（医療機関として提出できる情報）

+就労支援を阻害する可能性のある情報

②医療機関側での就業状況の把握方法

③医療機関側から事業場への情報伝達の方法

④就業配慮を行う際に障害となる要因についても併せて整理する。

## C. 研究結果

リハビリテーション科医5名出席によるフォーカスグループディスカッションを実施した。ディスカッションの内容についてはボイスレコーダーに録音記録するとともに、主要な意見を下記に抜粋した。

- 1) 医療機関側担当医師等から提供される診断書やその他の情報のうち、①就労支援に有用と考えられる情報（医療機関として提供できる情報）、②就労支援を阻害する可能性のある情報について
  - ① 就労支援に有用と考えられる情報（医療機関として提供できる情報）
    - ・ 臨床症状や所見：認知機能・高次脳機能、片麻痺側と重症度、補装具使用の有無、歩行状況（歩行移動の注意点）、ADL、けいれん発作などの合併症、など
    - ・ 治療状況：疾患（合併症含む）のコントロールの状況、内服薬、通院頻度など
    - ・ 就業上注意すべき点：作業に及ぼす障害の程度、作業に集中できる時間、高所作業の可否、自動車運

転の可否（けいれん発作のコントロールの状況を含む）など

- ・ 就業制限事項：短時間勤務、配置転換（職務を限定せず「軽作業で復帰可能」と診断書に記載することが多い。曖昧な表現であるが、細かく作業を規定すると配置転換場所がなくなり復帰を阻害するため経験上このように記載することが多い）
  - ・ 注意事項や制限事項ではなく、むしろ、本人ができる能力面についての情報が有用
- ② 就労支援を阻害する可能性のある情報
- ・ けいれん発作など運転業務の制限事項
  - ・ 詳細な症状や障害の記載→本来復職可能なのに、重度な障害という印象をもたれ復帰を阻害することが多い。
  - ・ どのような情報でも、事業場側で復職できない事由として利用されることがある。

## 2) 医療機関側での就業状況の把握方法について

- ・ 患者本人の同意を得て、企業への問い合わせをすることが原則
- ・ MSW が本人と家族から仕事内容を含めて聴取することが多い。その後、あらためて担当リハスタッフ（療法士）が復職アプローチの一環として、本人あるいは事業場へ問い合わせる。
- ・ 病院によっては、主治医やリハ科

担当医が本人への聴取を行っている。

- ・ 医師から直接事業場へ問い合わせることはしていない。事業場との信頼関係が構築されていない段階での問い合わせは、復職の大きな阻害要因となるから
- ・ 職場上司との面談の際に聴取する。

## 3) 医療機関側から事業場への情報伝達の方法

- ・ 院内での職場上司との面談（頻度が多い）
- ・ コンタクトが取れた場合は産業医と電話で話す
- ・ 各事業場が準備している復職判定意見書に記載する（大手企業の場合は事業場指定のフォーマットがあるが、中小企業の場合は既定のフォーマットはあまりみない → 北九州市内では既定のフォーマットで記載した経験がない出席医師が大半であった）
- ・ 事業場の担当者が来院せず、結局患者本人を通じてのことが多かった。

## 4) 就業配慮を行う際に障害となる要因について

- ・ 情報提供を行う際、事業場側の姿勢（復職に前向きか、そうでないか）が不明なことが多く、本人の同意を得たとしても情報提供に躊躇する。
- ・ 事業場が復職に前向きであれば情報はオープンにする、そうでなけ

れば提供する情報を絞り込んで復職の妨げとならないように配慮している（実際、非常に診断書等に書きにくい）

- ・ 復職診断書については、本人を含めた事業場担当者の面談・話し合いが終了した後、就業制限（時間的配慮など）を含めて記載し情報提供している。
- ・ 産業医を含めて事業場側の担当者の脳卒中（高次脳機能障害）・骨関節疾患の医療情報に関する理解不足が多く、後々トラブルとなる事例が多い（復職できるのに早とちりされて復職否と判断されたことがある）。また、障害に対する先入観や偏見から、症状や就業能力で判断されず、「診断名より復職は否」と判断されがちである。たとえば、産業医が復職 OK であっても、最終的に人事部門で復職否と判断されることがある。
- ・ 医療者側と事業場との直接の双方向性のコミュニケーション手段がない。

#### 5) その他

- ・ 院内での事業場側と医療者側の面談は、本人の同意を得て本人も同席するのが原則だが、事業場側の復職に対する意思を確認するため本人なしで面談する場合もある。
- ・ 事業場側への情報提供（面談など）に関しては、本人に口頭で同意を取ってカルテに記載しているが、文書として同意書を取っていない

