

令和3年度労災疾病臨床研究事業費補助金

治療と仕事の両立支援に関する基盤整備  
および拡充に資する研究  
(210301-1)

総括・分担研究報告書

令和4年3月

研究代表者

産業医科大学 産業生態科学研究所 教授  
立石 清一郎

# 目次

## 総括研究報告書

治療と仕事の両立支援に関する基盤整備および拡充に資する研究(210301)

研究代表者 立石 清一郎 .....

## 分担研究報告書

### 1. 国内基盤文献レビュー

研究代表者 立石 清一郎 .....

### 2. 欧米諸国を中心とした国外における両立支援の基盤レビュー

研究分担者 深井 航太 .....

### 3. 疾患毎の両立支援に関する文献レビュー：がん

研究分担者 原田 有理沙 .....

### 4. 疾患毎の両立支援に関する文献レビュー：脳卒中

研究分担者 佐伯 覚 .....

### 5. 疾患毎の両立支援に関する文献レビュー：循環器疾患

研究分担者 荻ノ沢 泰司 .....

### 6. 支援機関・支援者向け e-learning 構築

( 疾患毎の両立支援に関する文献レビュー：難病

支援機関の人材基盤実態調査、個別事例収集および分析 )

研究分担者 江口 尚 .....

### 7. 事業場の人材基盤実態調査

研究分担者 永田 昌子 .....

### 8. 医療機関の人材基盤実態調査、個別事例収集および分析

研究代表者 立石 清一郎

研究分担者 原田 有理沙 .....

### 9. 両立支援に係るPHRシステムとしての携帯アプリケーションの有効性に関する実証研究

研究分担者 大神 明 .....

令和3年度労災疾病臨床研究事業費補助金

治療と仕事の両立支援に関する基盤整備および拡充に資する研究

(210301-1)

## 総括報告書

研究代表者

立石 清一郎

(産業医科大学 産業生態科学研究所  
災害産業保健センター 教授)

令和3年度 労災疾病臨床研究事業費補助金  
治療と仕事の両立支援に関する基盤整備および拡充に資する研究

総括報告書

研究代表者 立石 清一郎

(産業医科大学 産業生態科学研究所 災害産業保健センター 教授)

**研究要旨:**

本研究の目的は、両立支援における意思決定に必要な情報である『情報基盤』と支援者が支援実力を発揮できるような能力である『人材基盤』について整理し、公開することである。

『情報基盤について』国内文献調査において、過去の研究班の成果物として作成されたツールとして、①両立支援を紹介するためのツール、②本人を評価するためのツール、③組織を評価するためのツール、④データベース、⑤対応マニュアルが集積された。①両立支援紹介ツールに多くのツールが集積していた。国外調査については、これまであいまいとなっていたアメリカにおける合理的配慮の位置づけが明確化された。合理的配慮は疾病に対する配慮ではなく、impairment (障害) に対する配慮であることが明確となった。イギリスにおいては、1000万通のFitnoteが発行されているが、本来趣旨を果たしていない可能性が言及されている。がん、脳卒中、心疾患について、両立支援を実践する際の留意点を検証している。厚生労働省が作成する留意事項については、事業者向けであることから、一般的な注意義務や安全配慮義務から派生する注意事項についてはほとんど触れられていない。今回は、疾病別に整理することで、特に医療機関が両立支援にかかわるときの留意点について整理が進んだ。

『人材基盤について』それぞれの立場(医療機関・事業者・支援機関)から見た必要なコンピテンシーについて、これら似通った部分とそうでない部分がある。次年度以降に組織ごとの重要度を示すことで特徴が出る可能性が高いと考えられる。

現状、収集できた過去研究のうち、現在でも両立支援を実践することに資する研究についてはひとところにまとめて報告することが重要であり、ポータルサイトを作成した。トップページには、両立支援とは何かが記載されている「広報資料」、両立支援の人的基盤としての教育資材を集めた「教育資材・自己学習」、両立支援の実践を助ける情報基盤である「情報・実践ツール」と分類をし、それぞれ必要な情報にアクセスできるように工夫している。すべての情報の集約には時間を要する見込みであるが、2022年度中には集約が終わる予定である。本ポータルサイトが完成したら、両立支援を知り(広報)、自己学習することができ(人的基盤)、判断に迷った際の情報収集ができるようになるため(情報基盤)、本研究の目的を達成することができるものと考えられる。

## 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)  
永田 昌子 (産業医科大学 医学部 両立支援科学 准教授)  
原田 有理沙 (産業医科大学 医学部 両立支援科学 助教)  
荻ノ沢 泰司 (産業医科大学 第2内科学 講師・両立支援科併任)  
江口 尚 (産業医科大学 産業生態科学研究所 産業精神保健学研究室 教授)  
大神 明 (産業医科大学産業生態科学研究所作業関連疾患予防学 教授)  
深井 航太 (東海大学医学部 基盤診療学系衛生学公衆衛生学 講師)

## 研究協力者

- 橋本 博興 (産業医科大学 医学部 両立支援科学 修練医)  
石上 紋 (産業医科大学病院 両立支援科 保健師)  
高木 絵里子 (コニカミノルタ株式会社 産業医)  
樋口 周人 (産業医科大学病院 リハビリテーション部 理学療法士)  
船津 康平 (産業医科大学病院 リハビリテーション部 理学療法士)  
下鶴 幸宏 (産業医科大学病院 看護部 看護師)  
森山 利幸 (産業医科大学 リハビリテーション医学講座 助教)  
井上 董 (産業医科大学病院 リハビリテーション科 修練医)  
尾崎 文 (産業医科大学病院 リハビリテーション科 修練医)  
橘高 千陽 (産業医科大学病院 リハビリテーション科 修練医)  
辻 桐子 (産業医科大学病院 リハビリテーション科 修練医)  
中村 さおり (産業医科大学病院 リハビリテーション科 修練医)  
吉田 歩美 (産業医科大学病院 リハビリテーション科 修練医)  
田中 亮 (産業医科大学病院 リハビリテーション科 専修医)  
安藤 肇 (産業医科大学 産業生態科学研究所 作業関連疾患予防学 助教)  
立道 昌幸 (東海大学医学部基盤診療学系衛生学公衆衛生学 教授)  
古屋 佑子 (東海大学医学部基盤診療学系衛生学公衆衛生学 助教)

## A. 目的

治療と仕事の両立支援は、これまで企業・医療機関への広報や各支援者向けの研修会など様々な取り組みがなされているが、平成30年の労働安全衛生基本調査では「両立支援の取り組みがある」事業者は55.8%と低調のまま推移している。産業医科大学では、事業者や医療機関向けのコンサルティング部門を設立(厚生労働科学研究19JA0401)しているが、ほとんどの問い合わせが、「何から手を付けていいかわからない」、「どこに情報があるかわからない」といったもので、両立支援の全体像が把握しがたく、対応に苦慮していることが想定される。これは、有益な情報の多くが分散しており必要な『情報基盤』が構築されていないことと、多数いる支援者の役割期待が明確化されておらず具体的な行動に落とし込むことができる『人材基盤』が脆弱であることが原因であることが考えられる。

『情報基盤』として、多くのユーザーが必要な情報は、「具体的な支援方策の考え方」と「豊富な対応事例」である。研究代表者らは「身体疾患を有する労働者が円滑に復職できることを目的とした、科学的根拠に基づいた復職ガイダンスの策定に関する研究(労災疾病研究160601)」により428事例を収集し、質的研究の手法を用いて「就業配慮の標準的な考え方」と「事例集」を公開済みであり、すでに実績がある。今後は、医療機関の両立支援のケースも追加で収集し両立支援を行う上での必要な情報がすべて得

られる仕組みが必要である。また、今後の両立支援の展開のためには、国際的な両立支援の在り方を踏まえて我が国に応用展開できる方策を検討することが必要である。さらに、両立支援が事業場と医療機関の過不足のない健康診断や医療情報の受け渡しにより達成されるものであることから、個人の健康記録(パーソナルヘルスレコード;PHR)を集積し応用する仕組みにより両立支援の新たな手法の開発が必要である。

『人材基盤』として、具体的な対策ができる事業場人材および医療機関人材の育成が必要である。医療機関の支援人材に必要なコンピテンシーは、研究代表者らが分担者として参加した厚生労働科学研究(H29-がん対策一般-011、代表者高橋都)で整理されている。事業場人材に対しては、企業の両立支援についてアクションチェックリストや教育資材を開発(厚生労働科学研究19JA0401)し、厚生労働省の地域セミナーに提供するとともに、産業医科大学プレミアムセミナーで、企業内での制度作りができる人材育成事業を実践してきた。これらのものが現状広く国民のレベルにまで普及しているとはいえないため、これまでの研究における人材基盤としての必要な要素を抽出のみならず、新たな人材育成のためのコンピテンシー抽出しつつ広く普及可能な教育研修プログラムの開発が必要である。

## B. 方法

本目的を達成するために以下の9つの研

究を遂行した。

1. 国内基盤文献レビュー
2. 欧米諸国を中心とした国外における両立支援の基盤レビュー
3. 疾患毎の両立支援に関する文献レビュー：がん
4. 疾患毎の両立支援に関する文献レビュー：脳卒中
5. 疾患毎の両立支援に関する文献レビュー：循環器疾患
6. 支援機関・支援者向け e-learning 構築（疾患毎の両立支援に関する文献レビュー：難病、支援機関の人材基盤実態調査、個別事例収集および分析）
7. 事業場の人材基盤実態調査
8. 医療機関の人材基盤実態調査
9. 個別事例収集および分析両立支援に係るPHRシステムとしての携帯アプリケーションの有効性に関する実証研究

## C. 結果

分担研究ごとの研究要旨をいかに示す。

### 1. 国内基盤文献レビュー

これまで実施された両立支援に関連する厚生労働科学研究・労災疾病研究の成果物が生かされていない可能性がある。様々な研究班が立ち、課題解決型のツールなどが公表されているが、医療職・事業者・当事者にとって、散在している研究班の成果物を検索し、自身にとって必要な要素を見出すことは容易ではない。そこで、本研究においては、過去の研究班のデ

ータを抽出し、必要な要素ごとにまとめ、当事者・支援者が利用しやすいように整理することとする。

過去の厚生労働科学研究および労災疾病研究において、両立支援をテーマにしているものを厚生労働科学研究データベースから及び、厚生労働省安全衛生部労働衛生課治療と仕事の両立支援室から情報を得て、対象となる研究班の報告書の全文を読了し、両立支援に関連する情報（情報基盤）と、両立支援人材育成に関連する情報（人材基盤）について記載されている情報を収集した。収集された情報基盤、人材基盤については、資料ごとにどのような形態の資料かわかるように分類を行った。研究班の選定基準は、1. ウェブ上など国民が視聴できる形で公開されていること、2. 何らかのツールが示されていること、3. 身体疾患を対象としていること、とした。除外基準はメンタルヘルスを対象としている研究、とした。

情報基盤として、過去研究12テーマにより、5種類の研究（①両立支援を紹介するためのツール、②本人を評価するためのツール、③組織を評価するためのツール、④データベース、⑤対応マニュアル）に分類されることが判明した。これらはそれぞれ目的が違うものであるため、両立支援を実践しようと思う支援者および、当事者が困っているときに確認できるポータルサイトがあることで、実践者の意思決定に寄与するものと考えられる。ま

た、一部の厚労科研研究は報告書までで止まっているものも多く、エビデンスとしてはピアレビューされていないことから採用せず、エビデンスはPubmedなどで公開されている論文等を中心に収集することとした。2021年度終了の研究などを含め、サイトを作成していく予定である。

## 2. 欧米諸国を中心とした国外における両立支援の基盤レビュー

本研究では、特に、アメリカにおける障害のあるアメリカ人法 (ADA) における合理的配慮の調整を運営している仕事の間ネットワーク (JAN) の文献調査と、イギリスにおける障害者差別解消法 DDA や健康上の問題について家庭医が事業者に意見書を作成する Fitnote の仕組みについて、文献的調査を実施することを目的とした。学術論文データベース、各種ウェブサイト (Job Accommodation network (米国)、Fit note (英国)) 等を参照し、各種制度について整理した。米国では、障害者の差別を背景に法的な整備が進められ、その延長として Job Accommodation network といった公的な組織が設立され、疾患毎にガイドライン的な文書を提供する試みがなされていた。一方で、英国では、限られた人的資源を背景に、一般臨床医 GP を産業保健資源として活用する試みがなされていた。両国とも、事業主に法的には両立支援を義務化する強制力はなく、各企業の経営方針によって治療と仕事の

両立支援がなされている可能性が示唆された。我が国には、労働安全衛生法に基づく産業医等を選任する法的整備がある一方で、大多数の労働者は産業医選任義務のない事業場で働いており、多くの場合、非医療職が従業員の両立支援対応に苦難している。米国のような具体的なガイドラインを広く公表して提供しつつ、産業保健を専門としない医師等の人的資源を活用するような英国型のシステムの双方を活用することが重要であると考えられた。

## 3. 疾患毎の両立支援に関する文献レビュー：がん

現在までにがん患者に対して適切な治療と仕事の両立支援が行われてきたか不明であり、どのような支援が有効であるか明らかになっていない。就労世代におけるがん種毎に復職及び就労継続に影響を及ぼす取り組みを探索し、より有効な両立支援を明らかにすることを目的とし、英文文献を対象とした体系的レビューを行った。

各がん種について、キーワードにて文献検索サイト PubMed を検索、ヒットした文献を2名によって、タイトル及び要約から今回の目的に該当する文献に絞った。肺がんでは、全例が医療機関での介入であり、職場や地域での介入はなかった。対象者年齢は40-80歳代まで幅広く、平均年齢が60歳以上の文献は14編であった。抽出された文献はアウトカム毎に、休職

期間等の直接的復職指標について 1 編であったが、多種のがんを対象としており、肺がん患者単独を対象とした報告はなかった。生産性指標等の就労に関する間接的復職指標について、14 編であった。呼吸機能指標等の病状に関する間接的復職指標について、7 編であった。このうち復職及び就労継続への有効性を示したものは 11 編に留まった。

脳腫瘍では、復職や復職までの期間をアウトカムとした報告は、症例報告のみであった。その他の報告は倦怠感や高次脳機能をアウトカムとし、リハビリテーション、患者同士のピアサポート、コンサルタントによる個別面談が含まれた。介入は 7 編が医療機関、1 編が支援機関で行われていた。

がん毎に支援ニーズや活用できる資材の違いによって、必要な支援や提供できるサービスが異なると考えられる。今後、さらに文献調査を進める。

#### 4. 疾患毎の両立支援に関する文献レビュー

##### 一：脳卒中

本分担研究では、疾病ごとの両立支援に関連する文献レビューとして、脳卒中に関して情報基盤を中心に人材基盤に関する知見を含めて収集することを目的とした。脳卒中の職場復帰支援と就労継続支援に関するシステマティックレビューを行い、必要な要因を包括的に抽出し分類する。分類した要因をもとに、支援者のコンピテンシーとの関連を検討する。脳卒

中の両立支援に関する文献情報の取りまとめ中である。文献情報は、脳卒中本人の障害の種類や重症度が復職にどのように関連するかの報告が多い。しかし、人材基盤などに関する情報が少なく、文献以外から情報を得る必要がある。文献情報のみでは得られない、各地域での良好事例を取り上げることも必要である。

#### 5. 疾患毎の両立支援に関する文献レビュー

##### 一：循環器疾患

我が国の高齢化と今後生じる労働力不足に対応するため、高齢者の就業促進ならびに病気の治療と仕事の両立は喫緊の課題である。高齢者において罹患率の高い循環器疾患はその他の疾患とは異なり、就労による病状悪化・失神や突然死のリスクなど特有の問題がある。本研究の目的は、循環器疾患の両立支援の情報基盤を構築し、本研究の最終プロダクトであるワンストップ情報サイト「両立支援ナビ」に収載するデータの根拠を明確化することである。循環器疾患における治療と仕事の両立支援に関する国内外の学術論文調査と本邦のガイドライン及びステートメント調査を行った。基準に適合した学術論文は英文は 145 件、和文は 1 件であった。多くは虚血性心疾患に関するものであり、内容は職場復帰に関連する要因や介入の有効性、職場復帰を目的とした評価方法、性差・経済定期影響などに関するものであった。ガイドラインは厚生労働省が公表しているものが 1 件、循

環器関連学会が公表しているものが6件であった。国内における報告は極めて乏しいものの、海外では循環器疾患の両立支援に関して多くの学術論文が publish されており、その知見は本邦における両立支援においても参照しうるエビデンスと考えられた。また、各ガイドラインやステートメントにおいて、復職の際に必要な運動許容条件や自動車運転・電磁干渉などについて整備されており、治療と仕事の両立支援の実務上重要な情報基盤となりうるものと考えられた。

## 6. 支援機関・支援者向け e-learning 構築（疾患毎の両立支援に関する文献レビュー：難病、支援機関の人材基盤実態調査、個別事例収集および分析）

本研究班の目的は、インターネット上にワンストップ情報サイトを作成（情報基盤を構築）し、各支援者向けの e-learning 教材（人材基盤の拡充）を公開することである。そのために、本分担研究では、今年度は、難病患者の就労に関する先行研究のレビュー、福岡県難病相談支援センターでのヒアリング、当事者向けのインターネット調査（700名）を行い、その結果をもとに支援者に必要なコンピテンシー案を作成し、基本的なデータを整えた。コンピテンシー候補として、「疾患に関する情報収集」「コーチング」「職場の環境の評価」「患者会に関する情報収集」「本人の自己理解を促すこと」「本人のリテラシーを高めること」「自分の体調を伝えられる言

語化能力」「主治医と当事者のコミュニケーション」「自分から主治医や病院の相談窓口に相談することを促す」「事例対応能力の向上：事例検討会」「本人のメンタルヘルスサポート：焦らせない技術」「職場内のキーパーソンを探す能力」疾患理解」「職場の制度についての知識、情報収集」「会社とのコミュニケーションの取り方のアドバイス」「インターネットや SNS の正しい活用法」「最低限のカウンセリングスキル」「事例の共有を通じて自分なりのベンチマークを作る」「仕事内容の把握」「復職後のフォロー」「家族と当事者のコミュニケーション」「異動先での転院先の相談や調整」「支援者を作るためのアドバイス」「状態が安定している時でも、悪化した時のことを打ち合わせる」「本人の就業能力のアセスメント」「病気のことを踏まえた本人の仕事観を理解する」「セルフケアについての情報提供」「院内の専門職との多職種連携」「復職に向けた休職中の過ごし方」「障害者総合支援法の就労支援サービスの説明」があがった。次年度は、研究協力者とこれらのコンピテンシー候補の妥当性、信頼性を確認したうえで、e-learning 向けの教材を作成できればと考えている。

## 7. 事業場の人材基盤実態調査

平成28年に「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」が発出され、行政を中心として啓発活動が行われてきた。企業および医療機関は試行

錯誤しながら取り組みを進めており、仕事と治療の両立支援が必要な労働者に対して、十分に支援が行き届いているといえるとはいえない。

職場の中で中心的な役割を担う人に関しての情報提供ならびに啓発活動がさらに必要である。そこで、先進的な企業からの事例収集をもとに、職場の中で中心的な役割を担う人に必要なコンピテンシーを明らかにし、教育コンテンツに盛り込んでいくことが有用と考えられる。

そこで、本分担研究では、事業所の中で中心的な役割を担っている人にインタビューを行い、コンピテンシーを明らかにすることを目的とし、インタビュー調査を行った。

職場の支援者に 1. 必要な知識 2. 必要な態度／適切な態度、3. 必要な行動／望まれる行動抽出することが出来た。次年度本調査結果をもとに、質問紙調査を実施する予定である。

## 8. 医療機関の人材基盤実態調査

医療機関で両立支援を行う上での重要な情報、人的リソース、実践する上での促進要因や阻害要因を明らかにする。

情報基盤として、医療機関における個別事例収集および分析を行った。医療機関単位にインタビューを行い、個別事例を収集し、組織としての制度・仕組みの中でどのような個別事例対応を行ったか、分析した。

人材基盤として、医療機関における支援

者に必要なコンピテンシー調査を行った。医療機関単位にインタビューを行い、支援者に必要なコンピテンシーを抽出し、分析した。

医療機関毎（8施設）にオンラインインタビューを実施し、両立支援の制度や仕組み、実際の両立支援症例、支援者に必要な能力や行動を聴取した。

医療機関の支援者に必要な能力や行動について、以下の 12 点が聴取された。1) 多種多様な疾患への深い理解や知識、2) 緩和ケア、3) 職場情報の理解、4) 職場事情に配慮、5) 背景職種・配置、6) 看護師教育、7) 多職種連携のサポート・ハブ、8) 病院方針の理解、9) 診療科の特徴の把握、10) 収益性・コストパフォーマンスの視点、11) 病診連携に係る行動、12) 支援施設との連携

医療機関の両立支援取り組みパターンについて、1) 「先行モデル」を参考に導入、2) 自院の「既存の仕組み」を拡張、3) 自院の「方針」の中で充実、4) 自院内での対応ではなく、「外部支援機関」につなぐ、4パターンが聴取された。

両立支援経験のある医療機関における支援者コンピテンシーについて聴取された。次年度、詳細に分析し整理していく。

## 9. 個別事例収集および分析両立支援に係る P H R システムとしての携帯アプリケーションの有効性に関する実証研究

両立支援が事業場と医療機関の過不足のない健康診断や医療情報の受け渡しによ

り達成されるものであることから、個人の健康記録（パーソナルヘルスレコード；PHR）を集積し応用する仕組み、により両立支援の新たな手法の開発が必要である。本分担研究は両立支援のシステム整備に関して、携帯電話のアプリケーションを用いた、主治医—産業医—労働者間の情報流通基盤の有効性について検証する実証研究である。

本研究は、疾病を抱えながら就労している労働者を対象とし、産業医と労働者及び主治医との間での情報交換ツールとしての携帯電話（スマートフォン）アプリケーションの有効性を調査することを目的とした。また、本研究では、研究協力者として機縁法により産業医有志を募り、すでに疾病管理として事業所内で、研究協力者である産業医（以下、産業医と略）が主治医と労働者との両立支援情報の交換を行っている方を対象とした。

初年度はアプリの使用許諾や対象事業場の選定及び倫理審査などの遅延により、調査開始が大幅に遅れることとなったが、継続して同事業所内で順次参加者を増やしていく予定である。

#### D. 考察

本研究において 9 つの研究が継続中である。本研究の最終目標は、両立支援における『情報基盤』と『人材基盤』について整理し、公開することである。

『情報基盤について』

#### 1. 国内外の情報について

国内文献調査において、過去の研究班の成果物として作成されたツールとして、①両立支援を紹介するためのツール、②本人を評価するためのツール、③組織を評価するためのツール、④データベース、⑤対応マニュアルが集積された。①両立支援紹介ツールに多くのツールが集積していた。情報基盤は意思決定を支援するためのツールであること、ほかの分担研究とのバランスから、両立支援紹介ツールは人材基盤に該当するという考え方もありうる。分類についてはほかの分担者との合理性を考えて来年以降、再検討が必要であると考えられた。

国外調査については、これまであいまいとなっていたアメリカにおける合理的配慮の位置づけが明確化された。合理的配慮は疾病に対する配慮ではなく、impairment（障害）に対する配慮であり、具体的対応を支援する機関である Job accommodation network (JAN) では、

- ①制限の性質
- ②職務遂行への影響
- ③適正配置
- ④職場で可能な対応策やリソース
- ⑤従業員との対話
- ⑥対応策の評価や追加
- ⑦監督者のトレーニング

という 7 つの観点で整理されていたことは本邦においても十分参考になる知見であると考えられた。また、Fitnote を実践しているイギリスにおいては、1000 万通の Fitnote が発行されているが、7 割は傷

病手当金の支給に利用されており、配慮内容の調整にはあまり使用されていないこと。3割がメンタルヘルス不調者に用いられていること、2割弱しか意図された使用方法となっていないこと、など問題点も多いことが判明した。

このように、職場中心で配慮事項を検討するアメリカでは症状ベースで検討し一定の規格化がなされていること、治療そのものからスタートする医療機関モデルの代表であるイギリスでは、多くの介入がなされる一方で、そのまま解決に結びついていない可能性があり、それぞれの問題点の整理が可能であった。次年度はアメリカによる現地調査を行うことで、日本における情報基盤の在り方について提案につなげることとする。

## 2. 疾患ごとのエビデンスについて

がん、脳卒中、心疾患について、両立支援を実践する際の留意点を検証している。厚生労働省が作成する留意事項については、事業者向けであることから、一般的な注意義務や安全配慮義務から派生する注意事項についてはほとんど触れられていない。今回は、疾病別に整理することで、特に医療機関が両立支援にかかわるときの留意点について整理が進んだ。

### ○がんについて

職場復帰までの期間をアウトカムとした論文はあまり見られず、機能に着目する論文が多く収集されている。これらが交

絡因子なのか、中間因子なのかについても今後の検討が必要であると考えられる。

### ○脳卒中について

復職関連要因として障害の種類や程度が挙げられている。しかし、人材基盤に関連する情報はほとんどなく、すでに動いている脳卒中パスなどに情報を入れ込むこ

### ○心疾患について

心疾患に関する職場復帰に関する論文は比較的多く存在し、145件が抽出されている。これは、心臓リハビリテーションが一般的になっていること、症状が見えないことから職場から見た時の労働者の安全性について評価することが困難で医療からのアプローチが重要であること、他疾患と比較し客観的な機能測定がしやすいこと、などが想定される。職場復帰関連要因としての心機能、社会経済的状況、リハビリテーション等の介入、職業といった因子が指摘されている。これらの情報を整理することで、職場復帰の際の一定の評価方法が見出されるものと推察される。

これらの現存する情報の網羅性を含めて次年度に公開予定である。

## 3. PHR モデル事業について

アプリや倫理審査について問題が生じ、調査に遅れが生じたが、2022年度よりスタートできるめどが立っている。情報共有の価値について言及が進むことが期待される。

『人材基盤について』

1. それぞれの立場（医療機関・事業者・支援機関）から見た必要なコンピテンシーについて

医療機関、事業者、支援機関についてそれぞれまとめを行った。

医療機関：

- ① 多種多様な疾患への深い理解や知識
- ② 緩和ケア
- ③ 職場情報の理解
- ④ 職場事情に配慮
- ⑤ 背景職種・配置
- ⑥ 看護師教育
- ⑦ 多職種連携のサポート・ハブ
- ⑧ 病院方針の理解
- ⑨ 診療科の特徴の把握
- ⑩ 収益性・コストパフォーマンスの視点
- ⑪ 病診連携に係る行動
- ⑫ 支援施設との連携

事業者：

- ① 疾患・治療の知識
- ② 社内・社会制度
- ③ 本人の業務と職場事情
- ④ 症状と業務の愛称（適正配置）
- ⑤ 共感的な態度
- ⑥ 適切な態度（平等・公正）
- ⑦ 配慮の妥当性の検討
- ⑧ 長期ビジョンにのっとった支援
- ⑨ 情報開示の範囲
- ⑩ ダイバーシティマネジメント

支援機関：

疾患に関する情報収集

- ① コーチング
- ② 職場の環境の評価
- ③ 患者会に関する情報収集
- ④ 本人の自己理解を促すこと
- ⑤ 本人のリテラシーを高めること
- ⑥ 自分の体調を伝えられる言語化能力
- ⑦ 主治医と当事者のコミュニケーション
- ⑧ 自分から主治医や病院の相談窓口にご相談することを促す
- ⑨ 事例対応能力の向上：事例検討会
- ⑩ 本人のメンタルヘルスサポート：焦らせない技術
- ⑪ 職場内のキーパーソンを探す能力
- ⑫ 疾患理解
- ⑬ 職場の制度についての知識、情報収集
- ⑭ 会社とのコミュニケーションの取り方のアドバイス
- ⑮ インターネットや SNS の正しい活用法
- ⑯ 最低限のカウンセリングスキル
- ⑰ 事例の共有を通じて自分なりのベンチマークを作る
- ⑱ 仕事内容の把握
- ⑲ 復職後のフォロー
- ⑳ 家族と当事者のコミュニケーション
- 21 異動先での転院先の相談や調整
- 22 支援者を作るためのアドバイス
- 23 状態が安定している時でも、悪化した時のことを打ち合わせる
- 24 本人の就業能力のアセスメント

- 25 病気のことを踏まえた本人の仕事観を理解する
- 26 セルフケアについての情報提供
- 27 院内の専門職との多職種連携
- 28 復職に向けた休職中の過ごし方
- 29 障害者総合支援法の就労支援サービスの説明

これら、似通った部分とそうでない部分がある。特徴的であることは、医療機関は確実な病態について多くの意見が上がっている。職場では、平等性・公正性といったほかの社員との関係、長期的視座に立つこと、支援機関では当事者自らが相談することの必要性、といった項目である。それぞれの機関の役割に照らし合わせ、同一のコンピテンシーを質問紙 5 点法で聴取し所属組織ごとの重要な部分の違いを見出すなどの方法論が人的資源の必要性をより如実に示す可能性がある。

#### 両立支援ポータルサイトの作成について

現状、収集できた過去研究のうち、現在でも両立支援を実践することに資する研究についてはひとところにまとめて報告することが重要であると考えられる。そこで、現時点で集約された情報について、ポータルサイトを作成した（図 1）。

<https://www.ryoritsu.dohcuoeh.com/>

トップページには、両立支援とは何か記載されている「広報資料」、両立支援の人的基盤としての教育資材を集めた「教育資材・自己学習」、両立支援の実践を助ける情報基盤である「情報・実践ツ

ル」と分類をし、それぞれ必要な情報にアクセスできるように工夫している。すべての情報の集約には時間を要する見込みであるが、2022 年度中には集約が終わる予定である。本ポータルサイトが完成したら、両立支援を知り（広報）、自己学習することができ（人的基盤）、判断に迷った際の情報収集ができるようになるため（情報基盤）、本研究の目的を達成することができるものと考えられる。

#### E. 結論

9 つの研究を実践することで両立支援の情報基盤と人的基盤について整理が進んだ。これらの情報をもとに両立支援ポータルサイトの作成が進んでいる。

#### F. 引用・参考文献

1. なし

#### G. 学会発表

1. 樋口周人、船津康平、高木絵里子、原田有理沙、立石清一郎、佐伯覚. 肺がん患者の治療と仕事の両立支援に関する文献調査 介入研究に着目して. 第 95 回日本産業衛生学会、2022 年 5 月高知、口演発表予定
2. 船津康平、樋口周人、高木絵里子、原田有理沙、立石清一郎、佐伯覚. 脳腫瘍患者の治療と仕事の両立支援に関する介入 スコーピングレビュー . 第 95 回日本産業衛生学会、2022 年 5 月高知、口演発表予定
3. 原田有理沙、橋本博興、立石清一郎.

- 両立支援のハードルを下げるための  
ベタな実践要素及び行動の整理. 第 94  
回日本産業衛生学会、2021 年 5 月松  
本、口演発表
4. 細田悦子、原田有理沙、石上紋、橋本  
博興、立石清一郎、永田昌子：SanRiSE  
Study 第 1 報 患者の抱える復職及び  
就業継続上の困りごとについての実  
態調査、第 95 回日本産業衛生学会、  
2022 年高知、ポスター発表予定
  5. 石上紋、原田有理沙、細田悦子、橋本  
博興、立石清一郎、永田昌子、SanRiSE  
Study 第 2 報 主治医意見書発行を要  
した患者の復職及び就業継続上の困  
りごと、第 95 回日本産業衛生学会、  
2022 高知、ポスター発表予定
  6. 原田有理沙、立石清一郎、石丸知宏、  
江口尚、辻真弓、池上和範、永田昌子、  
松垣竜太郎、藤野義久。CORoNaWork：  
労働者が抱える慢性疾患別の両立支  
援の実施状況、第 95 回日本産業衛生  
学会、2022 高知、ポスター発表予定
  7. 橋本博興、原田有理沙、五十嵐侑、立  
石清一郎、永田昌子、藤野善久。  
CORoNaWork:COVID-19 流行下の日本に  
おける職場での配慮と心理的苦痛の  
関連、第 95 回日本産業衛生学会、2022  
高知、ポスター発表予定
  8. 小倉康平、山瀧一、原田有理沙、橋本  
博興、立石清一郎：医療者が患者の就  
業状況を知るための映像コンテンツ  
の作成。第 31 回日本産業衛生学会全  
国協議会、2021 年三重、口演発表
  9. 細田悦子、立石清一郎、原田有理沙、  
近藤貴子、高倉加寿子、蟻川麻紀、篠  
原弘恵、古田美子、末永卓也、久原聡  
志。産業医科大学病院における両立支  
援コーディネーターによる支援活動  
報告、第 31 回日本産業衛生学会全国  
協議会、2021 年三重、口演発表
  10. 立石清一郎。慢性病に罹患しても  
仕事をあきらめない 治療と仕事の両  
立支援の要点。第 16 回日本慢性看護  
学会、2021 年 9 月オンライン開催
  11. 立石清一郎、榎田奈保子、原田有  
理沙、工藤智美、高松あずみ、武花歩  
実。肝疾患における治療と仕事の両立  
支援の職域における課題。第 107 回日  
本消化器病学会、2021 年 4 月東京、口  
演発表
  12. 篠原弘恵、立石清一郎、井上俊介、  
細田悦子、高倉加寿子、古田美子。高  
齢者への両立支援 消化器癌患者の  
復職を振り返って。第 107 回日本消化  
器病学会、2021 年 4 月東京、ミニオー  
ラル
  13. 近藤貴子、立石清一郎、井上俊介、  
細田悦子、篠原弘恵。日常の生活に戻  
りたい終末期がん患者の就労支援の  
一考察 エンド・オブ・ライフケアの  
実現。第 107 回日本消化器病学会、2021  
年 4 月東京、ミニオーラル
  14. 井上俊介、永田昌子、永田智  
久、立石清一郎、藤野義久、森晃  
爾。下痢腹部症状を有する労働者の  
生産性低下と関連する要因。第 107  
回日本消化器病学会、2021 年 4 月東  
京、ミニオーラル
  15. 篠原義剛、横山雄一、斎藤暢

- 人、植木哲也、立石清一郎．外来化学療法センターでの薬剤師の両立支援の取組み．第107回日本消化器病学会、2021年4月東京、ミニオーラル
16. 井上俊介、永田昌子、原田有理沙、橋本博興、立石清一郎．肉体労働を有する患者が治療と仕事を両立する上での困りごとの検討．第94回日本産業衛生学会、2021年5月松本、口演発表
17. 市川富美子、大久保浩司、荻ノ沢泰司、奥谷紀子、立石清一郎、筒井保博．治療と仕事の両立支援における施設間連携について．第94回日本産業衛生学会、2021年5月松本、口演発表
18. 橋本博興、原田有理沙、立石清一郎．主治医が患者の就業配慮を検討しやすくなる両立支援ツールの開発．第94回日本産業衛生学会、2021年5月松本、口演発表
19. 立石清一郎．両立支援における医療機関と産業現場との連携～診療報酬改訂及び新型コロナ禍によるリモートワークの中で～勤務情報提供書と主治医意見書から考える医療機関と職域との協働．第94回日本産業衛生学会、2021年5月松本、講演
20. 立石清一郎．全ての人に産業保健の光を-多様な背景により働きにくさを抱える労働者に- 身体疾患の両立支援の最前線．第94回日本産業衛生学会、2021年5月松本、シンポジウム
21. 中藤麻紀、濱田学、橋本博興、加藤徳明、立石清一郎、佐伯覚．脳卒中の両立支援における当院の両立支援科の取組み．第94回日本産業衛生学会、2021年5月松本、口演発表
22. 立石清一郎．産業医科大学の将来を語る 産業医科大学病院の今後治療と仕事の両立支援、第37回産業医科大学学会、2020年9月北九州、口演
23. 立石清一郎：治療と仕事の両立において心理職に期待すること、2020年度公認心理師の会年次総会産業・労働・地域保健部会シンポジウム、2020年9月、ウェブ開催
24. 井上俊介、立石清一郎．患者が治療と仕事の両立を達成するための困りごとの企業規模ごとの検討．第93回日本産業衛生学会、2020年5月旭川、口演発表
25. 立石清一郎．それぞれの個性を生かす職場づくりを目指して 治療と仕事の両立支援の現状と課題．第93回日本産業衛生学会、2020年5月旭川、地域交流集会
26. 立石清一郎．両立支援における医療機関と産業現場との連携 産業医科大学病院での治療と仕事の両立

- 支援の実践 大学病院における両立支援の実践を通して. 第93回日本産業衛生学会、2020年5月旭川、日本職業・災害医学会合同シンポジウム
27. 立石清一郎. 産業医科大学病院での治療と仕事の両立支援の実践、第59回日本肺癌学会、2019年11月東京、シンポジウム
  28. 井上俊介、立石清一郎. 医療機関の両立支援スタッフが感じる3つの変化、第26回産業精神保健学会、2019年8月東京、口演発表
  29. 立石清一郎. 乳がん患者の就労支援の現状と問題点 産業医の立場からの就労支援の実際、第27回日本乳癌学会総会、2019年7月東京
  30. 田中文啓、黒田耕志、立石清一郎、荻ノ沢泰司、安東睦子、細田悦子、黒木一雅、近藤貴子、中藤麻紀、尾辻豊、東敏昭：早期社会復帰を目指したチーム医療の取り組み がん治療と就労の両立に向けた組織的取り組み、第60回日本肺癌学会、2019年大阪、口演発表
  31. 森山 利幸, 堀 諒子, 尾崎 文, 徳永 美月, 二宮 正樹, 杉本 香苗, 蜂須賀 明子, 伊藤 英明, 越智 光宏, 松嶋 康之, 佐伯 覚：脳卒中における治療と仕事の両立支援－第3報. 第58回日本リハビリテーション医学会学術集会、京都市、2021年6月
- ## H. 論文業績
1. Igarashi Y, Tateishi S, Harada A, Hino A, Tsuji M, Ogami A, Mori K, Matsugaki R, Fujino Y; CORoNaWork project. Relationship Between Support for Workers with Illness and Work Functioning Impairment in Japan During the COVID-19 Pandemic. J Occup Environ Med. 2022 Jan 25. doi: 10.1097/JOM.0000000000002500. Epub ahead of print. PMID: 35081590.
  2. 立石清一郎、原田有理沙、永田昌子：仕事と治療の両立支援 UPDATE として、安全衛生コンサルタント Vol. 22 (141) 69–72、2022
  3. 立石清一郎、原田有理沙、永田昌子：治療と仕事の両立支援～支援の要諦と最近の動向、健康開発 Vol. 26(2) 19–24、2021
  4. 立石清一郎、原田有理沙：両立支援の実際－「医療機関における治療と仕事の両立支援」、総合リハビリテーション 49巻11号、1087-1093、2021
  5. 原田有理沙、立石清一郎、橋本博興、井上俊介、細田悦子、篠原弘恵、高倉加寿子、古田美子、近藤貴子、蟻川麻紀、末永卓也、久原聡志、黒木一雅：2018-2020年度産業医科大学病院における両立支援の診療実績と今後の課題、産業医科大学雑誌 43(4)、445-458、2021
  6. 原田有理沙、立石清一郎：産業医科大学における両立支援、消化器・肝臓内

- 科 10(5):619-624、2021
7. 久米井伸介、渡邊龍之、芳川一郎、山内大夢、谷本彩、中村健太、村石純一、久米恵一郎、立石清一郎、原田大：炎症性腸疾患患者における両立支援、消化器・肝臓内科 10(5):583-589、2021
  8. 蓑原里奈、小林祐一、古屋佑子、絹川千尋、廣里治奈、立石清一郎、渡邊聖二、森晃爾：治療と仕事の両立支援の手続きの中で産業医から主治医に提供された情報および助言内容の質的研究．産業衛生学雑誌 63(1):6-20、2021
  9. 立石清一郎：病気の治療と仕事の両立支援-キャリアをあきらめないために治療と仕事の両立支援における医育機関の役割、公衆衛生 85(1)33-37
  10. 小林清香、平井啓、谷向仁、小川朝生、原田恵理、藤崎遼平、立石清一郎、足立浩祥：身体疾患による休職経験者における職場ストレスと関連要因、総合病院精神医学 32(4):403-409、2020
  11. 立石清一郎：両立支援に欠かせない産業保健スタッフに必要な疾患の知識と最新の治療法(Part 1)両立支援のためにおさえておきたいポイント就業配慮を構造化して理解する、産業保健と看護 2020 春季増刊:14-17、2020
  12. 立石清一郎：両立支援に欠かせない産業保健スタッフに必要な疾患の知識と最新の治療法(Part 1)両立支援のためにおさえておきたいポイント両立支援におけるメンタルヘルス不調と身体疾患との相違点、産業保健と看護 2020 春季増刊:18-20、2020
  13. 立石清一郎、渡瀬真梨子、藤野義久、森晃爾：産業保健分野でのデルファイ法の応用展開、健康開発第 24 巻第 3 号、71-79、2020
  14. 立石清一郎、井上俊介、永田昌子、荻ノ沢泰司、金城泰幸：職場で取り組む治療と仕事の両立支援 治療と仕事の両立支援の現状と課題、健康開発 24(3):18-22
  15. 立石清一郎：治療と職業生活の両立支援、香川県医師会誌 71(6):73-78、2019
  16. 立石清一郎：治療関連障害でもととの仕事ができない/無理なとき 産業医からみた就労支援、緩和ケア 29(1):44-45、2019
  17. 立石清一郎、井上俊介、黒木一雅、細田悦子、近藤貴子、高倉加寿子、中藤麻紀、篠原弘恵、古田美子、荻ノ沢泰司、蓑原里奈、永田昌子、榎田奈保子、柴田喜幸：治療と仕事の両立支援研究の現在 産業医科大学における治療と仕事の両立への貢献、産業医学ジャーナル 42(4):30-37、2019
  18. 尾辻豊、立石清一郎、田中文啓、荻ノ沢泰司、黒田耕志、市来嘉伸、安東睦子、細田悦子、黒木一雅、近藤貴子、中藤麻紀、東敏昭：産業医科大学病院

における両立支援科・就学就労支援センター、日本職業・災害医学会 67(5):369-374、2019

19. 荻ノ沢 泰司、実践講座 医療機関における治療と仕事の両立支援 両立支援の実際 - 心疾患. 総合リハビリテーション. Vo. 50 No.1. 2022.01
20. Yamagishi Y, Oginosawa Y, Fujino Y, Yagyu K, Miyamoto T, Tsukahara K, Ohe H, Kohno R, and Abe H. The incidence of out-of-hospital cardiac arrests and survival rates after one-month among the Japanese working population: A cohort study. BMJ Open. 2021 Dec 6;11(12):e047932. doi: 10.1136/bmjopen-2020-047932.
21. 井上董、井上俊介、伊藤英明、杉本香

苗、松嶋康之、佐伯覚：障がいとともに働く社員と産業保健—在職中に障害認定を受けた人への支援. 産業保健と看護 13 : 537-544、2021

22. 尾崎文、杉本香苗、伊藤英明、加藤徳明、佐伯覚：医療機関における治療と仕事の両立支援⑤：両立支援の実際—脳卒中. 総合リハ 49:1183-1189、2021

#### H. 知的財産権の出願・登録状況:(予定を含む。)

1. 特許取得  
なし
2. 実用新案登録  
なし
3. その他  
なし

図1 両立支援ポータルサイト

治療しながら働く患者・労働者に対するための支援者のために

両立支援情報サイト

両立支援情報リポート 復職ガイドランス 意見書作成支援 災害産業保健センター お問い合わせ



広報資料



教育資料・自己学習



情報・実践ツール



各研究班の成果紹介

本サイトでは両立支援に関する様々な情報を提供します。疾病理解、ITドダンス、法令、などの両立支援を行う上で必要な情報を中心として提供します。また、支援人材が対応することができるよう、具体的な対応方法に関する教育教材なども作成していきます。サイトは随時更新していきますので、ぜひ定期的に訪問し、両立支援に関する知識を深めることにお役立てください。

**両立支援を実践するための推奨手順**

**STEP 1 両立支援とは何かを知る（広報資料）**

両立支援を実践する上で、基本的な両立支援の概念を理解を手助けするための広報資料です。まずはここから確認し、両立支援のイメージを高めましょう。

**STEP 2 両立支援について学びを深め、対応能力を高める（両立支援教育資料の利用）**

両立支援の実践は、医療機関においてはこれまでの医療と異なり新しい概念で患者対応をすることIF必

検索

**Recent Posts**

- 心疾患 両立支援お役立ちノート
- 新卒中 両立支援お役立ちノート
- 冠状動脈疾患 自己学習リポート作成しました。
- 両立支援情報リポートスタートしました

**Recent Comments**

表示できるコメントはありません。



リポート作成者：宇野 浩一郎  
産業医科大学 産業生態科学研究所 教授

おしに、両立支援・災害産業保健の研究・実践・社会実装に関する活動を行っています。産業医学全般の能力を高める必要性（総合産業医）について説明しています。産業医科大学病院 就労・就労支援センター 副センター長兼任。

災害産業保健センター

令和3年度労災疾病臨床研究事業費補助金

治療と仕事の両立支援に関する基盤整備および拡充に資する研究  
(210301-1)

分担研究報告書

国内基盤文献レビュー

研究代表者

立石 清一郎  
(産業医科大学 産業生態科学研究所  
災害産業保健センター 教授)

**令和3年度 労災疾病臨床研究事業費補助金**  
**治療と仕事の両立支援に関する基盤整備および拡充に資する研究**  
**分担研究報告書**

**国内基盤文献レビュー・中間報告**

**研究分担者 立石 清一郎**

**(産業医科大学 産業生態科学研究所 災害産業保健センター 教授)**

**研究要旨:**

これまで実施された両立支援に関連する厚生労働科学研究・労災疾病研究の成果物が生かされていない可能性がある。様々な研究班が立ち、課題解決型のツールなどが公表されているが、医療職・事業者・当事者にとって、散在している研究班の成果物を検索し、自身にとって必要な要素を見出すことは容易ではない。そこで、本研究においては、過去の研究班のデータを抽出し、必要な要素ごとにまとめ、当事者・支援者が利用しやすいように整理することとする。

過去の厚生労働科学研究および労災疾病研究において、両立支援をテーマにしているものを厚生労働科学研究データベースから及び、厚生労働省安全衛生部労働衛生課治療と仕事の両立支援室から情報を得て、対象となる研究班の報告書の全文を読了し、両立支援に関連する情報（情報基盤）と、両立支援人材育成に関連する情報（人材基盤）について記載されている情報を収集した。収集された情報基盤、人材基盤については、資料ごとにどのような形態の資料かわかるように分類を行った。研究班の選定基準は、1. ウェブ上など国民が視聴できる形で公開されていること、2. 何らかのツールが示されていること、3. 身体疾患を対象としていること、とした。除外基準はメンタルヘルスを対象としている研究、とした。

情報基盤として、過去研究12テーマにより、5種類の研究（①両立支援を紹介するためのツール、②本人を評価するためのツール、③組織を評価するためのツール、④データベース、⑤対応マニュアル）に分類されることが判明した。これらはそれぞれ目的が違うものであるため、両立支援を実践しようと思う支援者および、当事者が困っているときに確認できるポータルサイトがあることで、実践者の意思決定に寄与するものと考えられる。また、一部の厚労科学研究は報告書までで止まっているものも多く、エビデンスとしてはピアレビューされていないことから採用せず、エビデンスはPubmedなどで公開されている論文等を中心に収集することとした。2021年度終了の研究などを含め、サイトを作成していく予定である。

## A. 目的

治療と仕事の両立支援は、これまで企業・医療機関への広報や各支援者向けの研修会など様々な取り組みがなされている。平成30年の労働安全衛生基本調査では「両立支援の取り組みがある」事業者は55.8%と低調のまま推移している。産業医科大学では、事業者や医療機関向けのコンサルティング部門を設立（厚生労働科学研究19JA0401）しているが、ほとんどの問い合わせが、「何から手を付けていいかわからない」、「どこに情報があるかわからない」といったもので、両立支援の全体像が把握しがたく、対応に苦慮していることが想定される。この一つの要因として、これまで実施された両立支援に関連する厚生労働科学研究・労災疾病研究の成果物が生かされていない可能性がある。様々な研究班が立ち、課題解決型のツールなどが公表されているが、医療職・事業者・当事者にとって、散在している研究班の成果物を検索し、自身にとって必要な要素を見出すことは容易ではない。そこで、本研究においては、過去の研究班のデータを抽出し、必要な要素ごとにまとめ、当事者・支援者が利用しやすいように整理することとする。

## B. 方法

過去の厚生労働科学研究および労災疾病研究において、両立支援をテーマにしているものを厚生労働科学研究データベースから及び、厚生労働省安全衛生部労

働衛生課治療と仕事の両立支援室から情報を得て、対象となる研究班の報告書の全文を読了し、両立支援に関連する情報（情報基盤）と、両立支援人材育成に関連する情報（人材基盤）について記載されている情報を収集した。収集された情報基盤、人材基盤については、資料ごとにどのような形態の資料かわかるように分類を行った。研究班の選定基準は、1. ウェブ上など国民が視聴できる形で公開されていること、2. 何らかのツールが示されていること、3. 身体疾患を対象としていること、とした。除外基準はメンタルヘルスを対象としている研究、とした。

## C. 結果

スクリーニングの結果、過去の12の研究班が対象となった。研究班ごとの特徴を記す。また、それぞれの研究班ごとにスクリーニングされた情報については本研究の添付文書として

### 1. 労災疾病研究 平井班（2018～2020）

#### ○情報基盤について

当該研究では身体疾患患者のメンタルヘルス不調者のストレスマネジメントの方策として、当事者が利用できる脳疲労尺度の開発、および脳疲労についての紹介文、パンフレットが開発された。

#### ○人材基盤について

ストレスマネジメントにおけるピアサポーター研修などが開発されている。

## 2. 労災疾病研究 堤班 (2014~2016)

### ○情報基盤について

労災病院、産業保健総合支援センター、企業外労働衛生機関などの両立支援達成度チェックリストの作成がなされている。

### ○人材基盤について

拠点病院ごとの両立支援の相談滝などについて研究がなされている。

## 3. 労災疾病研究 中村班 (2017~2019)

### ○情報基盤について

主に医療機関が両立支援を行うまでの準備の方策や、職種別(主治医・看護師、社会福祉士、チーム体制)の行動ガイドが示されている。

## 4. 労災疾病研究 松平班 (2017~2019)

### ○情報基盤について

事業者に対するアンケートをもとに、事業場におけるチェックリストの開発及び、両立支援の達成度を測ることができるホームページを開発している。

## 5. 労災疾病研究 豊田班 (2016~2018)

### ○情報基盤について

復職コーディネーターが介入した事例の労災病院形式の入力フォーマットの開発を行っている。具体的なフォーマットについては検索している限り見当たらなかった。

## 6. 労災疾病研究 立石班 (2016~2018)

### ○情報基盤について

428 事例の事例調査をもとに提案された職場復帰に関する産業医の標準的な考え方(復職ガイダンス)について提案するとともに、両立支援データベースとして事例集の提供を行っている。

## 7. 労災疾病研究 宮内班 (2015~2017)

### ○情報基盤について

婦人科腫瘍について、当事者の受診控えの実態や、退院後の不安が専業主婦に比して就労女性に多いことを見出している。また、男性管理職に比して女性管理職のほうが支援的である実態なども見いだされた。

## 8. 労災疾病研究 藤野班 (2014~2016)

### ○情報基盤について

就業継続の効果について、簡便な意見書の効果について randomized controlled trial による検証を行い、一定の有意差が認められた。

## 9. 労災疾病研究 森班 (2014~2016)

### ○情報基盤について

職場復帰を果たした産業医科大学病院の患者からヒアリングを行い、質的分析を実施し困りごとを10のカテゴリーに分類した「両立支援10の質問」および、両立支援の手順として、職場からのアプローチと主治医からのアプローチで必要な情報量が変化することから職場側からのアプローチを実践するための書式、両立支

援パスガイドの作成がなされている。

## 10. 労災疾病研究 横山班(2014～2016)

### ○情報基盤

産業保健スタッフ向け、医療機関向け、企業向けとそれぞれの両立支援の紹介テキストが作成されている。

### ○人材基盤

復職要因として主治医の理解の強さや産業医の連携行動、産業看護職の有無、様式の整備などがデータとして示された。

## 11. 厚労科研 高橋班(2010～2012)

### ○情報基盤

企業向け・産業保健スタッフ向け、社会福祉士向け、医療機関スタッフ向けの両立支援対応マニュアルが提供された。

## 12. 厚労科研 江口班(2014～2015)

### ○情報基盤

産業保健職や人事担当者向けに難病者の支援マニュアルを作成し提供している。

ここまで挙げた12の研究について、情報基盤と人材基盤に分けて分類した。情報基盤では、ツールとして、①両立支援を紹介するためのツール、②本人を評価するためのツール、③組織を評価するためのツール、④データベース、⑤対応マニュアル、の5種類に分類された。ツールの対象者としては、①当事者、②企業スタッフ（産業保健スタッフを除く）、③産業保

健スタッフ、④医療スタッフ、⑤その他、に分類された。分類されたカテゴリーを表1に示す。

人材基盤については5つの研究が挙げられた。人材の対応により復帰率が向上するなどの研究が上がったがそのどれもがピアレビューを受けているものではなかった。また、研修効果の検証に関する研究についても存在した。

## D. 考察

情報基盤として、過去研究12テーマにより、5種類のタイプの研究に分類されることが判明した。これらはそれぞれ目的が違うものであるため、両立支援を実践しようと思う支援者および、当事者が困っているときに確認できるポータルサイトがあることで、実践者の意思決定に寄与するものと考えられる。また、一部の厚労科研研究は報告書までで止まっているものも多く、エビデンスとしてはピアレビューされていないことから採用せず、エビデンスはPubmedなどで公開されている論文等を中心に収集することとした。2021年度終了の研究などを含め、サイトを作成していく予定である。

## E. 結論

厚労科研の研究は5つのツールの種類に分類されることが判明した。

## F. 引用・参考文献

## G. 学会発表

1. 樋口周人、船津康平、高木絵里子、原田有理沙、立石清一郎、佐伯覚. 肺がん患者の治療と仕事の両立支援に関する文献調査 介入研究に着目して. 第 95 回日本産業衛生学会、2022 年 5 月高知、口演発表予定
2. 船津康平、樋口周人、高木絵里子、原田有理沙、立石清一郎、佐伯覚. 脳腫瘍患者の治療と仕事の両立支援に関する介入 スコーピングレビュー . 第 95 回日本産業衛生学会、2022 年 5 月高知、口演発表予定
3. 原田有理沙、橋本博興、立石清一郎. 両立支援のハードルを下げるためのベタな実践要素及び行動の整理. 第 94 回日本産業衛生学会、2021 年 5 月松本、口演発表
4. 細田悦子、原田有理沙、石上紋、橋本博興、立石清一郎、永田昌子: SanRiSE Study 第 1 報 患者の抱える復職及び就業継続上の困りごとについての実態調査、第 95 回日本産業衛生学会、2022 年高知、ポスター発表予定
5. 石上紋、原田有理沙、細田悦子、橋本博興、立石清一郎、永田昌子、SanRiSE Study 第 2 報 主治医意見書発行を要した患者の復職及び就業継続上の困りごと、第 95 回日本産業衛生学会、2022 高知、ポスター発表予定
6. 原田有理沙、立石清一郎、石丸知宏、江口尚、辻真弓、池上和範、永田昌子、松垣竜太郎、藤野義久. CORoNaWork : 労働者が抱える慢性疾患別の両立支援の実施状況、第 95 回日本産業衛生学会、2022 高知、ポスター発表予定
7. 橋本博興、原田有理沙、五十嵐侑、立石清一郎、永田昌子、藤野善久. CORoNaWork: COVID-19 流行下の日本における職場での配慮と心理的苦痛の関連、第 95 回日本産業衛生学会、2022 高知、ポスター発表予定
8. 小倉康平、山瀧一、原田有理沙、橋本博興、立石清一郎: 医療者が患者の就業状況を知るための映像コンテンツの作成. 第 31 回日本産業衛生学会全国協議会、2021 年三重、口演発表
9. 細田悦子、立石清一郎、原田有理沙、近藤貴子、高倉加寿子、蟻川麻紀、篠原弘恵、古田美子、末永卓也、久原聡志. 産業医科大学病院における両立支援コーディネーターによる支援活動報告、第 31 回日本産業衛生学会全国協議会、2021 年三重、口演発表
10. 立石清一郎. 慢性病に罹患しても仕事をあきらめない 治療と仕事の両立支援の要点. 第 16 回日本慢性看護学会、2021 年 9 月オンライン開催
11. 立石清一郎、榎田奈保子、原田有理沙、工藤智美、高松あずみ、武花歩実. 肝疾患における治療と仕事の両立支援の職域における課題. 第 107 回日本消化器病学会、2021 年 4 月東京、口演発表
12. 篠原弘恵、立石清一郎、井上俊介、細田悦子、高倉加寿子、古田美子. 高齢者への両立支援 消化器癌患者の復職を振り返って. 第 107 回日本消化器病学会、2021 年 4 月東京、ミニオー

- ラル
13. 近藤貴子、立石清一郎、井上俊介、細田悦子、篠原弘恵. 日常の生活に戻りたい終末期がん患者の就労支援の一考察 エンド・オブ・ライフケアの実現. 第107回日本消化器病学会、2021年4月東京、ミニオーラル
  14. 井上俊介、永田昌子、永田智久、立石清一郎、藤野義久、森晃爾. 下痢腹部症状を有する労働者の生産性低下と関連する要因. 第107回日本消化器病学会、2021年4月東京、ミニオーラル
  15. 篠原義剛、横山雄一、斎藤暢人、植木哲也、立石清一郎. 外来化学療法センターでの薬剤師の両立支援の取組み. 第107回日本消化器病学会、2021年4月東京、ミニオーラル
  16. 井上俊介、永田昌子、原田有理沙、橋本博興、立石清一郎. 肉体労働を有する患者が治療と仕事を両立する上での困りごとの検討. 第94回日本産業衛生学会、2021年5月松本、口演発表
  17. 市川富美子、大久保浩司、荻ノ沢泰司、奥谷紀子、立石清一郎、筒井保博. 治療と仕事の両立支援における施設間連携について. 第94回日本産業衛生学会、2021年5月松本、口演発表
  18. 橋本博興、原田有理沙、立石清一郎. 主治医が患者の就業配慮を検討しやすくなる両立支援ツールの開発. 第94回日本産業衛生学会、2021年5月松本、口演発表
  19. 立石清一郎. 両立支援における医療機関と産業現場との連携～診療報酬改訂及び新型コロナ禍によるリモートワークの中で～ 勤務情報提供書と主治医意見書から考える医療機関と職域との協働. 第94回日本産業衛生学会、2021年5月松本、講演
  20. 立石清一郎. 全ての人に産業保健の光を-多様な背景により働きにくさを抱える労働者に- 身体疾患の両立支援の最前線. 第94回日本産業衛生学会、2021年5月松本、シンポジウム
  21. 中藤麻紀、濱田学、橋本博興、加藤徳明、立石清一郎、佐伯覚. 脳卒中の両立支援における当院の両立支援科の取組み. 第94回日本産業衛生学会、2021年5月松本、口演発表
  22. 立石清一郎. 産業医科大学の将来を語る 産業医科大学病院の今後治療と仕事の両立支援. 第37回産業医科大学学会、2020年9月北九州、口演
  23. 立石清一郎: 治療と仕事の両立において心理職に期待すること、2020年度公認心理師の会年次総会産業・労働・地域保健部会シンポジウ

- ム、2020年9月、ウェブ開催
24. 井上俊介、立石清一郎. 患者が治療と仕事の両立を達成するための困りごとの企業規模ごとの検討. 第93回日本産業衛生学会、2020年5月旭川、口演発表
  25. 立石清一郎. それぞれの個性を生かす職場づくりを目指して 治療と仕事の両立支援の現状と課題. 第93回日本産業衛生学会、2020年5月旭川、地域交流集会
  26. 立石清一郎. 両立支援における医療機関と産業現場との連携 産業医科大学病院での治療と仕事の両立支援の実践 大学病院における両立支援の実践を通して. 第93回日本産業衛生学会、2020年5月旭川、日本職業・災害医学会合同シンポジウム
  27. 立石清一郎. 産業医科大学病院での治療と仕事の両立支援の実践、第59回日本肺癌学会、2019年11月東京、シンポジウム
  28. 井上俊介、立石清一郎. 医療機関の両立支援スタッフが感じる3つの変化、第26回産業精神保健学会、2019年8月東京、口演発表
  29. 立石清一郎. 乳がん患者の就労支援の現状と問題点 産業医の立場からの就労支援の実際、第27回日本乳癌学会総会、2019年7月東京
  30. 田中文啓、黒田耕志、立石清一郎、荻ノ沢泰司、安東睦子、細田悦

子、黒木一雅、近藤貴子、中藤麻紀、尾辻豊、東敏昭：早期社会復帰を目指したチーム医療の取り組み がん治療と就労の両立に向けた組織的取り組み、第60回日本肺癌学会、2019年大阪、口演発表

## H. 論文業績

1. Igarashi Y, Tateishi S, Harada A, Hino A, Tsuji M, Ogami A, Mori K, Matsugaki R, Fujino Y; CORoNaWork project. Relationship Between Support for Workers with Illness and Work Functioning Impairment in Japan During the COVID-19 Pandemic. *J Occup Environ Med*. 2022 Jan 25. doi: 10.1097/JOM.0000000000002500. Epub ahead of print. PMID: 35081590.
2. 立石清一郎、原田有理沙、永田昌子：仕事と治療の両立支援 UPDATE として、安全衛生コンサルタント Vo1. 22 (141) 69-72、2022
3. 立石清一郎、原田有理沙、永田昌子：治療と仕事の両立支援～支援の要諦と最近の動向、健康開発 Vo1. 26(2) 19-24、2021
4. 立石清一郎、原田有理沙：両立支援の実際－「医療機関における治療と仕事の両立支援」、総合リハビリテーション 49巻11号、1087-1093、2021
5. 原田有理沙、立石清一郎、橋本博興、井上俊介、細田悦子、篠原弘恵、高倉加寿子、古田美子、近藤貴子、蟻川麻

- 紀、末永卓也、久原聡志、黒木一雅：2018-2020 年度産業医科大学病院における両立支援の診療実績と今後の課題、産業医科大学雑誌 43(4)、445-458、2021
6. 原田有理沙、立石清一郎：産業医科大学における両立支援、消化器・肝臓内科 10(5):619-624、2021
7. 久米井伸介、渡邊龍之、芳川一郎、山内大夢、谷本彩、中村健太、村石純一、久米恵一郎、立石清一郎、原田大：炎症性腸疾患患者における両立支援、消化器・肝臓内科 10(5):583-589、2021
8. 蓑原里奈、小林祐一、古屋佑子、絹川千尋、廣里治奈、立石清一郎、渡邊聖二、森晃爾：治療と仕事の両立支援の手続きの中で産業医から主治医に提供された情報および助言内容の質的研究、産業衛生学雑誌 63(1):6-20、2021
9. 立石清一郎：病気の治療と仕事の両立支援-キャリアをあきらめないために治療と仕事の両立支援における医育機関の役割、公衆衛生 85(1)33-37
10. 小林清香、平井啓、谷向仁、小川朝生、原田恵理、藤崎遼平、立石清一郎、足立浩祥：身体疾患による休職経験者における職場ストレスと関連要因、総合病院精神医学 32(4):403-409、2020
11. 立石清一郎：両立支援に欠かせない産業保健スタッフに必要な疾患の知識と最新の治療法(Part 1)両立支援のためにおさえておきたいポイント 就業配慮を構造化して理解する、産業保健と看護 2020 春季増刊:14-17、2020
12. 立石清一郎：両立支援に欠かせない産業保健スタッフに必要な疾患の知識と最新の治療法(Part 1)両立支援のためにおさえておきたいポイント 両立支援におけるメンタルヘルス不調と身体疾患との相違点、産業保健と看護 2020 春季増刊:18-20、2020
13. 立石清一郎、渡瀬真梨子、藤野義久、森晃爾：産業保健分野でのデルファイ法の応用展開、健康開発第 24 巻第 3 号、71-79、2020
14. 立石清一郎、井上俊介、永田昌子、荻ノ沢泰司、金城泰幸：職場で取り組む治療と仕事の両立支援 治療と仕事の両立支援の現状と課題、健康開発 24(3):18-22
15. 立石清一郎：治療と職業生活の両立支援、香川県医師会誌 71(6):73-78、2019
16. 立石清一郎：治療関連障害でもととの仕事ができない/無理なとき 産業医からみた就労支援、緩和ケア 29(1):44-45、2019
17. 立石清一郎、井上俊介、黒木一雅、細田悦子、近藤貴子、高倉加寿子、中藤麻紀、篠原弘恵、古田美子、荻ノ沢泰司、蓑原里奈、永田昌子、榎田奈保子、柴田喜幸：治療と仕事の両立支援研究

の現在 産業医科大学における治療と  
仕事の両立への貢献、産業医学ジャー  
ナル 42(4):30-37、2019

18. 尾辻豊、立石清一郎、田中文啓、荻ノ  
沢泰司、黒田耕志、市来嘉伸、安東睦  
子、細田悦子、黒木一雅、近藤貴子、  
中藤麻紀、東敏昭：産業医科大学病院  
における両立支援科・就学就労支援セ  
ンター、日本職業・災害医学会  
67(5):369-374、2019

#### **H. 知的財産権の出願・登録状況:(予定を 含む。)**

1. 特許取得  
なし
2. 実用新案登録  
なし
3. その他  
なし





# 補助資料研究班ごとの分析内容

## 1. 労災疾病研究 平井班 (2018~2020)

対象者	場面	ツール名	ツールスタイル	研究班	概要	ID	備考	URL等
当事者 問わず	問わず	脳疲労尺度	尺度	平井班	問及における念付的な状態を脳疲労の定義、40項目の質問で構成されている。	1.1	脳疲労の概念整理	<a href="https://www.researchgate.net/publication/320216266/figure/fig/1/figure-fig1/2021:666424216266/figure.png?at=images&amp;as=pdf">https://www.researchgate.net/publication/320216266/figure/fig/1/figure-fig1/2021:666424216266/figure.png?at=images&amp;as=pdf</a>
当事者 問わず	問わず	ストレスマシメントガイダンス システム 他	インタラクション 研究 (人材基盤)	平井班	脳疲労尺度のうち、6項目からストレス度を算出し、セルフケアへの気づきを促進する。当班が職場環境改善を促進する上で発生するストレス状態の把握および改善に関する助言を産業界の立場で行う。	1.2	脳疲労について部外、職場版	<a href="http://www.kanagawa-u.ac.jp/~lab/brain/">http://www.kanagawa-u.ac.jp/~lab/brain/</a>
産業医 職域	職域	企業内ピアサポート 実践プログラム 他	研修 (人材基盤)	平井班	企業など、職場でのピアサポートの実践に際して求められるコンピテンシー (適性能力) を高める教育プログラム。	1.3		
ピアサポート 職域	職域	企業内ピアサポート 実践プログラム 他	研修 (人材基盤)	平井班	企業など、職場でのピアサポートの実践に際して求められるコンピテンシー (適性能力) を高める教育プログラム。	1.4		
当事者 問わず	問わず	ストレスマシメントガイダンス システム 他	インタラクション 研究 (人材基盤)	平井班	セルフケアの具体例として、10種の具体例解決方法を提示	1.5	10種の具体例 (ストレスとの向き合い方、脳のクセを知るーニューロダイバーシティの観点からー、脳の疲労について、良い眠りのために、メモリの取り方、1日の時間計画を考える、リフレッシュの方法、伝えるを習慣にーワーケーションの活用ー、発案の必要性、本を動かしてスレッド)	<a href="https://www.kanagawa-u.ac.jp/~lab/brain/">https://www.kanagawa-u.ac.jp/~lab/brain/</a>



### 3. 労災疾病研究 中村班 (2017~2019)

大カテゴリ	対象者	場面	ツール名	ツールスタイル	研究班	ID	備考
マニュアル	医療職	医療機関 医療機関	ツール名 医療機関における治療と仕事の両立支援 導入ガイド	ツールスタイル パンフレット	中村班	3.1	



## 5. 労災疾病研究 豊田班 (2016~2018)

大カクゴリー	対象者	種別	ツール名	ツールスタイル	研究班	概要	ID	備考	URL等
情報基盤	労災病院	医療機関 医療機関	医療コード(データベース) 医療機関データベース	フォームスタイル 入力データベース	豊田班 豊田山田班	労災病院の入力フォーマット作成	5.1		

## 6. 労災疾病研究 立石班 (2016~2018)

大分県ユニバー	所属者	所属	グループ名	ワークスタイル	研究班	概要	ID	備考	URL等
マニユアル	産業医	職種	現場に勤務する産業医の労務管理の考え方が、アンケート		立石研紀彦	「健康な働き方」は企業の産業医の役割である。主に労働時の職務内容の把握を行うように取り組むものです。研究班により集められた事例を中心として、影響要因(0.1)を、①労務管理、②労務学知識、③企業業績の順に分析。	0.1		<a href="https://doi.org/10.2429/doctor.20160101">https://doi.org/10.2429/doctor.20160101</a>
データベース	産業医	職種	労務管理の現場	データベース	立石研紀彦	産業医を中心とした労務管理の現場、データベース化されており、職種、労務管理の現場などによって異なる事例の抽出が可能。	0.2		<a href="https://doi.org/10.2429/doctor.20160102">https://doi.org/10.2429/doctor.20160102</a>

## 7. 労災疾病研究 宮内班 (2015~2017)

大分県	対象者	種別	グループ名	ワークスタイル	研究班	概要	ID	備考	URL等
データベース	労働者	問はず	研究班	報告書	宮内班	婦人科疾患に罹患する女性の労働者の特徴について労務環境のデータをもとに検討している。婦人科疾患による職場に足影がつかないという思いから参加を促している見込みがある。婦人科疾患前後の足影の変化は職業主観に依拠して労務環境にかかわる。	7.1		
データベース	職場上司	無成	研究班	報告書	宮内班	子宮頸がん検診への意識について、産前産後の事業場の管理職層向けの同僚研修は、労務環境に与える影響の分析を行う目的がある。	7.2		







11.

## 12. 厚労科研 江口班(2014~2015)

大分県 マニアル	所属 産業保健スタッフ	職名 産業保健スタッフ	ツール名 産業保健職・人事担当者の研修に活用 した従業員の対応ハンドブック	ツールスタイル ワークスタイル	研究年 江口班2014年	概要 職場の産業保健員向けに、職務標準について、現状、改善の方向、教育研修の方向、 ト、合理的配慮の活用策、について解説している。	ID 12.1	備考	URL等 <a href="https://www.med.kitasib-u.ac.jp/lab/publichealth/pabka.html">https://www.med.kitasib-u.ac.jp/lab/publichealth/pabka.html</a>

令和3年度労災疾病臨床研究事業費補助金

治療と仕事の両立支援に関する基盤整備および拡充に資する研究  
(210301-1)

分担研究報告書

欧米諸国を中心とした国外における  
両立支援の基盤レビュー

研究分担者

深井航太

(東海大学医学部 基盤診療学系衛生学公衆衛生学 講師)

**令和3年度 労災疾病臨床研究事業費補助金**  
**治療と仕事の両立支援に関する基盤整備および拡充に資する研究**  
**分担研究報告書**

**欧米諸国を中心とした国外における両立支援の基盤レビュー**

**研究分担者 深井 航太**

**(東海大学医学部 基盤診療学系衛生学公衆衛生学 講師)**

**研究要旨**

【目的】本研究では、特に、アメリカにおける障害のあるアメリカ人法 (ADA) における合理的配慮の調整を運営している仕事の間ネットワーク (JAN) の文献調査と、イギリスにおける障害者差別解消法 DDA や健康上の問題について家庭医が事業者に意見書を作成する Fitnote の仕組みについて、文献的調査を実施することを目的とした。

【方法】学術論文データベース、各種ウェブサイト (Job Accommodation network (米国)、Fit note (英国)) 等を参照し、各種制度について整理した。

【結果・考察】米国では、障害者の差別を背景に法的な整備が進められ、その延長として Job Accommodation network といった公的な組織が設立され、疾患毎にガイドライン的な文書を提供する試みがなされていた。一方で、英国では、限られた人的資源を背景に、一般臨床医 GP を産業保健資源として活用する試みがなされていた。両国とも、事業主に法的には両立支援を義務化する強制力はなく、各企業の経営方針によって治療と仕事の両立支援がなされている可能性が示唆された。我が国には、労働安全衛生法に基づく産業医等を選任する法的整備がある一方で、大多数の労働者は産業医選任義務のない事業場で働いており、多くの場合、非医療職が従業員の両立支援対応に苦難している。米国のような具体的なガイドラインを広く公表して提供しつつ、産業保健を専門としない医師等の人的資源を活用するような英国型のシステムの双方を活用することが重要であると考えられた。

**研究協力者**

**立道 昌幸 (東海大学医学部基盤診療学系衛生学公衆衛生学 教授)**

**古屋 佑子 (東海大学医学部基盤診療学系衛生学公衆衛生学 助教)**

## A.目的

治療と仕事の両立支援は、我が国において医療機関、産業保健専門職への広報や教育研修会など、様々な取り組みがなされており、徐々に浸透してきている。一方で、有益な情報の多くが分散しており必要な情報基盤が整理されていない現状がある。今後、日本において治療と仕事の両立支援がさらに展開・普及するためには、国際的な両立支援の在り方を参考にして、我が国に応用展開できる方策を検討することが必要と考えられる。本研究の目的は、国外における治療と仕事の両立支援に関する情報基盤を、欧米諸国を中心に調査・整理することである。

本研究では、特に、アメリカにおける障害のあるアメリカ人法(ADA)における合理的配慮の調整を運営している仕事の間ネットワーク(JAN)の文献調査と、イギリスにおける障害者差別解消法DDA や健康上の問題について家庭医が事業者意見書を作成する Fitnote の仕組みについて、調査を実施こととした。

## B.方法

文献調査・ウェブ調査を実施した。

### 1) 文献調査

学術論文 DB (PubMed/MEDLINE, Cochrane, 医中誌等) を中心として、return-to-work, work-related goals, employment support 等をキーワードとして検索した。

### 2) 各種ウェブサイト

Job Accommodation network

(US) : <https://askjan.org/>

Fit note (UK) :

<https://www.gov.uk/government/collections/fit-note>

を参照した。

3) その他：既存の厚労科研, 労災疾病研究報告書等

## C.結果

### 1) 米国における両立支援

米国では、「障害を持つアメリカ人法 (the Americans with Disabilities Act (以下, ADA))」が法的な根拠のもととなり、各種の合理利敵配慮、両立支援がなされている。ADA は 1990 年に制定され、その後、ADA Amendments Act of 2008 (ADAAA) として 2008 年改正に改正された。

ADAAA は、障害者に対する差別を禁止する連邦法である。15 人以上の従業員を雇用する事業主に、disability への合理的な環境整備を提供を義務としている。Disability の定義、解釈が 2008 年に拡大したことが一つのポイントであり、それには 1 つ以上の主要な生活活動が実質的に制限される身体的または精神的な impairment (障害) がある事とされた。impairment の定義は、2008 年改正時に解釈は拡大せず、いわゆる障害をもった者のみ実際には指しており、病気や妊娠等による生活上の制限などは含まれていない。よって、我が国の「治療と仕事の両立支援」という概念は、法令上は含まれていないのが現状と言える。

一方で、米国の平等雇用機会委員会 (EEOC) は、ADA の雇用規定を施行している。この文書では、職場の特定の障害に対処する一連の質疑応答文書の1つであり、ADA が癌を患っているまたは患っている求職者および従業員にどのように適用されるかを説明しており、下記の内容が含まれている。

- 雇用主が申請者または従業員に自分のがんについて、また自発的な開示をどのように扱うべきかについて質問する場合。
- がんの従業員が必要とする可能性のある合理的配慮の種類。
- 雇用主ががんの申請者と従業員に関する安全上の懸念にどのように対処すべきか。
- 雇用主が、癌やその他の障害のために従業員が嫌がらせを受けないようにする方法。

こうした背景で、米国の労働省による資金提供で、Job Accommodation Network (JAN) が設立、運営されている。JAN は ADA 順守についての実践的な情報を事業主、障害者、リハビリテーション専門家などに提供する機関である。その中で、具体的な情報提供として、Accommodation and Compliance Series by Disability (事業主へのガイド) が公開されている。調査時点では、疾患別に 96 のガイドが公開されており、以下にその疾患リストを示す。

◆ Accommodation and Compliance Series by Disability の疾患リスト

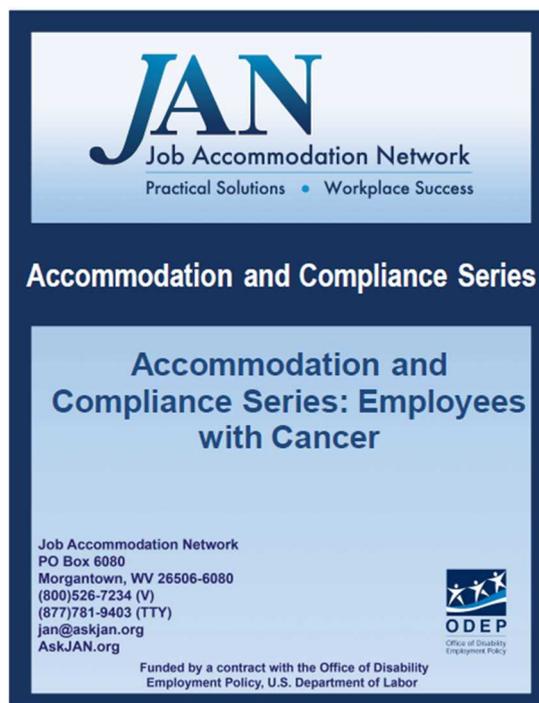
アジソン病、加齢、アルビノ、アルコール依存症、筋萎縮性側索硬化症 (ALS) / ルー・ゲーリッグ病、アルツハイマー型認知症、切断、不安障害、関節炎、運動失調症、注意欠陥・多動性障害、聴覚処理障害、自閉症スペクトラム、背部の障害、双極性障害、膀胱の障害、出血性障害、盲目、体臭、脳梗塞、火傷、癌、カタプレキシー、脳性麻痺、シャルコー・マリー・トゥース、慢性疲労症候群、慢性疼痛、色覚異常/色覚異常、累積的な外傷の状態、聴覚障害、うつ病、糖尿病、薬物依存症、ジストニア、摂食障害、エーラスダンロス症候群、電気過敏症、てんかん/痙攣性障害、本態性振戦、胎児性アルコール症候群、線維筋痛症、食物アレルギー、フレグランス・センシティブ、胃食道逆流症、消化器系疾患、バセドウ病、ギラン・バレー症候群、片手切断/片手使用、聴覚障害、心臓疾患、肝炎、ヒト免疫不全ウイルス、ハンチントン病、知的障害または認知障害、ラテックスアレルギー、学習障害、足の不自由な方、リトルパーソン、ロービジョン、ループス、ライム病、マルファンシンドローム、メンタルヘルス疾患、片頭痛、多発性化学物質過敏症、多発性硬化症、筋ジストロフィー、重症筋無力症、肥満症、強迫性障害、半身不随、パーキンソン病、パーソナリティ障害、恐怖症、ポリオ/ポストポリオ、心的外傷後ストレス障害、妊娠中の社員、四肢麻痺、レイノー病、反射性交感神経

ジストロフィー/複雑性局所疼痛症候群、腎・腎臓疾患、呼吸器系の障害、サルコイドーシス、統合失調症、季節性感情障害、帯状疱疹/帯状疱疹、鎌状赤血球貧血、皮膚疾患、睡眠障害、音声言語障害、二分脊椎症、脳卒中による障害、吃音、甲状腺機能障害、トゥレット症候群、めまい症

この結果から分かる通り、以上の疾患リストは、個別の希少疾患からコモンディージーズ、症候群まで幅広いことがわかった。これらのガイドは、基本的には以下の7つの観点から整理されている。

#### ◆ Accommodation and Compliance Series by Disability の構成要素

- ①制限の性質
- ②職務遂行への影響
- ③適正配置
- ④職場で可能な対応策やリソース
- ⑤従業員との対話
- ⑥対応策の評価や追加
- ⑦監督者のトレーニング



記述されている内容は、決して高度なものではなく、平易リスト化されている。これは、事業主や企業の担当者、非医療職への読みやすさの配慮と考えられる一方で、産業保健専門職にとっては具体的な資料とはなりづらいと考えられた。なお、実際の活用度については、情報を得ることはできなかった。

## 2) 英国における両立支援

英国では、健康問題で休業している労働者の仕事への適合性を評価し、事業者による支援の必要性を助言できる The Statement of Fitness for Work (Fit note; 以下、フィットノート) の活用がなされている。フィットノートは、行政委任立法 statutory instrument secondary legislation によって制定された規則で定められ

ており、1週間以上の休業で、一般開業医(General Practitioner; 以下、GP)もしくは病院勤務医)から発行される。適切な配慮をすれば、休業をする必要のない労働者を早期に復職させることが可能なものを対象疾患としている。GPが、条件を整えば復職できるかに焦点をあてた診断書を発行し、休業や復職に関する医師と職場側双方の認識や行動を変えることで、休業の長期化を防止する効果があるとされている。フィットノートは公的休業補償の申請書類としても用いられている。

事業場に産業医が雇用されている場合、労働者はGPからフィットノートを発行してもらい、労働者本人と上司ないし雇用者との間でフィットノートの内容が確認されて当事者間で就業上の配慮が決定される。次に、記載している配慮が実施困難な場合、記載内容が曖昧すぎるなど上司が内容を理解できない場合など、対応が困難な場合に産業医に相談される。ただ、フィットノートが開始された背景に、産業保健専門職が事業場にいない場合が大多数の労働者であり、GPという医療リソースを利用して産業保健を提供することがある。GPがより産業保健への参加を意図したものである。英国の産業保健の基本法である Health and Safety at Work Act には、企業に産業医選任の義務はない。我が国のように、産業医の資格要件にも法的定めはなく、企業において産業保健サービスは事業者の主体性に委ねられている。英国では、かつては産業保健サー

ビスは多くの企業で整備されていたが、近年はそのカバー率が低くなってきており、2-3割と見積もられている。フィットノートで示された就業上の配慮を履行する義務が事業者が発生するといった義務は事業者には課せられてはおらず、GPがフィットノートで示した判断よりも雇用主と労働者で行う判断を優先してよいとされている。

フィットノートは、「仕事に適さないか」(就業可)と「(GPの助言を考慮することにより)仕事に適する可能性がある」(条件付き就業可)のチェックと、臨床上配慮すべき必要最小限の内容を記入する様式となっている。「仕事に適する可能性がある」をチェックがある場合、段階的な復職、職務の変更、就業時間の変更、就業場所の変更といった具体的な指示を示す4つのチェックボックスと自由記載欄があり、GPが意見を述べるようになっている。先の英国の産業保健サービスの状況の通り、我が国の産業医に求められる職場に関する専門的知識は期待されておらず、助言に基づいて労使で可能な対応を実施することとされている。

**Statement of Fitness for Work  
For social security or Statutory Sick Pay**

Patient's name:

I assessed your case on:

and, because of the following condition(s):

I advise you that:  you are not fit for work.  
 you may be fit for work taking account of the following advice:

If available, and with your employer's agreement, you may benefit from:

a phased return to work  amended duties  
 altered hours  workplace adaptations

(Comments, including functional effects of your condition(s): )

This will be the case for  or from  to

I will still need to assess your fitness for work again at the end of this period. (Please circle 1 if applicable)

Doctor's signature:

Date of statement:

Doctor's address:

MSF 0 04/10

英国におけるフィットノートの活用度に関する複数の量的調査が行われている。2015年3月時点では、毎年約1千万通のフィットノートが発行されており、70%は事業者からの傷病手当の請求に使用されている。3分の1以上のフィットノートが軽度から中等度のメンタルヘルス障害に発行されており、約4分の1のフィットノートは、1~3ヶ月の期間で発行されている。一方で、フィットノートは十分に活用されていないとするデータもあり、GPの17%しか意図した使用方法をしておらず、77%は医学以外の理由でフィットノートを発行する義務があるように感じており、38%はフィットノートはGPの実務を変化させておらず、保障制度をよく理解しているのは、GPのわずか23%にすぎないという調査結果もある。

## D.結論

米英における治療と仕事の両立支援の制度や状況を調査した。米国では、障害者の差別を背景に法的な整備が進められ、その延長として JAN といった公的な組織が設立され、疾患毎にガイドライン的な文書を提供する試みがなされている。一方で、英国では、限られた人的資源を背景に、一般臨床家 GP を産業保健資源として活用する試みがなされている。両国とも、事業主に法的には両立支援を義務化する強制力は顕著ではなく、各企業の経営方針や福利厚生として行われている可能性が示唆される。

我が国には、産業医等を選任する法的根拠がある一方で、多くの労働者は産業医選任義務のない50人未満の事業場で働いており、非医療職が従業員の両立支援対応を行っていると考えられる。米国のような具体的なガイドラインを広く公表して提供しつつ、産業保健専門家ではない医師等の人的資源を活用するような英国型のシステムをより広く推進していくことで、疾病が阻害要因とよって就業や復職に困難を来している労働者への支援をさらに推進していくべきであると考えられた。

## F.引用・参考文献

Job Accommodation network  
(US) : <https://askjan.org/>

Fit note (UK) :

<https://www.gov.uk/government/collections/fit-note>

久保 達彦, 藤野 善久, 村松 圭司, 松田 晋哉. 英国の産業医制度と産業医アクセス確保政策としての Fit Note. J UOEH, 2013, 35(4), 299-303. 堤明純. フィットノートの紹介とわが国への導入の検討. 産業医学レビュー, 29(3), 121-144.