→ 生命保険診断書の事后面談のように、文書で情報提供に関する同意書を取得する必要があるのでは

- ・ 事業場側へ提出する資料については、事前に本人に確認してもらっている。
- ・ 事業場側との面談については、話す内容や進行方法について医療者側と患者本人とで事前に打ち合わせをしている。なぜなら、本来情報提供を目的とする面談の場が、復職交渉の場（修羅場）と化すからである。
- ・ 事業場側の面談者がどのような立場であるかが重要である。単に情報伝達者であれば、口頭では誤って伝えられることがあり、伝達内容を文書化する必要がある。復職などの決定権を持った面談者であれば、その場で復職が決定されることがある。
- ・ 職場訪問は、事業場との面談が終了後、受け入れ体制が整ってから実施すべき。熱心なりハスタフが先走りして、職場訪問をして復職に失敗したことがある。
- ・ 上記の背景には、現在の回復期リハビリの介入方法が影響している。回復期リハビリは、脳卒中や大腿骨髌部骨折を中心に在宅復帰を目標としており、大部分は「高齢者仕様（高齢者向けリハビリ→介護保険サービス利用）」となっており、復職を目標とする若年脳卒中者向けになっていない。そのため、熱

心な若手のリハスタッフは在宅復帰と同様のスタンスで、積極的に事業場へ働きかける傾向にあり、この点注意が必要であり、今後、啓発（教育・指導）が必要

- ・ 脳卒中後の自動車運転の可否について判断を求められることが多い。事業としての運転業務に関しては、医学的なアドバイスができて、最終的には事業場側（管理者）の判断になる。事業場側の責任回避目的で医療者側に判断を求めてくることが多い。
- ・ 通勤等自家用車の運転再開は医学的な範疇での可否は判断できても、公安委員会による免許更新の判断を受け、最終的に自己責任での運転再開となる。現在、当講座では医学的な範疇での可否判断の要件として、「簡易的自動車シミュレータでの検査と自動車教習所での路上教習の結果」を次のステップの判断根拠としている。

#### D. 考察

医療機関側より情報提供できる脳卒中の復職を促進する要因および阻害する要因については、すでに予後予測研究などで明らかとなった要因に合致している。しかし、どのような情報でも、事業場側で復職できない事由として利用されることがあるため、当初は曖昧な表現や内容で診断書を記載することが多い。

医療機関側での就労状況の把握方法は、本人より直接聴取する、本人の同意を得て

職場の上司等が来院した折に確認することが多い。医療機関側から事業場への情報伝達の方法は限られており、頻度としては院内で職場上司との面談によることが最も多い。

肢体不自由者において就業配慮を行う際に障害となる要因については、産業医や職場の無理解や偏見が最も重要である。本人を含めて、医療機関側と事業場の連携方法、その背景にある信頼関係をいかに構築するかにかかっている。

#### E. 結論

脳卒中等の肢体不自由において疾患特異的な、就労を促進する、あるいは、阻害する要因は医療機関側で十分把握されており、情報提供できる状況にある。しかし、肢体不自由者において就業配慮を行う際に障害となるのは、事業場側の無理解や偏見であり、本人を含めて、医療機関側と事業場の連携方法、その背景にある信頼関係をいかに構築するかにかかっている。

今後、このような連携方法の確立のための具体的な方策や手順の検討を進めてゆく必要がある。

#### F. 参考文献

なし

#### G. 研究発表

なし



平成 26 年度 労災疾病臨床研究事業

分担報告書

プライバシーへの配慮等の倫理的事項の検討  
「身体疾患を有する患者の就労支援における主治医と産業医の  
情報共有に関する倫理的検討」

【中間報告】

研究分担者

藤野 昭宏

産業医科大学医学部 医学概論教室



平成 26 年度労災疾病臨床研究事業費補助金研究 分担研究報告書  
(身体疾患を有する患者の治療と就労の両立を支援するための主治医と事業場(産  
業医等)の連携方法に関する研究—「両立支援システム・パス」の開発—)

身体疾患を有する患者の就労支援における主治医と産業医の情報共有に関する  
倫理的検討

研究分担者 藤野 昭宏 産業医科大学 医学部 医学概論教室 教授

研究要旨

【目的】

身体疾患を有する患者の就労復帰に際し、主治医と産業医又は企業の間での医療情報の開示及び提供において倫理的に留意すべき事項を検討すること。

【方法】

国内外の産業医の倫理綱領や産業保健従事者のための倫理ガイドラインの中から、主治医と産業医との間で身体疾患を有する患者の就労復帰の際に留意すべき倫理的事項を抽出して整理した。