#### **G.学会発表**

なし

#### **H. 論文業績**

なし

#### **I. 研究に関連した実務活動**

なし

#### **H. 知的所有権の取得状況**

なし

令和3年度労災疾病臨床研究事業費補助金

治療と仕事の両立支援に関する基盤整備および拡充に資する研究

(210301)

分担研究報告書

疾患ごとの両立支援に関するレビュー:がん  
第1報

研究分担者

原田 有理沙

(産業医科大学 医学部 両立支援科学 助教)

**令和3年度 労災疾病臨床研究事業費補助金**  
**治療と仕事の両立支援に関する基盤整備および拡充に資する研究**  
**分担研究報告書**

**疾患ごとの両立支援に関するレビュー:がん 第1報**

**研究分担者 原田 有理沙 (産業医科大学 医学部 両立支援科学 助教)**

**研究要旨:**

現在までのがん患者に対して適切な治療と仕事の両立支援が行われてきたか不明であり、どのような支援が有効であるか明らかになっていない。就労世代におけるがん種毎に復職及び就労継続に影響を及ぼす取り組みを探索し、より有効な両立支援を明らかにすることを目的とし、英文文献を対象とした体系的レビューを行った。

各がん種について、キーワードにて文献検索サイトPubMedを検索、ヒットした文献を2名によって、タイトル及び要約から今回の目的に該当する文献に絞った。

肺がんでは、全例が医療機関での介入であり、職場や地域での介入はなかった。対象者年齢は40-80歳代まで幅広く、平均年齢が60歳以上の文献は14編であった。抽出された文献はアウトカム毎に、休職期間等の直接的復職指標について1編であったが、多種のがんを対象としており、肺がん患者単独を対象とした報告はなかった。生産性指標等の就労に関する間接的復職指標について、14編であった。呼吸機能指標等の病状に関する間接的復職指標について、7編であった。このうち復職及び就労継続への有効性を示したものは11編に留まった。

脳腫瘍では、復職や復職までの期間をアウトカムとした報告は、症例報告のみであった。その他の報告は倦怠感や高次脳機能をアウトカムとし、リハビリテーション、患者同士のピアサポート、コンサルタントによる個別面談が含まれた。介入は7編が医療機関、1編が支援機関で行われていた。

がん毎に支援ニーズや活用できる資材の違いによって、必要な支援や提供できるサービスが異なると考えられる。今後、さらに文献調査を進める。

**研究協力者**

**高木 絵里子 (コニカミノルタ株式会社 産業医)**

**樋口 周人 (産業医科大学病院 リハビリテーション部 理学療法士)**

**船津 康平 (産業医科大学病院 リハビリテーション部 理学療法士)**

## A. 目的

現在までにがん患者に対して適切な治療と仕事の両立支援が行われてきたか不明であり、どのような支援が有効であるか明らかになっていない。就労世代におけるがん種毎に復職及び就労継続に影響を及ぼす取り組みを探索し、より有効な両立支援を明らかにすることを目的とし、英文文献を対象とした体系的レビューを行った。

## B. 方法

各がん種について、キーワードにて文献検索サイト PubMed を検索、ヒットした文献を2名によって、タイトル及び要約から今回の目的に該当する文献に絞った。包括基準と除外基準を以下に示す。

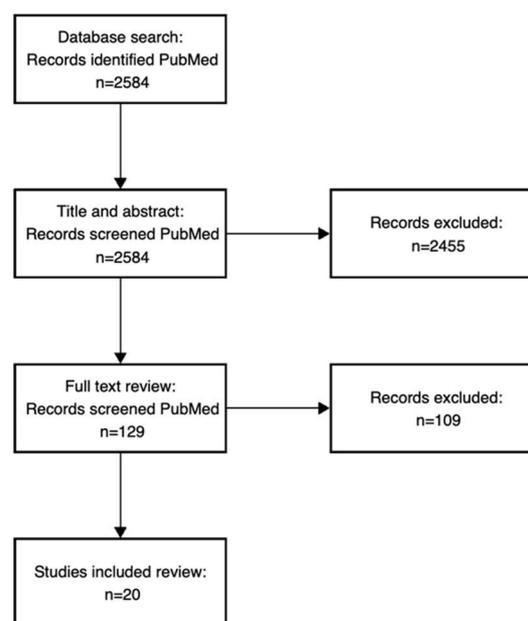
### 肺がん

1) 検索式 : ((lung cancer) OR (lung Neoplasm) OR (Cancer Survivors)) AND ((employment) OR (job) OR (occupation) OR (worker) OR (labourer) OR (workplace)) AND ((operation) OR (surgical) OR (anticancer drug) OR (anticancer drug) OR (Radiation Therapy) OR (Rehabilitation) OR (vocational rehabilitation) OR (Insurance) OR (welfare system) OR (Financial Support) OR (Social Support) OR (Survivorship) OR (Self-Help Groups) OR (peer support) OR (Family

Support) OR (Psychosocial Support Systems) OR (counseling) OR (Work support) OR (Occupational support) OR (Support from Workplace) OR (commuting to hospital) OR (Occupational physician) OR (Occupational Health Nurse) OR (Health Practitioner) OR (health care provider))

2) 検索日 : 2021 年 7 月 6 日

3) 検索式でヒット 2,584 件、タイトル及び要約での選別で 129 件に絞った。



4) 包含基準 :

- ・研究デザインが無作為化比較試験 (RCT) 及びクラスターRCT であるもの
- ・対象者が肺がん診断時に有給雇用の可能性がある 18 歳以上であるもの
- ・介入方法が復職及び就労継続に影響する要因への対処 (職場での調整、身体的活

動、手術、多職種連携) であるもの

5) 除外基準:

- ・レター等の一般的論文体裁を成さないもの(レビュー論文も含む)
- ・小児がん等の就労能力未獲得の患者にアプローチしているもの
- ・リスク要因の検討のみの論文であるもの

## 脳腫瘍

1) 検索式 : (((Neoplasms, Neuroepithelial) OR (brain neoplasms)) AND ((((((Employment) OR (Job)) OR (Occupation)) OR (Worker)) OR (Labourer)) OR (Workplace))) AND (((((((((((((((((((((((operation) OR (surgical)) OR (anticancer drug)) OR (Radiation Therapy)) OR (Rehabilitation)) OR (vocational rehabilitation)) OR (Insurance)) OR (welfare system)) OR (Financial Support)) OR (Social Support)) OR (Survivorship)) OR (Self-Help Groups)) OR (peer support)) OR (Family Support)) OR (Family Support)) OR (Psychosocial Support Systems)) OR (counseling)) OR (Work support)) OR (Occupational support)) OR (Support from Workplace)) OR (commuting to hospital)) OR (Occupational

physician)) OR (Occupational Health Nurse)) OR (Health Practitioner)) OR (health care provider)) OR (shared decision making)) OR (work accommodation)) Filters: Books and Documents, Case Reports, Clinical Study, Clinical Trial, Comparative Study, Controlled Clinical Trial, Evaluation Study, Guideline, Meta-Analysis, Observational Study, Practice Guideline, Randomized Controlled Trial, Review, Validation Study, Humans

2) 検索日: 2021年7月6日

3) 検索式でヒット2,065件、タイトル及び要約での選別で71件に絞った。

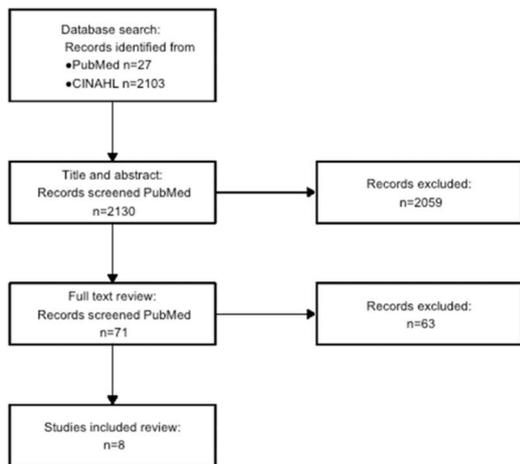
4) 包含基準:

- ・無作為化比較試験、非無作為化比較試験などの介入研究、ミックストメソッドなど質的分析を含む報告及び症例報告
- ・対象者が脳腫瘍診断時に有給雇用の可能性がある18歳以上、
- ・介入方法が復職及び就労継続に影響する要因及び障壁への対処とした

5) 除外基準:

- ・レター等の一般的論文体裁を成さないもの
- ・レビュー論文
- ・小児がん等の就労能力未獲得の患者へのアプローチ

- ・ リスク要因の検討のみの論文



### 乳がん

- 1) 検索式 : ((breast cancer) OR (breast Neoplasm) OR (Cancer Survivors)) AND ((employment) OR (job) OR (occupation) OR (worker) OR (labourer) OR (workplace)) AND ((operation) OR (surgical) OR (anticancer drug) OR (anticancer drug) OR (Radiation Therapy) OR (Rehabilitation) OR (vocational rehabilitation) OR (Insurance) OR (welfare system) OR (Financial Support) OR (Social Support) OR (Survivorship) OR (Self-Help Groups) OR (peer support) OR (Family Support) OR (Psychosocial Support Systems) OR (counseling) OR (Work support) OR (Occupational support) OR (Support from Workplace) OR (commuting to hospital) OR (Occupational physician) OR (Occupational Health Nurse) OR (Health Practitioner) OR (health care provider))

- 2) 検索日 : 2021年7月6日

- 3) 検索式でヒット 2,660 件、タイトル及び要約で選別した。

### 大腸がん

- 1) 検索式 : ((Colorectal cancer) OR (Colorectal Neoplasm) OR (Cancer Survivors)) AND ((employment) OR (job) OR (occupation) OR (worker) OR (labourer) OR (workplace)) AND ((operation) OR (surgical) OR (anticancer drug) OR (anticancer drug) OR (Radiation Therapy) OR (Rehabilitation) OR (vocational rehabilitation) OR (Insurance) OR (welfare system) OR (Financial Support) OR (Social Support) OR (Survivorship) OR (Self-Help Groups) OR (peer support) OR (Family Support) OR (Psychosocial Support Systems) OR (counseling) OR (Work support) OR (Occupational support) OR (Support from Workplace) OR (commuting to hospital) OR (Occupational physician) OR (Occupational Health Nurse) OR (Health Practitioner) OR (health care provider))

- 2) 検索日 : 2021年7月6日

- 3) 検索式でヒット 1,733 件、タイトル及び要約で選別した。

## C. 結果

### 肺がん

- ・ 全例が医療機関での介入であった。
- ・ 職場や地域での介入はなかった。
- ・ 対象者年齢は 40-80 歳代まで幅広く、平均年齢が 60 歳以上の文献は 14 編であった。
- ・ 抽出された文献はアウトカム毎に、以下の 3 つに分類された。

### アウトカムの分類

1. 休職期間等の直接的復職指標：1 編であったが、多種のがんを対象としており、肺がん患者単独を対象とした報告はなかった。
  2. 生産性指標等の就労に関する間接的復職指標：14 編であった。
  3. 呼吸機能指標等の病状に関する間接的復職指標：7 編であった。
2. 3. のうち復職及び就労継続への有効性を示したものは 11 編に留まった。

### 脳腫瘍

- ・ 復職や復職までの期間をアウトカムとした報告は、症例報告のみであった。
- ・ その他の報告は倦怠感や高次脳機能をアウトカムとし、リハビリテーション、患者同士のピアサポート、コンサルタントによる個別面談が含まれた。
- ・ 介入は 7 編が医療機関、1 編が支援機関で行われていた。

## D. 考察

### 肺がん

肺がん患者への復職及び就労継続に関する介入研究が少なかった理由としては、日常生活機能改善を目的とした呼吸機能や体力低下、副作用等に対する介入が多いことが考えられた。加えて、上記介入が就労支援に有効であるかについて検討は行っていなかった。

肺がん患者への復職及び就労継続に関する介入研究が少なかった原因としては、対象者の平均罹患年齢が就労年齢 65 歳を超えた文献が多く、就労支援のニーズが低いことが考えられた。

高齢の肺がん患者に対する復職及び就労継続に関する有効な介入の確立が望まれる。

### 脳腫瘍

脳腫瘍患者の復職に関してこれまでは心身機能をアウトカムとし検討されてきた。しかし、高次脳機能障害や運動機能などの障壁が取り除かれた場合の復帰率が向上する可能性がある。

病状への介入のみならず残存障害と仕事との適合調整が重要なため、職場や支援機関へのアプローチも併せて検討する必要がある。

今後、復職及び就労継続をアウトカムとした両立支援介入研究が活発に行われることが期待される。

## E. 結論

がん毎に支援ニーズや活用できる資材の違いによって、必要な支援や提供できるサービスが異なると考えられる。今後、さらに文献調査を進める。

## F. 引用・参考文献

### G. 学会発表

- 樋口周人、船津康平、高木絵里子、原田有理沙、立石清一郎、佐伯覚. 肺がん患者の治療と仕事の両立支援に関する文献調査 介入研究に着目して. 第 95 回日本産業衛生学会、2022 年 5 月高知、口演発表予定
- 船津康平、樋口周人、高木絵里子、原田有理沙、立石清一郎、佐伯覚. 脳腫瘍患者の治療と仕事の両立支援に関する介入 スコーピングレビュー . 第 95 回日本産業衛生学会、2022 年 5 月高知、口演発表予定
- 原田有理沙、橋本博興、立石清一郎. 両立支援のハードルを下げるためのベタな実践要素及び行動の整理. 第 94 回日本産業衛生学会、2021 年 5 月松本、口演発表
- 細田悦子、原田有理沙、石上紋、橋本博興、立石清一郎、永田昌子 : SanRiSE Study 第 1 報 患者の抱える復職及び就業継続上の困りごとについての実態調査、第 95 回日本産業衛生学会、2022 年高知、ポスター発表予定
- 石上紋、原田有理沙、細田悦子、橋本博興、立石清一郎、永田昌子、SanRiSE Study 第 2 報 主治医意見書発行を要した患者の復職及び就業継続上の困りごと、第 95 回日本産業衛生学会、2022 高知、ポスター発表予定
- 原田有理沙、立石清一郎、石丸知宏、江口尚、辻真弓、池上和範、永田昌子、松垣竜太郎、藤野義久. CORoNaWork : 労働者が抱える慢性疾患別の両立支援の実施状況、第 95 回日本産業衛生学会、2022 高知、ポスター発表予定
- 橋本博興、原田有理沙、五十嵐侑、立石清一郎、永田昌子、藤野善久. CORoNaWork:COVID-19 流行下の日本における職場での配慮と心理的苦痛の関連、第 95 回日本産業衛生学会、2022 高知、ポスター発表予定
- 小倉康平、山瀧一、原田有理沙、橋本博興、立石清一郎 : 医療者が患者の就業状況を知るための映像コンテンツの作成. 第 31 回日本産業衛生学会全国協議会、2021 年三重、口演発表
- 細田悦子、立石清一郎、原田有理沙、近藤貴子、高倉加寿子、蟻川麻紀、篠原弘恵、古田美子、末永卓也、久原聡志. 産業医科大学病院における両立支援コーディネーターによる支援活動報告、第 31 回日本産業衛生学会全国協議会、2021 年三重、口演発表
- 立石清一郎. 慢性病に罹患しても仕事をあきらめない 治療と仕事の両立支援の要点. 第 16 回日本慢性看護学会、2021 年 9 月オンライン開催
- 立石清一郎、榎田奈保子、原田有理沙、工藤智美、高松あずみ、武花歩

- 実. 肝疾患における治療と仕事の両立支援の職域における課題. 第107回日本消化器病学会、2021年4月東京、口演発表
12. 篠原弘恵、立石清一郎、井上俊介、細田悦子、高倉加寿子、古田美子. 高齢者への両立支援 消化器癌患者の復職を振り返って. 第107回日本消化器病学会、2021年4月東京、ミニオーラル
  13. 近藤貴子、立石清一郎、井上俊介、細田悦子、篠原弘恵. 日常の生活に戻りたい終末期がん患者の就労支援の一考察 エンド・オブ・ライフケアの実現. 第107回日本消化器病学会、2021年4月東京、ミニオーラル
  14. 井上俊介、永田昌子、永田智久、立石清一郎、藤野義久、森晃爾. 下痢腹部症状を有する労働者の生産性低下と関連する要因. 第107回日本消化器病学会、2021年4月東京、ミニオーラル
  15. 篠原義剛、横山雄一、斎藤暢人、植木哲也、立石清一郎. 外来化学療法センターでの薬剤師の両立支援の取組み. 第107回日本消化器病学会、2021年4月東京、ミニオーラル
  16. 井上俊介、永田昌子、原田有理沙、橋本博興、立石清一郎. 肉体労働を有する患者が治療と仕事を両立する上での困りごとの検討. 第94回日本産業衛生学会、2021年5月松本、口演発表
  17. 市川富美子、大久保浩司、荻ノ沢泰司、奥谷紀子、立石清一郎、筒井保博. 治療と仕事の両立支援における施設間連携について. 第94回日本産業衛生学会、2021年5月松本、口演発表
  18. 橋本博興、原田有理沙、立石清一郎. 主治医が患者の就業配慮を検討しやすくなる両立支援ツールの開発. 第94回日本産業衛生学会、2021年5月松本、口演発表
  19. 立石清一郎. 両立支援における医療機関と産業現場との連携～診療報酬改訂及び新型コロナ禍によるリモートワークの中で～ 勤務情報提供書と主治医意見書から考える医療機関と職域との協働. 第94回日本産業衛生学会、2021年5月松本、講演
  20. 立石清一郎. 全ての人に産業保健の光を-多様な背景により働きにくさを抱える労働者に- 身体疾患の両立支援の最前線. 第94回日本産業衛生学会、2021年5月松本、シンポジウム
  21. 中藤麻紀、濱田学、橋本博興、加藤徳明、立石清一郎、佐伯覚. 脳卒中の両立支援における当院の両立支援科の取組み. 第94回日本産業衛生学会、2021年5月松本、口演発表

22. 立石清一郎. 産業医科大学の将来を語る 産業医科大学病院の今後治療と仕事の両立支援、第 37 回産業医科大学学会、2020 年 9 月北九州、口演
23. 立石清一郎：治療と仕事の両立において心理職に期待すること、2020 年度公認心理師の会年次総会産業・労働・地域保健部会シンポジウム、2020 年 9 月、ウェブ開催
24. 井上俊介、立石清一郎. 患者が治療と仕事の両立を達成するための困りごとの企業規模ごとの検討. 第 93 回日本産業衛生学会、2020 年 5 月旭川、口演発表
25. 立石清一郎. それぞれの個性を生かす職場づくりを目指して 治療と仕事の両立支援の現状と課題. 第 93 回日本産業衛生学会、2020 年 5 月旭川、地域交流集会
26. 立石清一郎. 両立支援における医療機関と産業現場との連携 産業医科大学病院での治療と仕事の両立支援の実践 大学病院における両立支援の実践を通して. 第 93 回日本産業衛生学会、2020 年 5 月旭川、日本職業・災害医学会合同シンポジウム
27. 立石清一郎. 産業医科大学病院での治療と仕事の両立支援の実践、第 59 回日本肺癌学会、2019 年 11 月東京、シンポジウム
28. 井上俊介、立石清一郎. 医療機関の両立支援スタッフが感じる 3 つの変化、第 26 回産業精神保健学会、2019 年 8 月東京、口演発表
29. 立石清一郎. 乳がん患者の就労支援の現状と問題点 産業医の立場からの就労支援の実際、第 27 回日本乳癌学会総会、2019 年 7 月東京
30. 田中文啓、黒田耕志、立石清一郎、荻ノ沢泰司、安東睦子、細田悦子、黒木一雅、近藤貴子、中藤麻紀、尾辻豊、東敏昭：早期社会復帰を目指したチーム医療の取り組みががん治療と就労の両立に向けた組織的取り組み、第 60 回日本肺癌学会、2019 年大阪、口演発表

## H. 論文業績

- Igarashi Y, Tateishi S, Harada A, Hino A, Tsuji M, Ogami A, Mori K, Matsugaki R, Fujino Y; CORoNaWork project. Relationship Between Support for Workers with Illness and Work Functioning Impairment in Japan During the COVID-19 Pandemic. *J Occup Environ Med.* 2022 Jan 25. doi: 10.1097/JOM.0000000000002500. Epub ahead of print. PMID: 35081590.
- 立石清一郎、原田有理沙、永田昌子：仕事と治療の両立支援 UPDATE として、安全衛生コンサルタント Vol. 22 (141) 69-72、2022
- 立石清一郎、原田有理沙、永田昌子：治療と仕事の両立支援～支援の要諦

- と最近の動向、健康開発 Vol. 26(2)19-24、2021
4. 立石清一郎、原田有理沙：両立支援の実際－「医療機関における治療と仕事の両立支援」、総合リハビリテーション 49 巻 11 号、1087-1093、2021
  5. 原田有理沙、立石清一郎、橋本博興、井上俊介、細田悦子、篠原弘恵、高倉加寿子、古田美子、近藤貴子、蟻川麻紀、末永卓也、久原聡志、黒木一雅：2018-2020 年度産業医科大学病院における両立支援の診療実績と今後の課題、産業医科大学雑誌 43(4)、445-458、2021
  6. 原田有理沙、立石清一郎：産業医科大学における両立支援、消化器・肝臓内科 10(5)：619-624、2021
  7. 久米井伸介、渡邊龍之、芳川一郎、山内大夢、谷本彩、中村健太、村石純一、久米恵一郎、立石清一郎、原田大：炎症性腸疾患患者における両立支援、消化器・肝臓内科 10(5)：583-589、2021
  8. 蓑原里奈、小林祐一、古屋佑子、絹川千尋、廣里治奈、立石清一郎、渡邊聖二、森晃爾：治療と仕事の両立支援の手続きの中で産業医から主治医に提供された情報および助言内容の質的研究、産業衛生学雑誌 63(1)：6-20、2021
  9. 立石清一郎：病気の治療と仕事の両立支援-キャリアをあきらめないために治療と仕事の両立支援における医育機関の役割、公衆衛生 85(1)33-37
  10. 小林清香、平井啓、谷向仁、小川朝生、原田恵理、藤崎遼平、立石清一郎、足立浩祥：身体疾患による休職経験者における職場ストレスと関連要因、総合病院精神医学 32(4)：403-409、2020
  11. 立石清一郎：両立支援に欠かせない産業保健スタッフに必要な疾患の知識と最新の治療法(Part 1)両立支援のためにおさえておきたいポイント就業配慮を構造化して理解する、産業保健と看護 2020 春季増刊：14-17、2020
  12. 立石清一郎：両立支援に欠かせない産業保健スタッフに必要な疾患の知識と最新の治療法(Part 1)両立支援のためにおさえておきたいポイント両立支援におけるメンタルヘルス不調と身体疾患との相違点、産業保健と看護 2020 春季増刊：18-20、2020
  13. 立石清一郎、渡瀬真梨子、藤野義久、森晃爾：産業保健分野でのデルファイ法の応用展開、健康開発第 24 巻第 3 号、71-79、2020
  14. 立石清一郎、井上俊介、永田昌子、荻ノ沢泰司、金城泰幸：職場で取り組む治療と仕事の両立支援 治療と仕事の両立支援の現状と課題、健康開発 24(3)：18-22
  15. 立石清一郎：治療と職業生活の両立支援、香川県医師会誌 71(6)：73-78、2019

16. 立石清一郎：治療関連障害でもととの仕事ができない/無理なとき 産業医からみた就労支援、緩和ケア 29(1):44-45、2019
17. 立石清一郎、井上俊介、黒木一雅、細田悦子、近藤貴子、高倉加寿子、中藤麻紀、篠原弘恵、古田美子、荻ノ沢泰司、蓑原里奈、永田昌子、榎田奈保子、柴田喜幸：治療と仕事の両立支援研究の現在 産業医科大学における治療と仕事の両立への貢献、産業医学ジャーナル 42(4):30-37、2019
18. 尾辻豊、立石清一郎、田中文啓、荻ノ沢泰司、黒田耕志、市来嘉伸、安東睦

子、細田悦子、黒木一雅、近藤貴子、中藤麻紀、東敏昭：産業医科大学病院における両立支援科・就学就労支援センター、日本職業・災害医学会 67(5):369-374、2019

#### H. 知的財産権の出願・登録状況:(予定を含む。)

1. 特許取得  
なし
2. 実用新案登録  
なし
3. その他  
なし

令和3年度労災疾病臨床研究事業費補助金

治療と仕事の両立支援に関する基盤整備および拡充に資する研究

(210301-1)

## 分担研究報告書

疾患ごとの両立支援に関するレビュー：脳卒中

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)

**令和3年度 労災疾病臨床研究事業費補助金**  
**治療と仕事の両立支援に関する基盤整備および拡充に資する研究**  
**分担研究報告書**

**疾患ごとの両立支援に関するレビュー：脳卒中**

**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】本分担研究では、疾病ごとの両立支援に関連する文献レビューとして、脳卒中に関して情報基盤を中心に人材基盤に関する知見を含めて収集することを目的とした。

【方法】脳卒中の職場復帰支援と就労継続支援に関するシステマティックレビューを行い、必要な要因を包括的に抽出し分類する。分類した要因をもとに、支援者のコンピテンシーとの関連を検討する。

【結果および考察】脳卒中の両立支援に関する文献情報の取りまとめ中である。文献情報は、脳卒中本人の障害の種類や重症度が復職にどのように関連するかの報告が多い。しかし、人材基盤などに関する情報が少なく、文献以外から情報を得る必要がある。文献情報のみでは得られない、各地域での良好事例を取り上げることも必要である。

**研究協力者**

樋口 周人	（産業医科大学病院 リハビリテーション部 理学療法士）
下鶴 幸宏	（産業医科大学病院 看護部 看護師）
森山 利幸	（産業医科大学 リハビリテーション医学講座 助教）
井上 董	（産業医科大学病院 リハビリテーション科 修練医）
尾崎 文	（産業医科大学病院 リハビリテーション科 修練医）
橘高 千陽	（産業医科大学病院 リハビリテーション科 修練医）
辻 桐子	（産業医科大学病院 リハビリテーション科 修練医）
中村 さおり	（産業医科大学病院 リハビリテーション科 修練医）
吉田 歩美	（産業医科大学病院 リハビリテーション科 修練医）
田中 亮	（産業医科大学病院 リハビリテーション科 専修医）

## A. 研究目的

治療と仕事の両立支援は、これまで企業・医療機関への広報や各支援者向けの研修会など様々な取り組みがなされているほか、診療報酬でも算定できるようになっているが、全国に広がっていない現状がある。両立支援の全体像が把握しがたく、対応に苦慮していることが想定される。これは、有益な情報の多くが分散しており必要な「情報基盤」が構築されていないことと、多数いる支援者の役割期待が明確化されておらず具体的な行動に落とし込むことができる「人材基盤」が脆弱であることが原因であることが考えられる。

この「情報基盤」として、多くのユーザーが必要な情報は、「具体的な支援方策の考え方」と「豊富な対応事例」である。本分担研究では、疾病ごとの両立支援に関連する文献レビューとして、脳卒中に関して情報基盤を中心に人材基盤に関する知見を含めて収集することを目的とした。

なお、既に脳卒中の復職に関する文献調査は、本分担研究者の佐伯が以前より行っており、適宜論文として公表している（①佐伯 覚，有留敬之輔，吉田みよ子，明日徹，稗田寛，蜂須賀研二：脳卒中後の職業復帰予測．総合リハ 28：975-880，2000；②佐伯覚、蜂須賀研二：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；③佐伯覚、蜂須賀研二：脳卒中後の復職—近年の研究の国際動向について．総合リハ 39：385-390，2011）。これらの文献情報については、労災疾病臨床研究事業「身体疾患を有する患者の治療

と仕事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—（研究代表者：森晃爾、平成 26 年度～28 年度）」の分担研究「身体疾患患者の就労継続に与える就労上および治療上の要因医関する文献調査—脳卒中・骨関節疾患（分担研究者：佐伯覚）」で報告している。

## B. 研究方法

### 1) レビュー方法：

脳卒中の職場復帰支援と就労継続支援に関するシステマティックレビューを行い、必要な要因を包括的に抽出し分類する。分類した要因をもとに、支援者のコンピテンシーとの関連を検討する（図1）。

英文論文においても数年おきによりシステマティックレビューが発表されている（④Daniel K, Wolfe CDA, Busch MA, McKevitt C: What are the social consequences of stroke for working-aged adults? A systematic review. *Stroke* 40, e431-e440, 2009; ⑤Edwards J, Kapoor A, Linkewich E, Swartz RH: Return to work after stroke: a systematic review. *Int J Stroke*13: 243-256, 2018）、これら 2 篇の英文文献は 1946 年～2016 年 5 月第 1 週までをカバーしている。そのため、2016 年 5 月以降の 5 年間の英文論文を主として検索対象として取りまとめる。

## 2) Search strategy :

検索キーワードは上記④⑤の論文の search strategy (key words)を採用した。具体的な検索キーワードは以下の通りである。

- ✓ stroke or cerebrovascular disease
- ✓ young or adult or middle age
- ✓ social and (consequence or participation or outcome)
- ✓ (work or employment) and return

## C. 研究結果

### 1) 文献検索 :

主として PubMed を検索エンジンとして、上記 search strategy に基づき検索した (2021/7/1 検索実施)。さらに、2016/5/1 ~2021/6/30 の期間に発表された英文文献について検索したところ 317 件の論文を抽出し、アブストラクトを収集した。

Search key words : (stroke or cerebrovascular disease) 151,574 and (young or adult or middle age) 1,662,597 and ((social and (consequence or participation or outcome)) or ((work or employment) and return)) 173,949

↓

Duration : From 2016/5/1 to 2021/6/30

↓

**2,120 hits** (表 1)

↓

Book&document を除く

↓

**317 hits**

### 2) 一次スクリーニング :

「脳卒中に両立支援 (復職・復学支援) に必要な情報と能力に関する知見」に関係する論文のみ抽出することとして、分担研究者 (佐伯)、研究協力者 2 名 (樋口、下鶴) の計 3 名で抄録を独立にチェックしたその結果、3 名の意見が一致した文献について、17 件は二次スクリーニングへ、231 件は一次スクリーニングの時点で除外とした。また、3 名の意見が一致しない文献 69 件は 3 名で再審議し、12 件を二次スクリーニングへ、57 件を除外と判定し、最終的に合計 39 件 (F. 参考文献) を二次スクリーニングへまわした。

### 3) 二次スクリーニング :

二次スクリーニングの対象とした

39 件 (F. 参考文献) については論文を読み込み、最終的な採択を行うとともに、下記の事項について情報を抽出中である。

- ✓ First author
- ✓ Published year
- ✓ Nation
- ✓ Type of study  
(qualitative/quantitative observational study)
- 1. Return to work
- ✓ Overall sample size (% male)
- ✓ Follow-up period (fixed or uniform/mean/median/other)
- ✓ Return to work (%)
- ✓ Return to work definition/operationalization ex. full-time payed employment
- ✓ Predictor
- ✓ OR/HR/RR
- ✓ 95% CI
- 2. Social consequences
- ✓ Familial relationships issues (partner/children/family dynamics)
- ✓ Financial
- ✓ Social activities
- 3. Others

#### D. 考察

脳卒中に関する両立支援の文献レビューについては、最終的な採択を行うとともに、上記の事項について情報

を抽出中である。

脳卒中に関してはメタアナリシスなども多数実施されており、本分担研究では 2016 年以降の文献をチェックしている文献内容の精査を進めているが、人材基盤に関する情報はほとんどみられない。人材基盤については、過去の厚労科研で脳卒中地域連携パスの活動、脳卒中の両立支援が診療報酬の算定対象となったこともあって様々な取り組みが進んでおり、文献以外から情報を得る必要があると考えている (資料 1、2)。

2018 年に循環器病対策基本法が制定され、各県で脳卒中や心疾患に対して実行計画を作成している。福岡県は脳卒中の医療資源が豊富であり、脳卒中の平均余命は全国よりも秀でているが、逆に健康寿命は短い。あらたな制度を作るよりも、ネットワークを生かすための窓口やコーディネーターを置くことで人材を活用することを検討中である。文献情報のみでは得られない、各地域での良好事例を取り上げることも必要である (資料 1、2)。

次年度以降は本文献レビューを完成させるとともに、文献以外の情報収集を図る予定である。

#### E. 結論

脳卒中の両立支援に関する文献情報は、脳卒中本人の障害の種類や重症度が復職にどのように関連するかの報告が多い。しかし、人材基盤などに

関する情報が少なく、文献以外から情報を得る必要がある。文献情報のみでは得られない、各地域での良好事例を取り上げることも必要である。

#### F. 参考文献

- 1) Winstein CJ, Stein J, Arena R, Bates B, Cherney LR, Cramer SC, Deruyter F, Eng JJ, Fisher B, Harvey RL, Lang CE, MacKay-Lyons M, Ottenbacher KJ, Pugh S, Reeves MJ, Richards LG, Stiers W, Zorowitz RD; American Heart Association Stroke Council, Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, Council on Clinical Cardiology, and Council on Quality of Care and Outcomes Research. Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2016 Jun;47(6):e98-e169. doi: 10.1161/STR.0000000000000098 . Epub 2016 May 4.
- 2) Schöberl F, Ringleb PA, Wakili R, Poli S, Wollenweber FA, Kellert L. Juvenile Stroke *Dtsch Arztebl Int*. 2017 Aug 7;114(31-32):527-534. doi: 10.3238/arztebl.2017.0527.
- 3) Chun HY, Whiteley WN, Dennis MS, Mead GE, Carson AJ. Anxiety After Stroke: The Importance of Subtyping. *Stroke*. 2018 Mar;49(3):556-564. doi: 10.1161/STROKEAHA.117.020078. Epub 2018 Feb 6.
- 4) Etminan N, Macdonald RL. Management of aneurysmal subarachnoid hemorrhage. *Handb Clin Neurol*. 2017;140:195-228. doi: 10.1016/B978-0-444-63600-3.00012-X.
- 5) Boot E, Ekker MS, Putaala J, Kittner S, De Leeuw FE, Tuladhar AM. Ischaemic stroke in young adults: a global perspective. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2020 Apr;91(4):411-417. doi: 10.1136/jnnp-2019-322424. Epub 2020 Feb 3.
- 6) Jarvis HL, Brown SJ, Price M, Butterworth C, Groenevelt R, Jackson K, Walker L, Rees N, Clayton A, Reeves ND. Return to Employment After Stroke in Young Adults: How Important Is the Speed and Energy Cost of Walking? *Stroke*. 2019 Nov;50(11):3198-3204. doi: 10.1161/STROKEAHA.119.025614. Epub 2019 Sep 26.
- 7) Lewthwaite R, Winstein CJ,

- Lane CJ, Blanton S, Wagenheim BR, Nelsen MA, Dromerick AW, Wolf SL. Accelerating Stroke Recovery: Body Structures and Functions, Activities, Participation, and Quality of Life Outcomes From a Large Rehabilitation Trial. *Neurorehabil Neural Repair*. 2018 Feb;32(2):150-165. doi: 10.1177/1545968318760726.
- 8) Blomgren C, Samuelsson H, Blomstrand C, Jern C, Jood K, Claesson L. Long-term performance of instrumental activities of daily living in young and middle-aged stroke survivors-Impact of cognitive dysfunction, emotional problems and fatigue. *PLoS One*. 2019 May 16;14(5):e0216822. doi: 10.1371/journal.pone.0216822. eCollection 2019.
- 9) Dehem S, Gilliaux M, Stoquart G, Detrembleur C, Jacquemin G, Palumbo S, Frederick A, Lejeune T. Effectiveness of upper-limb robotic-assisted therapy in the early rehabilitation phase after stroke: A single-blind, randomised, controlled trial. *Ann Phys Rehabil Med*. 2019 Sep;62(5):313-320. doi: 10.1016/j.rehab.2019.04.002. Epub 2019 Apr 24.
- 10) Cox V, Schepers V, Ketelaar M, van Heugten C, Visser-Meily A. Participation Restrictions and Satisfaction With Participation in Partners of Patients With Stroke. *Arch Phys Med Rehabil*. 2020 Mar;101(3):464-471. doi: 10.1016/j.apmr.2019.09.012. Epub 2019 Oct 24.
- 11) Zhang Q, Schwade M, Smith Y, Wood R, Young L. Exercise-based interventions for post-stroke social participation: A systematic review and network meta-analysis. *Int J Nurs Stud*. 2020 Nov;111:103738. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2020.103738. Epub 2020 Aug 1.
- 12) Sakakibara BM, Lear SA, Barr SI, Benavente O, Goldsmith CH, Silverberg ND, Yao J, Eng JJ. A telehealth intervention to promote healthy lifestyles after stroke: The Stroke Coach protocol. *Int J Stroke*. 2018 Feb;13(2):217-222. doi: 10.1177/1747493017729266. Epub 2017 Sep 4.
- 13) Knapp P, Campbell Burton CA, Holmes J, Murray J, Gillespie D, Lightbody CE, Watkins CL, Chun HY, Lewis SR. Interventions for treating anxiety after stroke. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 May 23;5(5):CD008860. doi:

- 10.1002/14651858.CD008860.pu  
b3.
- 14) Kirkevold M, Kildal Bragstad L, Bronken BA, Kvigne K, Martinsen R, Gabrielsen Hjelle E, Kitzmüller G, Mangset M, Angel S, Aadal L, Eriksen S, Wyller TB, Sveen U. Promoting psychosocial well-being following stroke: study protocol for a randomized, controlled trial *BMC Psychol.* 2018 Apr 3;6(1):12. doi: 10.1186/s40359-018-0223-6.
- 15) Breitenstein C, Grewe T, Flöel A, Ziegler W, Springer L, Martus P, Huber W, Willmes K, Ringelstein EB, Haeusler KG, Abel S, Glindemann R, Domahs F, Regenbrecht F, Schlenck KJ, Thomas M, Obrig H, de Langen E, Rocker R, Wigbers F, Rühmkorf C, Hempen I, List J, Baumgaertner A; FCET2EC study group. Intensive speech and language therapy in patients with chronic aphasia after stroke: a randomised, open-label, blinded-endpoint, controlled trial in a health-care setting. *Lancet.* 2017 Apr 15;389(10078):1528-1538. doi: 10.1016/S0140-6736(17)30067-3. Epub 2017 Mar 1.
- 16) Guzik A, Kwolek A, Drużbicki M, Przysada G. Return to work after stroke and related factors in Poland and abroad: A literature review. *Work.* 2020;65(2):447-462. doi: 10.3233/WOR-203097.
- 17) Cheng HY, Chair SY, Chau JPC. Effectiveness of a strength-oriented psychoeducation on caregiving competence, problem-solving abilities, psychosocial outcomes and physical health among family caregiver of stroke survivors: A randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud.* 2018 Nov;87:84-93. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2018.07.005. Epub 2018 Jul 28.
- 18) Yeh TT, Chang KC, Wu CY. The Active Ingredient of Cognitive Restoration: A Multicenter Randomized Controlled Trial of Sequential Combination of Aerobic Exercise and Computer-Based Cognitive Training in Stroke Survivors With Cognitive Decline. *Arch Phys Med Rehabil.* 2019 May;100(5):821-827. doi: 10.1016/j.apmr.2018.12.020. Epub 2019 Jan 9.
- 19) Funaki T, Takahashi JC, Miyamoto S. Late Cerebrovascular Events and Social Outcome after Adolescence: Long-term Outcome of Pediatric Moyamoya

- Disease Neurol Med Chir (Tokyo). 2018 Jun 15;58(6):240-246. doi: 10.2176/nmc.ra.2018-0026. Epub 2018 May 21.
- 20) Pike C, Kritzinger A, Pillay B. Social participation in working-age adults with aphasia: an updated systematic review. *Top Stroke Rehabil.* 2017 Dec;24(8):627-639. doi: 10.1080/10749357.2017.1366012 . Epub 2017 Aug 29.
- 21) Gittins M, Lugo-Palacios D, Vail A, Bowen A, Paley L, Bray B, Gannon B, Tyson SF. Delivery, dose, outcomes and resource use of stroke therapy: the SSNAPIEST observational study. Southampton (UK): NIHR Journals Library; 2020 Mar.
- 22) Harris GM, Prvu Bettger J. Parenting after stroke: a systematic review. *Top Stroke Rehabil.* 2018 Jul;25(5):384-392. doi: 10.1080/10749357.2018.1452366 . Epub 2018 Apr 2.
- 23) Twardzik E, Clarke P, Elliott MR, Haley WE, Judd S, Colabianchi N. Neighborhood Socioeconomic Status and Trajectories of Physical Health-Related Quality of Life Among Stroke Survivors. *Stroke.* 2019 Nov;50(11):3191-3197. doi: 10.1161/STROKEAHA.119.025874. Epub 2019 Sep 17.
- 24) Frank A. Vocational Rehabilitation: Supporting Ill or Disabled Individuals in (to) Work: A UK Perspective. *Healthcare (Basel).* 2016 Jul 16;4(3):46. doi: 10.3390/healthcare4030046.
- 25) Bragstad LK, Hjelle EG, Zucknick M, Sveen U, Thommessen B, Bronken BA, Martinsen R, Kitzmüller G, Mangset M, Kvigne KJ, Hilari K, Lightbody CE, Kirkevold M. The effects of a dialogue-based intervention to promote psychosocial well-being after stroke: a randomized controlled trial. *Clin Rehabil.* 2020 Aug;34(8):1056-1071. doi: 10.1177/0269215520929737. Epub 2020 Jun 10.
- 26) Purdy SC, Wanigasekara I, Cañete OM, Moore C, McCann CM. Aphasia and Auditory Processing after Stroke through an International Classification of Functioning, Disability and Health Lens Semin Hear. 2016 Aug;37(3):233-46. doi: 10.1055/s-0036-1584408.
- 27) Ellis C, Phillips R, Hill T, Briley PM. Social Network Structure in Young Stroke Survivors with Aphasia: A Case Series Report.

- Semin Speech Lang. 2019 Nov;40(5):359-369. doi: 10.1055/s-0039-1688695. Epub 2019 Apr 25.
- 28) Tyagi S, Koh GC, Luo N, Tan KB, Hoenig H, Matchar DB, Yoong J, Chan A, Lee KE, Venketasubramanian N, Menon E, Chan KM, De Silva DA, Yap P, Tan BY, Chew E, Young SH, Ng YS, Tu TM, Ang YH, Kong KH, Singh R, Merchant RA, Chang HM, Yeo TT, Ning C, Cheong A, Tan CS. Dyadic approach to supervised community rehabilitation participation in an Asian setting post-stroke: exploring the role of caregiver and patient characteristics in a prospective cohort study *BMJ Open*. 2020 Apr 23;10(4):e036631. doi: 10.1136/bmjopen-2019-036631.
- 29) Ru X, Dai H, Jiang B, Li N, Zhao X, Hong Z, He L, Wang W. Community-Based Rehabilitation to Improve Stroke Survivors' Rehabilitation Participation and Functional Recovery *Am J Phys Med Rehabil*. 2017 Jul;96(7):e123-e129. doi: 10.1097/PHM.0000000000000650.
- 30) Døhl Ø, Halsteinli V, Askim T, Gunnes M, Ihle-Hansen H, Indredavik B, Langhammer B, Phan A, Magnussen J. Factors contributing to post-stroke health care utilization and costs, secondary results from the life after stroke (LAST) study. *BMC Health Serv Res*. 2020 Apr 6;20(1):288. doi: 10.1186/s12913-020-05158-w.
- 31) Jellema S, van der Sande R, van Hees S, Zajec J, Steultjens EM, Nijhuis-van der Sanden MW. Role of Environmental Factors on Resuming Valued Activities Poststroke: A Systematic Review of Qualitative and Quantitative Findings. *Arch Phys Med Rehabil*. 2016 Jun;97(6):991-1002.e1. doi: 10.1016/j.apmr.2016.01.015. Epub 2016 Feb 5.
- 32) Deyhoul N, Vasli P, Rohani C, Shakeri N, Hosseini M. The effect of family-centered empowerment program on the family caregiver burden and the activities of daily living of Iranian patients with stroke: a randomized controlled trial study. *Aging Clin Exp Res*. 2020 Jul;32(7):1343-1352. doi: 10.1007/s40520-019-01321-4. Epub 2019 Aug 31.
- 33) Yu S, Muhunthan J, Lindley R, Glozier N, Jan S, Anderson C, Li Q, Hackett ML. Driving in

- stroke survivors aged 18-65 years: The Psychosocial Outcomes In StrokE (POISE) Cohort Study *Int J Stroke*. 2016 Oct;11(7):799-806. doi: 10.1177/1747493016641952. Epub 2016 Mar 25.
- 34) Kerr D, McCann T, Mackey E, Wijeratne T. Effects of early motivational interviewing on post-stroke depressive symptoms: A pilot randomized study of the Good Mood Intervention program. *Int J Nurs Pract*. 2018 Aug;24(4):e12657. doi: 10.1111/ijn.12657. Epub 2018 Mar 26.
- 35) Deltombe T, Gilliaux M, Peret F, Leeuwerck M, Wautier D, Hanson P, Gustin T. Effect of the neuro-orthopedic surgery for spastic equinovarus foot after stroke: a prospective longitudinal study based on a goal-centered approach *Eur J Phys Rehabil Med*. 2018 Dec;54(6):853-859. doi: 10.23736/S1973-9087.18.04993-6. Epub 2018 Jun 14.
- 36) Forster A, Ozer S, Crocker TF, House A, Hewison J, Roberts E, Dickerson J, Carter G, Hulme C, Fay M, Richardson G, Wright A, McKeivitt C, McEachan R, Foy R, Barnard L, Moreau L, Prashar A, Clarke D, Hardicre N, Holloway I, Brindle R, Hall J, Burton LJ, Atkinson R, Hawkins RJ, Brown L, Cornwall N, Dawkins B, Meads D, Schmitt L, Fletcher M, Speed M, Grenfell K, Hartley S, Young J, Farrin A. Longer-term health and social care strategies for stroke survivors and their carers: the LoTS2Care research programme including cluster feasibility RCT Southampton (UK): NIHR Journals Library; 2021 Mar.
- 37) Tistad M, Flink M, Ytterberg C, Eriksson G, Guidetti S, Tham K, von Koch L. Resource use of healthcare services 1 year after stroke: a secondary analysis of a cluster-randomised controlled trial of a client-centred activities of daily living intervention. *BMJ Open*. 2018 Aug 5;8(8):e022222. doi: 10.1136/bmjopen-2018-022222.
- 38) Wolf TJ, Baum CM, Lee D, Hammel J. The Development of the Improving Participation after Stroke Self-Management Program (IPASS): An Exploratory Randomized Clinical Study. *Top Stroke Rehabil*. 2016 Aug;23(4):284-92. doi: 10.1080/10749357.2016.1155278

. Epub 2016 Mar 16.

- 39) Brouwer B, Bryant D, Garland SJ. Effectiveness of Client-Centered "Tune-Ups" on Community Reintegration, Mobility, and Quality of Life After Stroke: A Randomized Controlled Trial. Arch Phys Med Rehabil. 2018 Jul;99(7):1325-1332. doi: 10.1016/j.apmr.2017.12.034. Epub 2018 Apr 3.

## G. 研究発表

### 学会報告

- ・ 森山 利幸, 堀 諒子, 尾崎 文, 徳永 美月, 二宮 正樹, 杉本 香苗, 蜂須賀 明子, 伊藤 英明, 越智 光
- ・ 宏, 松嶋 康之, 佐伯 覚: 脳卒中における治療と仕事の両立支援—第3報. 第58回日本リハビリテーション医学会学術集会、京都市、2021年6月

### 論文報告

- ・ 井上 董, 井上俊介, 伊藤英明, 杉本香苗, 松嶋康之, 佐伯覚: 障がいとともに働く社員と産業保健—在職中に障害認定を受けた人への支援. 産業保健と看護 13:537-544、2021
- ・ 尾崎文, 杉本香苗, 伊藤英明, 加藤徳明, 佐伯覚: 医療機関における治療と仕事の両立支援⑤: 両立支援の実際—脳卒中. 総合リハ 49: 1183-1189、2021

## 脳卒中の両立支援:文献レビュー（分担:佐伯、協力者:樋口、下鶴）

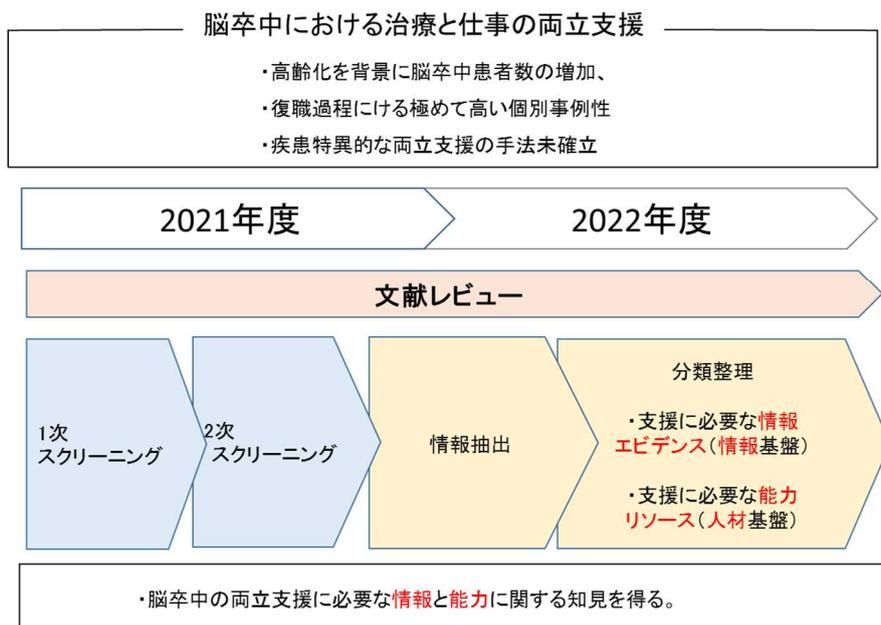


図 1. 本分担研究計画

表 1. 各年度の文献ヒット数

Year	Count
2021	138
2020	328
2019	372
2018	352
2017	301
2016	302
2015	269
2014	265
2013	208
2012	149
2011	154
2010	132
2009	108
2008	116

特集

1

迷わず悩まず対応するには？  
障がいとともに働く社員と産業保健

## 在職中に障害認定を受けた人への支援



### 井上 穂

いのうえ・すみれ  
産業医科大学医学部  
リハビリテーション医学講座

### 井上 俊介

いのうえ・しゅんすけ  
産業医科大学 産業医実務研修センター  
産業生態科学研究所 産業保健経営学

### 伊藤 英明

いとう・ひであき  
産業医科大学医学部  
リハビリテーション医学講座

### 杉本 香苗

すぎもと・かなえ  
産業医科大学若松病院  
リハビリテーション科

### 松嶋 康之

まつしま・やすゆき  
産業医科大学医学部  
リハビリテーション医学講座 准教授

### 佐伯 覚

さえき・さとる  
産業医科大学医学部  
リハビリテーション医学講座 教授

### ● はじめに

事故や外傷、疾病への罹患などにより突然の障害を被った場合、労働者本人や家族は予想外の事態に戸惑い、不安を抱え、発症早期に自ら退職してしまう場合も少なくありません。事業場側にとっても、労働者を失うと不足した労働力を補うためにコストや時間を要し、大きな損失となります。一方で、障害を持った労働者の復職をどう支援すればよいのかわからず、苦慮する状況もうかがえます<sup>1)</sup>。本稿では、在職中の中途障害者（採用後に障害認定を受けた者）の復職状況や課題点、復職支援に向けて医療機関（主治医）と事業場がどのように連携し、事業場でどのような配慮が可能か、またその際の注意点も含めて述べます。特に症状が目に見えないことから障害像をとらえにくく、対応が困難となりうる高次脳機能障害についても詳しく述べます。

### ● 在職中の中途障害者の詳細

雇用実態調査によると、2018年6月時点で雇用されている身体障害者は推定42万3千人であり、このうち27.0%が中途障害者であると報告されています。障害を種類別に見ますと、肢体不自由が42.0%を占め、次いで内部障害が28.1%、聴覚言語障害（高次脳機能障害のうち失語症が含まれる）が11.5%でした<sup>1)</sup>。また精神障害者（高次脳機能障害のうち、注意・遂行機能障害、記憶障害、社会的行動障害が含まれる）は推定20万人であり、うち12.2%が中途障害者であると報告されています<sup>1)</sup>。

一般企業への就職後1年の時点の定着率は、身体障害者60.8%、精神障害者49.3%となっており、障害者の平均勤続年数の経年変化を見ても増加傾向にあるとはいえ、就職だけでなく職場への定着支援も必要な状況がうかがえます。また、いず

れの障害においても、ハローワークなどの支援があることで定着率が高くなる結果でした<sup>2)</sup>。

## ● 中途障害者への復職支援

### 1 現在の両立支援における課題

復職において両立支援の重要性が周知されつつありますが、まだそのノウハウを知らない医療機関が多いのが現状です。また事業場側を見ても、身体障害者について大部分の雇用が中小規模事業場であり、なかでも5~29人規模で産業医選任義務がない事業場が37.0%と最も多く<sup>1)</sup>、障害者雇用が難しい要因となっていると考えられます(図1)。事業者に対して行ったアンケートでは、障害者の雇用上の課題について過半数が「ある」と回答しており、特に「会社内に適当な仕事があるか」「障害者を雇用するイメージやノウハウがない」といった問題点を多く挙げています<sup>1)</sup>。

### 2 事業場と病院の連携

事業場と医療機関とが適切に情報交換を行うことで、事業場側は障害や残存機能について客観的な情報を把握することが可能となり、医療機関側は障害を考慮した上での望ましい就業上の配慮を提案でき、残存機能を活かしたりハビリテーションをより具体的に考えることが可能となります。労働者の就業能力と作業負荷とのバランスをとることが継続した復職を目指す上でも重要です<sup>3)</sup>。

労働者が疾病に罹患した際、冷静な判断が困難となり、入院中に自ら退職してしまう場合が少なくありません。病院側からは、焦って仕事を辞める必要がないことを告げ、事業場側からは、本人が復職を希望するようであれば病院側と情報共有すべく、まずは本人を介して「勤務情報提供書」を医療機関へ提出することが望まれます。併せて、そこに産業医や人事労務担当者宛の「主治医意見書」を同封することで、主治医がその意見書に情報を記載し、個人情報に配慮しながら主治医からの医学的情報、事業場に適した配慮や注意点についての情報を得ることができます(図2)<sup>4)</sup>。

このような支援は「働き方改革」の一つである「治療と仕事の両立支援」として掲げられており、厚生労働省からガイドラインが公表され、勤務情報提供書や主治医意見書などの各様式や具体的な両立支援の進め方、疾患別の留意事項、事業場に望まれる配慮、労働者が利用できる支援制度や休暇制度などが記載されています<sup>5)</sup>。なお、治療と仕事の両立支援は私傷病が関わるので、労働者本人から支援の申し出がなされたことを端緒に取り組むことが基本となります。事業者側も本人からの申出が円滑に行われるよう、事業場内ルール作成と周知、労働者や管理職などに対する研修による意識啓発、相談窓口や個人情報取扱方法の明確化など、申し出が行いやすい環境を整備するこ

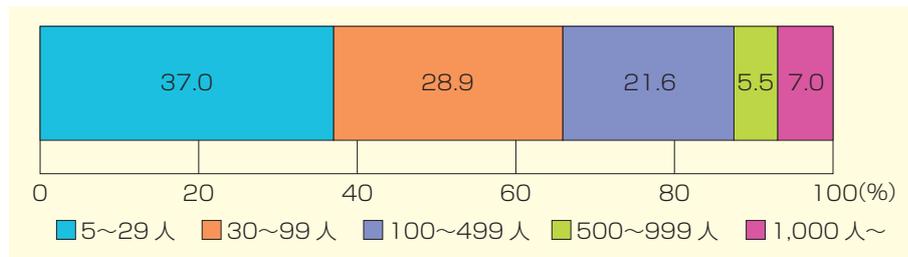


図1 身体障害者雇用の事業場規模別割合

(文献1より転載)



図2 治療と仕事の両立支援の流れ

(文献4より作成)

とも重要です<sup>5)</sup>。

産業医の関与があった場合は、ない場合に比べて約7.5倍復職率が高かったという報告もあります<sup>6)</sup>。産業医の関与がない中小企業での両立支援においても、産業保健総合支援センターが無償でサービスの提供を行っており、相談が可能です。加えて労働者(患者)・医療機関・事業場の円滑なコミュニケーションへの支援を行う両立支援コーディネーターの養成が進められており、三者の仲介・調整に加え、事業場環境や社会資源に関する情報収集・提供を行い、発症早期から退院、復職、事業場定着まで一貫して担当することで、より適切な支援や心理面でのサポートも含めて中心的な役割を果たすことが期待されています(図3)<sup>4, 7)</sup>。まだ両立支援の取り組みは十分に周知されていませんが、現在では悪性腫瘍や脳血管疾患、肝疾患、指定難病において上記手順で医療機関側にも診療報酬の算定が得られるようになっており、

今後はさらに取り組みの重要性が認識され、定着していくことが期待されます<sup>7)</sup>。

### 3 職場復帰における配慮

就業の措置は、大きく分けて安全配慮と合理的配慮とに分けられます<sup>8, 9)</sup>。安全配慮は労働者が安全で健康に働けるようにするための配慮で、合理的配慮は労働者個人のニーズに応じて能力を發揮し働ける環境をつくるための配慮です。それぞれに該当する配慮の例を以下に提示します。

#### 安全配慮

安全配慮には、業務に起因して疾病を悪化させないために行う配慮や、特定の疾病により随伴して発生する可能性のある事故を予防するための配慮などがあります。例えば前者では、重度の高血圧があれば重量物の取り扱いや交替勤務を制限する、脳卒中再発や心不全増悪などのリスクが高ければ寒冷暑熱環境作業や長時間労働を軽減する配慮が挙げられます。また後者では、痙攣発作があ

担い手：企業の人事労務担当者や産業保健スタッフ・医療機関の医療従事者・支援機関など  
 機能：支援対象者に寄り添いながら継続的な相談支援などを行うこと  
 役割：それぞれの立場における支援の実施および関係者との連携・調整  
 支援対象者の同意を前提として、治療に関する情報や業務に関する情報などを得て、支援対象者の治療や業務の状況に応じた必要な配慮などの情報を整理して本人に提供する など  
 養成：独立行政法人労働者健康安全機構が両立支援コーディネーター基礎研究を実施  
 令和2年3月末時点で4,129人が終了



※関係者との調整を行うにあたっては、両立支援コーディネーターは、事業場に対して支援対象者の代理で交渉行為を行うものではない

図3 両立支援コーディネーターの養成

(文献4より作成)

れば一定期間の高所作業や運転業務を禁止する、運動機能の障害がある場合は高所作業や重機操作といった危険を伴う業務を禁止するといった、安全確保のための措置を講じる必要があります。

復職に際しては、こうした合併症や疾患の再発が大きな阻害因子となるため、保健指導などを通して、疾患の管理状況も定期的に確認する必要があります<sup>10)</sup>。ただし、労働者の安全性を考慮する際、仕事に制限を付け過ぎると本人の能力活用の妨げとなり、やりがいを損なう場合もあるため、過度な制限となっていないかどうかの確認も必要です。

### 合理的配慮

復職にあたっては、「作業耐久性（集中して課題に取り組む）」「安全に通勤が可能である」「何らかの仕事ができる（作業の正確性）」が重要だとされています<sup>3)</sup>。発症後早期は作業耐久性が低

下している場合が多いため、リハビリ出勤や試し出勤制度の活用が望まれます。

例えば、復職後1週間は1日4時間で隔日勤務とし、その後連日出勤で午前中勤務から6時間勤務に延長するなど、段階的に勤務時間を増やしていく配慮が必要です。その際には短時間勤務制度、在宅勤務（テレワーク）など、実際に事業場で利用可能な制度についても検討します<sup>10)</sup>。

通勤に関しては、てんかんや高次脳機能障害を生じた場合は自動車運転の再開が困難となり、公共交通機関の使用が必要となる場合があります。決められた時間や手順で事業場まで向かうことが本人にとっては難しい場合もあり、時差出勤制度を用いて混雑しない時間帯に出勤する配慮が挙げられます。

片麻痺や骨折などの受傷で運動制限がある労働者に対しては、上肢に重度の運動障害があれば健

側で作業できるよう作業環境調整を行い、歩行障害があれば段差の解消や車椅子が通過できる導線の確保などの環境調整を行うことが事業場側にも求められます。麻痺や感覚障害などにより細かい作業が困難となった場合には、巧緻作業を必要としない作業への変更や、他部署への配置転換を考慮する必要があります<sup>10)</sup>。また、通院のための有給休暇取得や薬による副作用への配慮も必要です。

## ● 高次脳機能障害

高次脳機能障害は脳卒中や外傷性脳損傷などで生じ、失語症、記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害（行動と情緒の障害）などの症状を来します。各症状の原因疾患は脳梗塞と脳出血が多くを占めており<sup>11)</sup>、注意・遂行機能障害、失語症、記憶障害、行動と情緒の障害の順に多く見られます。

### 1 さまざまな症状とその対応

#### 失語症

発声や聴覚は保たれているにも関わらず、言葉の理解（聴く・読む）や表出（話す・書く）が困難となり、書類の理解や記載、電話など、表情などの手掛かりのない状況での対応が困難となる場合があります。身振り手振りを交えてゆっくりと短文で話を行い、「はい」か「いいえ」で答えられるような質問にするといった配慮が必要になります<sup>12)</sup>。接客対応が難しい場合は、より言語面での負担が少なく、自分のペースで遂行可能な単純な事務作業への変更も一つの選択肢です。

#### 記憶障害

一般的には、発症・受傷した時点以降の出来事などを記憶できなくなる前向性記憶を指します。ミスを繰り返す場合には、習慣としてこまめにメ

モを取る、メモを見える場所に提示または携帯する、スマートフォンなどのアラーム機能を活用する、作業後にダブルチェックを受けるといった対策が挙げられます。また、手続き記憶（自転車や楽器の演奏など一度身体が覚えると忘れにくい記憶）も障害されることがあり、新しい事を同じ作業手順で何度繰り返しても身につかないといったことが起こります。この場合は、不特定な作業ではなく、比較的単純で同じ内容の作業に従事するなどの対策が有効です。

#### 注意障害

長時間の集中力を保ち（持続性）、さまざまな刺激がある中から必要なものに集中しつつ（選択性）、ほかの物事にも適宜注意を向けながら（転換性）、同時に複数の作業に注意を払う（配分性）といったことができず、仕事の作業速度低下やミスが増えることがあります。集中力が阻害されにくいような静かで整理整頓された場所で、本人に負担が少なく慣れた作業を主体に行うこと、複数の作業を同時に行えない場合には、1つずつ仕事を配分し、順序立てて課題をこなせるよう配慮を行い、長時間作業でミスが増える場合には適宜休憩をとることが有用です<sup>10)</sup>。

#### 遂行機能障害

物事の計画を立てて効率的に作業を進めることが困難となる状態です。労働者本人が理解できる写真や絵などを用いてスケジュール表を作成し、現在何を行っているのか、次に何が始まるのか、どのような順番で起こるのかなど、作業手順書やチェックポイントを用いて明確にすることや<sup>13)</sup>、その都度他者が進行状況を確認する体制を作るといった対策が挙げられます。

#### 社会的行動障害

感情表出や意欲の低下、怒りっぽくなるといっ

た情緒の不安定さや、過食や暴力など行動の抑制困難など、自分の気持ちや行動をうまくコントロールし、周りの人や状況に合わせる事が難しくなった状態です。患者や周囲が症状に気付くのが困難なことも特徴であり、退院後日常生活や社会生活を再開した後に出現することも少なくありません。症状が出現する要因やタイミングが個人の状況によって違うため、個々のケースに対する対応が必要となります<sup>14)</sup>。

## 2 復職と定着のための支援

高次脳機能障害は事例の個性が高く、また目に見えない障害であることから障害像をとらえにくく、病院の守られた環境では顕在化せずに退院後の生活や仕事で困りごとが出た後に気づかれるケースもあります。また、病識に乏しい場合や、構音障害や失語などの言語の問題などがあると、障害そのものにより事業場と情報共有をとることが難しい場合もあり、事業場と病院の適切なサポート体制が一層重要となります。仕事内容や環境が少し変化するだけでミスが増える場合も多く、本人が怠けているだけではないかと受け取られることもあり<sup>10)</sup>、すぐには理解を得られにくく、継続的な支援が必要です。

加えて、高次脳機能障害は数カ月から数年かけて徐々に改善していくことが多く、それに伴い業

務を行う能力も徐々に回復することが多く見られます。今後どの程度まで回復するかを目途や、就業への影響について本人から主治医へ確認し、事業場では本人や上司などから事業場での適応状況を聴取し、段階的に仕事の負担や難易度を調整することが望まれます<sup>15)</sup>。また、脳卒中ではてんかんや脳卒中後うつなどを合併することがあり、産業医面談や保健指導の際には注意深く観察し、必要に応じて医療機関への受診も検討する必要があります<sup>10)</sup>。

### ● 復職上の注意点

医療機関側が労働可能な作業として「軽作業」を指定しても、事業場が想定する「軽作業」は一律ではなく、職場巡視などに絡めて的確に把握する必要があります<sup>16)</sup>。加えて、労働者本人が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ります<sup>3)</sup>。

復職後の意識調査では、「職場に障害や病気を有する者がいる」と回答した人の中で、職場への影響について「仕事の進め方について職場内で見直すきっかけになった」という意見が最多であった一方、「仕事の負担が重くなった」という意見



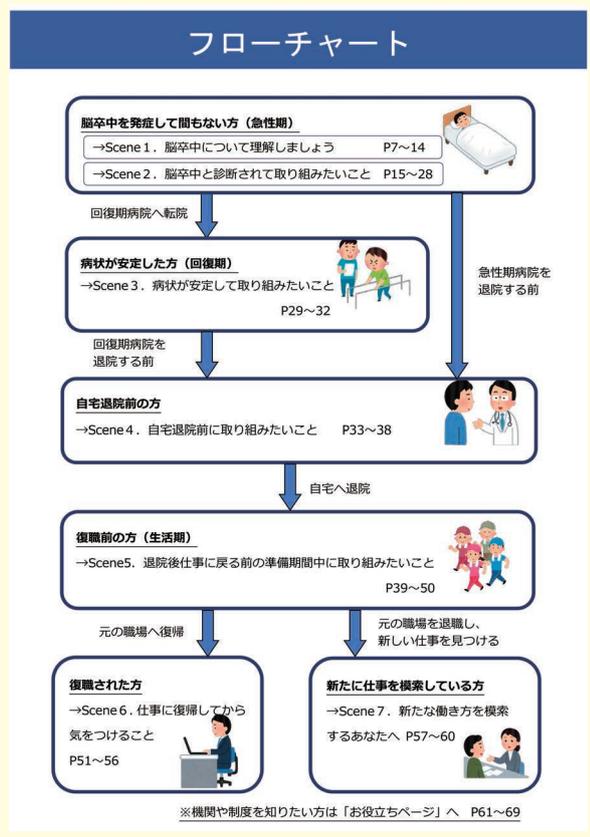
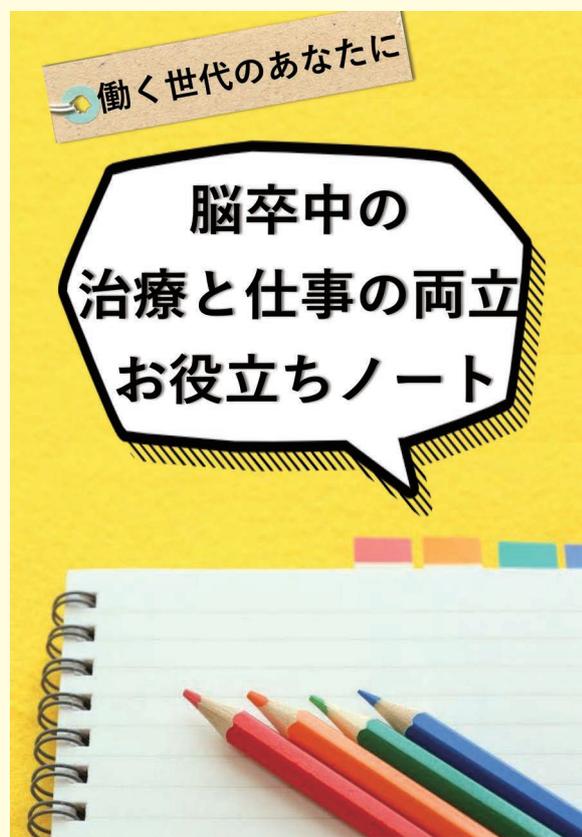


図4 脳卒中の治療と仕事の両立 お役立ちノート

<https://www.uoeh-u.ac.jp/index/topics/20210112press.html>

も多く、障害や難病などを有する者の仕事の補助や体調面への配慮などから周囲への負担が重くなっている可能性もあり、負担を集中させないよう仕事の分担の見直しや工夫が必要です<sup>2)</sup>。

加えて、障害を抱えた状態での復職には家族の理解・支援も必要であり、家庭での生活状況や疾患・合併症の管理状況の把握のためにもキーパーソンとの情報共有が必要となる場合もあります。

● 当院での取り組み

患者や家族へ適切な情報を提供することも支援の一環だと考え、当院では厚生労働省から委託された「脳卒中患者の両立支援モデル事業」の中で

の取り組みとして「脳卒中の治療と仕事の両立お役立ちノート」を作成しました。患者や家族の目線で、発症早期の病状把握や、復職へ向けて事業場との間で確認が必要な内容（休職期間や補助制度など）、利用できる公的資源、困ったときの相談先などを網羅的に記載しています。本ノートは患者や家族に働きかけ、彼らの社会参加を促すなど、行動変容につながるツールとして、脳卒中患者の就労者数増加や復職率の向上を期待しています<sup>7)</sup>。厚生労働省や産業医科大学のホームページにも掲載されていますので、活用していただければ幸いです（図4）。

## ● おわりに

障害を被った労働者がスムーズに復職し、その後も就労を継続していくためには、事業場と医療機関とが密に情報共有を行い、安全配慮や本人の困りごと・希望を考慮した上で、労働者の能力と仕事を適合させ、復職後も定期的にフォローし、サポートを継続することが望ましいと考えられます。

## ● 引用参考文献

- 1) 厚生労働省. 平成30年度障害者雇用実態調査結果. 2019.  
<https://www.mhlw.go.jp/content/11601000/000521376.pdf>
- 2) 厚生労働省. 平成30年版厚生労働白書：障害や病気などと向き合い、全ての人が活躍できる社会に. 第一部.  
<https://www.mhlw.go.jp/stf/wp/hakusyo/kousei/18/index.html>
- 3) 佐伯覚. 脳卒中の復職の現状. 脳卒中. 1 (5), 2019, 411-6.
- 4) 厚生労働省. がん患者・経験者の治療と仕事の両立支援施策の現状について. 2020.  
[https://ganjoho.jp/med\\_pro/liaison\\_council/lc01/20201105/pdf/20201105\\_01-01.pdf](https://ganjoho.jp/med_pro/liaison_council/lc01/20201105/pdf/20201105_01-01.pdf)
- 5) 厚生労働省. 事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン. 2021.  
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000115267.html>
- 6) 田中宏太佳ほか. 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. 日本職業・災害医学会会誌. 57 (1), 2009, 29-38.
- 7) 杉本香苗. 就労世代の脳卒中リハビリテーション：現状と課題. 総合リハビリテーション. 49 (2), 2021, 117-22.
- 8) 横川智子. 海外における就業上の措置に関する論文調査. 産業衛生学雑誌. 54 (5), 2012, 163-73.
- 9) 藤野義久. 産業医が実施する就業措置の文脈に関する質的調査. 産業衛生学雑誌. 54 (6), 2012, 267-75.
- 10) 佐伯覚. “出会う頻度の高い疾患の知識 脳卒中”. 産業保健スタッフに必要な疾患の知識と最新の治療法. 立石清一郎ほか編. 産業保健と看護2020春季増刊. 大阪, メディカ出版, 2020, 90-103.
- 11) 種村純. 高次脳機能障害全国実態調査報告 (解説). 高次脳機能研究. 36 (4), 2016, 492-502.
- 12) 稲川利光. “症状からみた高次脳機能障害へのアプローチ：失語症”. 高次脳機能障害：ひと目でわかる基礎知識と患者対応. 東京, 総合医学社, 2016, 54-5.
- 13) 小川浩. 注意・遂行機能障害のある方への就労支援. MEDICAL REHABILITATION. 153, 2013, 46-51.
- 14) 宮原智子. 症状別のアセスメント・ケア：社会的行動障害. リハビリナース. 12 (6), 2019, 571-4.
- 15) 労災疾病臨床研究事業『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』班. 産業保健スタッフ向け 両立支援10の質問. 2018.  
[http://ohtc.med.uoeh-u.ac.jp/ryouritsu/wp-content/uploads/2017/06/h26\\_28\\_81103\\_q10.pdf](http://ohtc.med.uoeh-u.ac.jp/ryouritsu/wp-content/uploads/2017/06/h26_28_81103_q10.pdf)
- 16) 伊藤英明. 産業保健における中途障害者の職場復帰. MEDICAL REHABILITATION. 152, 2012, 21-6.

## 両立支援の実際—脳卒中

Actual practice on balance support of medical treatment and working life for stroke

尾崎 文<sup>1)</sup> 杉本香苗<sup>1)</sup> 伊藤英明<sup>1)</sup> 加藤徳明<sup>2)</sup> 佐伯 覚<sup>1)</sup>

Key Words 脳卒中, 両立支援コーディネーター, 職場復帰

### ■はじめに

脳卒中患者の就労支援には、職場復帰（以下、復職）そのものを支援すること、復職成立後に職場定着を目指すことの2つの側面がある<sup>1-4)</sup>。脳卒中患者は復職に際し多くの課題を有し個別の対応を要する一方、その経過が発症～回復という一相性であり、最も困難である復職をクリアすれば職場定着は比較的進めやすいという特徴がある。脳卒中後の復職は個人レベルでの生きがいとも関連が深く、社会復帰そのものであり、生活の質（quality of life；QOL）の確保と向上に大いに寄与している<sup>5)</sup>。本稿では脳卒中患者の両立支援の現状を述べ、産業医科大学病院（以下、当院）の取り組みや復職症例を紹介する。

### ■就労世代の脳卒中患者の特徴

脳卒中総患者数111万人、うち約14%が就労世代（20～64歳）である<sup>6,7)</sup>。若年者（50歳以下）の脳卒中の原因は脳梗塞36.7%、脳出血32.1%、くも膜下出血26.1%に対し、非若年者（51歳以上）では脳梗塞62.2%、脳出血20.8%、くも膜下出血7.3%である。就労世代の中心となる若年者の脳卒中は出血性脳卒中の割合が高く、動脈硬化と非弁膜性心房細動に起因する非若年者の脳卒中と特徴が異なる<sup>8)</sup>。若年者は神経学的な回復が大きく、退院時の機能回復の転帰を modified Rankin

#### 連載一覧

- ①治療と仕事の両立支援の概要
- ②両立支援における医療機関の役割
- ③両立支援コーディネーターの活用
- ④両立支援の実際—がん
- ⑤両立支援の実際—脳卒中
- ⑥両立支援の実際—心疾患
- ⑦両立支援の実際—慢性肝炎

Scale（mRS）で見ると、退院時に日常生活を介助なく行える（mRS 0～2）割合は、50歳以下の若年者では虚血性脳卒中で83%、出血性脳卒中で60%となる<sup>9)</sup>。就労世代を60歳台までとしても虚血性脳卒中では7割以上、出血性脳卒中では4割以上が日常生活は自立するため、適切なリハビリテーション治療、職場との連携により社会復帰できる可能性がある疾患といえる。その一方で、再発率が5年で30%、10年で50%と非常に高く、復職後も再発予防が重要である<sup>10)</sup>。

### ■復職の予測因子および復職できる条件

#### 1. 復職における3要素

復職支援において脳卒中の予後予測は非常に難しい。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、多くの要因が関与するからである<sup>11,12)</sup>。復職は、脳卒中患者、企業（事業所）、および両者を結ぶ雇用の三要素が揃っ

1) 産業医科大学リハビリテーション医学講座：〒807-8556 福岡県北九州市八幡西区医生ヶ丘1-1  
Aya Ozaki, MD, Kanae Sugimoto, MD, Hideaki Itoh, MD, PhD, Satoru Saeki, MD, PhD : Department of Rehabilitation Medicine, University of Occupational and Environmental Health

2) 小波瀬病院リハビリテーション科  
Noriaki Kato, MD, PhD : Obase Hospital

表 脳卒中後の復職に関する予後予測因子<sup>13)</sup>

	要因	オッズ比 (95%信頼区間)
麻痺の 重度	重度	1.00
	中等度	1.00 (0.35~2.88)
	軽度	2.25 (0.99~5.12)
	なし	5.16 (2.46~10.84)
失行	あり	1.00
	なし	4.16 (1.31~13.24)
職業	ブルーカラー	1.00
	ホワイトカラー	1.43 (0.93~2.18)

Cox 比例ハザードモデルによる (n=183)

て初めて可能となる<sup>2,5)</sup>。

### 1) 脳卒中患者

がんや内部障害患者と比較し、片麻痺、感覚障害、失語症などの高次脳機能障害といった多様な後遺症を有し、その回復の予測も発症初期には難しい。また心疾患や脳卒中後うつなどの合併症もあり、きわめて個別性が高い。

### 2) 企業

労働者の復職支援の役割がある一方で、周囲と調和を保ち業務遂行能力を適切に発揮できるか、生産性を確保できるかを判断しなければならず、安全衛生・生産性の立場から、脳卒中患者の希望に反する判断を行う場合がある<sup>1)</sup>。また、片麻痺などの障害に対する偏見があったり、高次脳機能障害などの目に見えない障害に対して企業側の理解が不十分であったりする場合もある。

解決のためには産業医との連携が大切であるが、本邦では50人未満の企業・事業所に勤める従業員の割合が6割程度と過半数を占め、連携を取るにも専任の産業医がいないことも多々ある。加えて、脳卒中患者の復職には短時間勤務、フレックスタイム、在宅勤務などの制度は有用であるが、十分に体制が整っていない企業も多い。

### 3) 雇用

本邦の障害者雇用制度は、障害者の新規雇用を目的としていたため、脳卒中などの中途障害者の支援サービスが乏しく、復職は脳卒中患者と企業の当事者間の問題とみなされ、長年行政は関与せず支援が受けにくい状況にあった。そのため、政府主導の「働き方改革」実行計画の1つとして「治療と仕事の両立支援」を厚生労働省が推進し、ガイドラインを公表した。2018年には「脳卒中・循環器病対策基本法」が成立し、さらに社会全体と

して大きな支援が進められつつある。

復職支援については2020年度の診療報酬改定で、療養・就労両立支援指導料の対象に脳血管疾患、肝疾患、難病なども追加され、さらに産業医がいない事業所も対象に含まれることとなり、徐々に支援体制は整備されつつある。

## 2. 復職に関連する具体的な要因

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。一般雇用の脳卒中患者183人のコホート研究で、脳卒中の重症度そのものが最も強い復職の予測要因と報告されている(表)<sup>13)</sup>。その他、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、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、上司や産業医の対応が良好であることなどが挙げられる。一方で阻害する要因として、中高年齢での発症、ブルーカラーの職種、長期入院、長期の傷病手当、障害年金の受給、失語や失認などの高次脳機能障害の合併、精神機能障害(特にうつ症状)も挙げられる。

両立支援で見逃しがちな阻害要因に脳卒中後の疲労感(post-stroke-fatigue; PSF)がある。Creutzfeldtら<sup>14)</sup>は、脳卒中サバイバーの50%以上がPSFを訴えており、これらが無気力へとつながり社会参加や就労などQOLに影響すると述べている。Kutlubaevら<sup>15)</sup>も、PSFが長期に継続するため、就労の機会を逃がすことがあり得ると述べている。確証ある介入法が少なく今後の幅広い研究がまたれるが、個別的に細かく分析・検討することでPSFの解消に繋がり、就労率のさらなる向上が期待される<sup>16)</sup>。

## 3. 復職できる条件

Melamedら<sup>17)</sup>は、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日常生活動作(activities of daily living; 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障害受容ができていて、の4点を挙げている。また、復職するためには「何らかの仕事ができる(作業の正確性)、8時間の作業耐久力がある、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>18)</sup>。すなわち、「1日仕事を

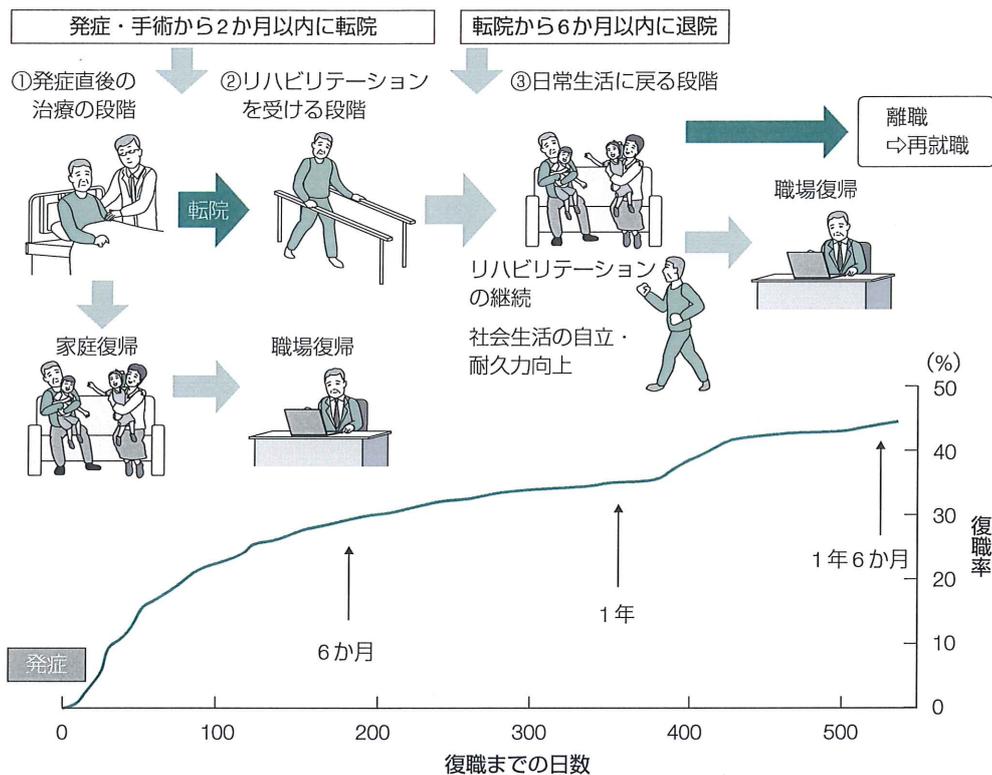


図1 わが国の脳卒中後の復職率（横軸は発症からの経過日数、縦軸は累積の復職率）  
 （厚生労働省：職場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン，2020より転載）

して通勤できる能力」があるかどうかということである。

### ■ 復職率の経時的変化

本邦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>11,18,19)</sup>。脳卒中患者の復職率の経時的変化を図1に示す<sup>20)</sup>。発症から6か月までと、発症1年から1年6か月の2つのピークがみられ、その後新規の復職がほとんどみられなくなる。発症から6か月までに比較的障害の軽度の脳卒中患者が復職し、発症1年から1年6か月の間で中等度～重度の脳卒中患者が復職を果たすと考えられる<sup>13,21)</sup>。新規の復職がみられなくなる1年6か月という時期は傷病手当の受給終了期限と一致し、脳卒中の復職は社会経済的要因に影響を受けることも示している。

### ■ 両立支援の開始時期と障害受容

2000年に回復期リハビリテーション病棟が新設され、リハビリテーション医療は急性期・回復期・生活期の3つの病期に専門分化された。その結果、患者は病期を超えて一貫して担当する主治医を失い、身体障害手帳や復職診断書など、どの段階で記載してもらえばよいのかあやふやな状況にある<sup>22)</sup>。

脳卒中患者の両立支援は、急性期からの介入が重要である<sup>18,23)</sup>一方、その方法が脳卒中患者へ与える効果に関する具体的な知見は少ない。加藤ら<sup>24)</sup>は、急性期病院において発症後から両立支援開始日数が短いほど、患者の満足度が高くなることを報告している。

脳卒中患者の心理的变化は、上田<sup>25)</sup>が提唱した障害受容の「ショック期」→「否認期」→「混乱期」→「努力期」→「受容期」という過程<sup>26)</sup>に基づいて説明される。急性期から治療と就労の両立支援を開始し、脳卒中患者のショックや不安を緩

和しつつ、患者とその家族が抱える復職などの社会経済的な不安に理解を示しながらそれを共有することが安心感をもたらす、障害受容に繋がると考えられる。

## ■復職および就労定着支援

復職に際し、受け入れる側の企業に患者の高次脳機能障害や障害特性を説明しておく必要がある。患者から同意を得られれば、主治医意見書を作成する。内容に応じて復職時期、通勤時間、復職後の仕事内容や勤務時間などを具体的に打ち合わせすることで、職場との信頼関係を築く土台になる。

PSFや集中力低下を認めると復職後の就労継続ができない場合もあるため、耐久性向上訓練の実施および短時間勤務の検討が必要となる。また、業務上困難な作業に対する訓練・作業環境調整（車椅子が入れるような机の準備や通路の確保、段差をなくすなど）の検討などが必要となることも多い。

脳卒中患者の就労定着支援は復職に比べると行いやすいと言われるものの、復職後に職場での業務および対人関係がうまくいかない、患者自身の疾病や障害の理解不足、職場の理解・支援体制不足などにより離職に追い込まれることがある。復職後に発症前の自身とのギャップや周囲の理解の乏しさに悩み脳卒中後うつに陥ることもあり、適切な内服治療の検討が必要である。

メンタルヘルス不調は、復職直後だけではなく、数か月後に生じる場合もある点に注意が必要である<sup>2)</sup>。また、脳卒中患者特有の後遺症に高次脳機能障害がある。麻痺はなく、会話が成立することから、時間の経過とともに「障害がある」ことを周囲が忘れてしまい、患者を病前と同じように捉えることが起こり得る。業務量を増やす、複雑な作業を割り振るなど、障害への配慮がなくなることでは就労を継続することが難しくなる例もみられる。職場適応に課題がある場合、患者と職場の双方の同意を得られれば職場適応援助者（ジョブコーチ）支援事業を受けられる。患者本人に対し職務の遂行や職場間のコミュニケーションなどの支援だけでなく、企業に対して障害特性に配慮した雇用管理などに関する支援を行うものである。

## ■両立支援に関する当院での取り組み

### 1. 両立支援ツールの作成

2020年12月に当院リハビリテーション科（以下、当科）で「脳卒中の治療と仕事の両立お役立ちノート（図2）」を作成した。お役立ちノートでは、患者やその家族が必要とする情報に簡単にアクセスできるように発症からの経過時期別にフローチャートを作成し、該当のページに進むことで必要な情報が得られる。復職、自動車運転再開、障害者雇用、障害年金の受給など多面的な内容を平易な言葉で解説し、加えて、相談窓口や支援機関を紹介することで患者を適切な支援につなぐことを目指している。

現在、産業医科大学、日本脳卒中協会、国立障害者リハビリテーションセンター、厚生労働省のウェブサイトに掲載されている（無料ダウンロード可能）。患者や家族に社会参加を促し、行動変容につなげることで脳卒中患者の復職率向上につながることを期待している。

### 2. 両立支援科、就学・就労支援センターの設置

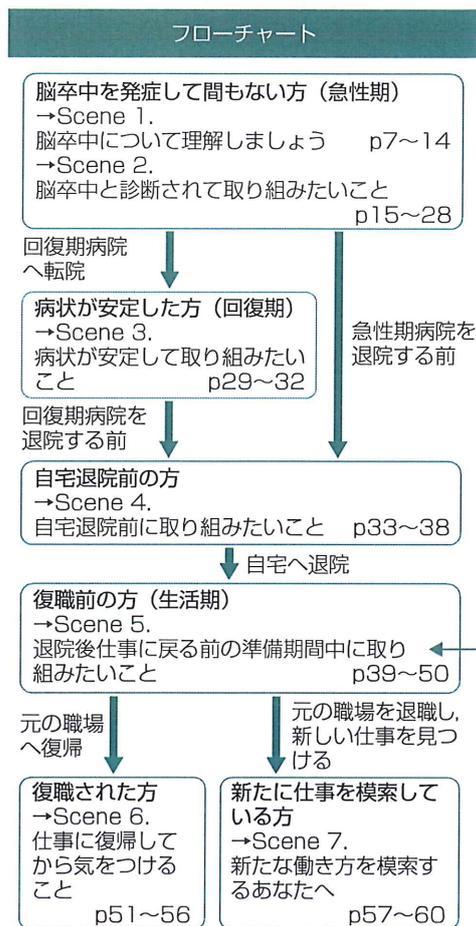
脳卒中は多様な後遺症を呈するため両立支援は多診療科が関与しており、また疾患と業務内容との影響をそれぞれ確認しなければならないため、きわめて個別性が高い。2018年に当院では全国で初めての両立支援を専門に行う「両立支援科」および両立支援コーディネーター、看護師、セラピスト、薬剤師、栄養士など多職種を加えた「就学・就労支援センター」を設置した。入院時のスクリーニングとして就労支援の希望の有無を確認し、希望した患者は就学・就労支援センターに引き継がれ、医学的な対応が必要であれば、両立支援科に紹介となる。

患者が職場への就業配慮を実施するための意見書を依頼すれば、主診療科と連携して作成する。労働者の症状や治療継続の観点を踏まえて、就業継続の可否や望ましいと考えられる就業上の措置、治療に対する配慮（受診スケジュール、入院や療養が必要な期間など）を医学的な立場から記載する。これらの措置や配慮の実施は、事業者が最終的に決定する<sup>27)</sup>。

### 3. 当院での復職症例

症例：50歳台、男性。

現病歴：X年5月に脳動脈瘤破裂に伴うくも膜下



※機関や制度を知りたい方は「お役立ちページ」へ p61~69

図 2 脳卒中の治療と仕事の両立お役立ちノート

出血を発症し、当院に救急搬送され脳室ドレーナージ術が施行された。X年10月にB病院回復期リハビリテーション病棟を経て自宅退院し、当院脳神経外科に通院した。X+1年3月に産業医から復職にあたり、①高次脳機能障害の有無、②自動車運転およびフォークリフト操作の可否、③重量物運搬（20kg程度）の可否、④プリズム眼鏡を装着した状態で作業上の配慮の必要性について問い合わせがあり、当院両立支援科を受診した。①②に関しては、当科に依頼があり評価を実施した。

既往歴：うつ病。

社会的背景：独居。

職業：製造業（大企業）、正社員。

業務内容：大型モーター製造ラインでフォークリフトの運転、約20kgの製品を1人で持ち運び3mほど運搬、製品の細かな傷の有無の確認。

#### 4. 職場に行くときの配慮について

たとえば、パフォーマンスが落ちている間でも、本人の工夫や職場側の適切な就業配慮によってかなりの部分を補うことができます。職場は復職時の勤務制度を設けていることも多いので活用してみましょう。

→勤務制度を知りたい方は「Scene 6. 職場に確認してみましょう」へ p52

1) 仕事や生活面で配慮が必要なことについて希望を具体的に書いてみましょう。

	起こり得る影響	考えられる対応策
通勤手段	<input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 公共交通機関（ <input type="checkbox"/> バス、 <input type="checkbox"/> 電車） <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 誰かの援助が必要	
出勤時間	<input type="checkbox"/> 定時可能、 <input type="checkbox"/> 困難	
勤務時間	<input type="checkbox"/> フルタイムの勤務可能、 <input type="checkbox"/> 困難	
作業効率	<input type="checkbox"/> 体力 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 作業速度 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> あり	
環境面の配慮	<input type="checkbox"/> トイレの配慮 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 服装の配慮 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 勤務空間の配慮 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> あり（騒音、室温など） <input type="checkbox"/> 立位作業に問題 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> その他	

現症：意思疎通は良好で、礼節は保たれている。外転神経障害による複視が残存しプリズム眼鏡を装着している。明らかな麻痺はなく、歩行自立、ADL/手段的ADL（instrumental ADL；IADL）は自立していた。当院入院中は20kgの重錘の2m運搬作業を10往復可能（バイタルサイン変動なし）であった。

高次脳機能評価：Trail Making Test, Visual Cancellation Task, Symbol Digit Modalities Testなどで軽度の処理速度低下があった。

自動車運転評価：簡易自動車運転シミュレーター（simple driving simulator；SiDS）はすべて標準域で適性ありと判断された。

提携自動車学校での実車評価：日中、好天、慣れた道から再開するという条件下で運転可能との判定であった。



トも可能となることが期待される。

自動車運転は復職にも大きくかかわるが、本邦では自動車運転再開の時期や医学的な判断基準は統一されておらず、地域や施設によって異なる。当院は高次脳機能障害支援拠点機関として高次脳機能評価のほか、復職時に通勤や業務で必要となる自動車運転再開評価を求められることが多い。その際は高次脳機能評価に加え、自動車運転シミュレーターでの評価を行い、必要時には近隣の連携自動車学校で実車教習を経て、運転の可否判定を行っている。

## ■おわりに

脳卒中患者の復職は難しく、急性期から生活期まで一貫した支援、医療機関内での多診療科での連携、医療機関と企業との連携が重要である。今後両立支援が進むことで復職率の向上だけでなく、患者のQOL向上に大いに寄与することが期待される。