さらに、本研究の共同研究者である臨床医を対象に半構造化面接によるインタビューを行い、現時点で身体疾患を有する患者の就労復帰に際して、主治医の立場での産業医又は企業に対する医療情報開示における倫理的問題点に関する調査を行った。

【結果】

身体疾患を有する患者の就労復帰に際して、主治医と産業医の間での医療情報の開示及び提供において倫理的に留意すべき事項に関して明記された内容は、何れのガイドラインにおいても存在しなかった。しかしながら、5つのガイドラインの内2つの指針の中で、産業医から主治医に医療情報を求める際の、身体疾患を有する従業員本人にその旨を伝えて同意を得るという一般的なインフォームド・コンセントの手続については明記されていた。

また、共同研究者である3名の臨床医へのインタビューの結果から、身体疾患を有する患者の職場復帰に際して、主治医の立場で産業医及び企業に対する医療情報の開示及び提供における倫理的留意事項として、患者本人が就労に際して社会的不利益を被らないように相当に慎重な開示及び提供を実施していることが示唆された。

研究協力者

岡 亜希子 (産業医科大学 産業医実務研修センター)

## A. 研究の背景と目的

### 1) 背景

疾患を有する患者の就労復帰に際して、主治医が産業医や企業に対して患者の医療情報を開示又は提供する場合、「患者のために最善を尽くす」という医の倫理や「患者中心の医療」の生命倫理学に則って、患者の不利益にならないようにインフォームド・コンセントに基づいた相当に慎重に配慮することが求められる。

しかしながら、疾患を有する患者の就労復帰に際して、主治医が産業医又は企業に対する患者の医療情報を開示又は提供する場合の具体的な倫理的配慮事項について明記された、臨床医と産業医の立場の双方から公式に承認されている実践的な倫理ガイドラインの存在の有無やその内容については、これまで十分に検討された調査や研究はほとんど存在していない。

### 2) 目的

本研究の目的は、身体疾患を有する患者の就労復帰に際し、主治医と産業医の間の医療情報のやりとりにおいて、双方の間で具体的に何か問題となっているのかをできるだけ明らかにし、倫理的に留意すべき事項を検討することである。今年度は、主治医が産業医や企業に対して患者の医療情報を開示又は提供する場合の倫理的留意点について検討する。

## B. 方法

### 1) 文献調査

海外の産業医・産業保健に関する倫理ガイドラインとして、「ILO 健康サーベイランスのための技術・倫理ガイドライン・労働者個人情報の保護実施要項」、「国際産業保健学会 (ICOH) : 産業保健専門職のための国際倫理コード」及び「英国王立内科医会産業医部会 : 産業医のための倫理ガイダンス」、国内の倫理ガイドラインとして、「日本産業衛生学会 : 産業保健専門職の倫理指針」と「健康開発科学研究会 : 産業医の倫理綱領」の合計 5 つの倫理ガイドラインを公にされている倫理指針として位置付け、主治医と産業医との間で身体疾患を有する就労者の職場復帰の際に留意すべき倫理的事項と関連すると考えられる箇所を抽出し検討を行った。

### 2) 臨床医へのインタビュー調査

本研究の共同研究者である血液内科医、循環器内科医及びリハビリテーション医の 20 年以上の臨床経験のある 3 名の医師に対し、半構造化面接法を用いて、これまでの診療経験で患者の就労復帰に際し、主治医として産業医や企業に対して医療情報の開示・提供において、倫理的に考慮したことを中心にインタビュー調査を実施した。

このインタビュー調査は、対象となった 3 名の臨床医が本研究の共同研究者であるため、倫理委員会への申請は要しないとの倫理委員会の判断により実施した。

インタビュー内容は以下の通りである。

- ① 患者の就労復帰に際して、どのような点に問題があったのか。
- ② 患者の就労復帰に際して、疾患に特有の配慮すべき医療情報の開示の条件は何か。
- ③ 患者の就労復帰に際して、主治医として産業医や会社に望むことは何か。
- ④ 患者の就労復帰に際して、産業医がいない会社に対して必要なものは何か。

インタビューの結果は、全体を通して理解しやすいように列挙し直し、重要な内容を中心に整理した。

## C. 結果

### 1) 海外の倫理ガイドラインの現状

#### ① ILO 健康サーベイランスのための技術・倫理ガイドライン・労働者個人情報の保護実施要項

疾患を有した患者の就労復帰の際の主治医と産業医や企業との間での医療情報の開示・提供に関する内容の記載は特になく、一般的な職場における個人情報保護の指針として、以下のことが示されている。

- ・ 雇用者は、以前の事項に関する労働者の個人情報を収集してはならない。
  - (a) 性生活 (b) 政治的、宗教的またはその他の信念・信条 (c) 前科
- ・ 例外として、雇用者は、その情報が雇用上の決定に直接関連し、国内法に準拠

するのであれば、上記の事項に関する個人情報を収集することができる。

これは、会社が労働者の性生活や宗教及び前科という極めて私的な個人情報を収集してはならないというものであり、疾患を有した労働者の就労復帰の倫理問題とは直接的に結びつかない内容である。(会社→労働者)

#### ② 国際産業保健学会 (ICOH) : 産業保健専門職のための国際倫理コード

これも疾患を有した患者の就労復帰の際の主治医と産業医や企業との間での医療情報の開示・提供に関する内容の記載は特に存在していなかった。ただし、産業医から労働者への通知義務として、以下の指針が規定されている。

- ・ 産業保健専門職の任務と義務：労働者に対する情報；健康サーベイランスの枠組み内で行われた健康診断の結果は、当該労働者に通知されなくてはならない。

#### ③ 英国王立内科医会産業医部会：産業医倫理ガイダンス (第6版)

海外のガイドラインでは、この英国の指針が以下のとおり最も詳細且つ具体的に記載されており、産業医と主治医の間での医療情報のやりとりについて言及されていた。

- ・ 通常、産業医は、本人の同意の下に、本人の健康に対して負荷となり得るような業務に関連する事項を、本人の診療を継続的に責任を持つ家庭医に

知らせなければならない。例外的な状況においては、この告知を本人の同意なしに行ってもよい。また、労働者の一般的な診療に関することは、家庭医に報告しなければならない。(産業医→主治医)

- ・ 特定の労働者の健康や職務適正に関する報告書が使用者に提出される場合、産業医の使用者に対する義務について当該労働者が理解している必要がある。(産業医→会社)
- ・ 産業医は患者から得られた個人情報の秘密を保持し、下記に示す例外的な状況を除いて、下記に示す例外的な状況を患者の同意なしに決して情報開示してはならない。また、患者は開示に同意あるいは拒否するとき、その開示の意義を認識していなければならない。(産業医→患者)
- ・ 使用者がどのような情報が産業保健専門職から提供され、何が開示されていないか、といった知識に乏しい場合、産業医にとって問題が起こり得る。このような場合、産業保健サービス機関や産業医が、守秘義務や情報開示に関する方針を作り、それを使用者や労働者と共有することができれば、産業保健サービス提供側への信頼を築き、専門家としての行動基準を理解してもらうことができるため、すべての関係者にとって役立つものとなる。使用者と労働者代表とのサービス内容に関する定期的な会議は、相互理解を促進

するのに有用なことが多い。(産業医→会社)

- ・ 個人情報や公共の利益のために、患者の同意なしに、あるいは例外的な状況で患者が同意を保留した場合にも、開示されることがある。これは個人や社会にとっての利益が、情報を開示しないことによる公共や患者の利益を上回る場合などである。すべての事例で患者の同意のない情報開示を考慮する場合、弊害(患者への弊害と医師患者間の全般的な信頼関係を損ねる弊害)と情報の公開により得られると考えられる利益をよく比較検討しなければならない。(産業医→患者)

## 2) 国内の倫理ガイドラインの現状

### ④ 日本産業衛生学会：産業保健専門職の倫理指針

この倫理ガイドラインは、国内で唯一の学会が作成した産業保健専門職のための倫理指針であり、産業医と主治医の間での健康情報のやりとりについて記載されている。しかしながら、疾患を有した患者の就労復帰に際しての主治医と産業医の間での医療情報の開示・提供に関する内容についての記載はみられていなかった。

- ・ 労働者の安全と健康をまもるために健康情報を事業者に開示する必要がある場合には、労働者の承諾を前提とし、その範囲は職務適性の有無や労働に際して具体的に配慮すべき事項に

限定する。(産業医→会社)

- ・ 医師は労働者の健康の保持に必要な場合に、本人の同意を得て、自らの職責と利用目的を明らかにした上で、かかりつけ医などの他の保健専門職に健康情報を求め、あるいは提供することができる。(産業医⇄主治医)

#### ⑤ 健康開発科学研究会：産業医の倫理綱領

これは、産業医科大学初代学長の土屋健三郎らによって日本で最も早期に作成された産業医のための倫理ガイドラインである。下記のとおり、産業医の会社に対する情報開示についての記載はあるものの、疾患を有した労働者の就労復帰の際の主治医と産業医の間での医療情報の開示・提供に関する内容はみられていない。