## 文献

- 1) 杉本香苗, 佐伯 覚: 脳卒中の職業復帰—予後予測の観点から. *Jpn J Rehabil Med* **55**: 858-864, 2018
- 2) 佐伯 覚: 脳血管障害後の就労支援. *産業ストレス研* **25**: 297-304, 2018
- 3) 佐伯 覚, 伊藤英明, 加藤徳明, 他: 障害者に対する就労支援の最近の動向. *Jpn J Rehabil Med* **54**: 258-261, 2017
- 4) 佐伯 覚: リハビリテーションに必要な産業医学の知識—リハビリテーションの役割. *総合リハ* **43**: 505-509, 2015
- 5) 佐伯 覚: 脳卒中後の職場復帰の予測要因. *日職災医学会誌* **54**: 119-122, 2006
- 6) 厚生労働省: 平成 29 年 (2017) 患者調査の概況, 2017.  
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/17/index.html> (2021 年 11 月 5 日アクセス)
- 7) 厚生労働省: 平成 26 年 (2014) 患者調査の概況, 2014.  
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/14/> (2021 年 11 月 5 日アクセス)
- 8) 峰松一夫, 矢坂正弘, 米原敏郎, 他: 若年者脳卒中診療の現状に関する共同調査研究—若年者脳卒中共同調査グループ (SASSY-JAPAN). *脳卒中* **26**: 331-339, 2004
- 9) 小林祥泰 (編): 脳卒中データバンク 2015. pp32-33, pp132-133, 中山書店, 2015
- 10) Hata J, Tanizaki Y, Kiyohara Y, et al: Ten year recurrence after first ever stroke in a Japanese community: the Hisayama study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* **76**: 368-372, 2005
- 11) 佐伯 覚, 蜂須賀研二: リハビリテーションを受けたあと—その長期予後は? *脳卒中. 臨床リハ* **15**: 818-823, 2006
- 12) 佐伯 覚: 疾病とつきあいながら働く—職場復帰. *健康開発* **15**: 33-40, 2010
- 13) Saeki S, Ogata H, Okubo T, et al: Return to work after stroke: a follow-up study. *Stroke* **26**: 399-401, 1995
- 14) Creutzfeldt CJ, Holloway RG, Walker M: Symptomatic and palliative care for stroke survivors. *J Gen Intern Med* **27**: 853-860, 2012
- 15) Kutlubaev MA, Duncan FH, Mead GE: Biological correlates of post-stroke fatigue: a systematic review. *Acta Neurol Scand* **125**: 219-227, 2012
- 16) 豊永敏宏: 治療と就労における阻害要因—脳卒中後の疲労感の特性. *日職災医学会誌* **68**: 162-169, 2020
- 17) Melamed S, Ring H, Najenson T: Prediction of functional outcome in hemiplegic patients. *Scand J Rehabil Med* **12** (Suppl): 129-133, 1985
- 18) 佐伯 覚: 脳卒中患者の職業復帰. *日職災医学会誌* **51**: 178-181, 2003
- 19) 豊永敏宏 (編): 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, 2011
- 20) 厚生労働省: 職場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン, 2020.  
<https://www.mhlw.go.jp/content/11200000/000780068.pdf> (2021 年 11 月 5 日アクセス)
- 21) Saeki S, Toyonaga T: Determinants of early return to work after first stroke in Japan. *J Rehabil Med* **42**: 254-258, 2010
- 22) 豊田章宏: 復職支援. *総合リハ* **40**: 1515-1520, 2012
- 23) 豊田章宏: 職場復帰のためのリハビリテーション—急性期医療の現場から. *日職災医学会誌* **57**: 227-232, 2009
- 24) 加藤剛平, 橋 智弘, 西村ますみ, 他: 脳卒中患者の治療就労両立支援における急性期病院の役割—患者満足度のアンケート調査の結果からの考察. *日職災医学会誌* **67**: 175-180, 2019
- 25) 上田 敏: 障害の受容—その本質と諸段階について. *総合リハ* **8**: 515-521, 1980
- 26) 徳本雅子, 石附智奈美, 宮口英樹, 他: 脳卒中患者が新規就労・仕事定着に至る過程における気持ちの変化の特徴に関する探索的研究. *日職災医学会誌* **63**: 41-49, 2015
- 27) 厚生労働省: 企業・医療機関連携マニュアル, 令和 3 年 3 月改定版.  
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000115267.html> (2021 年 7 月 27 日アクセス)
- 28) 豊田章宏: 脳卒中後の治療と職業生活の両立支援. *脳卒中* **42**: 37-42, 2020

令和3年度労災疾病臨床研究事業費補助金

治療と仕事の両立支援に関する基盤整備および拡充に資する研究  
(210301-1)

分担研究報告書

疾病ごとの両立支援に関するレビュー：  
循環器疾患

研究分担者

荻ノ沢 泰司  
(産業医科大学 第2内科学 講師)

令和3年度 労災疾病臨床研究事業費補助金  
治療と仕事の両立支援に関する基盤整備および拡充に資する研究  
分担研究報告書

疾病ごとの両立支援に関するレビュー:循環器疾患

研究分担者 荻ノ沢 泰司 (産業医科大学 第2内科学 講師・両立支援科兼任)

**研究要旨:**

【背景】我が国の高齢化と今後生じる労働力不足に対応するため、高齢者の就業促進ならびに病気の治療と仕事の両立は喫緊の課題である。高齢者において罹患率の高い循環器疾患はその他の疾患とは異なり、就労による病状悪化・失神や突然死のリスクなど特有の問題がある。本研究の目的は、循環器疾患の両立支援の情報基盤を構築し、本研究の最終プロダクトであるワンストップ情報サイト「両立支援ナビ」に掲載するデータの根拠を明確化することである。【方法】循環器疾患における治療と仕事の両立支援に関する国内外の学術論文調査と本邦のガイドライン及びステートメント調査を行った。【結果】基準に適合した学術論文は英文は145件、和文は1件であった。多くは虚血性心疾患に関するものであり、内容は職場復帰に関連する要因や介入の有効性、職場復帰を目的とした評価方法、性差・経済定期影響などに関するものであった。ガイドラインは厚生労働省が公表しているものが1件、循環器関連学会が公表しているものが6件であった。【結論】国内における報告は極めて乏しいものの、海外では循環器疾患の両立支援に関して多くの学術論文が publish されており、その知見は本邦における両立支援においても参照しうるエビデンスと考えられた。また、各ガイドラインやステートメントにおいて、復職の際に必要な運動許容条件や自動車運転・電磁干渉などについて整備されており、治療と仕事の両立支援の実務上重要な情報基盤となりうるものと考えられた。

## §. 背景

我が国の人口は 2004 年をピークに減少に転じており、今後、急速に進行する高齢化とともに、生産年齢(15~64 歳)は確実に減少していくものと予想されている。労働力不足による産業の衰退および国力の低下が懸念され、その対策は喫緊の課題である。政府は働き方改革の重点テーマの一つとして、高齢者の就業促進ならびに病気の治療と仕事の両立を掲げた。これを受けて高齢者雇用安定法が改正され、65 歳であった従来の定年(義務)を 70 歳まで引き上げることを努力義務とした。職場の高年齢労働者割合の増大と共に、治療をしながら働き続ける労働者の増加が予想される。

特に、循環器疾患は高齢者において罹患率は高く、平成 30 年には健康寿命の伸延等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法が制定され、令和 2 年に定められた循環器病対策推進基本計画には治療と仕事の両立支援・就労支援が盛り込まれている。現在、保険診療において算定が認められているがん・脳卒中・難病・脳卒中・肝疾患に続いて、今後循環器疾患もその対象に加わる。しかしながら循環器疾患はその他の疾患とは異なり、就労によって病状の悪化を来す可能性があることや、失神や

突然死のリスク、植込み型デバイスと職場環境・自動車運転制限の問題など特有の問題があるため、安全配慮義務を担保しつつ過剰な制限とならないように過不足のない両立支援を進める必ずしも容易ではない。従って、遍く循環器疾患患者の適切かつ質の高い治療と就労の両立支援を実践するためには、その根拠となるエビデンスや指針を整理し、容易に参照できる形で示すことが極めて重要である。

以前、我々は、労災疾患臨床研究事業補助金研究「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(産業医など)の連携方法に関する研究」、および「脳卒中及び循環器疾患における治療と仕事の両立支援の手法の開発」の中で、循環器疾患患者の「復職」に関する文献調査を行った。循環器疾患患者復職の様体は個別性が高いこと、復職困難例においては主治医と事業所のコミュニケーションが重要であるが、十分に連携がなされていないことを明らかにした。今回の分担研究では、「復職」からさらに一歩進め、循環器疾患患者の「両立支援」について文献およびガイドライン・ステートメントの調査を行い、本邦における循環器疾患の治療と就労の両立支援の情報基盤を構築、本研究の最終プロダクトであり両立支援実践におけるリファレンスツール

となるワンストップ情報サイト「両立支援ナビ」の根拠を明確化することを目的とする。

## §. 方法

### I. 国内外の文献調査

海外論文の文献検索

PubMed を利用して検索式

("support" and "return to work" and ("heart disease" or "aortic aneurysm" or "aortic dissection" or "defibrillator" or "heart failure" or "arrhythmia" or "open heart surgery" or "pacemaker" or "myocardial infarction" or "angina")

により調査した。Exclusion criteria は、i) Abstract の記載がないもの、ii) レターなどの一般的な論文の体裁の整っていないもの、iii) 症例報告、iv) 英語以外の言語のもの、とした。

国内論文の文献調査

医中誌 web 検索システムを中心にして  
検索式

"両立支援" and ("心疾患" or "大動脈瘤" or "大動脈解離" or "除細動器"

or "心不全" or "不整脈" or "開心術" or "ペースメーカー" or "心筋梗塞" or "狭心症")

により調査した。除外基準として、i) アブストラクトの記載がないもの、ii) レターなどの一般的な論文の体裁の整っていないもの、iii) 症例報告とした。

II. 国内のガイドラインおよびステートメント調査

厚生労働省および B. 循環器関連学会

(日本循環器学会、日本不整脈心電学会、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) が開設しているホームページを利用して、循環器疾患に関するガイドラインおよびステートメントなどの情報を検索し、それぞれの両立支援に関連した内容について調査を行った。

## §. 結果及び考察

### I. 国内外の文献調査

A. 英語論文文献調査

前述の検索式で172件の論文がヒッ

トし、英語以外の言語によって書かれたもの・症例報告・テーマ違いなどの除外基準に該当したものが27件あり、145件の論文を調査対象とした。研究対象の疾患による分類では、虚血性心疾患が123件と最も多く、虚血性心疾患および弁膜症を対象としたものが1件、虚血性心疾患および心不全が1件、心不全が13件、不整脈3件、心肺停止蘇生後2件、周産期心筋症1件、大動脈解離1件であった。疾患別・年代順に整理した論文の概略を表1<sup>1-145</sup>に示す。

#### 【虚血性心疾患<sup>1-125</sup>】

① 職場復帰に関連する要因<sup>6-9, 11, 12, 18, 22, 24, 25, 28-31, 33, 34, 36, 37, 44, 49, 53, 58, 60, 64, 66-70, 72, 73, 76, 79, 82, 85, 87, 91, 93, 95, 103, 110, 114, 117-119, 121-123</sup>

虚血性心疾患患者の職場復帰は、短期的な休職や離職を強いられる場合でも長期的には職場復帰可能となる例も多く、必ずしも全ての症例において介入を必要とするわけではない<sup>9</sup>。一方で、初期機能状態の低下（Duke Activity Status Indexで評価）、次いで高齢、黒人、うっ血性心不全の有無、低学歴、心臓外血管疾患の有無、心理状態の低下、下位の職階<sup>37</sup>、夫婦関係の質<sup>48</sup>、上司の反応、態度、不安<sup>67</sup>、社会職業的な要因・残存する症状・地

域的な影響<sup>69</sup>などの職場復帰を阻害する様々な要因が報告されている。これらの要因のスクリーニングを行う事で支援を行うべき患者をピックアップして過不足のないケアを行うことが可能となるものと考えられる。さらに、虚血性心疾患においては長時間労働により再発が増加することも報告されており<sup>123</sup>、注意が必要である。

② リハビリテーションの介入<sup>1-3, 14, 21, 22, 45, 50, 55, 57, 63, 71, 92, 96, 97, 111, 112, 120</sup>

リハビリテーションによる介入は、職場復帰における有用性を示す報告<sup>3, 14, 20, 21</sup>がある一方で、職場復帰率を改善しないとの報告もある<sup>2, 46, 71</sup>。効果の有用性が一貫しない理由としては、行われるリハビリテーションの期間や内容、対象患者の違いなど、多くの要因があるものと推測される。有用である場合にはリハビリテーションを中断することによって就労の継続性が低下することも報告されている<sup>92</sup>。

③ リハビリテーション以外の介入<sup>4, 15, 23, 59, 80, 89, 90, 109, 115</sup>

リハビリテーション以外の有用な介入として、看護師を含む多職種による介入<sup>4, 59</sup>、患者教育及びグループディスカッション<sup>15, 23, 109</sup>、リラクゼーション療法<sup>80</sup>などが報告されている。

④ 復帰のための評価方法<sup>5, 10, 11, 27, 65, 84</sup>

職場復帰に先立つ評価方法として、運動負荷の有用性が高い<sup>5, 10, 11</sup>。この他職業的作業評価<sup>27</sup>や簡易うつ病スクリーニング<sup>65, 84</sup>の有用性が示されている。

⑤ 性差<sup>38, 43, 51, 52, 62, 78, 83, 86, 94, 106, 110</sup>

多くの報告では男性と比較して女性の虚血性心疾患の離職率が高いことが示されているが<sup>62, 78, 106, 110</sup>、明らかかな差がないと言う報告もある<sup>51, 52</sup>。

⑥ 経済的影響<sup>32, 104, 108, 116</sup>

虚血性心疾患の罹患に伴う休職・離職による経済的損失について論じた論文も多い。Picardらは、合併症のない心筋梗塞患者のうち低リスク患者を同定し、これらの患者における早期の職場復帰を目指した介入の有用性を検討し、通常ケアを行った場合には復職までの期間が平均75日であったのに対して、介入群では51日と短縮し、6ヶ月目の職業収入は介入群で有意に高く、医療費と職業所得を考慮したベネフィットは全米で年間8億ドル以上の経済効果があることを報告している<sup>32</sup>。近年欧州においても急性冠症候群または脳卒中の患者だけでなく、その介護者の生産性損失と間接費用を検討し、患者本人の直接的損失だ

けでなく、介護者の間接的損失も極めて大きいことを報告している<sup>116</sup>。

⑦ 特定の職業における問題<sup>17, 88</sup>

航空機パイロット<sup>17</sup>および消防士<sup>88</sup>の職場復帰に関して報告がある。

### 【心不全<sup>125-138</sup>】

① 医療者、社会保険担当者との出会い<sup>133-137</sup>

Nordgrenらは病気休暇中の心不全患者において復職能力の自己評価に影響する要因の検討を行い、医療従事者や社会保険担当者との前向きな出会いが職場復帰のプロセスに対してポジティブな影響をもたらす事を示した<sup>133, 134</sup>。さらに、医療従事者との前向きな出会いは、収入の高い患者で多く見られたが<sup>137</sup>、低収入な患者は疾病保障を受ける可能性が高く、多くの場合社会保険担当者との出会いを肯定的に捉えていた<sup>135</sup>。

② 心理的問題<sup>128, 131, 134</sup>

うつや不安は心不全患者においてよく見られる心理状態であり、心臓リハビリテーションへの参加や早期の支援要請・職場の復帰に関連する<sup>128</sup>。特に鬱状態は仕事や社会活動への復帰の遅れをもたらす、生活の質を低下させる<sup>131</sup>。

③ 左室補助人工心臓 (LVAD) 関連<sup>126, 127, 129, 132, 138</sup>

LVAD は重症心不全患者の循環動態を維持し、生命を保持するデバイスであるが、近年は機器の進歩もあり、家庭への復帰のみならず、社会生活への復帰も可能となっている。Morales らは LVAD 患者 90 名の経過を報告し、44 名 (49%) が退院し、その内 30% が仕事や学校に復帰している<sup>127</sup>。しかしながら依然として血栓や感染・回路の問題などデバイス関連の問題も多く、職場復帰のハードルは高い。

【不整脈<sup>139-141</sup>】

① 植込み型デバイスと電磁干渉<sup>140, 141</sup>

ペースメーカーや植え込み型除細動器 (ICD) などの植込み型デバイスは心臓の微弱な電流を感知し、必要に応じて心臓のペーシング又は除細動を行う精密機器であるが外部からの電氣的ノイズの影響により作動に異常を来す電磁干渉の恐れがある。デバイス患者のリスク評価<sup>140</sup>や職場復帰に関して留意すべき点が述べられている<sup>141</sup>。

【心肺停止蘇生後<sup>142, 143</sup>】

① 認知機能と社会的孤立・離職

Sunnerhagen らは 75 歳以下の院外心肺停止蘇生後の患者の生活状況を

評価した。多くの患者では認知機能が低下し、日常生活動作の能力も低下していた。その結果、仕事への復帰率も低く、社会的孤立も多く見られた<sup>142</sup>。別の研究では、復職を前提とした OHCA 生存者のうち、認知機能障害のある人は、認知機能障害のない人に比べて、病気休暇を取得する可能性が 3 倍高く、心肺停止後 6 ヶ月で社会参加がより制限されていることを報告している<sup>143</sup>。

【周産期心筋症<sup>144</sup>】

① サポートの不足<sup>144</sup>

周産期心筋症 (PPCM) が生活の質に及ぼす影響に関するアンケート調査<sup>144</sup>では、ほとんどの女性 (41%) はベースラインの活動レベルに戻らず、28% は診断のために仕事を中断した。医療者から受けたカウンセリングに満足している女性は 26% に過ぎなかった。

【大動脈解離<sup>145</sup>】

① 高い離職率

Lin らの報告<sup>145</sup>では、急性 A 型大動脈解離 (AAAD) 患者の開胸 3 枝ステントグラフト留置後 12 ヶ月以内の復職率と、復職できなかった理由の調査では、24.8% が仕事に復帰し、70.9% が復帰せず、4.3% が死亡した。復職できなかった 231 人のうち、105 人 (45.5%) は AAAD のために休職を余儀なくされ、

36人（15.6%）はAAADのために仕事を失った。

## B. 和文論文文献調査

前述の検索式で21件の文献がヒットした。うち20件は除外基準により除外され、1件の文献のみ対象となった。

遠藤は大企業を中心とした病休データベースを用いて2000年からの12年間において療養を必要とした心筋梗塞罹患社員130名（平均年齢53歳、男性124名）を検討した。フルタイム勤務が可能となるまでの日数は中央値69日であり、がん罹患社員201日、脳卒中罹患社員259日と比較して健康状態の回復ならびに復帰までの期間が短いことを報告した。従って、心筋梗塞罹患社員の治療と就労の両立支援においては罹患後の早期の段階で疾病性と事例性を念頭に置いて必要に応じた支援を行うことが重要であるとしている<sup>146</sup>。

## II. 国内のガイドラインおよびステートメントなど

両立支援に関連する内容を含むガイドラインは、厚生労働省が公表しているものが1件（これに付随する連携マニュアル1件）、循環器関連学会が公表しているものが6件であった。ま

た、ステートメントについては日本不整脈心電学会より自動車運転制限に関するステートメントが2件であった。概要を以下に示す。

### 【厚生労働省】

#### ガイドライン

① 事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン（全体版）令和3年3月改訂版<sup>147</sup>

本ガイドラインは治療と仕事の両立支援を包括したものであり、総論として両立支援の現状・位置づけと意義・両立支援を進めるに当たる注意事項や環境整備、具体的な進め方を示した上で、各論としてがん・脳卒中・肝疾患・難病・糖尿病および心疾患の留意事項を掲載している。特に、事業所と医療機関の連携に関して勤務情報提供書や意見書など様式を示しながら具体的な進め方を指示しており、職場および医療機関の双方において両立支援に関わる全ての職種が参照すべき内容となっている。

「心疾患に関する留意事項」では、頻度が高いもしくは特段の配慮を必要とする事多い虚血性心疾患（狭心症・心筋梗塞）・不整脈・心不全の3つの病態について、基礎情報として病態・症状、経過、主な治療を示した上

で、経過や等張を踏まえた上での対応の基本的考え方・疾患及び症状に特有の対応を示している。メンタルヘルスへの配慮や職場の疾患理解への重要性と対応も記されている。

## B. ステートメントなど

### ① 企業・医療機関連携マニュアル（全体版）令和3年3月改訂版<sup>148</sup>

前述のガイドライン①に示す両立支援の進め方の手順に沿って、治療と仕事の両立支援のため、医療機関と企業がやりとりを行う際の参考となる様、症例ベースでそのポイントを示すものである。心疾患に関しては虚血性心疾患（狭心症）・心不全・不整脈（植込み型除細動器（ICD）植込み後）のモデルケース3症例が収載されており、それぞれ事例の概要として病歴や職場の状況などの基本状況・両立支援に至った経緯・両立支援の手続きの中で職場・医療機関の間でやりとりされる勤務情報提供書・主治医意見書・職場復帰プランの具体例と作成時に留意すべきポイントが詳細に示されている。

### ② 心疾患の治療と仕事の両立お役立ちノート<sup>149</sup>

本ノートは厚生労働省健康局「令和元年度がん患者及び脳卒中患者の仕事と治療の両立支援モデル事業」「令

和2年度循環器病の患者に対する治療と仕事の両立支援モデル事業及び令和3年度厚生労働省科学研究費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）「脳卒中及び循環器疾患における治療と仕事の両立支援の手法の開発」の一環として作成された。代表的な心疾患の病態や治療と回復期の経過など、循環器疾患に関する基本情報からはじまり、急性期における取り組み・自宅退院前に必要なこと、退院後職場復帰準備の際に取り組むべき事、復帰後に気をつけることなど、利用可能な制度の情報なども含めてまとめられている。

## 【循環器関連学会】

### ガイドライン

#### ① 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）<sup>150</sup>

心疾患は労働に関連する身体的負荷により病態の増悪や突然死を含む心疾患死亡を来す恐れがあり、心疾患を有する場合には適切なリスク評価を行うことが極めて重要である。本ガイドラインは心疾患患者の職域における運動許容条件を示すものである。基本的な考え方として、心疾患の重症度を評価し、低リスク・中等度リスク・

高リスクに分類し、患者の運動負荷試験データと、想定される作業の運動強度を身体活動強度（metabolic equivalents; METs）で評価し、許容される運動強度と等価の作業強度までの条件を就労上の指示とすることとしている。但し、この様な運動負荷試験から得られる情報は主に有酸素運動能力に関するものであり、重量物の運動など等尺性運動を主体とする作業については別に考慮しなければならないこと、必要に応じて事後指導を行っていく必要があることに注意を要する。

② 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）<sup>151</sup>

上記の心臓植込み型デバイス（cardiac implantable electric devices; CIEDs）の植込みを受けている患者の就労上の注意点が詳細に示されている。特に、デバイスに対する電磁干渉については、その科学的原理の詳細から、電磁干渉を生じうる注意すべき職場環境、就労が認められない職業や十分な配慮を要する職業など、両立支援の前提として把握しておかなければならない事項が示されており、CIEDs患者の配慮を行う上で大変参考になる。また、ICD植込み患者の自動車運転制限に付いても詳細が記

されているが、制限条件は既に改訂されており、後述するステートメント<sup>156-159</sup>を参照されたい。

③ 成人先天性心疾患診療ガイドライン（2017年改訂版）<sup>152</sup>

先天性心疾患患者は他の疾患と比較して特段労働力が低いというわけではないため、職業選択の幅としては広いものの、健常人と比較すると運動量や活動量に制限があるため、無理が来ないことが特徴であるとしている。また、成人先天性心疾患患者の就業率や年収、疾病の重症度や教育程度との関連、障害者雇用促進法や、就労の機会を提供する継続支援・知識や能力の向上を図る移行支援など、我が国における就労支援施策の体系の全体像が示されており、疾病管理と職業生活を両立するための支援の重要性が強調されている。

④ 急性・慢性心不全診療ガイドライン（2017年改訂版）<sup>153</sup>

心不全患者に対しては、症状モニタリング、治療薬調節、多職種チームで構成される疾病管理プログラムを推奨している。就労に関しては社会的な活動と仕事として項目を設けられているものの、就労の意義と活動能力に応じた就労継続ならびに病態や症状に合わせた就労環境の調整支援につ

いて概略を述べるに留まっている。

⑤ 不整脈非薬物治療ガイドライン  
(2018年改訂版)<sup>154</sup>

不整脈に対する非薬物治療後の就労・就学をテーマとした章を設けている。植込み型心臓デバイス(CIED)植込み後の就労及び自動車運転、カテーテルアブレーション後の就労に関して記載されている。とくにデバイスに関してはガイドライン③をベースに、2017年に発表されたCIED植込み後の自動車運転制限に関するステートメント内容をアップデートしたダイジェストとなっている。

⑥ 川崎病心臓血管後遺症の診断と治療に関するガイドライン(2020年改訂版)<sup>155</sup>

AYA (adolescent and young adult) 世代における就職・就労について移行医療において伝達・準備事項に含まれると記載はあるが、具体的な管理に関する指針までは示されていない。

### ステートメント・その他

① 不整脈に起因する失神の運転免許取得に関する診断書作成と適性検査施行の合同検討委員会ステートメント(2006年)<sup>156</sup>および改定のための補遺<sup>157-159</sup>

平成13年度の道路交通法改正により、「発作により意識障害または運動障害をもたらす病気であって政令で定めるものについては政令で定める基準に従い、免許を与えず、又は6か月を超えない範囲内において免許を保留することができる」とされている。免許の拒否・保留・取消または停止の対象となりうる病気として再発性の失神が含まれており、循環器疾患においては失神を来す恐れのある不整脈例、ペースメーカあるいはICD植込み例がこれに含まれる。ペースメーカ植込み後失神の恐れがないものは原則運転許可であるが、ICDの場合には発作による意識障害のみならず、作動に伴う運動障害により運転に支障を来す恐れがあることから原則運転禁止となる。しかしながら一律の運転禁止は就労を含む日常生活への影響が著しいことから、1日当たりの運転時間・車両の大きさ・意識消失の発生率(年間)・事故による傷害発生率などを予測計算式から求める risk of harm (RH) により運転中のリスク評価を行い、一定の観察期間作動がないことが確認され、ICD作動により自動車事故を起こす確率が一般的な事故率と照らして相当に低いと推定される場合には、公安委員会に診断書を提出することによって運転可能となる。但し、大型車や旅客自動車などの職業運

転は適性がないとされている。  
尚、運転許可に必要な観察期間など詳細については、学会の主導するレジストリーなどの国内データから算出した RH を根拠として適宜アップデートされ、補遺として示されている。また、同学会ホームページには、電気自動車充電器によるデバイス患者への電磁干渉に関する注意事項や新たに設けられた準中型運転免許適性に関する見解など関連情報がまとめられている。

## ② 着用型自動除細動器 (WCD) 装着患者の自動車運転制限に関するステートメント<sup>160</sup>

着用型除細動器は主に、ICD 適応はあるが感染などの理由により直ちに植込みを行うことができない場合や、心筋梗塞発症後 40 日以内もしくは血行再建術 90 日以内のもの、非虚血性急性心不全発症後 90 日以内で薬物治療などの効果判定を見る必要のある左室駆出率低下例のように、ICD の適応が未確定で ICD 適応の適切な判断を行うために用いられる。本ステートメントにおいて WCD 装着中の自動車運転制限や WCD 取り外し後の運転制限について示されている。

## §. 結論

循環器疾患の治療と仕事の両立支援に関する国内外の文献ならびに国内のガイドライン文献調査を行った。国内における報告は極めて乏しいものの、海外では循環器疾患の両立支援に関する多くの学術論文が publish されており、その知見は本邦における両立支援においても参照しうるエビデンスと考えられた。また、循環器関連学会より発行されているガイドラインやステートメントにおいて、復職の際にクリアしなければならない運転許容条件や自動車運転・電磁干渉などについては整備されており、実務上重要な情報基盤となりうるものと考えられた。

## §. 研究発表

### 1. 荻ノ沢 泰司

実践講座 医療機関における治療と仕事の両立支援 両立支援の実際 - 心疾患. 総合リハビリテーション. Vo. 50 No. 1. 2022. 01

### 2. Yamagishi Y, Oginosawa Y, Fujino Y, Yagyu K, Miyamoto T, Tsukahara K, Ohe H, Kohno R, and Abe H. The incidence of out-of-hospital cardiac arrests and survival rates after one-month among the Japanese working population: A cohort study. BMJ

Open. 2021 Dec 6;11(12):e047932.

doi: 10.1136/bmjopen-2020-047932.

## §. 引用及び参考文献

1. Brammell HL, Niccoli A. A physiologic approach to cardiac rehabilitation. *Nurs Clin North Am* 1976;11:223-36.
2. Palatsi I. Feasibility of physical training after myocardial infarction and its effect on return to work, morbidity and mortality. *Acta Med Scand Suppl* 1976;599:7-84.
3. Barnes GK, Ray MJ, Oberman A, Kouchoukos NT. Changes in working status of patients following coronary bypass surgery. *Jama* 1977;238:1259-62.
4. Pozen MW, Stechmiller JA, Harris W, Smith S, Fried DD, Voigt GC. A nurse rehabilitator's impact on patients with myocardial infarction. *Med Care* 1977;15:830-7.
5. DeBusk RF, Davidson DM. The work evaluation of the cardiac patient. *J Occup Med* 1980;22:715-21.
6. Niles NW, 2nd, Vander Salm TJ, Cutler BS. Return to work after coronary artery bypass operation. *The Journal of thoracic and cardiovascular surgery* 1980;79:916-21.
7. D'Elia JA, Weinrauch LA, Kaldany A et al. Improving survival after renal transplantation for diabetic patients with severe coronary artery disease. *Diabetes Care* 1981;4:380-2.
8. Jensen RL, Clayton PD, Liddle HV. Relationship between graft patency, postoperative work status, and symptomatic relief. *The Journal of thoracic and cardiovascular surgery* 1982;83:503-11.
9. Boulay FM, David PP, Bourassa MG. Strategies for improving the work status of patients after coronary artery bypass surgery. *Circulation* 1982;66:iii43-49.
10. DeBusk RF, Dennis CA. Occupational work evaluation of patients with cardiac disease: a guide for physicians. *West J Med* 1982;137:515-20.
11. Wenger NK, Hellerstein HK, Blackburn H, Castranova SJ. Physician practice in the management of patients with uncomplicated myocardial

- infarction: changes in the past decade. *Circulation* 1982;65:421-7.
12. Stanton BA, Jenkins CD, Denlinger P, Savageau JA, Weintraub RM, Goldstein RL. Predictors of employment status after cardiac surgery. *Jama* 1983;249:907-11.
  13. Fisher LD, Holmes DR, Jr., Mock MB et al. Design of comparative clinical studies of percutaneous transluminal coronary angioplasty using estimates from the Coronary Artery Surgery Study. *The American journal of cardiology* 1984;53:138c-146c.
  14. Greenland P, Briody ME. Rehabilitation of the MI survivor. Management options to maximize posthospital outcome. *Postgrad Med* 1984;75:79-88, 93-6.
  15. Horlick L, Cameron R, Firor W, Bhalerao U, Baltzan R. The effects of education and group discussion in the post myocardial infarction patient. *J Psychosom Res* 1984;28:485-92.
  16. Herlitz J, Helgesson I, Hjalmarson BM et al. Relationship between serum enzyme activity in acute myocardial infarction and morbidity during a 2-year follow-up. *Cardiology* 1986;73:85-93.
  17. Chaitman BR, Davis KB, Dodge HT et al. Should airline pilots be eligible to resume active flight status after coronary bypass surgery?: a CASS registry study. *Journal of the American College of Cardiology* 1986;8:1318-24.
  18. Maeland JG, Havik OE. Return to work after a myocardial infarction: the influence of background factors, work characteristics and illness severity. *Scand J Soc Med* 1986;14:183-95.
  19. Watson PA, Mayberry JF, Calcraft B, Colbourne G. Employment after myocardial infarction amongst previously healthy men. *J R Soc Med* 1986;79:329-30.
  20. Hedbäck B, Perk J. 5-year results of a comprehensive rehabilitation programme after myocardial infarction. *European heart journal* 1987;8:234-42.
  21. Burgess AW, Lerner DJ, D'Agostino RB, Vokonas PS, Hartman CR, Gaccione P. A randomized control trial of cardiac rehabilitation.

- Soc Sci Med 1987;24:359-70.
22. Maeland JG, Havik OE. Psychological predictors for return to work after a myocardial infarction. *J Psychosom Res* 1987;31:471-81.
  23. Maeland JG, Havik OE. The effects of an in-hospital educational programme for myocardial infarction patients. *Scand J Rehabil Med* 1987;19:57-65.
  24. Trelawny-Ross C, Russell O. Social and psychological responses to myocardial infarction: multiple determinants of outcome at six months. *J Psychosom Res* 1987;31:125-30.
  25. Follick MJ, Gorkin L, Smith TW, Capone RJ, Visco J, Stablein D. Quality of life post-myocardial infarction: effects of a transtelephonic coronary intervention system. *Health Psychol* 1988;7:169-82.
  26. Karlsson I, Fridlund B, Hellström L et al. Do physically active people cope better with biopsychosocial stress after a myocardial infarction? *Scand J Caring Sci* 1988;2:179-83.
  27. Dennis C, Houston-Miller N, Schwartz RG et al. Early return to work after uncomplicated myocardial infarction. Results of a randomized trial. *Jama* 1988;260:214-20.
  28. Eriksson J. Psychosomatic aspects of coronary artery bypass graft surgery. A prospective study of 101 male patients. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1988;340:1-112.
  29. Smith GR, Jr., O'Rourke DF. Return to work after a first myocardial infarction. A test of multiple hypotheses. *Jama* 1988;259:1673-7.
  30. Fitzgerald ST, Becker DM, Celentano DD, Swank R, Brinker J. Return to work after percutaneous transluminal coronary angioplasty. *The American journal of cardiology* 1989;64:1108-12.
  31. Bryant B, Mayou R. Prediction of outcome after coronary artery surgery. *J Psychosom Res* 1989;33:419-27.
  32. Picard MH, Dennis C, Schwartz RG et al. Cost-benefit analysis of early return to work after uncomplicated acute myocardial infarction. *The American journal of cardiology* 1989;63:1308-14.

33. Riegel B. Social support and psychological adjustment to chronic coronary heart disease: operationalization of Johnson's behavioral system model. *ANS Adv Nurs Sci* 1989;11:74-84.
34. Diederiks JP, Bär FW, Höppener P, Vonken H, Appels A, Wellens HJ. Predictors of return to former leisure and social activities in MI patients. *J Psychosom Res* 1991;35:687-96.
35. Oldridge N, Guyatt G, Jones N et al. Effects on quality of life with comprehensive rehabilitation after acute myocardial infarction. *The American journal of cardiology* 1991;67:1084-9.
36. Denollet J, De Potter B. Coping subtypes for men with coronary heart disease: relationship to well-being, stress and Type-A behaviour. *Psychol Med* 1992;22:667-84.
37. Mark DB, Lam LC, Lee KL et al. Identification of patients with coronary disease at high risk for loss of employment. A prospective validation study. *Circulation* 1992;86:1485-94.
38. Cochrane BL. Acute myocardial infarction in women. *Critical care nursing clinics of North America* 1992;4:279-89.
39. Pilote L, Thomas RJ, Dennis C et al. Return to work after uncomplicated myocardial infarction: a trial of practice guidelines in the community. *Ann Intern Med* 1992;117:383-9.
40. Riegel BJ, Dracup KA. Does overprotection cause cardiac invalidism after acute myocardial infarction? *Heart Lung* 1992;21:529-35.
41. Rost K, Smith GR. Return to work after an initial myocardial infarction and subsequent emotional distress. *Archives of internal medicine* 1992;152:381-5.
42. Hamilton GA, Seidman RN. A comparison of the recovery period for women and men after an acute myocardial infarction. *Heart Lung* 1993;22:308-15.
43. Agren B, Rydén O, Johnsson P, Nilsson-Ehle P. Rehabilitation after coronary bypass surgery: coping strategies predict metabolic improvement and return to work. *Scand J Rehabil Med* 1993;25:83-95.
44. Riegel BJ. Contributors to cardiac invalidism after acute myocardial

- infarction. *Coron Artery Dis* 1993;4:215-20.
45. Froelicher ES, Kee LL, Newton KM, Lindskog B, Livingston M. Return to work, sexual activity, and other activities after acute myocardial infarction. *Heart Lung* 1994;23:423-35.
  46. Holmbäck AM, Säwe U, Fagher B. Training after myocardial infarction: lack of long-term effects on physical capacity and psychological variables. *Arch Phys Med Rehabil* 1994;75:551-4.
  47. Boudrez H, De Backer G, Comhaire B. Return to work after myocardial infarction: results of a longitudinal population based study. *European heart journal* 1994;15:32-6.
  48. Brecht ML, Dracup K, Moser DK, Riegel B. The relationship of marital quality and psychosocial adjustment to heart disease. *J Cardiovasc Nurs* 1994;9:74-85.
  49. Hlatky MA, Charles ED, Nobrega F et al. Initial functional and economic status of patients with multivessel coronary artery disease randomized in the Bypass Angioplasty Revascularization Investigation (BARI). *The American journal of cardiology* 1995;75:34c-41c.
  50. Pashkow FJ. Rehabilitation in the patient after myocardial infarction with or without surgical management. *Semin Thorac Cardiovasc Surg* 1995;7:240-7.
  51. Riegel B, Gocka I. Gender differences in adjustment to acute myocardial infarction. *Heart Lung* 1995;24:457-66.
  52. Brezinka V, Kittel F. Psychosocial factors of coronary heart disease in women: a review. *Soc Sci Med* 1996;42:1351-65.
  53. Petrie KJ, Weinman J, Sharpe N, Buckley J. Role of patients' view of their illness in predicting return to work and functioning after myocardial infarction: longitudinal study. *Bmj* 1996;312:1191-4.
  54. Pocock SJ, Henderson RA, Seed P, Treasure T, Hampton JR. Quality of life, employment status, and anginal symptoms after coronary angioplasty or bypass surgery. 3-year follow-up in the Randomized Intervention Treatment of Angina (RITA) Trial. *Circulation* 1996;94:135-42.

55. Häussler B, Keck M. [Improvement in occupational rehabilitation of myocardial infarct patients--results of a model study in Rhineland-Pfalz]. *Rehabilitation (Stuttg)* 1997;36:106-10.
56. investigators B. Five-year clinical and functional outcome comparing bypass surgery and angioplasty in patients with multivessel coronary disease. A multicenter randomized trial. Writing Group for the Bypass Angioplasty Revascularization Investigation (BARI) Investigators. *Jama* 1997;277:715-21.
57. Engblom E, Korpilahti K, Hämäläinen H, Rönnemaa T, Puukka P. Quality of life and return to work 5 years after coronary artery bypass surgery. Long-term results of cardiac rehabilitation. *J Cardiopulm Rehabil* 1997;17:29-36.
58. Brown N, Melville M, Gray D et al. Quality of life four years after acute myocardial infarction: short form 36 scores compared with a normal population. *Heart* 1999;81:352-8.
59. Robinson KR. Envisioning a network of care for at-risk patients after myocardial infarction. *J Cardiovasc Nurs* 1999;14:75-88.
60. Skinner JS, Farrer M, Albers CJ, Neil HA, Adams PC. Patient-related outcomes five years after coronary artery bypass graft surgery. *Qjm* 1999;92:87-96.
61. Soejima Y, Steptoe A, Nozoe S, Tei C. Psychosocial and clinical factors predicting resumption of work following acute myocardial infarction in Japanese men. *International journal of cardiology* 1999;72:39-47.
62. Covinsky KE, Chren MM, Harper DL, Way LE, Rosenthal GE. Differences in patient-reported processes and outcomes between men and women with myocardial infarction. *J Gen Intern Med* 2000;15:169-74.
63. Mital A, Shrey DE, Govindaraju M, Broderick TM, Colon-Brown K, Gustin BW. Accelerating the return to work (RTW) chances of coronary heart disease (CHD) patients: part 1--development and validation of a training programme. *Disabil Rehabil* 2000;22:604-20.
64. Shrey DE, Mital A. Accelerating the return to work (RTW) chances of

- coronary heart disease (CHD) patients: part 2--development and validation of a vocational rehabilitation programme. *Disabil Rehabil* 2000;22:621-6.
65. Leon AC, Portera L, Walkup JT. The development and evaluation of the brief depression screen in medically ill disability claimants. *Int J Psychiatry Med* 2001;31:389-400.
  66. Mittag O, Kolenda KD, Nordman KJ, Bernien J, Maurischat C. Return to work after myocardial infarction/coronary artery bypass grafting: patients' and physicians' initial viewpoints and outcome 12 months later. *Soc Sci Med* 2001;52:1441-50.
  67. Kushnir T, Luria O. Supervisors' attitudes toward return to work after myocardial infarction or coronary artery bypass graft. *J Occup Environ Med* 2002;44:331-7.
  68. Pilote L, Lauzon C, Huynh T et al. Quality of life after acute myocardial infarction among patients treated at sites with and without on-site availability of angiography. *Archives of internal medicine* 2002;162:553-9.
  69. Sellier P, Varaillac P, Chatellier G et al. Factors influencing return to work at one year after coronary bypass graft surgery: results of the PERISCOP study. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2003;10:469-75.
  70. Söderman E, Lisspers J, Sundin O. Depression as a predictor of return to work in patients with coronary artery disease. *Soc Sci Med* 2003;56:193-202.
  71. Toms LV, O'Neill ME, Gardner A. Long-term risk factor control after a cardiac rehabilitation programme. *Australian critical care : official journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses* 2003;16:24-8.
  72. Broadbent E, Petrie KJ, Ellis CJ, Ying J, Gamble G. A picture of health--myocardial infarction patients' drawings of their hearts and subsequent disability: a longitudinal study. *J Psychosom Res* 2004;57:583-7.

73. McBurney CR, Eagle KA, Kline-Rogers EM, Cooper JV, Smith DE, Erickson SR. Work-related outcomes after a myocardial infarction. *Pharmacotherapy* 2004;24:1515-23.
74. Mital A, Desai A, Mital A. Return to work after a coronary event. *J Cardiopulm Rehabil* 2004;24:365-73.
75. Perk J, Alexanderson K. Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU). Chapter 8. Sick leave due to coronary artery disease or stroke. *Scand J Public Health Suppl* 2004;63:181-206.
76. Kiessling A, Henriksson P. Perceived cognitive function in coronary artery disease--an unrecognised predictor of unemployment. *Qual Life Res* 2005;14:1481-8.
77. Korzeniowska-Kubacka I, Piotrowicz R. [Cardiological rehabilitation--a chance of returning to work]. *Med Pr* 2005;56:325-7.
78. Brisson C, Leblanc R, Bourbonnais R et al. Psychologic distress in postmyocardial infarction patients who have returned to work. *Psychosom Med* 2005;67:59-63.
79. Simpson E, Pilote L. Quality of life after acute myocardial infarction: a comparison of diabetic versus non-diabetic acute myocardial infarction patients in Quebec acute care hospitals. *Health Qual Life Outcomes* 2005;3:80.
80. van Dixhoorn J, White A. Relaxation therapy for rehabilitation and prevention in ischaemic heart disease: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2005;12:193-202.
81. Haafkens J, Moerman C, Schuring M, van Dijk F. Searching bibliographic databases for literature on chronic disease and work participation. *Occup Med (Lond)* 2006;56:39-45.
82. Broadbent E, Ellis CJ, Gamble G, Petrie KJ. Changes in patient drawings of the heart identify slow recovery after myocardial infarction. *Psychosom Med* 2006;68:910-3.
83. Earle A, Ayanian JZ, Heymann J. Work resumption after newly diagnosed coronary heart disease: findings on the importance of paid leave. *J Womens Health (Larchmt)* 2006;15:430-41.