- ・ 従業員の HIV に関する譲歩は、一般の医療情報同様、個人のプライバシーが完全に保てるように厳重に管理されなければならない。就業制限のため会社に報告する必要がある場合は、会社組織上で必要最小限の人数(課長や部長職など)に絞って行い、その際、職務上知り得た医療情報に対する守秘義務があることを徹底して説明すべきである。(産業医→会社)
- ・ 産業医が医学的評価に関して事業所に助言する内容は、就業制限事項に限るべきである。会社側に報告書を提出する内容は、従業員と十分検討した上

で従業員の署名入りの同意書を得ることが必要である。一方、事業所の従業員に対する安全衛生配慮の責任が法的規定されているが、事業者が自由に閲覧できる情報は作業環境や産業保健に関するものに限定し、個人の医学情報(診断名や治療内容など)はその対象外であることを倫理的に明確にしなければならない。(産業医→会社)

①～⑤については、表 1 に整理した。

### 3) 臨床医へのインタビューの結果

本研究の共同研究者である血液内科医、循環器内科医及びリハビリテーション医の 3 名の臨床医に対し、半構造化面接法を用いて、これまでの診療経験で患者の就労復帰に際し、主治医として産業医や企業に対して医療情報の開示・提供において、倫理的に考慮したことを中心にインタビュー調査したところ、次のような結果が得られた。

#### ① 血液内科を専門とする臨床医へのインタビュー結果

##### a) 会社に対して困ったこと

- ・ 会社の窓口がわからない、誰に相談すればよいかわからない
- ・ 産業医の名前がわからない、責任のある上司が誰かが明示されていない
- ・ どういう復職状況になるかを聞きたくてもわからない

- b) 会社に対して望むこと
  - ・ 産業医がいる場合は産業医が窓口になってほしい
  - ・ 具体的な復職プログラムを提示してほしい。
  - ・ 医療情報を悪用しないことを明文化してほしい
  - ・ 変動する臨床情報を長期的に提供しないといけないことを理解してほしい
- c) 医療情報の開示範囲について
  - ・ 会社にどこまで喋ってよいかの確認作業が取れない
  - ・ ご本人にとって不利益になる可能性がある情報は、波及効果が見えない以上、主治医としてはご本人を守るために会社に流さない、事故につながるような禁止事項しか伝えられないという現状がある
  - ・ 個人情報をごどのように利用するのか、どのようにご本人に還元されるのかを知りたい。
- d) 産業医に対して望むこと
  - ・ 就業状況（医学的な負荷やリスク）について、医学的言語に翻訳して主治医に伝えてほしい
  - ・ 会社から雇用についての保障を伝えてほしい
  - ・ 医師として信頼できる医学的知識・理解力があるかどうか不安である
- e) 産業医がいない会社に対する要望
  - ・ 信頼できる医学的レベル（臨床知識）と倫理観、具体的な作業の主治医への翻訳力の能力が必要ではないか
  - ・ 産業医から主治医に情報を伝える際に利用できるツールや説明の流れについて検討してほしい
  - ・ 復職のためのフォーマットがほしい
  - ・ 主治医が復職の支援を果たせるようなフォーマットがあれば産業医が不在での復職が比較的スムーズに行くのではないか
- ② 循環器内科を専門とする臨床医へのインタビュー結果
  - a) 循環器領域において就業上問題となる前提
    - ・ PM、ICD などのデバイスに対する電磁波干渉があること
    - ・ 突然発症→事故・大災害につながる（癌との違い）
    - ・ 肉体的負担は誘発要因であること
  - b) 主治医から産業医に望むこと
    - イ) 業務内容、職場環境などの情報提供
      - ・ 特殊業務（高所、運転、電磁干渉を起こす職場など）かどうか
      - ・ 負荷の評価（METs）をするため、勤務形態の具体的内容の情報がほしい
    - ロ) 臨床的知識の共有化