84. McGee HM, Doyle F, Conroy RM, De La Harpe D, Shelley E. Impact of briefly-assessed depression on secondary prevention outcomes after acute coronary syndrome: a one-year longitudinal survey. *BMC Health Serv Res* 2006;6:9.
85. Aboa-Eboulé C, Brisson C, Maunsell E et al. Job strain and risk of acute recurrent coronary heart disease events. *Jama* 2007;298:1652-60.
86. Bjarnason-Wehrens B, Grande G, Loewel H, Völler H, Mittag O. Gender-specific issues in cardiac rehabilitation: do women with ischaemic heart disease need specially tailored programmes? *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2007;14:163-71.
87. Poston RS, Tran R, Collins M et al. Comparison of economic and patient outcomes with minimally invasive versus traditional off-pump coronary artery bypass grafting techniques. *Ann Surg* 2008;248:638-46.
88. Adams J, Roberts J, Simms K, Cheng D, Hartman J, Bartlett C. Measurement of functional capacity requirements to aid in development of an occupation-specific rehabilitation training program to help firefighters with cardiac disease safely return to work. *The American journal of cardiology* 2009;103:762-5.
89. Hanssen TA, Nordrehaug JE, Eide GE, Hanestad BR. Does a telephone follow-up intervention for patients discharged with acute myocardial infarction have long-term effects on health-related quality of life? A randomised controlled trial. *J Clin Nurs* 2009;18:1334-45.
90. Broadbent E, Ellis CJ, Thomas J, Gamble G, Petrie KJ. Further development of an illness perception intervention for myocardial infarction patients: a randomized controlled trial. *J Psychosom Res* 2009;67:17-23.
91. Waszkowska M, Szymczak W. Return to work after myocardial infarction: a retrospective study. *Int J Occup Med Environ Health* 2009;22:373-81.
92. Yonezawa R, Masuda T, Matsunaga A et al. Effects of phase II cardiac rehabilitation on job stress and health-related quality of life after

- return to work in middle-aged patients with acute myocardial infarction. *International heart journal* 2009;50:279-90.
93. O'Neil A, Sanderson K, Oldenburg B. Depression as a predictor of work resumption following myocardial infarction (MI): a review of recent research evidence. *Health Qual Life Outcomes* 2010;8:95.
  94. Grande G, Romppel M. Gender differences in recovery goals in patients after acute myocardial infarction. *J Cardiopulm Rehabil Prev* 2011;31:164-72.
  95. Biering K, Nielsen TT, Rasmussen K, Niemann T, Hjollund NH. Return to work after percutaneous coronary intervention: the predictive value of self-reported health compared to clinical measures. *PLoS One* 2012;7:e49268.
  96. Munro J, Angus N, Leslie SJ. Patient focused Internet-based approaches to cardiovascular rehabilitation--a systematic review. *J Telemed Telecare* 2013;19:347-53.
  97. Biering K, Hjollund NH, Lund T. Methods in measuring return to work: a comparison of measures of return to work following treatment of coronary heart disease. *J Occup Rehabil* 2013;23:400-5.
  98. Laut KG, Hjort J, Engstrøm T et al. Impact of health care system delay in patients with ST-elevation myocardial infarction on return to labor market and work retirement. *The American journal of cardiology* 2014;114:1810-6.
  99. Mirmohammadi SJ, Sadr-Bafghi SM, Mehrparvar AH et al. Evaluation of the return to work and its duration after myocardial infarction. *ARYA Atheroscler* 2014;10:137-40.
  100. Worcester MU, Elliott PC, Turner A et al. Resumption of work after acute coronary syndrome or coronary artery bypass graft surgery. *Heart Lung Circ* 2014;23:444-53.
  101. Gunn J, Kiviniemi T, Biancari F et al. Predictors of permanent work disability among ≤50-year-old patients undergoing percutaneous coronary intervention. *Scand J Work Environ Health* 2015;41:460-6.
  102. Biering K, Andersen JH, Lund T, Hjollund NH. Psychosocial Working

- Environment and Risk of Adverse Cardiac Events in Patients Treated for Coronary Heart Disease. *J Occup Rehabil* 2015;25:770-5.
103. Biering K, Lund T, Andersen JH, Hjollund NH. Effect of Psychosocial Work Environment on Sickness Absence Among Patients Treated for Ischemic Heart Disease. *J Occup Rehabil* 2015;25:776-82.
104. Chaker L, Falla A, van der Lee SJ et al. The global impact of non-communicable diseases on macro-economic productivity: a systematic review. *Eur J Epidemiol* 2015;30:357-95.
105. Söderberg M, Rosengren A, Gustavsson S, Schiöler L, Härenstam A, Torén K. Psychosocial job conditions, fear avoidance beliefs and expected return to work following acute coronary syndrome: a cross-sectional study of fear-avoidance as a potential mediator. *BMC Public Health* 2015;15:1263.
106. Dreyer RP, Xu X, Zhang W et al. Return to Work After Acute Myocardial Infarction: Comparison Between Young Women and Men. *Circulation Cardiovascular quality and outcomes* 2016;9:S45-52.
107. Şahan C, Demiral Y, Kılıç B, Aslan Ö. Changes in Employment Status after Myocardial Infarction among Men. *Balkan Med J* 2016;33:419-25.
108. Català Tella N, Serna Arnaiz C, Real Gatius J, Yuguero Torres O, Galván Santiago L. Assessment of the length of sick leave in patients with ischemic heart disease. *BMC cardiovascular disorders* 2017;17:32.
109. Figueiras MJ, Maroco J, Monteiro R, Caeiro R, Dias Neto D. Randomized controlled trial of an intervention to change cardiac misconceptions in myocardial infarction patients. *Psychol Health Med* 2017;22:255-265.
110. Jiang Z, Dreyer RP, Spertus JA et al. Factors Associated With Return to Work After Acute Myocardial Infarction in China. *JAMA Netw Open* 2018;1:e184831.
111. Long L, Anderson L, Dewhirst AM et al. Exercise-based cardiac rehabilitation for adults with stable angina. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;2:Cd012786.

112. Tran M, Pesah E, Turk-Adawi K et al. Cardiac Rehabilitation Availability and Delivery in Canada: How Does It Compare With Other High-Income Countries? *The Canadian journal of cardiology* 2018;34:S252-s262.
113. Wang M, Vaez M, Dorner TE et al. Trajectories and characteristics of work disability before and after acute myocardial infarction. *Heart* 2018;104:340-348.
114. Warraich HJ, Kaltenbach LA, Fonarow GC, Peterson ED, Wang TY. Adverse Change in Employment Status After Acute Myocardial Infarction: Analysis From the TRANSLATE-ACS Study. *Circulation Cardiovascular quality and outcomes* 2018;11:e004528.
115. Hegewald J, Wegewitz UE, Euler U et al. Interventions to support return to work for people with coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2019;3:Cd010748.
116. Kotseva K, Gerlier L, Sidelnikov E et al. Patient and caregiver productivity loss and indirect costs associated with cardiovascular events in Europe. *Eur J Prev Cardiol* 2019;26:1150-1157.
117. Schwaab B, Zeymer U, Jannowitz C, Pittrow D, Gitt A. Improvement of low-density lipoprotein cholesterol target achievement rates through cardiac rehabilitation for patients after ST elevation myocardial infarction or non-ST elevation myocardial infarction in Germany: Results of the PATIENT CARE registry. *Eur J Prev Cardiol* 2019;26:249-258.
118. Du R, Wang P, Ma L, Larcher LM, Wang T, Chen C. Health-related quality of life and associated factors in patients with myocardial infarction after returning to work: a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes* 2020;18:190.
119. Olsen SJ, Schirmer H, Wilsgaard T, Bønaa KH, Hanssen TA. Employment status three years after percutaneous coronary intervention and predictors for being employed: A nationwide prospective cohort study. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2020;19:433-439.
120. Salzwedel A, Koran I, Langheim E et al. Patient-reported outcomes

- predict return to work and health-related quality of life six months after cardiac rehabilitation: Results from a German multi-centre registry (OutCaRe). *PLoS One* 2020;15:e0232752.
121. Sun W, Gholizadeh L, Perry L, Kang K, Heydari M. Factors associated with return to work following myocardial infarction: A systematic review of observational studies. *J Clin Nurs* 2021;30:323-340.
  122. Ruile S, Meisinger C, Burkhardt K, Heier M, Thilo C, Kirchberger I. Effort-Reward Imbalance at Work and Overcommitment in Patients with Acute Myocardial Infarction (AMI): Associations with Return to Work 6 Months After AMI. *J Occup Rehabil* 2021;31:532-542.
  123. Trudel X, Brisson C, Talbot D, Gilbert-Ouimet M, Milot A. Long Working Hours and Risk of Recurrent Coronary Events. *Journal of the American College of Cardiology* 2021;77:1616-1625.
  124. Rankin SH. Differences in recovery from cardiac surgery: a profile of male and female patients. *Heart Lung* 1990;19:481-5.
  125. Bitsch BL, Nielsen CV, Stapelfeldt CM, Lynggaard V. Effect of the patient education - Learning and Coping strategies - in cardiac rehabilitation on return to work at one year: a randomised controlled trial show (LC-REHAB). *BMC cardiovascular disorders* 2018;18:101.
  126. Mohacsi P, Deng MC, Murphy R et al. Implantable left ventricular assist systems (LVAS): recent results. A report from a series of meetings sponsored by the Study Group on Advanced Heart Failure of the Working Group on Heart Failure. *Eur J Heart Fail* 2000;2:13-8.
  127. Morales DL, Catanese KA, Helman DN et al. Six-year experience of caring for forty-four patients with a left ventricular assist device at home: safe, economical, necessary. *The Journal of thoracic and cardiovascular surgery* 2000;119:251-9.
  128. Newman S. The psychological perspective: a professional view. *Heart* 2003;89 Suppl 2:ii16-8; discussion ii35-7.
  129. Samuels LE, Holmes EC, Petrucci R. Psychosocial and sexual concerns of patients with implantable left ventricular assist

- devices: a pilot study. *The Journal of thoracic and cardiovascular surgery* 2004;127:1432-5.
130. Phillips L, Harrison T, Houck P. Return to work and the person with heart failure. *Heart Lung* 2005;34:79-88.
  131. Nair N, Farmer C, Gongora E, Dehmer GJ. Commonality between depression and heart failure. *The American journal of cardiology* 2012;109:768-72.
  132. Tang DG, Shah KB, Hess ML, Kasirajan V. Implantation of the syncardia total artificial heart. *J Vis Exp* 2014.
  133. Nordgren L, Söderlund A. Being on sick leave due to heart failure: self-rated health, encounters with healthcare professionals and social insurance officers and self-estimated ability to return to work. *Psychol Health Med* 2015;20:582-93.
  134. Nordgren L, Söderlund A. Emotions and encounters with healthcare professionals as predictors for the self-estimated ability to return to work: a cross-sectional study of people with heart failure. *BMJ open* 2016;6:e009896.
  135. Nordgren L, Söderlund A. Being on sick leave due to heart failure: Encounters with social insurance officers and associations with sociodemographic factors and self-estimated ability to return to work. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2016;15:e27-36.
  136. Nordgren L, Söderlund A. Heart failure clients' encounters with professionals and self-rated ability to return to work. *Scand J Occup Ther* 2016;23:115-26.
  137. Nordgren L, Söderlund A. Associations between socio-demographic factors, encounters with healthcare professionals and perceived ability to return to work in people sick-listed due to heart failure in Sweden: a cross-sectional study. *Disabil Rehabil* 2016;38:168-73.
  138. Suarez-Pierre A, Zhou X, Fraser CD, 3rd et al. Survival and Functional Status After Bridge-to-Transplant with a Left Ventricular Assist Device. *Asaio j* 2019;65:661-667.
  139. Pedersen SS, Skovbakke SJ, Wiil UK et al. Effectiveness of a

- comprehensive interactive eHealth intervention on patient-reported and clinical outcomes in patients with an implantable cardioverter defibrillator [ACQUIRE-ICD trial]: study protocol of a national Danish randomised controlled trial. *BMC cardiovascular disorders* 2018;18:136.
140. Tiikkaja M, Aro AL, Alanko T et al. Electromagnetic interference with cardiac pacemakers and implantable cardioverter-defibrillators from low-frequency electromagnetic fields in vivo. *Europace : European pacing, arrhythmias, and cardiac electrophysiology : journal of the working groups on cardiac pacing, arrhythmias, and cardiac cellular electrophysiology of the European Society of Cardiology* 2013;15:388-94.
141. Fetter JG, Benditt DG, Stanton MS. Electromagnetic interference from welding and motors on implantable cardioverter-defibrillators as tested in the electrically hostile work site. *Journal of the American College of Cardiology* 1996;28:423-7.
142. Sunnerhagen KS, Johansson O, Herlitz J, Grimby G. Life after cardiac arrest; a retrospective study. *Resuscitation* 1996;31:135-40.
143. Lilja G, Nielsen N, Bro-Jeppesen J et al. Return to Work and Participation in Society After Out-of-Hospital Cardiac Arrest. *Circulation Cardiovascular quality and outcomes* 2018;11:e003566.
144. Koutrolou-Sotiropoulou P, Lima FV, Stergiopoulos K. Quality of Life in Survivors of Peripartum Cardiomyopathy. *The American journal of cardiology* 2016;118:258-63.
145. Lin Y, Chen Y, Zhang H et al. Predictors of return to work after open triple-branched stent graft placement for acute type A aortic dissection. *Interactive cardiovascular and thoracic surgery* 2020;30:99-106.
146. 遠藤 源. 【治療と仕事の両立におけるストレス】心筋梗塞罹患社員の就労支援. *産業ストレス研究* 2018;25:305-313.
147. 厚生労働省ガイドライン. 事業場における治療と仕事の両立支援のガイドライン. 2021.

- <https://www.mhlw.go.jp/content/11200000/000780068.pdf> (2022. 2. 27 アクセス)
148. 厚生労働省. 企業・医療機関連携マニュアル. 2021. <https://www.mhlw.go.jp/content/11200000/000780069.pdf> (2022. 2. 27 アクセス)
149. 荻ノ沢泰司ほか. 働く世代のあなたに 心疾患の治療と仕事の両立お役立ちノート. 2021. [https://www.mhlw.go.jp/content/shinsikkan3\\_s.pdf](https://www.mhlw.go.jp/content/shinsikkan3_s.pdf) (2022. 2. 27 アクセス)
150. 長嶋 正實ほか. 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. [https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2020/02/JCS2008\\_nagashima\\_h.pdf](https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2020/02/JCS2008_nagashima_h.pdf) (2022. 2. 27 アクセス)
151. 奥村 謙ほか. 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. [https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2020/02/JCS2013\\_okumura\\_h.pdf](https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2020/02/JCS2013_okumura_h.pdf) (2022. 2. 27 アクセス)
152. 市田 蒔子ほか. 成人先天性心疾患診療ガイドライン(2017年改訂版). 2017. [https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2020/02/JCS2017\\_ichida\\_h.pdf](https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2020/02/JCS2017_ichida_h.pdf) (2022. 2. 27 アクセス)
153. 筒井 裕之ほか. 急性・慢性心不全診療ガイドライン(2017年改訂版) 2017. [https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2017/06/JCS2017\\_tsutsui\\_h.pdf](https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2017/06/JCS2017_tsutsui_h.pdf) (2022. 2. 27 アクセス)
154. 栗田隆志ほか 日本循環器学会 / 日本不整脈心電学会合同ガイドライン. 不整脈非薬物治療ガイドライン (2018年改訂版). 2018. [https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2018/07/JCS2018\\_kurita\\_nogami.pdf](https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2018/07/JCS2018_kurita_nogami.pdf) (2022. 2. 27 アクセス)
155. 小林 順二郎 深隆. 川崎病心臓血管後遺症の診断と治療に関するガイドライン (2020年改訂版) 2020. [https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2020/02/JCS2020\\_Fukazawa\\_Kobayashi.pdf](https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2020/02/JCS2020_Fukazawa_Kobayashi.pdf) (2022. 2. 27 アクセス)
156. 山口 巖 ほか. 不整脈に起因する失神例の運転免許取得に関する診断

- 書作成と適性検査施行の合同検討委員会ステートメント. 不整脈  
2003;19:502-512.
157. 新田隆、栗田隆志、安部治彦、渡辺重行、野田崇、松田直樹. 「不整脈  
に起因する失神例の運転免許取得に関する診断書作成と適性検査施行の合  
同検討委員会ステートメント」改訂のための補遺. 2010.  
[http://new.jhrs.or.jp/pdf/guideline/com\\_icd201006\\_01.pdf](http://new.jhrs.or.jp/pdf/guideline/com_icd201006_01.pdf) (2022. 2. 27  
アクセス)
158. 渡辺重行、安部治彦、栗田隆志、渡邊英一、野田崇、河野律子、大森裕  
也、新田隆、奥村謙. 「不整脈に起因する失神例の運転免許取得に関する診  
断書作成と適性検査施行の合同検討委員会ステートメント」改訂のための補  
遺 2. 2015.  
[http://new.jhrs.or.jp/pdf/guideline/com\\_icd201506\\_30.pdf](http://new.jhrs.or.jp/pdf/guideline/com_icd201506_30.pdf) (2022. 2. 27  
アクセス)
159. 渡邊英一、安部治彦、渡辺重行、栗田隆志、河野律子、野田崇、河村光  
晴、新田隆、平尾見三. 「不整脈に起因する失神例の運転免許取得に関する  
診断書作成と適性検査施行の合同検討委員会ステートメント」改訂のための  
補遺 3. 2017.  
[http://new.jhrs.or.jp/pdf/guideline/statement201708\\_02.pdf](http://new.jhrs.or.jp/pdf/guideline/statement201708_02.pdf)  
(2022. 2. 27 アクセス)
160. 安部治彦他. 着用型自動除細動器 (WCD) 装着患者の自動車運転制限に  
関するステートメント. 2017.  
[http://new.jhrs.or.jp/pdf/guideline/statement201708\\_01.pdf](http://new.jhrs.or.jp/pdf/guideline/statement201708_01.pdf)  
(2022. 2. 27 アクセス)

文献番号	筆者	発行年	タイトル	タイトル訳	対象疾患	治療	雑誌名	Volume	Issue	Pages	DOI	要旨
1	H. L. Brammell; A. Niccoli	1976	A physiologic approach to cardiac rehabilitation	心臓リハビリテーションへの生理学的アプローチ	虚血性心疾患		Nurs Clin North Am	11	2	223-36		動脈硬化性冠動脈疾患患者のリハビリテーションは、長期にわたる包括的なケアプログラムであり、患者の死によってのみ終了する。心臓リハビリテーションについてはまだ多くことが分かっていないが、障害の原因、心筋障害の治癒、活動的エネルギーコスト、活動と運動処方への合理的なアプローチ、運動による潜在的な利益などを前提とした合理的な根拠があり、全国的に協調したリハビリテーションの努力を正当化することが可能である。より迅速な職場復帰、患者の心理社会的健全性の維持、疾患の自然経過の修正という点から、心臓リハビリテーションプログラムの導入は、開業医、診療所、病院にとって賢明な活動である。
2	I. Palasti	1976	Feasibility of physical training after myocardial infarction and its effect on return to work, morbidity and mortality	心筋梗塞後のフィジカルトレーニングの実施可能性と職場復帰、罹患率および死亡率への影響	虚血性心疾患		Acta Med Scand Suppl	599		7-84		心筋梗塞患者を対象とした本研究の目的は、自発的な家庭内トレーニングに基づく身体的リハビリテーションが実際に実施できるかどうか、また、そのようなリハビリテーションが症状、臨床所見、代謝危険因子に好ましい変化をもたらすかどうかを調べることである。さらに、患者の身体的状態が改善されるかどうか、また、リハビリテーションが予後や職場復帰に影響するかどうかを調べることも目的とした。トレーニングは180名の患者で構成され、男性143名、女性37名であった。対象者は200名で、男性166名、女性34名であった。患者は全員が労働年齢（65歳以下）で、オウル大学中央病院の内科クリニックで治療を受けた。動員は早期に行い、非寛解性梗塞は12日目に、寛解性梗塞は14日目に退院した。リハビリテーションは梗塞発症から10週間後に開始された。トレーニング対象者は、5〜7人のグループで月に1回、シャリステックのセッションを受けた。このセッションでは、理学療法士の指導と医師の監督のもと、30分間の一連のシャリステック動作を学んだ。シャリステックプログラムはインターバル方式で、大規模な筋群をすべて使い、その場で動くこともありました。トレーニングの内容は、月を過ごすことと休養にハードになっていきました。トレーナーは毎日、自宅でのプログラムを行うことになった。体育館でのセッションでは、被験者は自転車エルゴメーターのテストを受けた。対象者は毎月エルゴメーターテストを受けた。対象者は3か月ごとに外来で診察を受けた。心拍数の改善は、心拍数130/分での作業負荷として測定された有酸素性パワーの最大値以下（Physical Working Capacity 130）を決定することで追跡された。さらに、エルゴメトリック・テストでは、トレーナーとコントロールの約4分の1の主観的な最大値を測定した。このプログラムは適切であることがわかった。6ヵ月後、トレーニング男性の78%、トレーニング女性の65%がまだ参加しており、12ヵ月後の最終セッションにはトレーニング男性の67%、トレーニング女性の62%が参加していた。シャリステックホームプログラムは熱心に実施された。6ヵ月後にも参加していたトレーニング男性のうち、55%が週に6〜7日エクササイズを行っており、トレーニング女性の対応する数字は70%であった。1年後には男性の51%、女性の73%が同様にエクササイズを行っていた。12ヵ月後の検診では、男性の15%、女性の14%が、週に0〜2回というごくわずかな量のカーディオ・エクササイズを行っていた。リハビリテーションはトレーニング対象者の臨床状態に影響を与えなかった。冠動脈疾患の症状や臨床所見において、トレーニング対象者と対照群との間に有意な差は認められなかったからである。好ましいトレーニング効果の可能性を示す1つの指標は、追跡期間中、トレーニングを受けた男性グループにおいて、長引く胸の痛みが減少したことである。トレーニングを受けた男性と女性の血圧は低下したが、対照群との差は有意ではなかった。追跡期間終了時には、トレーニングを受けた男性は対照群に比べて主観的に疲労感が少なかったが、これはリハビリテーションの心理的効果が良いものであることを示しているのかもしれない。リハビリテーションは喫煙習慣に影響を与えなかった。心電図の所見については、訓練者と対照群との間に有意な差はなかった。トレーニングを受けた男性と女性の相対心拍数は、1年間で増加した。最終的検査では、トレーニング男性の平均相対心容積は496cm <sup>3</sup> /m <sup>2</sup> 、トレーニング女性の平均相対心容積は487cm <sup>3</sup> /m <sup>2</sup> であったが、1年の終わりには、男性は506cm <sup>3</sup> /m <sup>2</sup> 、女性は453cm <sup>3</sup> /m <sup>2</sup> となった。トレーニングと対照群の差は、1年後の両群でほぼ有意であった。トレーニング群の臨床所見では、1年後の時点で心不全の増加の兆候は見られなかった。リハビリテーションは、血清コレステロール、血清トリグリセリド、血清尿酸値、2時間耐糖能に影響を及ぼさなかった。トレーニングと身体作業能力130との関連は示さなかった。PWC 130は、トレーニングとコントロール群で有意に増加したが、コントロール群の方がより増加した。1年後の時点で、当初観察されたよりも、トレーナーはPWC 130が13.3%、対照群は18.3%上昇していた。PWC 130は、トレーナーの39.1%、対照群の44.6%で20%以上向上した。身体作業能力は、訓練者グループの方が対照者グループよりも急速に向上した。しかし、主観的測定値が決定されたトレーニングを受けた患者は、対照群よりも身体的作業能力が向上したようであり、トレーニングを受けた男性の主観的測定値は有意に向上した（39.3%）。対照群での改善は有意ではなかった（31.7%）。トレーニングを行った男性が得たトレーニング効果は、おそらく未精査のものである。PWC 130の測定値には現れなかった。リハビリテーションは仕事への復帰には影響しなかった。トレーニングを受けた男性のうち40人（42.1%）が労働能力を回復し、そのうち37人（39%）が以前の仕事に復帰した。対照群の男性の対応する数字は36人（33%）と35人（32.1%）であった。トレーニングを受けた女性のうち7人（25.9%）の対照群の女性のうち5人（33.3%）が以前の仕事に復帰した。トレーニング対象者の予後は平均26.5ヵ月間追跡された。トレーニング対象者21人（11.7%）、対照者29人（14.5%）が梗塞を起し、トレーニング群と対照群との間に有意な差はなかった。しかし、再発病率と冠動脈死亡率の両方において、その差は常に同じ方向を向いていたことに注目すべきである。つまり、研修者は対照群よりも再発病率と冠動脈死亡率の値が低かったのである。トレーニングが予後に影響を与えているのかもしれない。
3	G. K. Barnes; M. J. Ray; A. Oberman; N. T. Kouchoukos	1977	Changes in working status of patients following coronary bypass surgery	冠動脈バイパス手術後の患者の労働状態の変化	虚血性心疾患	バイパス術後	Jama	238	12	1259-62		冠動脈バイパス手術は、虚血性心疾患の治療において重要な役割を果たしている。このような手術は、症状の緩和と主な目的であることが多いが、患者のリハビリテーションに関する他の効果は無視されてきた。本研究では、冠動脈バイパス術を受けた患者350名を対象に、術前と術後の仕事状況と作業時間を分析し、手術による労働環境の変化を調べた。全体的に、手術後の職場復帰や労働時間の改善は見られなかった。手術後の労働時間、症状の緩和、疾患の重症度、バイパスグラフトの設置数、教育レベルは、いずれも労働能力の喪失に大きく関係していた。生産性向上の可能性を実現するためには、冠動脈手術後のリハビリテーション対策を強化しなければならないという。
4	M. W. Posen; J. A. Stechmiller; W. Harris; S. Smith; D. D. Fried; G. C. Voigt	1977	A nurse rehabilitator's impact on patients with myocardial infarction	心筋梗塞患者に対する看護師のリハビリテーションが与える影響	虚血性心疾患	リハビリ	Med Care	15	10	830-7		急性心筋梗塞患者102名を対象とした無作為化試験において、医師と看護師による日常的な冠動脈疾患治療室（CCU）でのケアを補完する看護師のリハビリテーションは、職場復帰率の向上（pは0.05未満）と喫煙の減少（pは0.05未満）に有効であることがわかった。これらの結果は、看護師のリハビリテーションによる患者の心臓病に関する知識の向上（pは0.01以下）と個別のカウンセリングによるものと考えられた。
5	R. F. DeBusk; D. M. Davidson	1980	The work evaluation of the cardiac patient	心臓病患者の作業評価について	虚血性心疾患		J Occup Med	22	11	715-21		臨床的に合併症のない心筋梗塞の3週間後に行われたトレッドミル運動負荷試験を用いて、70歳以下の男性196名の職業上の潜在的な労働力を評価した。心筋梗塞後の6ヵ月間に、内科的および外科的イベント（突然死、非致死性心停止、心筋梗塞、冠動脈バイパス手術）が複合的に発生する割合は、運動負荷試験に基づいてリスクと判定された患者の1/4では34%、低リスクと判定された患者の3/4では14%であり、その差は倍であった。虚血性不整脈の異常を検出するためには、心筋梗塞から7週間以上経過した後、トレッドミルテストや踏車式エルゴメーターの力が、静学的努力や腕振り式エルゴメーターやトレッドミル運動と静学的努力の併用よりも感度が高いことがわかった。職業上の作業評価は、梗塞後の患者のコストを2つの方法で軽減することができる。(1)高リスク患者の診断検査や治療介入の最適化を促進すること、(2)低リスク患者の職場復帰の不必要な遅延を回避すること。
6	N. W. Niles, 2nd; T. J. Vander Salm; B. S. Cutler	1980	Return to work after coronary artery bypass operation	冠動脈バイパス手術後の職場復帰について	虚血性心疾患	バイパス術後	J Thorac Cardiovasc Surg	79	6	916-21		冠動脈バイパスグラフト（CABG）手術には、社会的な費用対効果の議論がなされている。ほとんどの患者が症状の改善を経験し、多くの患者が生産的な生活に戻ることができる。職場復帰率を推定し、その結果に影響を与える要因を明らかにするために、新しい教育制度でCABG手術を受けた105人の患者を追跡調査し、手術前後の労働状況を分析した。全体として、狭心症の緩和または改善は192%の患者で達成された。術後の労働力は10%増強した。調査したすべての変数のうち、術前の労働状態が術後の職場復帰の最も統計的に有意な予測因子であることが明らかになった。その他の職場復帰に関連する因子は、症状の緩和または改善、年齢、教育レベルなどであった。術前および術後のサマー・手段は、仕事の結果を決定する上で大きな役割を果たしていた。
7	J. A. D'Elia; L. A. Weinrauch; A. Kaldany; J. A. Libertino; O. S. Leland, Jr.; R. W. Healy; D. G. Miller	1981	Improving survival after renal transplantation for diabetic patients with severe coronary artery disease	重症冠動脈疾患を有する糖尿病患者に対する腎移植後の生存率の向上	虚血性心疾患		Diabetes Care	4	3	380-2	10.1007/s11136-005-0195-x	重度の冠動脈疾患を有する糖尿病性腎不全患者7名が、腎移植に成功した。生産的な仕事に復帰した。4人の患者は末梢血管や眼科の追加手術を必要としましたが、腎機能は十分に保たれました。移植後の糖尿病性合併症は、狭心症が3名、心筋梗塞が3名、脳血管障害が2名であった。腎機能が十分であった2人の患者は2月と6月に突然死した。重度の冠動脈疾患にもかかわらず、腎移植が成功すれば仕事に復帰できる冠動脈疾患患者が増えてきていると思われる。
8	R. L. Jensen; P. D. Clayton; H. V. Liddle	1982	Relationship between graft patency, postoperative work status, and symptomatic relief	グラフト開通率、術後の作業状態、症状緩和との関係	虚血性心疾患	バイパス術後	J Thorac Cardiovasc Surg	83	4	503-11		冠動脈バイパス術を必要とした65歳未満の男性405名を対象に、術後6ヵ月間の動脈造影を行い、グラフトの開通率と術後の労働状態および症状の再発を比較した。また、患者を開通率の異なるサブグループに分けた。これらのサブグループを検証したところ、特定のサブグループを単独から除外しない限り、グラフト開通率の程度と術後の仕事を必要とする患者の割合との間に有意な依存関係は認められなかった。狭心症の緩和と術後の仕事と同様に検討したところ、すべてのサブグループにおいて、グラフト開通率と狭心症の緩和と報告した患者の割合との間に有意な依存関係が認められた。グラフトが閉塞した患者でもリハビリテーションの実施率は高く、また高齢者は血行再建に成功したにもかかわらず、若年者よりも仕事に復帰する可能性が低いことから、グラフト開通率だけでなく、医師が仕事のリハビリテーションを重視することと患者の年齢も、術後の仕事の状態に影響を与える重要な要素であると結論づけられた。
9	F. M. Boulay; P. P. David; M. G. Bourassa	1982	Strategies for improving the work status of patients after coronary artery bypass surgery	冠動脈バイパス手術後の患者の労働状態を改善するための戦略	虚血性心疾患	バイパス術後	Circulation	66	5 pt 2	1143-49		1969年9月から1972年12月の間に冠動脈バイパスグラフト手術（CABG）を受けた男性326名（平均追跡期間30ヵ月）と、1973年1月から1978年6月の間に手術を受けた60歳未満の男性1217名（平均追跡期間36ヵ月）を対象に、術後の労働状態を追跡調査で評価した。また、1978年11月から1980年3月の間に試験的なリハビリテーションプログラムに登録された60歳未満の男性59人と、追跡期間中にCABGを受けたがプログラムに参加しなかった比較対象の62人について、手術後1年目の労働状態を評価した。追跡調査終了時に就労していた患者の割合は、第1回調査で58%、第2回調査で61%、バイロット試験で86%、対照群で82%であった。また、フォローアップ期間中に仕事を再開した患者の割合は、それぞれグループで69%、76%、92%、89%であった。この改善は、主に術前の無職期間の短さに関連していた。3ヵ月未満の無職期間後に手術を受けた患者の割合は、1969年から1972年の間に120%、1973年から1978年の間に150%、1979年から1980年の間には84%に増加していた。復職の予後は、予知能力の高い順に、術前の失業期間、術前の職業における身体活動の種類、心血管疾患以外の病歴、教育、狭心症のクラス、症状の持続期間に影響された。術前の予後が良好または優れていた患者のうち、94%がCABGの1年後に働いていた。結論として、CABG後の患者の就業状況は、術前の失業期間が3ヵ月以下で、社会経済的に貧困以上のレベルにあるサブグループでは良好である。個別の術後リハビリテーションプログラムの適用は、上記の予測因子と心理社会的評価によって復職の予後が良好な患者に限定すべきであると見られる。
10	R. F. DeBusk; C. A. Dennis	1982	Occupational work evaluation of patients with cardiac disease: a guide for physicians	心疾患患者の作業評価：医師のためのガイド	虚血性心疾患		West J Med	137	6	515-20		心臓病患者が自分の職業に就くことができるかどうかは、医学的・非医学的要素が複雑に絡み合っている。医学的に考慮すべきは、予後や、患者が職業の物理的、環境的、心理的側面に耐えられるかどうかである。非医学的要素としては、患者さんの仕事に対する満足度、仕事に対する経済的動機、仕事を続けることによるリスクの認識などがある。心筋梗塞や冠動脈手術後の職業上の労働状態を決定する上で、患者の労働能力やそのリスクに対する認識は特に重要である。急性期イベントの3〜4週間後に行われる症状限定のトレッドミル運動負荷試験は、仕事を明らかにし、機能的能力を定量化するだけでなく、患者が自分の労働能力を現実的に評価するのに役立つ。梗塞後の患者の予後は、このような検査によって前年度の死亡率が2%以上と低いことが判明しています。これらの患者の機能的能力は十分に維持されており、心筋梗塞後3〜5週間後に職業を再開するための正式な再評価は必要ありません。心筋梗塞や冠動脈手術の直後に行われる運動負荷試験は、職場復帰を許可するための実用的なガイドラインとなり、これらのイベントの後には生じる医学的に不当な障害の多くを回避することができます。

文献番号	筆者	発行年	タイトル	タイトル訳	対象疾患	治療	雑誌名	Volume	Issue	Pages	DOI	要旨
11	N. K. Wenger; H. K. Hellerstein; H. Blackburn; S. J. Castranova	1982	Physician practice in the management of patients with uncomplicated myocardial infarction: changes in the past decade	合併症のない心筋梗塞患者の管理における医師の実践: 過去10年間の変化	虚血性心疾患		Circulation	65	3	421-7	10.1161/1.cir.65.3.421	1970年から1980年の間に、合併症のない急性心筋梗塞患者の治療パターンがどのように変化してきたかを調べるために、1979年に約6000人の医師にアンケートを送付し、その回答を1970年に実施した同様の調査と比較した。1979年には、ほぼすべての医師が、心電図を定期的に監視する集中治療室/冠動脈造影室の施設が利用可能であり、使用していると回答した。また、進行中の医療施設よりも広く利用されるようになってきている。入院期間の中央値は顕著に減少している。早期の歩行と早期の職場復帰がより一般的になっている。入院中および入院後の心筋梗塞とその管理について、患者および患者家族の非公式なカンファレンスが行われており、教材の使用も広がっている。ほとんどの医師は、入院後も段階的な身体活動を推奨している。入院中の定期的な制限された処方は減少しているが、予防的な抗不整脈薬の処方が増している。胸痛緩和や精神安定剤は、大部分の医師が合併症のない心筋梗塞患者に自発的に処方している。標準的な運動負荷試験の使用は、すべての専門医の間で増加している。トレッドミルテストが最もよく用いられ、心筋梗塞の6週間後に実施されるのが一般的である。運動負荷試験を利用できるようにしたこと、運動負荷試験に慣れたことは、すべての専門医において特徴的である。新たな胸痛や動悸の症状は、現在では、直ちに救急外来に報告するよう勧めるに足る重要なものと考えられている。その他の最新の知見としては、外科的介入の必要性を評価するために冠動脈造影を日常的に行っている医師の割合が多いことや、合併症のない心筋梗塞患者に対して入院後にアスピリンや硝酸薬を日常的に処方している医師の割合が少ないことが挙げられる。
12	B. A. Stanton; C. D. Jenkins; P. Denlinger; J. A. Savageau; R. M. Weintraub; R. L. Goldstein	1983	Predictors of employment status after cardiac surgery	心臓手術後の雇用形態の予測因子	虚血性心疾患	心臓手術	Jama	249	7	907-11		心臓外科手術を受けた228名の患者（25歳から64歳）を対象に、術後の就業状況の術前予測因子を調査した。手術前の1年間に働いていた150名の患者のうち、73%が6ヶ月以内に復帰した。働いていなかった患者のうち、18%が仕事を始めた。術前に復職を期待していた患者の復職率は82%で、他の患者の39%に比べて高かった。このことは、重回帰分析における強力な予測因子であった。教育水準や家族の収入は、職業に必要な肉体的労働のレベルよりも強い予測因子であった。復職率は、狭心症の重症度が低く、術前の疲労度が低い患者で高かったが、性別、手術方法、罹患期間による有意差はなかった。7つの変数は86%の患者の労働状態を正しく予測した。これらの結果は、職場復帰の決定要因は手術前に存在し、患者の態度や期待が重要な役割を果たしていることを示している。
13	L. D. Fisher; D. R. Holmes, Jr.; M. B. Mock; M. Pettinger; R. E. Vlietstra; H. C. Smith; T. J. Ryan; M. P. Judkins; A. J. Gosselin; D. P. Faxon	1984	Design of comparative clinical studies of percutaneous transluminal coronary angioplasty using estimates from the Coronary Artery Surgery Study	冠動脈手術研究からの推定値を用いた経皮経管冠動脈形成術の比較臨床研究のデザインについて	虚血性心疾患		Am J Cardiol	53	12	138c-146c	10.1016/002-9149(84)9-0768-9	PTCAのプロスペクティブな無作為化試験のデザインについて議論した。1本以上の血管の近位部完全閉塞の患者がこのような試験の候補となることが示唆されている。1枝CADのコントロールとしての内科的治療、2枝CAD（拡張可能な1枝）のコントロールとしての内科的または外科的治療、3枝CADのコントロールとしての外科的治療は、最もも適合している。PTCAと対照療法と比較基準としては、バイタルステータス、日常生活での狭心症、最大運動負荷試験時の狭心症、MI、入院、労働状態、コスト、フォローアップの血管造影評価、フォローアップの放射線核種による心室造影、初期治療中の即時的な解剖学的または血行動態的変化の測定、QOL指標などが考えられる。これら10種類の測定法は、アウトカム基準として望ましい9つの属性、すなわち、測定量の重要性、再現性、正確性、研究者バイアスの影響が少ないこと、被験者バイアスの影響が少ないこと、測定法が安価で入手しやすいこと、重要な差を検出するのに十分な出現率であること、患者にとって便利であること、疾患による障害を測定していること、に関して評価しています。Coronary Artery Surgery Studyのデータを検討した結果、(1)死亡率のみに基づく試験は実行不可能である（必要なサンプルサイズが数千であるため）、(2)死亡および/またはMIを組み合わせたエンドポイントを用いる試験は、多枝CADを有する患者であっても約1,000例が必要である、(3)職場復帰（10%以内）を評価する試験には約950人の患者が必要である、(4)疼痛緩和（対照群の15%以内）に基づく試験には500人の被験者が必要であることが示唆された。（ABSTRACT TRUNCATED AT 250 WORDS）
14	P. Greenland; M. E. Briody	1984	Rehabilitation of the MI survivor. Management options to maximize posthospital outcome	心筋梗塞生存者のリハビリテーション。病院後の転帰を最大化する管理オプション	虚血性心疾患		Postgrad Med	75	1	79-88, 93-6	10.1080/0325481.1984.11699557	心筋梗塞生存者に対するリハビリテーションは、生理学的、心理学的、職業的、社会的に最大限の機能を回復または維持するための努力が必要である。その目標は、合併症の発生を遅らせたり予防したりすること、体調不良を予防したり元に戻したりすること、患者が選択した活動に参加する能力を向上させたり仕事に復帰しやすしたりすること、心理的適応を改善すること、そして危険因子を減少させることである。包括的なリハビリテーションプログラムは、生存者における心筋梗塞の自然史と、議論されている介入のリスクとベネフィットを理解することによって導かれる。
15	L. Horlick; R. Cameron; W. Firor; U. Bhallerai; R. Baltzan	1984	The effects of education and group discussion in the post myocardial infarction patient	心筋梗塞後の患者に対する教育とグループディスカッションの効果について	虚血性心疾患		J Psychosom Res	28	6	485-92	10.1016/0022-3999(84)9-0082-5	無作為に選ばれた心筋梗塞後の被験者を対象に、教育とグループディスカッションのプログラムを実施したが、多くの行動的・心理的指標に違いをもたらすことはできなかった。これらの指標には、喫煙行動、健康状態、社会的・娯楽的状態、家族・夫婦生活、職業活動のほか、不安、抑うつ、健康管理の所在などの指標が含まれていた。治療を受けた被験者は、対照群に比べて仕事に復帰するのが遅く、研究終了時に仕事に復帰している可能性も低かった。治療群では補償金を受け取っている人が多く、これが復職を遅らせる要因になっている可能性がある。被験者の大半は最終的な回復に対して非常に楽観的な態度をとっていたため、改善の余地は限られていた。我々は、心臓リハビリテーションは、「肯定的」な態度をとり、通常よりも不安や抑うつが強い患者のみを行うことを提案する。
16	J. Herlitz; I. Helgesson; B. M. Hjalmarson; A. Hjalmarson; C. Jonsteg; B. von Sudow; J. Waldenström	1986	Relationship between serum enzyme activity in acute myocardial infarction and morbidity during a 2-year follow-up	急性心筋梗塞における血清酵素活性と2年間の追跡調査における罹患率との関係	虚血性心疾患		Cardiology	73	2	85-93		初発の心筋梗塞患者585人を対象に、酵素学的に推定した梗塞サイズと2年間の追跡調査における臨床経過との関連を調べた。梗塞サイズは、熱安定性乳酸脱氢酵素活性の最大値から推定された。最大乳酸デヒドロゲナーゼ活性が高いほど、死亡率が高く、利尿薬、ジギタリス、抗不整脈薬による治療が多く、職場復帰の頻度が低いことと関連していた。しかし、最大血清酵素活性によって梗塞が小さくなった患者は、狭心症の発生率が高く、再梗塞の発生率も高かった。以上より、2年間の追跡調査において、血清酵素活性と死亡率の間には強い関連性があるが、罹患率との関係はより複雑であると結論づけた。
17	B. R. Chaitman; K. B. Davis; H. T. Dodge; L. D. Fisher; M. Pettinger; D. R. Holmes; G. C. Kaiser	1986	Should airline pilots be eligible to resume active flight status after coronary bypass surgery?: a CASS registry study	航空会社のパイロットは冠動脈バイパス手術後に現役飛行を再開する資格を持つべきか?: CASS登録研究	虚血性心疾患	バイパス手術	Am Coll Cardiol	8	6	1318-24	10.1016/00735-1097(86)9-0303-5	公共の安全にリスクを伴う職業における冠動脈バイパス手術後の職場復帰のための医学的認証については、特に航空会社のパイロットを対象に議論が行われている。この問題を解決するために、CASS登録から冠動脈バイパス手術を受けた10,312人の患者を調査し、術後に免許更新を申請する可能性のある平均的な航空会社のパイロットと同様の臨床的・術的特徴を持つ男性2,326人を選んだ。急性冠不全、心筋梗塞、突然死と定義される急性心疾患を発生せずに済む5年間の確率は、心筋梗塞の既往のない男性1,207人では0.92±0.01（平均±SE）、喫煙者でなく高血圧の既往もない男性122人では0.98±0.01であった。心筋梗塞の既往がある男性1,119人では、左心室収縮スコアが9および10以上の場合は、急性心疾患を発生せずに済む確率はそれぞれ0.91±0.02および0.92±0.02であった。この患者サブグループの死亡率は、左室収縮スコアが9-9の場合は年齢をマッチさせた米男性集団と同程度であった（4.0%対4.3%、p=NS）、左室収縮スコアが10以上の場合は有意に高かった（7%対4.2%、p=0.05）。このCASS登録研究から得られたデータは、冠動脈バイパス手術後の厳選された航空会社パイロットに対して、運用上問題のないファーストクラスの医療資格を与えるかどうかという問題に関連している。
18	J. G. Maeland; O. E. Havik	1986	Return to work after a myocardial infarction: the influence of background factors, work characteristics and illness severity	心筋梗塞後の職場復帰: 背景因子、仕事の特性および病気の重症度の影響	虚血性心疾患		Scand J Soc Med	14	4	183-95	10.1177/140349488601400404	ノルウェー西部の都市部および農村部に住む67歳以下の患者249名を対象に、心筋梗塞後6ヶ月以内の職場復帰（RTW）と、選択した人口統計学的因子、以前の仕事の状況の特徴、心筋梗塞前の健康状態、および心筋梗塞の臨床的重症度との関係を調査した。追跡調査では、都市部の患者10人のうち8人、農村部の患者10人のうち6人が仕事に復帰していた。全サンプルのRTW率は73%であった。51歳以下、高い教育水準と所得水準、第三次産業で働くこと、身体活動が少なく心理社会的ストレスが少ない仕事をしていることは、いずれも仕事の再開に有利な要因であった。多変量解析の結果、社会的な要因や仕事に関連する要因は、RTWにおける都市と農村の違いを完全に説明できないことがわかった。ステップワイズ判別分析の結果、以下の因子がRTWの重要かつ独立した予測因子として同定された: 居住地、年齢、学歴、自覚された仕事上のストレス、入院中の臨床的合併症。心筋梗塞後の職場復帰の失敗は、多くの個人的・社会的要因によって説明でき、患者の医学的状態によっては限定的にしか説明できない。心筋梗塞後の仕事の再開に対する考え方について、患者と主治医の間の社会的文化的違いについて、さらなる知見が必要である。



文献番号	筆者	発行年	タイトル	タイトル訳	対象疾患	治療	雑誌名	Volume	Issue	Pages	DOI	要旨
30	S. T. Fitzgerald; D. M. Becker; D. D. Calentano; R. Swank; J. Brinker	1989	Return to work after percutaneous transluminal coronary angioplasty	経皮的経皮的冠動脈形成術後の職場復帰	虚血性心疾患	PCI	Am J Cardiol	64	18	1108-12		経皮的冠動脈形成術 (PTCA) を受ける前の6ヶ月間に就業していた82名の患者を対象に、仕事再開のタイムラグのパターンと、早期の仕事復帰に関連する要因を明らかにするための前向きな研究を行った。PTCAの1ヵ月後には59%の患者が仕事を再開していたのに対し、PTCAの6ヵ月後には87%が就業していた。PTCA前月に心筋梗塞を発生した患者や、教育年数が12年未満、ブルーカラーの仕事、職業に対する自己効力感 (セルフ・コンフィデンス) が低い患者は、24週間の追跡期間中、どの時点でも仕事を再開する確率が低かった。Cox比例ハザード分析では、心理社会的構成要素である自己効力感が、最近の心筋梗塞の有無、疾患の重症度、年齢、職歴、性別、医師の助言とは独立して、PTCA後1カ月の復帰を最も強く予測することが明らかになった (p=0.0006)。PTCA後の復帰に関するKaplan-Meier解析では、PTCA後の退院直前に得られた自己効力感の推定値が高い患者は、自己効力感が低い患者よりも早く復職することが確認された (p=0.0001)。また、PTCA前月に心筋梗塞を発生した患者と発生していない患者でも同様の関係が見られ、それぞれp=0.0022、0.0012となった。これらの結果から、PTCAは医師の間では比較的安全で低侵襲であると考えられているが、患者は身体的には仕事に復帰できる状態であっても、自信を持って待っているのではないかと考えられる。
31	B. Bryant; R. Mayou	1989	Prediction of outcome after coronary artery surgery	冠動脈手術後の転帰の予測	虚血性心疾患	バイパス術後	J Psychosom Res	33	4	419-27	10.1016/0022-3999(89)90003-2	冠動脈手術は通常、狭心症には成功するが、日常生活の質に対する効果は期待外れに終わることがある。一般化線形相互作用モデリング (GLIM) を用いて、冠動脈手術の3ヵ月後と12ヵ月後の心理および社会的転帰の手術前の予測を検討した。本研究では、職場復帰 (社会的報酬、以前の雇形態態)、精神的転帰 (手術前の精神状態)、社会的適応 (手術前の精神状態、年齢、社会階層) の予測因子を特定した。術後3ヵ月時点での1年後の転帰の予測因子についての我々の分析は詳細ではないが、長期転帰不良のリスクがある人を臨床的に特定するには、回復期の早い時期が最適であると考えられる。この知見は、手術の選択と準備、および追加のリハビリテーションが有効な人の識別に影響を与える。
32	M. H. Picard; C. Dennis; R. G. Schwartz; D. K. Ahn; H. C. Kraemer; W. E. Berger, 3rd; R. Blumberg; R. Heller; H. Low; R. F. DeBusk	1989	Cost-benefit analysis of early return to work after uncomplicated acute myocardial infarction	合併していない急性心筋梗塞後の早期職場復帰の費用対効果の分析	虚血性心疾患		Am J Cardiol	63	18	1308-14	10.1016/0022-3999(89)91040-0	合併症を伴わない急性心筋梗塞から回復した低リスクの患者を特定し、職場復帰を早めることを目的とした職業評価の経済的影響を無作為化試験で評価した。AMIから回復した臨床的に低リスクの男性患者2,101人を、職業的労働評価から介入を受ける群 (介入群、99名) と、通常のケアを受ける群 (通常ケア群、102名) に無作為に割り付けた。職場復帰までの期間は、通常ケアを受けた患者の75日から、介入を受けた患者の51日に短縮された (p<0.002未満)。フォローアップ期間中の医療費と職業所得については、グループ間で有意差が認められた。AMI後6ヵ月間の患者1人当たりの総医療費は、介入患者の方が通常治療を受けた患者よりも高かった (2,970ドル対3,472ドル)。患者1人当たりの職業所得は、AMI後6ヵ月間において、介入患者の方が通常治療群よりも高かった (9,655ドル対7,553ドル)。医療費と職業所得を考慮した一人当たりのベネフィットは、介入患者で6,685ドル、通常ケア患者で4,081ドルであった。国内の低リスクで雇用されているAMI患者数は年間30万人以上であることから、職業評価によって得られる節約額は年間億ドル以上の経済効果をもたらす可能性がある。
33	B. Riegel	1989	Social support and psychological adjustment to chronic coronary heart disease: Johnson's behavioral system model	ソーシャルサポートと慢性冠動脈疾患への心理的適応: Johnsonの行動システムモデルの運用化	虚血性心疾患		ANS Adv Nurs Sci	11	2	74-84	10.1097/0002272-198901000-00011	冠動脈性心疾患 (CHD) のような慢性疾患に対する社会的支援と心理的適応に関する包括的な理論は存在しない。この論文では、Johnsonの行動システムモデルの観点から、社会的支援とCHDへの適応に関する文献をレビューしている。社会的支援や養育の質が、心筋梗塞 (MI) 後の心神経弱行動や依存症を予測する主要な要因であると論じている。また、自尊心、不安、抑うつ、機能的な能力の認識といった変数が、回復や治療レジメンの遵守といった選択や心筋梗塞後の依存という行動結果に影響を与える変数として特定された。
34	J. P. Dienderiks; F. W. Bar; P. H. ppener; H. Vonken; A. Appels; H. J. Wellens	1991	Predictors of return to former leisure and social activities in MI patients	心筋梗塞患者が以前の余暇活動や社会活動に復帰するための予測因子	虚血性心疾患		J Psychosom Res	35	6	687-96	10.1016/0022-3999(91)91119-9	心筋梗塞後の予後は、一般的に運動耐容性、健康再発、仕事への復帰などが概念化されている。本研究では、366名の心筋梗塞 (MI) 患者を対象に、以前の余暇・社会活動 (LSA) への復帰の相対的な尺度を検証した。次に、心理社会的要因が医学的要因よりもLSAへの復帰の重要な予測因子であるという仮説を検証した。その結果、ベースライン (心筋梗塞後3週間) では36%、テスト後 (心筋梗塞後3ヵ月) では51%、フォローアップ (心筋梗塞後1年) では54%が以前のLSAレベルに達していた。重回帰分析とパス分析の両方で、ベースライン時の心理的脆弱性が以前のLSAへの復帰の最も重要な予測因子であることが示された。女性、高齢者、単身者、狭心症の患者は、ベースラインで心理的に不利なプロフィールを示した。これらの患者に対しては、心筋梗塞後すぐに心理状態を改善することにもっと注意を払うべきであることが示唆された。
35	N. Oldridge; G. Guyatt; N. Jones; J. Crowe; J. Singer; D. Feeny; R. McKelvie; J. Runions; D. Streiner; G. Torrance	1991	Effects on quality of life with comprehensive rehabilitation after acute myocardial infarction	急性心筋梗塞後の包括的リハビリテーションによるQOLへの影響	虚血性心疾患		Am J Cardiol	67	13	1084-9	10.1016/0022-9149(91)90870-q	この研究は、急性心筋梗塞 (AMI) 発症後6週間以内に開始した短期間の心臓リハビリテーションが、AMIの患者の生活の質および一般的な健康関連QOL、運動耐容性、職場復帰に与える影響を明らかにするために企画された。層別並行群設計により、AMI後にうつ病または不安症、あるいはその両方が認められる低リスク患者201人を、8週間の運動コンディショニングと行動カウンセリングのプログラム、または従来のケアのいずれかに無作為に割り付けた。その差はわずかであったが、8週間のリハビリテーション群では、新しい疾患別健康関連QOL質問票の感情状況、不安状態、運動耐容性において、有意に大きな改善がみられた。両群の健康関連QOLすべての指標は、12ヵ月のフォローアップ期間中に有意に改善された。しかし、12ヵ月のフォローアップにおける健康関連の95%信頼区間は、疾患特異的 (制服、-2.70、1.40; 感情、-4.86、1.40) におけるリハビリテーションの持続的で臨床的に重要な利益を事実上除外した。10、ここで負の値は従来のケアに有利、正の値はリハビリテーションに有利)、一般的な健康関連QOL (時間トレードオフ、-0.662、0.052; 健康の、-0.042、0.035) あるいは運動耐容性 (-38.5、52.1 kpm/min) において、臨床的に重要な効果は認められなかった。また職場復帰は2群で同等だった (相対リスク、0.93 信頼区間、0.71、1.164)
36	J. Denollet; B. De Potter	1992	Coping subtypes for men with coronary heart disease: relationship to well-being, stress and Type-A behaviour	冠動脈性心疾患を持つ男性のコピングサブタイプ: 幸福感、ストレス、タイプA行動との関係	虚血性心疾患		Psychol Med	22	3	667-84	10.1017/s0033291700038113	本研究では、クラスター分析を用いて、Antwerp外来リハビリテーションプログラムを修了した冠動脈性心疾患の男性166名のサンプルを対象に、コピングのサブタイプを明らかにした。これらのサブタイプは、包括的な分類から選択された3つの明確な上位特性 (負の感情性、社会的抑制、自己欺瞞) に基づいて同定された。Wardの最小分散法と3次元クラスター分析に基づいて、4つの対応サブタイプ、すなわち、低負の感情性 (N=48)、高負の感情性 (N=30)、抑制性 (N=62)、抑圧性 (N=26) の個人を同定した。結果として得られた分類の精度は、並行しているデータセットで実証され、さらに、クラスターリングに含まれていない外部の健康関連の相関関係に対しても検証された。同定された対応サブタイプは、主観的苦痛/知覚されたストレスの自己報告、A型行動と抑圧さの評価、職場復帰、胸膈の訴えの高発率、マイナーランタンライザーと睡眠薬の使用に有意に関連していた。本研究で得られた主な知見は、(a) 男性の冠動脈性心疾患患者は、明確に異なる対応サブタイプを持つ異なる集団であること、(b) 比較的少数の同質なサブタイプが、主観的苦痛、冠動脈性心疾患や辛い行動、および職場復帰におけるかなりの量の変動を説明できること、を示唆している。これらの知見は、心身医学研究において、上記の特性が個人内でどのように相互作用するかに焦点を当てるべきであることを示し、男性冠動脈性心疾患患者の対応サブタイプを記述するためのクラスター分析の適切性を裏付けるものである。また、A型行動と転帰に関する研究結果が一貫しないのは、対象サンプルの対応サブタイプに関連する変数がないか、あるいは、この分類法を相互に検証し、健康関連の相関関係を調べることからなる試みが必要である。
37	D. B. Mark; L. C. Lam; K. L. Lee; N. E. Clapp-Channing; R. B. Williams; D. B. Pryor; R. M. Califf; M. A. Hlatky	1992	Identification of patients with coronary disease at high risk for loss of employment. A prospective validation study	失業のリスクが高い冠動脈疾患患者の特定。プロスペクティブな検証研究	虚血性心疾患		Circulation	86	5	1485-94		<b>[要旨]</b> 冠動脈性心疾患患者は、仕事に支障をきたすことが多く、経済的にも生活の質的にも悪影響を及ぼす可能性がある。本研究の目的は、冠動脈性心疾患患者の早期離職を予測するモデルを構築し、このモデルを独立した患者コホートで前向きに検証することである。方法と結果: 診断的内心臓カテーテル検査を受けた1,252人の冠動脈性心疾患患者のうち、65歳未満で就労しており、冠動脈形成術や冠動脈バイパス術の既往がない患者を登録した。ベースラインの診断的内心臓カテーテル検査時に、医学的、機能的、経済的、および仕事に関する変数を測定し、すべての患者を1年間の追跡した。312名の患者がカテーテル検査後60日以内に経皮的経皮的冠動脈形成術 (PTCA) を受け、448名がカテーテル検査後60日以内に冠動脈バイパス手術 (CABG) を受けた。残りの491人の患者は初期の内科的治療を受けた。ロジスティック回帰法を用いて、トレーニングサンプルの患者 (1986年3月から1989年2月までに登録された872人) の1年後の勤務状態を予測する多変数モデルを作成した。このモデルは、独立したプロスペクティブなサンプル (1989年3月から1990年6月までに登録された380人の患者) で検証された。その結果、8つの因子が離職の独立した予測因子となった。すなわち、初期健康状態の低下 (Duke Activity Status Indexで評価)、高い高齢、単身、うつ病、心不全の有病、低学歴、心臓病歴の既往、下位の職歴であった。標準的な臨床変数は、フォローアップの仕事の成果に関するモデルから得られる予測精度を全体の20%にしかなかったが、機能的な指標は27%、人口統計学的および社会経済的な指標は45%であった。テストサンプルでは、モデル予測の誤差が初期の勤務状態の誤差 (0.47対0.44) に対して、トレーニングサンプルで0.80であり、モデル予測は観察された結果とよく一致した。ベースラインの平均年齢は51歳で、平均PTCAまたはCABG治療を受けた患者と初期の内科的治療を受けた患者との間で、1年後の職場復帰率はほぼ同等であった。結論: 冠動脈性心疾患患者は、医学的リスク因子と非医学的リスク因子の組み合わせから正確に特定することができる。本研究で開発されたモデルは、労働力からの早期離職のリスクが高い患者を特定するツールとなる。このような患者には、労働状態を維持するための特別な多面的介入プログラムが有効である。我々のデータは、PTCA/CABGによる血行再建だけでは、この目標を達成するのに十分ではないことを示している。
38	B. L. Cochrane	1992	Acute myocardial infarction in women	女性の急性心筋梗塞について	虚血性心疾患		Crit Care Nurs Clin North Am	4	2	279-89		女性の死因の1位は心筋梗塞であるが、急性心筋梗塞に対する女性の反応や回復についてはほとんど知られていない。心筋梗塞の女性に提供される医療・看護ケアは、主に男性を対象とした研究に基づいている。女性だけを対象とした研究はほとんどなく、女性と男性を比較した研究でも、意味のある比較を行うにはサンプル数が少なすぎることであり、男性の関心事を反映した研究変数 (例えば、特定の危険因子や職場復帰の問題) によって制限されている。女性の心臓血管の解剖学および生化学的特徴は男性とは多少異なります。女性は生化学的に心臓、冠動脈の血管性が小さく、体脂肪の分布も異なります。女性の心臓血管系は、妊娠および出産の異常な変化に反応するように設計されており、収縮期には大きく拡張期の機能を喪失することによって悪化します。同様の血管性は運動にもよります。女性は、エストロゲンプロゲステロンのレベルが高いため、脂質代謝とホルモン受容体の活動に影響を与えます。そのため、男性を対象とした研究に基づいた診断検査 (心電図や運動負荷試験など) では、女性では偽陽性や偽陰性の結果が多くなる。さらに、男性向けに開発された治療的介入 (PTCAやCABGなど) は、女性では効果が高い。CHDは、女性では明らかに女性特有の危険因子が異なります。臨床では、女性におけるCHDの病態は独立した危険因子であり、非冠動脈性の男性と同様のリスクをもたらしている。CHDの初期発症は狭心症を伴う女性に比べて多く、心臓突然死を起こすことはほとんどない。女性は男性よりも合併症が多く、急性心筋梗塞後の死亡率も高い。女性は内科的、外科的治療から得られる利益が少なく、副作用も多い。急性心筋梗塞に対する女性の反応の多くは、生物学的な違いというよりもむしろ性別を反映している。女性の世界、女性が生きている社会文化的文脈、女性の活動は男性のそれとは質的に異なる。女性に提供される看護ケアは、このような女性特有の経験や関心事に対応する健全な科学的根拠に基づいていないと見なされるべきではない。

文献番号	筆者	発行年	タイトル	タイトル訳	対象疾患	治療	雑誌名	Volume	Issue	Pages	DOI	要旨
39	L. Pilote; R. J. Thomas; C. Dennis; H. Houston-Miller; H. Kraemer; C. Leong; W. E. Berger, 3rd; H. Lew; R. S. Heller; et al.	1992	Return to work after uncomplicated myocardial infarction: a trial of practice guidelines in the community	合併症のない心筋梗塞後の職場復帰：地域における診療ガイドラインの試行	虚血性心疾患		Ann Intern Med	117	5	383-9	10.7326/0003-4819-117-5-383	目的：急性心筋梗塞後の職場復帰のための診療ガイドラインを、大学を拠点とした環境から診療所を拠点とした環境に普及させた場合の効果と影響を評価する。デザイン：無作為化臨床試験。対象者：合併症のない急性心筋梗塞の患者187名。介入：患者は介入群（n = 95）または通常のケア群（n = 92）に無作為に割り付けられた。介入の内容は、トレドミル検査、検査結果に基づくカウンセリングセッション、心臓専門医からプライマリケア医へのコンサルテーションセンターであった。相違点は、患者の心筋梗塞再発のリスクに基づいて、職場復帰のタイミングを個別に提案した。測定方法：質問票、チャートレビュー、電話インタビューにより、復帰時間、心臓病、冠動脈形成術、冠動脈手術、心筋梗塞再発の割合を記録した。結果：急性心筋梗塞から職場復帰までの期間の中央値は、両群とも同程度であった（介入群：54日、通常ケア群：67日、P=10.2より大きい）。しかし、心筋虚血のない患者では、介入群の方が通常ケア群よりも復帰までの期間が短かった（それぞれ38日、65日、P = 0.008）。心筋虚血の患者では、両群ともに治療開始の同程度であった（それぞれ80日と76日、P=0.2より大きい）。結論：大学で作成された診療ガイドラインは、実際の診療現場で検証したところ、合併症のない急性心筋梗塞後の職場復帰を早めることは成功しなかった。心筋虚血の患者に対してガイドラインに従おうとする医師は、治療成績が良好であっても予後を気にしていることが反映されていた。
40	B. J. Riegel; K. A. Dracup	1992	Does overprotection cause cardiac invalidism after acute myocardial infarction?	急性心筋梗塞後の過保護は心筋梗塞無効を引き起こすか？	虚血性心疾患		Heart Lung	21	6	529-35		目的：急性心筋梗塞後、患者の家族や友人の過保護が心臓病による弱体化に寄与しているかどうかを明らかにする。デザイン：縦断的調査。設定：米国中西部の9つの病院。対象者：初発の急性心筋梗塞を経験した患者111名を対象とした。81名の患者が過保護（家族や友人からの社会的支援を希望以上に受けている）と答え、28人が不十分な支援を受けていると答えた。また、希望するだけの支援を受けていると答えたのは2名のみであった。結果指標：自尊心、精神的苦痛、健康感、対人依存症、職場復帰。結果：過保護な患者は、不十分な支援を受けた患者に比べて、心筋梗塞の1か月後に、不安、抑うつ、怒り、混乱、元氣、高い自尊心を経験した（p<0.05）。不十分な支援を受けた患者は、心筋梗塞から4ヶ月後にはより依存的になっていた。結論：家族や友人による過保護は、急性心筋梗塞後の数ヶ月間における心臓病による弱体化よりもむしろ心理社会的適応を促進する可能性がある。
41	K. Rost; G. R. Smith	1992	Return to work after an initial myocardial infarction and subsequent emotional distress	初発の心筋梗塞とその後の精神的苦痛からの職場復帰について	虚血性心疾患		Arch Intern Med	152	2	381-5		目的：急性心筋梗塞後、患者の家族や友人の過保護が心臓病による弱体化に寄与しているかどうかを明らかにする。デザイン：縦断的調査。設定：米国中西部の9つの病院。対象者：初発の急性心筋梗塞を経験した患者111名を対象とした。81名の患者が過保護（家族や友人からの社会的支援を希望以上に受けている）と答え、28人が不十分な支援を受けていると答えた。また、希望するだけの支援を受けていると答えたのは2名のみであった。結果指標：自尊心、精神的苦痛、健康感、対人依存症、職場復帰。結果：過保護な患者は、不十分な支援を受けた患者に比べて、心筋梗塞の1か月後に、不安、抑うつ、怒り、混乱、元氣、高い自尊心を経験した（p<0.05）。不十分な支援を受けた患者は、心筋梗塞から4ヶ月後にはより依存的になっていた。結論：家族や友人による過保護は、急性心筋梗塞後の数ヶ月間における心臓病による弱体化よりもむしろ心理社会的適応を促進する可能性がある。
42	G. A. Hamilton; R. N. Seidman	1993	A comparison of the recovery period for women and men after an acute myocardial infarction	急性心筋梗塞後の女性と男性の回復期間の比較	虚血性心疾患		Heart Lung	22	4	308-15		目的：急性心筋梗塞から回復した女性と男性の職場復帰、心臓リハビリテーションへの参加、および性行為を比較する。デザイン：記述的調査法を用いた。記述統計学とカイ二乗検定を用いて、AMI後の女性と男性の違いを比較した。設定、調査者は被験者の自宅に郵送された。対象者：女性20名、男性42名の意図的なサンプル。結果：女性と男性を比較すると、以下の項目で有意な差があり、AMI前の家事分担率、AMI後の家事分担率、食器洗い、洗濯、ほこり取り、掃除は女性の方が高かった。AMIに性行為を再開した被験者は、平均8週間後には全員が性行為を再開した。女性は、頻度の低下、満足度の低い間接的、性行為中の痛みなどの報告が多かった。女性は、看護者が家事の再開、職場復帰の問題、および性行為に関するカウンセリングをほとんど、あるいは全く行わなかったと報告した。女性は男性に比べてAMI後のカウンセリングを受けていなかった。結論：今回の調査結果は、一般の人々に一般化できるものではないが、AMIを経験した女性の回復期についてさらに調査する必要性を示している。
43	B. Ager; O. Rydén; P. Johnsson; P. Nilsson-Ehle	1993	Rehabilitation after coronary bypass surgery: coping strategies predict metabolic improvement and return to work	冠動脈バイパス手術後のリハビリテーション：対処法が代謝改善と職場復帰を予測する	虚血性心疾患	バイパス術後	Scand J Rehabil Med	25	4	183-95	10.1177/103349488601400404	ノルウェー西部の都市部および農村部に住む67歳以下の患者249名を対象に、心筋梗塞後6か月以内の職場復帰（RTW）と、選択した人口統計学的因子、以前の仕事の状況の特徴、心筋梗塞前の健康状態、および心筋梗塞の臨床的重症度との関係を調査した。追加調査では、都市部の患者10人のうち8人、農村部の患者10人のうち6人が仕事に復帰していた。全サンプルのRTW率は73%であった。51歳で、高い教育水準と所得水準、第三次産業で働くこと、身体活動が少なく心理社会的ストレスが少ないうえに仕事をしていることは、いずれも仕事の再開に有利な要因であった。多変量解析の結果、社会的な要因や仕事に関連する要因では、RTWにおける都市と農村の違いを完全に説明できないことがわかった。ステップワイズ解析の結果、以下の因子がRTWの重要な予測因子として特定された：居住地、年齢、学歴、自覚された仕事のストレス、入院中の臨床的合併症。心筋梗塞後の職場復帰の失敗は、多くの個人的・社会的要因によって説明でき、患者の医学的状態によっては限定的にしか説明できない。心筋梗塞後の仕事の再開に対する考え方について、患者と主治医の間の社会的文化的な違いについて、さらなる知見が必要である。
44	B. J. Riegel	1993	Contributors to cardiac invalidism after acute myocardial infarction	急性心筋梗塞後のcardiac invalidismの要因	虚血性心疾患		Coron Artery Dis	4	2	215-20	10.1097/00019501-199302000-00013	Cardiac invalidismは、過去数十年の間、文獻で繰り返し使われてきた用語だが、この現象に寄与する変数の研究にはほとんど注意が払われていない。初発の急性心筋梗塞の患者111人からデータを収集した。患者は退院後1か月と4か月後に自宅を訪問した。社会的支援、自尊心、健康感、精神的苦痛、対人依存症、神経症を標準化された尺度を用いて測定した。病状の重症度は、Coronary Prognostic Index, Specific Activity Survey、およびトレドミルテストの結果を用いて判断した。神経症と社会的支援は、心筋梗塞後のcardiac invalidismの有意な予測因子であった。病状の重症度は、cardiac invalidismや職場復帰の有意な予測因子ではなかった。回復期唯一の有意な予測因子ではなかった。急性心筋梗塞後、希望以上のサポートを受けている患者は、心臓病の無効化が少なかった。医師は、大きな心筋梗塞を持つ患者が心臓病になると思い込まないようしてほしい。心理的回復には多くの患者が4ヶ月以上を必要とするが、患者の健康に関するボグザンメーターはそのようなレベルに影響を及ぼすことができる。家族や友人は、適切な種類と量のサポートを提供するように指導すべきである。一般的に適切だと考えられている支援の量は十分ではないかもしれない。最初に希望以上の支援を受けた患者は、心理学的に最良の結果を得ることができる。高いレベルの支援をいつまでも続ける必要はない。
45	E. S. Froelicher; L. L. Kee; K. M. Newton; B. Lindskog; M. Livingston	1994	Return to work, sexual activity, and other activities after acute myocardial infarction	急性心筋梗塞後の仕事や性行為などへの復帰について	虚血性心疾患		Heart Lung	23	5	423-35		目的 (1) 急性心筋梗塞後の以前の活動への復帰率について、通常の医療および看護ケアと比較して、運動のみの効果と、運動を伴うトレーニング・カウンセリング・プログラムの追加効果を検討すること。デザイン：前向き無作為化臨床試験。設定：北西部の7つの病院。対象者：急性心筋梗塞と診断され、参加病院の冠動脈造影室に入院した70歳以下の患者258名。結果指標：仕事への復帰、性的活動、車の運転、以前の最大活動レベル、家外での活動。介入方法：被験者は、通常の医療および看護ケアを受ける対照群A、通常のケアに加えて運動を行うB1群、通常のケアに加えて運動とトレーニング・カウンセリング・セッションを行うB2群に無作為に割り付けられた。B1群とB2群の患者には、自宅での運動プログラムが処方された。B2群の患者は、危険因子の低減と心筋梗塞への心理社会的適応に関する8つのグループセッションからなる外来トレーニング・カウンセリングプログラムにも参加した。すべての被験者は、紙と鉛筆を使った12項目の自己記入式質問票である「活動概要質問票」を、毎週、12週連続で、そして退院後の24週目も記入した。結果：3群間に有意な差はなかった。以前に仕事をしていた患者は、24週目までに仕事に復帰した。以前の最大レベルの活動に戻った患者は、24週目までに再開した。ほとんどの患者は12週目までに性行為、車の運転、家外での活動に復帰した。結論：活動への復帰率は3群間で有意な差はなかった。ほとんどの患者は以前に報告されたよりも早く活動していた。急性心筋梗塞後2週間までに50%以上の患者が性行為、車の運転、屋外での活動に復帰した。これらの結果は、活動再開における期待値について患者とカウンセリングを行う医療従事者にとって有用である。
46	A. M. Holmbäck; U. Sääw; B. Fagher	1994	Training after myocardial infarction: lack of long-term effects on physical capacity and psychological variables	心筋梗塞後のトレーニング：身体能力および心理的変数に対する長期的効果の欠如	虚血性心疾患		Arch Phys Med Rehabil	75	5	551-4		本研究では、心筋梗塞後の身体的パフォーマンスと心理的準備に対する、45分以上のトレーニングを2週、12週間にわたって行うことの効果と影響を評価した。69名の患者を、運動群と非運動群に無作為に割り付けた。心筋梗塞後6週間の最大運動能力は、梗塞サイズの指標となる血清中のアスパラギン酸アミノトランスフェラーゼの急性ピーク値と逆相関していた。心筋梗塞後1年では、トレーニング群の体力レベルの向上（10%）は、対照群の向上（2%）を有意に上回ることになった（p = 0.10）。自己評価の心理的幸福度や身体的スコア、職場復帰率はグループ間の差は認められなかった。対照群ではなくトレーニング群では、余暇活動時の呼吸困難感の変化は、客観的に測定されたワーク運動能力と正の相関があった。結論として、MIの場合、トレーニング終了から6ヶ月後には身体的パフォーマンスのわずかな改善しか得られず、通常のケアプログラムと比較して長期的な心理的メリットは明らかでない。したがって、心筋梗塞後に従来の運動プログラムとの適応性は疑問がある。
47	H. Boudrez; G. De Backer; B. Comhaire	1994	Return to work after myocardial infarction: results of a longitudinal population based study	心筋梗塞後の職場復帰：人口ベースの縦断的研究の結果	虚血性心疾患		Eur Heart J	15	1		10.1093/oxfordjournals.ahle.a060376	1983年から1988年の間に、60歳以前に初めて心筋梗塞を発症し、セント市の検査登録簿に登録されたすべての男性を対象に、仕事への復帰を調査した。1991年に郵便調査で仕事の再開に関する情報を収集し、295人の対象者のうち78%が参加した。全回答者の69%、心筋梗塞前に仕事をしていた全回答者の85%が仕事に復帰した。年齢、仕事の重要性の認識、友人からのサポート、包括的な心臓リハビリテーションプログラムへの参加は、仕事の再開に有意に関連していた。
48	M. L. Brecht; K. Dracup; K. Moser; B. Riegel	1994	The relationship of marital quality and psychosocial adjustment to heart disease	心疾患に対する夫婦の質と心理社会的適応と心疾患の関係	虚血性心疾患		J Cardiovasc Nurs	9	1	74-85	10.1097/0005082-199410000-00008	心臓病に対する心理社会的適応は様々である。一部の患者は、心筋梗塞や心臓手術から速やかに回復し、仕事や余暇活動に復帰し、精神的苦痛をほとんど感じない。一方で、心理社会的適応に大きな問題を抱える患者もいる。我々は、夫婦関係の質、不機嫌さ、年代、心臓イベント（心筋梗塞または手術）からの時間を含めた適応の理論モデルを提案し、検証した。本研究は、冠動脈性心疾患と診断された198名の患者に、Spanier Dyadic Adjustment Scale, Multiple Affect Adjective Checklist, Psychosocial Adjustment to Illness Scaleの各尺度を用いて行われた。研究への参加時と3ヶ月後にデータを収集し、経時的な関係の安定性を確認した。理論モデルは支持された。病気に対する心理社会的適応は、患者の結婚生活の質と精神障害の両方に影響を与えることが明らかになった。配偶者は、患者の感情的な苦痛や不機嫌の経験に影響を与えると、間接的に心理社会的適応に影響を与えるようである。看護者は、患者と配偶者が結婚生活の質を向上させる方法に焦点を当て、夫婦間のコミュニケーションを改善し、病気に関する恐怖心や誤解を減らすための戦略を提案することで、冠動脈性心疾患に対する心理社会的適応を高めることができる。
49	M. A. Hlatky; E. D. Charles; F. Nobrega; K. Gelman; I. Johnston; J. Melvin; T. Ryan; R. Wiens; B. Pitt; G. Reader; et al.	1995	Initial functional and economic status of patients with multivessel coronary artery disease randomized in the Bypass Angioplasty Revascularization Investigation (BARI)	BARI (Bypass Angioplasty Revascularization Investigation) で無作為に割り付けられた多枝冠動脈疾患患者の初期機能および経済状態について	虚血性心疾患		Am J Cardiol	75	9	34c-11c		冠動脈形成術とバイパス手術の無作為化試験では、これらの治療法の長期的な死亡率と心筋梗塞発症率は同等であると仮定されている。したがって、機能的状態、生活の質、雇用、および医療費は、これらの代替血管再建術の有効性を測る重要な尺度となる。BARI (Bypass Angioplasty Revascularization Investigation) に参加した7施設で、SEQL (Study of Economics and Quality of Life) の補助的研究に登録された。身体機能はDuke Activity Status Indexで、精神的状態はMental Health Inventoryで評価した。また、雇用形態と医療利用率は、研究開始時と追跡調査の3か月間隔で測定した。SEQLに登録された934名の患者は、BARIの無作為化された残りの895名の患者と類似していた。64歳以下の患者のほとんど（63%）が働いており、働いている患者のほぼ全員（96%）が仕事に復帰することを望んでいた。65歳以上の患者は、世帯収入は低かったが、健康保険の加入率は高かった。全体的な健康状態の評価は、身体的および感情的な状態と有意な相関があった（p < 0.001）。SEQLに登録されている患者は、BARIの全人口を代表している。SEQLで収集されたデータは、冠動脈形成術およびバイパス手術後の身体的、精神的、経済的な幸福についての詳細な情報を提供する。

文献番号	筆者	発行年	タイトル	タイトル訳	対象疾患	治療	雑誌名	Volume	Issue	Pages	DOI	要旨
50	F. J. Pashkow	1995	Rehabilitation in the patient after myocardial infarction with or without surgical management	心筋梗塞後の患者におけるリハビリテーション(外科的治療の有無を問わず)	虚血性心疾患	リハビリ	Semin Thorac Cardiovasc Surg	7	4	240-7		心臓リハビリテーションは、心筋梗塞や冠動脈バイパス手術などの急性冠動脈イベント後の患者を正常な状態に戻すことを主な目的とした、運動トレーニング、心理社会的サポート、教育的複合的な治療法として発展してきた。このプロセスは、治療に入る前にかかりのレベルで体質を崩していた患者には特に重要と思われる。心筋梗塞後の心管死率が20〜30%減少することで、生存率が向上する。今日の外科患者に対する心臓リハビリテーションは、入院期間の短縮や病気の再発防止にも重要である。既知の冠動脈疾患を持つ患者の危険因子を修正することは、バイパス手術を受けた患者にとって特に重要な意味を持っている。2回目、さらには3回目の冠動脈バイパス手術を受ける患者の割合を増し続けている。最近の研究では、その後の急性冠動脈イベントや将来の血行再建の必要性を減少させることに加えて、冠動脈化の進行を遅らせたり、場合によっては実際に止めたり、遅延させたりする可能性が示唆されている。また、バイパス手術後の生活の質や仕事への復帰、手術による心臓以外の合併症なども重要な問題となっている。
51	B. Riegel; I. Gocka	1995	Gender differences in adjustment to acute myocardial infarction	急性心筋梗塞への適応における男女差	虚血性心疾患		Heart Lung	24	6	457-66	10.1016/s0147-9563(95)02023-9	目的: 初めに急性心筋梗塞を経験した女性と男性のマッチドサンプルにおいて、心理社会的適応、機能クラス、および仕事への復帰を比較する。デザイン: 縦断的調査。設定: 対象者は南カリフォルニア地域の2つの病院から選ばれた。データは入院後1ヶ月と4ヶ月後に自己申告で収集された。対象者は初回AMIを経験した女性32人のデータを、同じサンプルの男性32人と神経症と心機能障害についてマッチさせた。測定方法: 入院後1ヶ月および4ヶ月後に以下の尺度を実施した。Self-Perception Inventory (自尊心)、Profile of Mood States (感情の苦痛)、General Health Perceptions Questionnaire (健康感)、Interpersonal Dependency Inventory (依存性)、UCLA Social Support Inventory (社会的支援)、Eysenck Personality Inventory (神経症)は1ヶ月目に実施した。心機能障害は、病院の記録から得られたデータを用いて測定した。機能クラスは、1ヶ月後にSpecific Activity Scaleを用いて測定した。人口統計および職場復帰に関する自己報告は、それぞれ1ヶ月後と4ヶ月後に行った。結果: 女性は、現在の健康状態に対する認識が改善したのに対し、以前の健康状態に対する評価は低下した。全般的な情緒的苦痛、不安、および抑うつ、女性において時間の経過とともに有意に減少した。女性は、1ヶ月後には男性よりも多くの支援を求め、受け、与えたと報告し、4ヶ月後には男性よりも多くの支援を受け、与えたと報告したが、支援関係のストレスは時間の経過とともに増加した。男性では、不安、抑うつ、健康不安がいずれも時間の経過とともに有意に減少したのに対し、以前の健康状態の評価は上昇した。男性では、望んでいる社会的支援と受けている社会的支援との一致度が時間の経過とともに低下し、受けている支援に対する満足度も低下した。男性は1ヶ月後に女性よりも高い機能クラスを報告したが、4ヶ月後の職場復帰には差がなかった。結論: AMI発症後4ヶ月以内に、女性も男性も心理的適応が改善したが、改善した具体的な領域は異なっていた。仕事への復帰は、機能クラスの速いにもかかわらず、同等であった。女性は男性に比べてAMI後の社会的支援システムをより効果的に活用しているようであった。社会的支援の違いが、女性の標準的なデータから予測されるよりも優れた適応に寄与しているかどうかを明らかにするには、さらなる研究が必要である。
52	V. Brezinka; F. Kittel	1996	Psychosocial factors of coronary heart disease in women: a review	女性の冠動脈性心臓病の心理社会的危険因子に関するレビュー	虚血性心疾患		Soc Sci Med	42	10	1351-65	10.1016/0277-9536(96)0284-7	冠動脈性心疾患は、ほとんどの先進国で女性の死因の第1位となっているが、これまでに行われた研究は、男性に比べてはるかに少ない。本稿では、女性の冠動脈性心臓病の心理社会的要因について概観し、社会経済的地位、雇用状況、慢性的な痛みを抱える感情、社会的支援、死別・寡婦など、女性の冠動脈性心臓病の心理社会的危険因子に焦点を当てている。第二の焦点は、冠動脈疾患が顕在化した後の女性の心理社会的適応、すなわち、心筋梗塞や冠動脈バイパス移植後の幸福度、職場復帰、性的活動、リハビリテーションの結果です。1980年から1994年の間に、Medline、Psychlit、Sociofileでコンピュータによる文献調査を行い、これらのテーマに関するすべての研究を収集し、レビューした。女性の冠動脈性心疾患に対する心理社会的適応よりも、冠動脈疾患の心理社会的危険因子に関する研究が比較的多く行われている。女性の危険因子としては、社会階級の低さ、教育水準の低さ、仕事と家庭の二重負担、慢性的な痛みを抱える感情、社会的支援の欠如などが明らかになっている。女性の冠動脈性心疾患に対する心理社会的適応については、データが少なく、女性の大規模なサンプルを含む、性別を調整した研究が必要である。心筋梗塞後の女性の心理社会的適応は男性よりも悪いようだが、冠動脈バイパス移植後の適応に関する結果は結論が出ていない。心筋梗塞または冠動脈バイパス移植後の職場復帰率は、男性よりも女性のほうが低い。心筋梗塞や冠動脈バイパス移植後の女性の性的活動に関するデータは少なく、この話題に関する医師のカウンセリングは全くないようである。リハビリテーションの成果に関する研究では、男性よりも女性のほうがプログラムの受講率、アドヒアランスが低く、脱落率が有意に高いことが報告されているが、心臓リハビリテーションを完了した女性は、男性と同等かそれ以上の機能改善を示している。
53	K. J. Petrie; J. Weinman; N. Sharpe; J. Buckley	1996	Role of patients' view of their illness in predicting return to work and functioning after myocardial infarction: longitudinal study	心筋梗塞後の職場復帰と機能回復の予測における患者の疾病観の役割: 縦断的研究	虚血性心疾患		Bmj	312	7040	1191-4	10.1136/bmj.312.7040.1191	目的: 患者の心筋梗塞に対する初期認識が、その後の心臓リハビリテーションコースへの参加、職場復帰、障害、性功能障害を予測するかどうかを検査する。デザイン: 初めの心筋梗塞で入院したときと、3ヶ月後および6ヶ月後の追跡調査で、患者の病状に対する認識を測定した。セッティング: ニューゼーランドのオークランドにある2つの大きな教育病院。対象者: 初めに心筋梗塞を発症した65歳未満の連続した143名の患者。主要評価項目: リハビリテーションコースへの参加、職場復帰までの期間、睡眠と休息、コミュニケーション活動、家庭管理に関する疾病影響度調査票による障害の測定、および性功能障害。結果: リハビリテーションコースへの参加は、病気が治る、あるいはコントロールできるという入院中の信念の強さと有意に関連していた ( $t=2.08, P=0.04$ )。6週間以内の職場復帰は、病気が短期間で終わると ( $t=2.52, P=0.01$ )、患者にとって重大な結果をもたらさないという認識と有意に関連していた ( $t=2.87, P<0.005$ )。心臓病の発症率を測定した結果は、その後の家族、コミュニケーション活動、社会的交流との関係と有意に関連していた。最も病気のアイデンティティは、3ヶ月後と6ヶ月後の両方において、より大きな性功能障害と有意に関連していた。結論: 患者の病状に対する初期認識は、心筋梗塞後の回復のさまざまな側面を決定する重要な要素である。リハビリテーションプログラムの成果を最適化するための基盤として、特定の病気の認識を早い段階で特定する必要がある。
54	S. J. Pocock; R. A. Henderson; P. Seed; J. Treasure; T. R. Hampton	1996	Quality of life, employment status, and anginal symptoms after coronary angioplasty or bypass surgery. 3-year follow-up in the Randomized Intervention Treatment of Angina (RITA) Trial	冠動脈形成術またはバイパス手術後の生活の質、雇用状況、および狭心症の症状。狭心症の無作為化介入治療 (RITA) 試験における3年間の追跡調査	虚血性心疾患		Circulation	94	2	135-42	10.1161/01.cir.94.2.135	背景: Randomized Intervention Treatment of Angina (RITA) 試験は、狭心症患者1011名を対象に、経皮的冠動脈形成術 (PTCA) と冠動脈バイパス移植手術 (CABG) の初期方針を比較したものである。本報告では、3年間の追跡調査で、これらの血行再建術が狭心症、QOL (Nottingham Health Profileによる)、および雇用に関与する影響を評価した。方法と結果: いずれの治療法も、QOLのすべての側面 (エネルギー、痛み、情動反応、睡眠、社会的孤立、移住性) と、日常生活の7つの側面に顕著な改善をもたらした。2年目の狭心症患者は、狭心症のない患者よりもQOLが低下していたが、その健康感と雇用と同等であった。これは、ベースラインで狭心症のグレードとQOLが密接に関連していることを反映している。PTCA患者がCABG患者と比較してQOLが劣る傾向は、特に6ヶ月後に狭心症を発生する可能性が有意に高いことに起因する。就業状況は主に60歳未満の男性を対象に調査した。PTCA患者の1/4が職場復帰が早かった (2ヶ月後に40%、CABG患者では10%)、5ヶ月後には患者がいない。2年後には、CABG患者の22%とPTCA患者の25%が職歴を由入治療で終わらせた。2年後に狭心症を有する患者は、そうでない患者よりもはるかに無難な可能性が高かった。結論: 狭心症が生活の質や失業率に与える影響は、PTCAまたはCABGによって大きく緩和される。狭心症はCABGの方がより回復できるが、PTCAの方がより早く仕事に復帰できる。その後、どちらの介入戦略も数年間にわたって生活の質と雇用に同様の効果をもたらす。
55	B. Hüßler; M. Keck	1997	[Improvement in occupational rehabilitation of myocardial infarct patients—results of a model study in Rhineland-Pfalz]	[心筋梗塞患者の職業的リハビリテーションの改善—ライプツィヒ州におけるモデル研究の結果]	虚血性心疾患	リハビリ	Rehabilitation (Stuttg)	36	2	106-10		ラインラント・プファルツ州で行われたパイロット試験では、心筋梗塞患者の医学的・職業的リハビリテーションを最適化するための2つの方法が検証された。(1) 地域の心臓病学ワーキンググループが設立され、モデル地域の病院でリハビリテーションプロセスを促進するための方を導いた。(2) パイロット・リハビリテーション・クリニックでは、ケース・マネジメント・トータル・スキームの下、患者のためのカウンセリング・サービスを確立した。その結果、心筋梗塞から3週間後に運動負荷試験を実施した患者は、標準治療を受けた患者 (対照群) の54.5%に比べ、パイロット・トライアルの患者 (症例群) の77.1%に達した。入院中のリハビリテーションは、症例患者の方が、雇用者や復職について話し合った割合が高かった。リハビリテーション後、職業上の将来はまだ不安であった。対照群の29.5%は、症例群の13.2%であった。症例群の91.8% (対照群の64%) は、SGB 74条に基づき段階的な職場復帰の支援の可能性について説明を受けており、リハビリテーション開始から半年後には、症例群の56.3% (対照群の50%) が職場復帰を果たしていた。
56	BARI investigator s	1997	Five-year clinical and functional outcome comparing bypass surgery and angioplasty in patients with multivessel coronary disease. A multicenter randomized trial. Writing Group for the Bypass Angioplasty Revascularization Investigation (BARI) Investigators	多枝冠動脈疾患患者におけるバイパス手術と血管形成術を比較した5年間の臨床的および機能的転帰。多施設共同無作為化試験である。BARI (Bypass Angioplasty Revascularization Investigation) 研究会の執筆グループ	虚血性心疾患		Jama	277	9	715-21		目的: 冠動脈バイパス移植手術 (CABG) と経皮的冠動脈形成術 (PTCA) で5年生存率が同程度であった患者の臨床的および機能的状態を比較する。デザイン: 1829人の患者を対象とした無作為化試験で、平均5.4年間の追跡調査を行った。参加対象者 CABGとPTCAの両方に適した多枝冠動脈疾患を有し、過去に血行再建を受けていない患者。介入: 無作為化後2週間以内に冠動脈バイパス移植またはPTCAを実施。結果: 結果の測定: 運動負荷試験の結果、薬の使用状況、QOL (生活の質) の評価を、無作為化後〜14週目と1、3、5年目に実施した。解析方法: Intention to treat。結果: PTCAとCABGに割り付けられた患者の無欠点の差は、〜4〜8項目の73%対95% ( $P=0.001$ ) であり、5年目の75%対85% ( $P=0.007$ ) に減少した。運動耐性発症の狭心症と虚血性心疾患の両方に、5年後の差は有意ではなかった。1年後以降の追跡調査では、生活の質、仕事への復帰、変遷や運動行動の修正、コストパフォーマンスは2つの治療法の間で同等であった。CABGに割り付けられた患者と比較して、PTCAに割り付けられた患者では、抗血小板薬の使用率が高かったが、その他の薬については差が小さかった。5年後に狭心症でなくなった患者のうち、PTCAを受けた患者の52%が最初の治療後に再治療を必要としたのに対し、CABGを受けた患者では16%であった。結論としては、狭心症と運動耐性発症の発生率における治療法の差が縮まったことは、CABGに割り付けられた患者が症状をより戻したことで、PTCAに割り付けられた患者が外科的処置を増やしたことによると思われる。PTCAに割り付けられた患者は、QOLと5年生存率が同等であることから、より高い残存虚血症に耐えられることが明らかである。
57	E. Engblom; K. Korpi; H. Hämiä; I. Rönne; T. Rönne; M. Puukka	1997	Quality of life and return to work 5 years after coronary artery bypass surgery. Long-term results of cardiac rehabilitation	冠動脈バイパス手術から5年後のQOLと仕事への復帰。心臓リハビリテーションの長期的結果	虚血性心疾患		J Cardiopulm Rehabil	17	1	29-36	10.1097/0008483-199701000-00004	背景: リハビリテーションは虚血性心疾患の患者の治療において重要な役割を果たした。そのため、冠動脈バイパス手術 (CABS) を受けた患者の多くは、心臓リハビリテーションプログラムにも参加している。本研究は、リハビリテーションがCABS後の生活の質や仕事への状態にどのような影響を及ぼすかを調べるために実施した。方法: 選択的CABSを受けた連続した患者を、リハビリテーション群 (N=119) と病院治療群 (N=109) に無作為に割り付けた。すべての患者は通常の医療を受けた。R群は運動療法とカウンセリングを中心としたリハビリテーションプログラムに参加した。観察期間は5年であった。健康関連QOLの測定指標は、心臓の症状、機能クラス、運動能力、薬の使用、抑うつ、患者の健康に対する認識、生活全般であった。知覚的疼痛の指標としてNottingham Health Profileを用いた。結果: 症状、薬の使用、運動能力、うつ病スコアは、R群とH群で差がなかった。CABSから5年後、R群の患者はH群の患者に比べて、Nottingham Health Profile 身体的移動の制限が少なくと報告し ( $P=0.005$ )、健康 ( $P=0.03$ ) と全体的な生活の質 ( $P=0.02$ ) を良好と認識している患者はH群よりも群の方が多かった。仕事をしている人の割合の増加は、CABS後3年の時点でH群よりもR群の方が多かった ( $P=0.02$ )、他のフォローアップの時点ではなかった。結論: CABS後に通常の医療に加えて心臓リハビリテーションプログラムを行うことで、健康状態が改善したという認識が得られる可能性がある。仕事への復帰への影響は限定的である。
58	N. Brown; M. Melville; D. Gray; T. Young; J. Munro; A. M. Skeen; J. R. Hampton	1999	Quality of life four years after acute myocardial infarction: short form 36 scores compared with a normal population	急性心筋梗塞から4年後の生活の質: ショートフォーム36スコアと通常集団との比較	虚血性心疾患		Heart	81	4	352-8	10.1136/hl.81.4.352	心筋梗塞が4年生存者の生活の質に与える影響を「地域社会の標準」のデータと比較して評価し、生活の質の低下に関連する要因を明らかにする。デザイン: ノッティンガム心臓発症登録に基づくコホート研究。設定: 都市部と農村部にまたがる2つの地区総合病院。対象者: 1992年に急性心筋梗塞で入院し、中央値で4年後に生存していた全患者。主要評価項目: ショートフォーム36 (SF36) の領域得点と総得点。結果: 1992年に急性心筋梗塞で入院した900名の患者のうち、1997年にアンケートに回答できる状態で生存していた患者は476名であった。回答率は42.4% (89.1%) であった。年齢と性別を調整した標準データと比較すると、65歳未満の患者は8つの領域すべてで得点を示し、その中でも身体機能 (平均差20ポイント)、身体的役割 (平均差23ポイント)、一般的な健康 (平均差19ポイント) の領域で大きく差が大きい。65歳以上の患者では、平均的なスコアは地域社会の基準に近いものだった。多歩回帰分析の結果、QOLの低下は、体質不調による復職不能、冠動脈疾患の必要性、不安、睡眠障害、収入の減少、2種類の以上の疾病の存在、週1回以上の胸膈痛、Rose dyspnoeaスコアが2以上であることと密接に関連していた。結論: SF36は、実際の臨床家に貴重な追加情報を提供する。地域社会の標準と比べて、QOLに最も大きな影響を与えるのは労働年齢の患者である。生活の質の低下は、仕事にできない患者、狭心症や弱冠動脈を有する患者、肺疾患を併発している患者、不安や睡眠障害を有する患者で報告された。心筋梗塞後の生活の質を向上させることは、医師にとっての課題である。