- ・ 臨床医は、専門医の立場から、ガイドラインに沿った一定したアドバイスを  
するため、産業医は現場に特化した  
個別対応し、臨床と直結させるために、  
主治医とのコミュニケーション能力  
を高め、会社へ誤解が生じないように  
翻訳するスキルを磨き、職場でのリス  
ク管理を行う必要がある

c) 会社とのやりとりで生じている問題

イ) 安全配慮義務への過剰反応

- ・ 主治医が良かれと思って過剰・詳細な  
診断書を作成すると、会社が安全配慮  
義務に過剰反応してしまう危険性が  
ある
- ・ 医学情報の認識のズレが大きく、病気  
の急変が理解されない  
ex.)ICD 植え込み患者の 40%がクビ  
になる→患者が ICD を拒否
- ・ 緊急性がある場合は、法的には主治医  
も安全配慮義務が優先されるが信頼  
関係が壊れるため、産業医から主治医  
と直接連絡をとることの同意をとっ  
てほしい

d) 就労復帰に関する循環器学会の対応の  
現状

- ・ 診断書の書き方・情報の伝え方に問題  
があるため、循環器学会では、診断の  
サンプルをガイドラインに基づいて作  
成している
- ・ 循環器学会で専門医に対して教育し  
ており、産業医側からもアプローチが

必要ではないか

③ リハビリテーション医学を専門とす  
る臨床医へのインタビュー結果

a) 脳卒中患者復職における特徴・問題

- ・ 脳卒中になった方で復職可能な人は全  
体の 3 割程度と低い (配置転換含む)
- ・ 復職可能者を 7 割に増やすのは無理  
だが、ボーダーの人が復職できるよ  
うにはしたい
- ・ 中途障害者に対する職場復帰に対す  
る法的支援制度がなく (民事不介入の  
ため)、各企業に対応が任されている
- ・ 最初の復帰ができるかどうかをもっ  
ともハードルが高い
- ・ 会社からの偏見が大きい: 脳に障害が  
起きた時点で職場復帰は困難なこと  
が多い
- ・ 一旦安定すれば悪化することはない  
ことをもっと知ってほしい
- ・ 作業内容と重症度のマッチングが重  
要、個人差が大きいため、復帰のため  
のクライテリアを決めることは困難  
である

b) 会社との医療情報をやりとりする際に  
困ったこと

- ・ コミュニケーションエラーが起きるこ  
とが多い
- ・ 半年までは症状が改善していくが、急  
性期にはどこまで回復するか予測困  
難であり、情報開示のタイミングが早  
過ぎると、その時点での回復度合いを

みて仕事ができないと判断されクビになる

- ・ 診断書の書き方についてガイドラインがないため、主治医の対応の現状として診断書は「回復途中にある」などぼかして書かざるをえない
- ・ 復職に関してのガイドラインは必要
- ・ 北九州市の診断書や労災病院医師会で使用しているチェックシートのようなシートがほしい

#### c) 産業医との医療情報をやりとりする際に困ったこと

- ・ 産業医の臨床的な技量がわからない
- ・ どこまで情報を開示したらよいかわからないので最初は曖昧な診断書を書かざるをえない
- ・ 職場のこととプライマリケアレベルの臨床医学的な知識をよく知っていてほしい
- ・ 産業医から主治医に対して職場に関するより詳細な情報提供がほしい

#### D. 考察

##### 1) 疾患を有した患者の両立支援のための主治医と産業医に共通した倫理ガイドラインの必要性

国内外の産業医や産業保健専門職の倫理ガイドラインにおいて、何れも個人情報保護を前提したインフォームド・コンセントの一般論に終始しており、疾患を有した患者の就労復帰に際して主治医と産業医の間での医療情報の共有・提供を

具体的に考慮した内容は存在しないのが現状であると思われる。これらは、産業医や産業保健専門職を前提とした倫理ガイドラインであるため、産業医サイドからのアプローチのみの記載であり、主治医の立場をも含めた医療情報の共有・提供に関しては十分考慮していない内容となっている。

一方、主治医サイドからの就労に関する倫理ガイドラインとして注目すべきなのは、日本循環器学会が中心となって9つの臨床医学学会と日本産業衛生学会との合同研究結果として公表された「ペースメーカ、ICD、CRTを受けた患者の社会復帰・就学・就労に関するガイドライン

(2013年改訂版)」である。デバイスに対する電磁波干渉があることと、肉体的負荷が原因となって突然に発症し、事故や大災害につながる危険性があることから、日本循環器学会などの臨床医学会が積極的に就労に関するガイドラインを作成している事実は、他の臨床医学会に非常に参考になるものと思われる。と同時に、産業医サイドの学会である日本産業衛生学会の今後の取り組みとして、各臨床系医学会との合同作業により、主治医と産業医が共通して対応できるような就労復帰に関する疾患別のガイドラインの作成が期待される。

##### 2) 疾患を有した患者の両立支援のための倫理的検討を踏まえた就労復帰の際の診断書の必要性

経験豊富な3名の臨床医へのインタビューの結果から、倫理ガイドラインに加えて、疾患を有した患者の両立支援するための就労復帰の際の倫理的配慮を十分検討した診断書のひな型を作成することが、主治医側から強く求められていることが示唆された。

両立支援のための倫理的検討を加えたガイドラインを作成すると同時に、その実践的な就労復帰の場で活かすためには、両立支援のための具体的な事項を記載した診断書が必須であると思われる。

本研究の共同研究者らによるさらなる各臨床医へのインタビュー調査の結果と倫理的検討を踏まえた上で、本研究の最終段階で提示できる両立支援のための診断書となるように工夫する予定である。

### 3) 患者・主治医・企業から信頼される医師としての産業医の倫理観の確立とプライマリケア臨床能力及び個別対応能力の必要性

今回の臨床医へのインタビューの結果から、疾患を有している患者の就労復帰に際して主治医が最も期待していることは、産業医が同じ医師としての倫理観を共有する信頼できる存在であってほしい、という強い要望が根底に存在していることが示唆された。

さらに、産業医には、職場での患者のフォローアップのためにはプライマリケアレベルの臨床能力があってほしいとの要望も強く感じられた。これらの要望は

専門分野が異なっても共通して強く求められる産業医への要望であると考えられる。

疾患を有した患者の就労復帰に際し、産業医が信頼される倫理観を確保するためには、産業医イコール企業側という倫理的に誤解を招き易い立場ではなく、産業医は産業医学の専門家として、中立・独立した立場で企業と労働者双方に責任がある医師であるとの倫理意識の徹底が必要であると考えられる。

産業医は、就労復帰の際の労働者の両立支援に関わる倫理的に最も重要な立場にある医師である、と改めて再認識することこそが、主治医と患者、さらに企業サイドからの厚い信頼感につながるものと思われる。

両立支援のための産業医のプライマリケアレベルの臨床能力については、各産業医の個人的努力に依拠するものが大きいと考えられるが、本研究を機会に産業医に必須の能力として再認識することが、これも主治医や患者からの信頼の獲得につながるものと思われる。

さらに、インタビュー結果から、産業医が主治医との医療情報を共有し、主治医が安心して疾患を有する患者の両立支援のために医療情報の開示・提供ができるためには、上記の再認識に加えて、産業医にしかできない職場に応じた就労復帰のきめこまやかで具体的な個別対応を必要としていることが明らかになった。主治医の意見を十分に汲み取り、企業に

倫理的に配慮して上手く翻訳して伝えるコミュニケーション能力を有していることが産業医に対して大いに期待されていると思われる。

## E. 結論

疾患を有する患者の就労復帰に際し、患者の治療と就労双方の両立支援を行うためには、主治医と産業医又は企業との医療情報の開示・提供の範囲を判断する倫理的配慮が必要となる。患者の個人情報保護と本人の自己決定の尊重というインフォームド・コンセントの原則を単に重視するだけではなく、就労復帰を目指す患者に主治医と産業医の間でのミスコミュニケーションによって社会的な不利益が生じることがないように、十分倫理的に慎重に配慮した個別対応可能な診断書の記載が求められる。

## F. 引用・参考文献

- 1) 高田 昴 監修 (2007) : ILO 健康サーベイランスガイドライン/個人情報保護の保護実施要綱. 労働基準調査会, 東京
- 2) ICOH (2002) : International Code of Ethics for Occupational Health Professionals (Update 2002). International Commission on Occupational Health (ICOH), Rome  
<http://www.icoh.org.sg/core-docs/code-ethics-eng.pdf>
- 3) 大久保利晃 監訳 (2009) : 英国王立内科医会産業医部会 産業医倫理ガイドランス 第 6 版. バイオコミュニケーション, 横浜
- 4) 日本産業衛生学会 (2000) : 産業保健専門職のための倫理指針.  
<https://www.sanei.or.jp>
- 5) 中村健一, 西川理恵子 他 (1997) : 産業医の倫理綱領. 産業医学ジャーナル 21 : 32-41
- 6) ILO(1985): Occupational Health Services Recommendations, 1985 (No.171). ILO, Geneva  
<http://www.ilo.org/public/japanese/region/asro/tokyo/standards/r171.htm>
- 7) ILO(1998): Technical and Ethical Guidelines for Workers' Health Surveillance. ILO, Geneva  
<http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/health/whsguide.htm>
- 8) 堀江正知 (2004) : 産業保健における労働者のプライバシーと個人情報の取り扱い. 産業医科大学雑誌 26:481-505
- 9) 厚生労働省 (2004) : 雇用管理に関する個人情報の適正な取扱いを確保するために事業者が講ずべき措置に関する指針 (平成 16 年厚生労働省告示第 259 号)

表1. 海外及び国内の産業医・産業保健専門職に関する倫理ガイドライン

ガイドライン名	内容
ILO 「労働者個人情報 の保護実施要 綱」	6.5. (1) 雇用者は、以前の事項に関する労働者の個人情報を収集してはならない。(a) 性生活 (b) 政治的、宗教的またはその他の信念・信条 (c) 前科 (2) 例外として、雇用者は、その情報が雇用上の決定に直接関連し、国内法に準拠するのであれば、上記の (1) における事項に関する個人情報を収集することができる。(会社→本人)
国際産業保健学 会 ICOH 「産業保健専門 職のための国際 倫理コード」	産業保健専門職の任務と義務 労働者に対する情報 9. 健康サーベイランスの枠組み内で行われた健康診断の結果は、当該労働者に通知されなくてはなりません。(産業医→本人)
英国王立内科医 会産業医部会 「産業医倫理ガ イダンス」	2.5 通常、産業医は、本人の同意の下に、本人の健康に対して負荷となり得るような業務に関連する事項を、本人の診療を継続的に責任を持つ家庭医に知らせなければならない。例外的な状況においては、この告知を本人の同意なしに行ってもよい。また、労働者の一般的な診療に関することは、家庭医に報告しなければならない。 (産業医→主治医) 2.15 特定の労働者の健康や職務適正に関する報告書が使用者に提出される場合、産業医の使用者に対する義務について当該労働者が理解している必要がある。(産業医→会社) 3.5 産業医は患者から得られた個人情報の秘密を保持し、下記に示す例外的な状況を除いて、下記に示す例外的な状況を患者の同意なしに決して情報開示してはならない。また、患者は開示に同意あるいは拒否するとき、その開示の意義を認識していなければならない。 (産業医→患者) 3.11 使用者がどのような情報が産業保健専門職から提供され、何が開示されていないか、といった知識に乏しい場合、産業医にとって問題が起こり得る。このような場合、産業保健サービス機関や産業医が、守秘義務や情報開示に関する方針を作り、それを使用者や労働者と共有することができれば、産業保健サービス提供側への信頼を築き、専門家としての行動基準を理解してもらうことができるため、すべての関係者にとって役立つものとなる。使用者と労働者代表とのサービス内容に関する定期的な会議は、相互理解を促進するのに有用ことが多い。(産業医→会社)

	<p>3.33 個人情報 は公共の利益のために、患者の同意なしに、あるいは例外的な状況で患者が同意を保留した場合にも、開示されることがある。これは個人や社会にとっての利益が、情報を開示しないことによる公共や患者の利益を上回る場合などである。すべての事例で患者の同意のない情報開示を考慮する場合、弊害（患者への弊害と医師患者間の全般的な信頼関係を損ねる弊害）と情報の公開により得られると考えられる利益をよく比較検討しなければならない。（産業医→患者）</p>
<p>日本産業衛生学会 「産業保健専門職の倫理指針」</p>	<p>第三章 13 労働者の安全と健康をまもるために健康情報を事業者 に開示する必要がある場合には、労働者の承諾を前提とし、その範囲は職務適性の有無や労働に際して具体的に配慮すべき事項に限定する。（産業医→会社）</p> <p>第三章 17 医師は労働者の健康の保持に必要な場合に、本人の同意を得て、自らの職責と利用目的を明らかにした上で、かかりつけ医などの他の保健専門職に健康情報を求め、あるいは提供することができる。（産業医⇄主治医）</p>
<p>健康開発科学研究会 「産業医の倫理綱領」</p>	<p>第3章 3.20 従業員の HIV に関する譲歩は、一般の医療情報同様、個人のプライバシーが完全に保てるように厳重に管理されなければならない。就業制限のため会社に報告する必要がある場合は、会社組織上で必要最小限の人数（課長や部長職など）に絞って行い、その際、職務上知り得た医療情報に対する守秘義務があることを徹底して説明すべきである。（産業医→会社）</p> <p>題7章 7.4 産業医が医学的評価に関して事業所に助言する内容は、就業制限事項に限るべきである。会社側に報告書を提出する内容は、従業員と十分検討した上で従業員の署名入りの同意書を得ることが必要である。一方、事業所の従業員に対する安全衛生配慮の責任が法的規定されているが、事業者が自由に閲覧できる情報は作業環境や産業保健に関するものに限定し、個人の医学情報（診断名や治療内容など）はその対象外であることを倫理的に明確にしなければならない。（産業医→会社）</p>