文献番号	筆者	発行年	タイトル	タイトル訳	対象疾患	治療	雑誌名	Volume	Issue	Pages	DOI	要旨
59	K. R. Robinson	1999	Envisioning a network of care for at-risk patients after myocardial infarction	心筋梗塞後のリスクのある患者さんのためのネットワークの想定	虚血性心疾患		J Cardiovasc Nurs	14	1	75-88	10.1097/0005082-199910000-00008	心筋梗塞は、その有病率の高さから、引き続き重要な医療問題となっている。治療法によって生存率が向上する一方で、心筋梗塞という人生の一大事に適応し、再発を防ぐ方法を学ばなければならない人も増えている。回復には困難が伴うが、多くの患者さんは、感情的な苦痛、死への恐怖、家族の混乱を経験し、生理学的に可能であっても仕事に復帰できず、以前のレベルの活動に戻ることができない。急性期の管理戦略は引き続き標準サイズを抑えることを目的としており、74人が職業と家庭の両方に対するリソースが不足している。症状が現れたときに迅速な治療を求めると、心理的な適応、ストレスの軽減、セルフケアとリスク軽減のための患者と家族の教育を目標としなければならない」と述べている。急性心筋梗塞の発症間隔短縮されるにつれ、医療専門家間の協働かつ協力的なアプローチを行い、心筋梗塞のリスクを持つ患者が満足いく生産的で健康的な生活を送るために必要なあらゆる情報とサポートを提供しなければならない。看護師がこの課題に取り組むだけでなく、その努力をリードするための優れた方法は、心筋梗塞リスクのある患者のケアネットワークを構築することであろう。
60	J. S. Skinner; M. Farrer; C. J. Albers; H. A. Nell; P. C. Adams	1999	Patient-related outcomes five years after coronary artery bypass graft surgery	冠動脈バイパスグラフト手術後5年間の患者関連アウトカム	虚血性心疾患	バイパス術後	Qjm	92	2	87-96	10.1093/qjmed/92.2.87	イングランド北部で、安定した狭心症に対して初めて冠動脈バイパスグラフト手術 (CABG) を受けた連続した353人の患者を5年間にわたり前向きに調査した。狭心症は、ほぼすべての患者で術前に認められ、術後3ヵ月後には20%、6ヵ月後には48%が認められた。Nottingham Health Profileによると、術前に比べて術後12ヵ月と60ヵ月後のPHS (Perceived Health Status) が有意に改善した。しかし、60ヵ月後のPHSは、パート1の「痛み」と「身体的運動能力」、パート2の「家庭での世話」と「休日の過ごし方」において、12ヵ月後よりも悪化した。就業率は、術前、術後12ヵ月、60ヵ月で、それぞれ36%、34%、21%であった。12ヵ月後および60ヵ月後の就業率は、年齢が定年未満であることが、術前に働いていたこと、狭心症がなかったことと関連し、12ヵ月後は月数であること、待ち時間が6ヵ月未満であることも関連していた。この研究は、日常の臨床現場を描写しています。CABG後の狭心症症状とPHSの有意な改善は、少なくとも5年間は持続する。しかし、この地域では患者の3分の1が仕事に復帰しておらず、これは臨床症状だけに依存しているわけではない。
61	Y. Soejima; A. Sleptoe; S. Nozoe; C. Tei	1999	Psychosocial and clinical factors predicting resumption of work following acute myocardial infarction in Japanese men	日本人男性の急性心筋梗塞後の仕事再開を予測する心理社会的および臨床的要因	虚血性心疾患		Int J Cardiol	72	1	39-47	10.1016/s0167-5273(99)01517-6	日本人男性患者を対象に、急性心筋梗塞後の仕事再開、仕事復帰の遅れ、仕事の活動レベルに関連する心理社会的および臨床的要因を調査した。初発の急性心筋梗塞を経験した、66歳以下でフルタイムの仕事に就いている既婚男性患者111名が参加しました。入院中に面接と質問票を実施し、仕事に関する転帰の潜在的な予測因子を評価し、平均8ヵ月後に追跡調査 (81.6%) を行った。その結果、復帰できないことは、高齢 (P=0.019)、内向的な性格 (P=0.011)、入院中の抑うつ症状の有無 (P=0.031) によって独立して予測された。職場復帰の遅れは、健康への関心の高さ (P=0.011)、社会的支援の低さ (P=0.021)、ストレスや対処法と病気の関連性を認識していないこと (P=0.001) によって予測された。休業前よりも低い活動レベルで仕事を再開することは、年齢が高いこと (P=0.008)、健康への関心が高いこと (P=0.012)、仕事の活動レベルが低下することを患者が予測していること (P=0.001) と関連していた。休業の長さや重症度に関連する仕事に関する転帰を予測しなかった。以上の結果から、仕事中心の生活を送る日本人男性においては、心理社会的要因が仕事の再開に関連しており、異なる要因が異なる仕事の結果に重要であると結論づけた。また、重要であるとされた臨床社会的要因は、欧米社会で確認されているのとも類似していた。
62	K. E. Covinsky; M. M. Chren; D. L. Harper; L. E. Way; G. E. Rosenthal	2000	Differences in patient-reported processes and outcomes between men and women with myocardial infarction	心筋梗塞患者の男女間における患者報告プロセスとアウトカムの違い	虚血性心疾患		J Gen Intern Med	15	3	169-74	10.1046/j.1525-1497.2000.01269.x	目的: 心筋梗塞の男性と女性のケアの違いを測定するこれまでの研究は、処置の使用や死亡率の違いに焦点を当てていた。しかし、対人関係におけるケアのプロセスや健康状態など、患者が報告するプロセスや結果の違いについてはほとんど知られていない。我々の目的は、最近心筋梗塞で入院した男性と女性について、患者が報告する指標の違いを測定することである。参加者と規定 クリープランド地域の27の病院のいずれかから自宅に退院した心筋梗塞患者を対象に、退院から3ヵ月後に調査を行ったところ、783人(中502人 (64%) から回答を得た。対象者の平均年齢は65歳で、40%が女性であった。測定法: プロセス評価は、入院および退院時のコミュニケーションの質、入院中の健康教育に関する話し合いの報告などであった。アウトカム指標は、Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Surveyの身体的および精神的健康スコア、労働状態の変化、体調不良のために欠けた日数などであった。年齢、その他の人口統計学的特性、併存疾患、心筋梗塞の重症度、入院前の世界的な健康状態を調整した多変量解析を用いて、男性と女性の経過と結果を比較した。主な結果: 多変量解析では、入院中または退院時に少なくとも1つのコミュニケーションの問題を報告する確率は、男性と同様に女性も高かった (オッズ比 [OR] 0.86、95%信頼区間 [95%CI] 0.56~1.33、OR 1.24、95%CI 0.82~1.89)。89)、退院前に食事のアドバースを受けた (OR 0.60、95%CI 0.36~1.01)、胸の痛みを感じたときの対処法を教えたもらった (OR 1.21、95%CI 0.66~2.23)、タバコを吸っている場合には禁煙方法についてアドバイスを受けた (OR 0.64、95%CI 0.26~1.58) と回答した人もいました。しかし、退院から3ヵ月後には、女性は身体的健康 (P<0.05) と精神的健康 (P<0.05) の悪化を報告し、体調不良のためにベッドで過ごすことを報告する傾向が強くなった (OR 1.80、95%CI 1.06~3.05)、心筋梗塞の前よりも仕事量が減ったと報告する傾向が強くなった (OR 4.02、95%CI 1.58~10.20)。結論: 患者の報告で測定されたケアのプロセスに関しては、心筋梗塞の女性はケアの質が男性と同様であった。しかし、心筋梗塞の女性は3ヵ月後には、女性は男性よりも健康状態が悪く、仕事に復帰する可能性が低かった。
63	A. Mital; D. E. Shrey; M. Govindaraju; T. M. Broderick; K. Colon-Brown; B. W. Gustin	2000	Accelerating the return to work (RTW) chances of coronary heart disease (CHD) patients: part 1—development and validation of a training programme	冠動脈性心臓病 (CHD) 患者の職場復帰 (RTW) を促進するために: パート1—職業リハビリテーションプログラムの開発と検証	虚血性心疾患		Disabil Rehabil	22	13-14	604-20	10.1080/09638280050138287	目的: 従来の第2次心臓リハビリテーション (CR) プログラムでは、35年以上にわたって冠動脈性心疾患 (CHD) 患者の職場復帰の改善が見られなかった。国立障害者リハビリテーション研究所がスポンサーとなっているこの9年間の現場主導型研究では、従来のCRプログラムと、仕事の要素をシミュレートした低強度のCRプログラム (Job-Simulated CRプログラム) を、職場復帰 (RTW) と生理学的コンディショニングの観点から比較している。また、仕事を模したCRプログラムに参加した患者の身体能力に対するトレーニングの効果についても同様に関心があった。方法: 30名の患者 (バイパス術15名、血管形成術15名、男性15名、女性15名) が、従来のCRプログラム (対照群) に参加した。仕事を模したCRプログラムには、男性15人、女性2人のバイパスと血管形成術の患者が参加した (実験群)。対照群の患者は、通常の有酸素運動トレーニング (トレッドミルと自転車) を行った。実験群の患者は、プログラップ、タイム-エクササイズ、柔軟性エクササイズ、筋力エクササイズなどの一連の低強度エクササイズに参加した。結果: 低強度の仕事模したCRプログラムに参加した患者は、全員、心筋梗塞 (MI) 発症時と同じ仕事に復帰した。一方、対照群では60%の患者が仕事に復帰し、そのうち少なくとも3分の1の患者はM1発症時と同じ仕事には戻らなかった。両グループの患者は、同じレベルの生理学的コンディショニングを達成した。実験群の患者の身体機能能力は、トレーニングを通して著しく向上した。結論: このフェーズ2の研究の結果から、仕事の要素シミュレートした低強度の第2次心臓リハビリテーションプログラムは、患者の職場復帰という点で、従来の持久力運動をベースとした心臓リハビリテーションプログラムよりもはるかに優れている可能性があるという結論が得られた。また、このようなプログラムは、患者の生理学的コンディショニングを換なうことなく、患者を強化し、身体能力を向上させることができる。
64	D. E. Shrey; A. Mital	2000	Accelerating the return to work (RTW) chances of coronary heart disease (CHD) patients: part 2—development and validation of a vocational rehabilitation programme	冠動脈性心疾患 (CHD) 患者の職場復帰 (RTW) を促進するために: パート2—職業リハビリテーションプログラムの開発と検証	虚血性心疾患		Disabil Rehabil	22	13-14	621-6	10.1080/09638280050138296	目的: 本論文は、2部構成のうちの第2部であり、第1部で報告された実験的実地調査に参加した冠動脈性心臓病患者の職場復帰の結果をレビューする。本研究の結果は、様々な仕事における肉体的・精神的要求に関連した特定の仕事上のストレス要因を反映していた。また、「タイムアウト」と呼ばれる性格的特徴や心疾患の危険因子が、職場復帰に影響を与える可能性があることが示された。方法: 結果: 実験対象者の多くは、比較的高いレベルの仕事満足度を報告した。復帰への期待が高にもかかわらず、これらの患者は、具体的な復職行動計画を促進するための具体的な戦略やリソースを欠いていた。結論: 研究者らは、心臓リハビリテーションスタッフが心臓病患者の職場復帰計画を立てる際には、仕事の物理的および心理社会的側面、雇用者の受容性、安全でタイムリーな職場復帰を促進するために必要な要素を検討することが不可欠であると結論づけた。
65	A. C. Leon; L. Portera; J. T. Walkup	2001	The development and evaluation of the brief depression screen in medically ill disability claimants	医学的に病的な障害を持つ申請者を対象とした簡易うつ病スクリーニングの開発と評価	虚血性心疾患		Int J Psychiatry Med	31	4	389-400	10.2190/a.2e4-976y-bw2q-d9xc	目的: プライマリケアにおけるうつ病の有病率が高いことを示す文献がある。しかし、医療従事者のために特にデザインされ、評価された簡単なうつ病スクリーニングが必要である。我々の目的は、重度の医学的障害を持つ長期障害者を対象とした、簡単なうつ病スクリーニングを開発し、検証することである。方法: 本研究では、がん、糖尿病、心筋梗塞、関節リウマチ、脳卒中、多発性硬化症のいずれかの病気を持つ55歳未満の長期障害申請者480名を対象とした。各被験者は、26の潜在的なスクリーニング項目を含む質問票を記入しました。対象者の一部には、DSM-IVのうつ病およびジスキミア診断のゴールドスタンダードとなっているSCIDを投与した。結果: 大うつ病性障害とジスキミアのための3項目のスクリーニングである「簡易うつ病診断」が開発された。対象者の約34%が大うつ病性障害またはジスキミアの基準を満たしていた。簡易うつ病診断では、このサンプルのうち75%の被験者が検出された。さらに、スクリーニングの結果が陽性であった被験者の半数が、うつ病またはジスキミアの基準を満たしていた。これらの結果は、8項目のBurnamスクリーニングの結果と同等であるが、より広く使用されている20項目のCES-Dほどの感度はない。結論: Brief Depression Screenは、重症の長期障害申請者に使用するために開発・評価された。実際には、うつ病のスクリーニングが陽性であっても、訓練を受けた臨床家が実施する包括的な診断評価を行う必要がある。精神科以外の医学的疾患を持つ障害者のうつ病を同定し治療することで、併存する医学的疾患があっても職場復帰が容易になるかどうかについては、さらなる研究が必要である。
66	O. Mittag; K. D. Kolenda; K. J. Nordman; J. Bernien; C. Maurischat	2001	Return to work after myocardial infarction/coronary artery bypass grafting patients' and physicians' initial viewpoints and outcome 12 months later	心筋梗塞/冠動脈バイパスグラフト術後の職場復帰: 患者と医師の初期視点と12ヵ月後の転帰	虚血性心疾患		Soc Sci Med	52	9	1441-50	10.1016/s0277-9536(00)02501-1	心筋梗塞やCABG後に患者が仕事を再開するかどうかを決定するには、医療以外の要因が重要な役割を果たしている。本研究では、以下のような疑問を持っている。職業上の障害に関する医師と患者の判断の根拠は何か、誰が仕事に復帰し、誰が復帰しないかを予測するための決定の必要要因は何か。対象となったのは、心臓リハビリテーションプログラムに参加している男性患者132名、年齢層は40歳から59歳までの患者に限定した。リハビリテーション後12ヵ月間の仕事の状況は、119人の対象者について判明しており、74人が職業を再開していた。回復分岐の結果、障害と再就職に関する患者と医師の見解は異なる要因に基づいていることがわかった。医師は主に医学的変数 (心疾患の状態と併存疾患) から推定値を導き出しているのに対し、患者の見解は全体的な健康状態、以前の仕事の状況、仕事への満足度、ジスキミアの否定的なイベントに基づいている。全症例の85%で再就職の予測可能な3つの変数が見つかった。(1)年齢、(2)心臓疾患による障害の程度に関連する患者の気持ち、(3)患者の医学的状況全般による職業上の障害の程度に関連する医師の見解。医学的変数 (心疾患の状態など) は、再就職にはほとんど関連していなかった。この結果は、心臓リハビリテーションへの影響に関して結論づけられた。
67	T. Kushnir; O. Luria	2002	Supervisors' attitudes toward return to work after myocardial infarction or coronary artery bypass graft	心筋梗塞または冠動脈バイパスグラフト後の職場復帰に対する上司の態度	虚血性心疾患		J Occup Environ Med	44	4	331-7	10.1097/00043764-200204000-00013	職場の監督者は職場復帰のプロセスにおいて重要な役割を果たしていると考えられるが、この効果についての科学的な文献はほとんどない。本研究では、心筋梗塞や冠動脈バイパス術後の従業員の職場復帰に関する上司の反応、態度、不安を調査した。復職した従業員の監督者58名が、産業医・看護師、心臓病患者、経験豊富な監督者へのインタビューをもとにした自己報告式のアンケートに回答した。上司は、心臓病患者の職業リハビリテーションの成功に大きく貢献していると考えており、産業医との継続的な相談の重要性を強調した。しかし、回答者の多くは、このような従業員は、初期には職業機能が低下していることが多く、特別な注意やサポートが必要であるため、かなりの程度問題があると考えていた。

文献番号	筆者	発行年	タイトル	タイトル邦訳	対象疾患	治療	雑誌名	Volume	Issue	Pages	DOI	要旨
68	L. Pilote; C. Lauzon; T. Huynh; D. Dion; R. Roux; N. Racine; S. Carignan; J. G. Diodati; C. Lévesque; F. Charbonneau; J. Pouliot; L. Joseph; M. J. Eisenberg	2002	Quality of life after acute myocardial infarction among patients treated at sites with and without on-site availability of angiography	現場での血管造影が可能な施設と不可能な施設で治療を受けた患者の急性心筋梗塞後のQOLについて	虚血性心疾患		Arch Intern Med	162	5	553-9	10.1001/archinte.162.5.553	背景：これまでの研究では、血管造影が可能な施設と不可能な施設に入院した急性心筋梗塞 (AMI) 患者の治療と転帰を比較した。死亡率は違いないが、QOL (生活の質) や機能的状態に違いがあるかどうかは不明である。方法：ケベック州内の血管造影が可能な5施設 (n = 253) と不可能な5施設 (n = 334) で治療を受けたAMI患者のQOLと機能的状態を測定した。結果：入院時の臨床的特徴、合併症の発生率、QOLと機能的状態のベースライン測定値は、血管造影を行った施設と行わなかった施設で同等であった。入院中、血管造影を行った施設で治療を受けた患者は、血管造影を行わなかった施設に入院した患者よりも機能的な心臓手術を受けられる可能性が高かった (血管造影：63%対26%、経皮的冠動脈形成術：33%対13%、冠動脈バイパスグラフト：12%対5%)。AMI発症後30日目と6ヶ月目には、QOLは血管造影を行った施設でわずかに優れていたが、1年後には、QOLのほとんどの指標でどちらの施設でもベースラインに落ち、2群間で類似していた。6ヶ月後には、健康関連の標準的なQOLのほとんどの項目は同程度であったが、身体的および精神的な夜間の朝のみの血管造影を行った施設で高かった。仕事への復帰も早く (30日後、23%対12%)、狭心症で再入院する患者の割合も血管造影を行った施設で低かった (AMI発症1年以内、12%対18%)。結論としてはAMI発症後早期において、血管造影を行った施設に入院した患者のQOLは、血管造影を行わなかった施設に入院した患者のQOLよりも高かった。しかし、1年後には、患者のQOLと機能的状態は両群で同等であった。QOLの差は、治療法の差が最も大きいときに生じたものであり、AMI後のケアにおける早期の機能的アプローチとQOLの改善との間には、小さいながらも肯定的な関連性があることが裏付けられた。
69	P. Sellier; P. Varalliac; G. Chetellier; M. C. D'Agost-Boiteux; H. Duard; C. Dubois; P. C. Goeffert; A. S. Pierre	2003	Factors influencing return to work at one year after coronary bypass graft surgery: results of the PERISCOPE study	冠動脈バイパスグラフト手術後1年目の職場復帰に影響する因子：PERISCOPE試験の結果	虚血性心疾患	バイパス術後	Eur J Cardiovasc Prev Rehabil	10	6	469-75	10.1097/11hj.00000106837.97722.86	目的：本研究の目的は、PERISCOPE研究に含まれる60歳未満の職業的に活動的な患者のサブグループを対象に、冠動脈バイパスグラフト手術後の仕事への復帰の予測因子を評価することであった。方法：本研究では、2065名の患者を対象に、運動負荷試験、心エコー図、24時間の外来心電図モニターを用いて、術後20-110日目に評価した。術後1年後にアンケート調査を実施した。我々は、この集団のサブグループを調査し、以前に定義された530名の患者 (94.5%が男性、平均年齢：50.5±5.5歳) で構成された。結果：手術の1年後、これらの患者のうち5.5%が死亡し、21.1%が追跡調査不能となった。残った患者のうち、340名 (67.5%) は仕事に復帰した。40名 (7.5%) が復帰、45名 (8.9%) が病状発症中、22名 (4.4%) が無職、49名 (9.7%) が期限の12ヶ月後には復帰、6名 (1.6%) が復帰に関する情報が不十分であった。多変量解析では、復帰できない独立した予測因子として、年齢が51歳以上であること (OR：0.39 (95%CI：0.25-0.59))、肉体的労働者であること (OR：0.49 (95%CI：0.31-0.79))、前房ガラス体出血 (OR：0.42 (95%CI：0.23-0.74))、狭心症の有無 (OR：0.40 (95%CI：0.20-0.82))、呼吸困難 (OR：0.46 (95%CI：0.28-0.77))、運動時間420秒未満 (OR：0.50 (95%CI：0.33-0.76)) であった。CONCLUSIONS 冠動脈バイパスグラフト手術後の職場復帰は67.5%の症例で認められ、基本的には社会経済的な要因と残存する症状に依存する。また、地域的な影響も認められ、さらなる検討が必要である。
70	E. Sjöderman; J. Lisspers; O. Sundin	2003	Depression as a predictor of return to work in patients with coronary artery disease	冠動脈疾患患者の職場復帰の予測因子としての抑うつ状態	虚血性心疾患		Soc Sci Med	56	1	193-202	10.1016/S0277-9536(02)0024-2	冠動脈疾患 (CAD) の転帰におけるうつ病の重要性がますます認識されている。本研究の目的は、スウェーデンで実施された行動指向型のリハビリテーションプログラムに参加してから12か月以内に、フルタイムおよび労働時間を短縮して仕事に復帰することの予測因子としてのうつ病の力を調べることであった。サンプルは、最近、急性心筋梗塞 (AMI, n=85) を経験したか、冠動脈バイパス手術 (CABG, n=73) または冠動脈形成術 (PTCA, n=40) を受けた被験者198名であった。その結果、介入前の臨床的うつ病 (Beck Depression Inventory) による測定値が15以上) は、フルタイムでも (オッズ比9.43, CI=3.15-28.21)、短時間の労働でも (オッズ比5.44, CI=1.60-18.53)、仕事の再開に大きな影響を与えたが、軽度のうつ病 (BDI 10-15) は、フルタイムでの仕事の再開にも多量の影響を与えた (オッズ比2.89, CI=1.08-7.70)。また、学歴とフルタイムの場合は年齢も仕事の再開を予測した。この結果は、CADイベント後の仕事への復帰に関連する抑うつ症状の重要性を強調している。うつ病の治療が仕事復帰率とどの程度向上させるかを詳しく調べるには、さらなる研究が必要である。
71	L. V. Toms; M. E. O'Neill; A. Gardner	2003	Long-term risk factor control after a cardiac rehabilitation programme	心臓リハビリテーションプログラム後の長期的な危険因子のコントロール	虚血性心疾患	リハビリ	Aust Crit Care	16	1	24-8	10.1016/S1036-7314(03)0025-5	本研究では、第2期心臓リハビリテーション参加者 (CRP) は、心筋梗塞後18ヵ月から36ヵ月の間に、非参加者 (NP) に比べて、長期的なリスクファクターのコントロール、自己評価による健康感、職場復帰率が良好であるという仮説を検証した。この研究は550名の病院で行われた比較的研究である。両群の約半数が総コレステロール (TC) 5.5mmol/L以下を達成していなかった。NPと比較して、CRPはTCが5.5mmol/L以下である割合が有意に高かった (7%対28%) (p=0.006)。また、TCが6.5mmol/L以上のNPは、治療を受けている割合が有意に低かった (p=0.002)。CRPはNPよりも定期的に運動をしている率が高かった (79%対61%) (p=0.038)。血圧の目標値に対する成功率、職場復帰率、自己評価による健康感、両群とも同程度であった。結論として、CRPはNPよりもいくつかの危険因子を長期的にコントロールすることができた。本研究は、オーストラリアの心臓リハビリテーション (CR) プログラム後の心臓病の患者のアウトカムを比較し、さらなるワークアウト測定を形成するものである。
72	E. Broadbent; K. J. Petrie; C. J. Ellis; J. Ying; G. Gamble	2004	A picture of health-myocardial infarction patients' drawings of their hearts and subsequent disability: a longitudinal study	健康の絵-心筋梗塞患者が描いた心臓の絵とその後の障害：縦断的調査研究	虚血性心疾患		J Psychosom Res	57	6	583-7	10.1016/j.psychres.2004.03.014	目的：本研究の目的は、心筋梗塞患者が描いた心臓の絵が、その後の仕事への復帰、運動、症状に対する苦痛、3ヵ月後の回復感を予測するかどうかを検討することである。方法：急性心筋梗塞で入院した70歳未満の連続した74名の患者が退院直前に自分の心臓の絵を描いた。退院前、70歳未満の患者74名に心臓の絵を描いてもらい、3ヵ月後に郵便問票で回復度を評価した。結果：入院中に心臓に損傷を受けた患者は、損傷を描かなかった患者に比べて、3ヵ月後の心臓の回復度が低いこと (P = 0.005)、心臓の絵が長方形 (こと (P = 0.01))、心臓の形状に対するコントロールの認知度が低いこと (P = 0.05) を認識した。また、心臓に描かれたダメージの大きさは、仕事への復帰の遅さと関連していた (r = 0.37, P < .05)。入院中の患者のトロポニンTのピーク値は、ダメージを描いた量と関連していたが (r = 0.41, P < 0.001)、心臓病の自覚期間 (r = 0.26, P < 0.05) を除いて、職場復帰の早さやその他の3ヵ月間の結果とは関連していなかった。結論：心筋梗塞後に患者が自分の心臓の損傷を描いた場合、医学的な損傷の指標よりも回復を予測することができる。描いた絵は、医師が心臓の状態について話し合う際に患者の考えを評価する簡単な出発点となり、病気の否定的な信念に対抗する機会となる。
73	C. R. McBurney; K. A. Eagle; E. M. Kline-Rogers; J. V. Cooper; D. E. Smith; S. R. Erickson	2004	Work-related outcomes after a myocardial infarction	心筋梗塞後の仕事に関する成果	虚血性心疾患		Pharmacotherapy	24	11	1515-23	10.1592/phco.24.16.1515.50946	研究の目的：心筋梗塞後7ヵ月目の患者の仕事に関する転帰を評価し、これらの転帰に関連する患者、疾患、介入の特徴を明らかにする。デザイン：クロスセクショナル調査分析。設定：中西部の大規模手術医療機関。対象者：1年間の指標期間中に急性心筋梗塞と遠隔診断された89名の患者。介入：電話による業務遂行能力に関するアンケート調査および医師録録の調査。測定および主な結果：測定から7ヵ月後、232名の患者に電話インタビューを行い、心筋梗塞前の仕事の状態、仕事に関連した成果 (欠勤、およびFunctional Status QuestionnaireのWork Performance Scale [WPS]) で評価した仕事のパフォーマンスの認識)、および健康関連のQOLを調べた。単変量解析を用いて、個人の特性と心筋梗塞の転帰と関連を調べた。指標となる心筋梗塞の前において89名の患者のうち、21人 (23.6%) は仕事に復帰しなかった。復帰しなかった原因に関連する変数は、過去の心筋梗塞 (指針心筋梗塞以前)、冠動脈バイパスグラフト手術、不完全、ストレス不安、Short Form-12のPhysical Component Summary (PCS-12) スケールの低得点であった。また、復帰しなかった患者は、復帰した患者に比べて、併存疾患が多く、処方された薬剤を多く服用している傾向があった。WPSスコアの中央値は、退院時の中央値よりも高く、指標イベント以前に心筋梗塞を発生しており、最近に休業していない患者が高かった。欠勤を報告した労働者は、同様の労働者よりもPCS-12スコアが低く、また調査前に再入院を報告していた。結論：心疾患の既往と身体機能の低下は、仕事関連の転帰の悪化に一貫して関連していた。この小規模な研究は、健康上の信念、治療、および仕事関連の転帰に影響を及ぼす可能性のあるその他の仕事および患者の要因を含めた、より大規模で広範な研究の必要性を示している。
74	A. Mital; A. Desai; A. Mital	2004	Return to work after a coronary event	冠動脈イベント後の職場復帰	虚血性心疾患		J Cardiopulm Rehabil	24	6	365-73	10.1097/00004833-200411000-00001	要旨なし (review)
75	J. Perk; K. Alexanderson	2004	Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU), Chapter 8. Sick leave due to coronary artery disease or stroke	スウェーデン保健医療技術評価委員会 (SBU)、第8章 冠動脈疾患または脳卒中による病欠	虚血性心疾患		Scand J Public Health Suppl	63		181-206	10.1080/14034950410021880	心血管疾患による病欠期間に関する文献の評価には、十分な科学的品質を有する研究のみが含まれている。これらの研究は、脳卒中、心筋梗塞、冠動脈バイパスグラフト手術 (CABG)、経皮的冠動脈介入療法 (PCI) 後の病欠期間について記述されている。以下の結果については、限られた科学的根拠しか認められなかった。脳卒中後、発症後1年間で労働年齢の患者の半分以上が職場復帰 (RTW) した (若年層の患者で高い)。この点については、ADL能力や認知能力の低下など、脳障害の結果が重要な役割を果たしている。また、心筋梗塞の後、ほとんどの患者がRTWしている。PCIはCABGよりもRTWに関連している傾向がある。しかしながら、長期的には病欠期間には差はない。年齢が高い人や身体的に不十分な仕事をしている人は、職場復帰の程度が低い。国際比較によると、スウェーデンではこれらの症状による病欠期間が他国よりも長い、この習慣を裏付ける科学的証拠はない。近年、心血管疾患患者の病欠期間に関する研究への関心は薄れてきている。急性期の心臓病治療の発展に刺激されて、この分野の研究に再び科学的に取り組むべきである。
76	A. Kieślasing; P. Henriksson	2005	Perceived cognitive function in coronary artery disease—an unrecognised predictor of unemployment	冠動脈疾患における認知機能-知られざる失業の予測因子	虚血性心疾患		Qual Life Res	14	6	1481-8	10.1007/s11136-005-0195-x	目的：認知した認知機能が冠動脈疾患 (CAD) 患者の就業および再就職に影響するかどうかを評価することを目的とした。デザイン：前向き縦断的コホート研究。設定：スウェーデンのストックホルム県セーデルリエの医療機関。対象者：65歳以上の連続した非選択的なCAD患者を対象とし、2年間の追跡調査を行った。主要評価項目：CAD患者の有給状態と仕事への復帰。結果：認知機能は、ベースライン時と2年後の失業率 (OR 2.06 (95% CI: 1.36-3.13); p = 0.0006) および冠動脈疾患による早期退職・病欠 (OR 1.59 (95% CI: 1.12-2.25)) を予測することがわかった。さらに、認知機能は、急性冠動脈イベント後の職場復帰を予測していた (OR 2.28 (95% CI: 1.08-4.84))。年齢、性別、狭心症の有病率と程度 (CCSグレード)、心血管危険因子、イベントなどの共変量は、予測力を変化させなかった。結論：認知された認知機能は、これまで認識されていなかった冠動脈疾患患者の失業、病欠期間、職場復帰の独立した予測因子である。知覚された認知機能は、冠動脈疾患患者の有給状態への能力に新たな視点を与えた。この知見は、個人のケアと社会の両方に意義があると考えられる。
77	I. Korzeniowska; K. Kubacka; R. Piotrowicz	2005	[Cardiological rehabilitation—a chance of returning to work]	[心臓リハビリテーション-復帰の可能性について]	虚血性心疾患	リハビリ	Med Pr	56	4	325-7		世界保健機関 (WHO) の定義によると、「リハビリテーションとは、医学的、社会的、教育的、職業的措置を総合的に協調的に適用し、病人を新しい生活に適応させ、可能な限り最高の体力を獲得することを支援することである」とされている。心血管疾患の患者さんに関して、包括的な心臓リハビリテーションの重要性が特に強調されている。リハビリテーションの効果を示す指標として、職場復帰を挙げる人もいる。2004年5月にダブリンで開催された第8回世界リハビリテーション会議で、Perk (スウェーデン) は職場復帰の問題を扱った文書をレビューした。最近の70年間で、このテーマに関連した460の出版物が発表されている。それらには、心筋梗塞、経皮的冠動脈形成術、大動脈、冠動脈介入療法後に関連した患者の割合と、その成功の要因に焦点を当てている。リハビリテーションは多くの要因の一つであることが明らかになっている。興味深いことに、社会経済的、心理的要因は、医学的な要因ではなく、職場復帰を促進する上で大きな役割を果たしている。また、年齢<50歳、教育、社会的支援、身体的効率、疾患の認識、仕事の満足度、臨床状態の有無、抑うつ、恐怖、経営者と従業員の間、居住地 (農村部か都市部)、経済状況、障害感、外科手術の待ち時間 (3ヵ月より短い期間の方が復帰の頻度が高い) など、他の要因も役割を果たしている。リハビリテーションが職場復帰の可能性を高めるとする証拠を示した研究の数は、かなり限られている。著者らは、入手可能な文献に基づいて、この分野の最新情報をレビューしている。



文献番号	筆者	発行年	タイトル	タイトル訳	対象疾患	治療	雑誌名	Volume	Issue	Pages	DOI	要旨
87	R. S. Poston; R. Tran; M. Collins; M. Reynolds; I. Connerney; B. Reichert; D. Zmirin; B. P. Griffith; S. T. Bartlett	2008	Comparison of economic and patient outcomes with minimally invasive versus traditional off-pump coronary artery bypass grafting techniques	低侵襲手術と従来のoff-pump冠動脈バイパスグラフト術の経済的および患者の転帰の比較	虚血性心疾患	バイパス術後	Ann Surg	248	4	638-46	10.1097/SLA.0b013e31818a1b5	背景：低侵襲冠動脈バイパスグラフト術 (minimally invasive coronary artery bypass grafting; miniCABG) は、従来の胸膜切開CABGと比較して院内罹患率を低下させる。我々は前向きコホート研究 (NCT00481806) を行い、miniCABGがコストに与える影響と退院後のQOLに影響する指標を評価した。方法：内乳乳管 (IMA) グラフト + α の冠動脈ステントを用いて行われた連続したminiCABG症例100例を、IMAと伏在静脈を用いたマッチさせた胸膜切開CABG症例100例と比較したが、どちらもメタボリック症候群の併発 (2.7対2.9) を治療した。両群のコスト、仕事と通常の活動に復帰するまでの時間、1年後の主要な心臓-脳血管系の有害イベント (MACCE) のリスクを比較した。心腔瘻 (トロポニン上昇または心電図変化)、標的血管閉塞 (1年後のCT血管造影)、脳卒中、死亡など。結果：miniCABGでは、ロケット機器とステントが術中コストを増加させたが、挿管時間 (4.80 +/- 6.35 vs. 12.24 +/- 6.24時間)、入院期間 (3.77 +/- 1.51 vs. 6.38 +/- 2.23日)、輸血 (0.16 +/- 0.37 vs. 1.37 +/- 1.35 U) が有意に減少したことにより、術後コストは減少し、総コストには有意な差はなかった。miniCABGを受けることは、交絡因子を調整した後、早期の職場復帰を独立して予測した (t = -2.15; P = 0.04)。一方、胸骨切開CABGは、主に標的血管の開存率の低下により、MACCEを増加させた (HR, 3.9; 95% CI, 1.4-7.6)。結論 MiniCABGは、患者の回復時間を短縮し、1年後のMACCEリスクを最小限に抑え、標準的CABGと比較して優れた品質と結果の指標を示した。これらの結果は、コストを増加させることなく、優れた標的血管グラフトの開存率で得られた。
88	J. Adams; J. Roberts; K. Simms; D. Cheng; J. Hartman; C. Bartlett	2009	Measurement of functional capacity requirements to aid in development of an occupation-specific rehabilitation training program to help firefighters with cardiac disease safely return to work	心疾患を持つ消防士が安全に職場復帰するための職業別リハビリテーションプログラムの開発に役立つ機能的要件の測定	虚血性心疾患		Am J Cardiol	103	6	762-5	10.1016/j.amjcard.2008.11.003	心疾患の既往歴のない健康な男性消防士23名が、7つの一般的な消防作業を模擬した火災救助用の障害物コースに参加しました。彼らは完全個人用保護具と、データ収集用マスクを含む携帯型の代謝測定器を着用しました。各検査者の酸素消費量 (VO(2)) と作業心拍数をモニターし、年齢予測最大心拍数 (220-年齢) とトレーニング目標心拍数 (年齢予測最大心拍数の85%) を算出した。障害物コースの走行中、被験者の平均作業心拍数とピーク心拍数は、算出したトレーニング目標心拍数よりも高かった (t(22)=5.69 [作業心拍数対目標心拍数、p<0.001]、t(22)=15.14 [ピーク心拍数対目標心拍数、p<0.001])。これらの結果は、ピーク時の平均VO(2) (平均値 (3.447ml/min) と代謝等価的作業量 (11.9メッツ)) と合わせて、被験者の機能的な能力は、従来の心臓リハビリテーションプログラムで一般的に達成できている能力 (5~8メッツ) を大きく上回っていたことを示している。結論として、今回の結果は、消防士が心疾患後に安全に仕事に復帰するためには、職業に特化した強力な心臓リハビリテーションプログラムが必要であることを示している。
89	T. A. Hanssen; J. E. Nordrehaug; G. E. Elde; B. R. Hanestad	2009	Does a telephone follow-up intervention for patients discharged with acute myocardial infarction have long-term effects on health-related quality of life? A randomised controlled trial	急性心筋梗塞で退院した患者への電話によるフォローアップ介入は、健康関連のQOLに長期的な効果をもたらすか？無作為化比較試験	虚血性心疾患		J Clin Nurs	18	9	1334-45	10.1111/j.1365-2702.2008.02654.x	目的：退院後の急性心筋梗塞患者を対象に、プロアクティブとリアクティブを組み合わせた電話によるフォローアップ介入を行ったところ、6ヵ月後にポジティブな効果が認められた。本研究の目的は、この介入が退院後18ヵ月までの長期的な効果を持つかどうかを評価することである。デザイン：18ヵ月間の追跡調査を行った前向き無作為化対照試験である。方法：本試験は288名の患者を、電話によるフォローアップの介入群 (n=156) と対照群 (n=132) に割り付けて実施した。主要評価項目は、SF-36を用いた健康関連QOLであった。副次的評価項目は、喫煙・運動習慣、仕事への復帰、胸痛による再入院などであった。結果：介入群と対照群の間において、健康関連QOLのほとんどの項目とサマリスコアが米国の標準集団レベルまで経時的に有意に改善していた。介入群では、身体的および精神的サマリスコアにおいて、6ヵ月以降の全体的な有意な改善は見られなかったが、70歳以上では有意な効果が見られた。胸痛による再入院については有望な効果が認められたが、6ヵ月後の副次的評価項目については、両群間に有意な差は認められなかった。結論：本研究では、6ヵ月間の短期的な効果は良好であったものの、電話によるフォローアップ介入は、健康関連のQOLや二次的な評価項目に長期的な効果をもたらさないことが示された。しかし、急性心筋梗塞患者の罹患率が低下したことを反映して、6ヵ月以降の改善の可能性は予想よりも小さかった。臨床現場への関連性：退院後の電話によるフォローアップは、患者がストレスを感じる人が多い時期に、個別に情報や支援を提供することができる。実施が容易なフォローアップ介入である。今回の研究では、6ヵ月間の適切なサポート期間であることが示された。退院後6ヵ月間は良好な結果が得られたが、本研究では、通常のケアと比較して、電話フォローアップの有意な長期間追加効果は認められなかった。
90	E. Broadbent; C. J. Ellis; J. Thomas; G. Gamble; K. J. Petrie	2009	Further development of an illness perception intervention for myocardial infarction patients: a randomized controlled trial	心筋梗塞患者に対する疾患認識介入のさらなる発展：無作為化比較試験	虚血性心疾患		J Psychosom Res	67	1	17-23	10.1016/j.psychores.2008.12.001	目的：心筋梗塞患者を対象とした院内での簡単な病識介入をさらに発展させ、試験する。方法：急性心筋梗塞で入院した患者103名を、標準治療または標準治療に加えて疾病認識介入を受ける群に無作為に割り付けた。この介入は、院内で行われた30分の患者セッション3回と30分の患者と医師のセッション1回で構成された。患者は6ヵ月まで追跡調査された。主要評価項目は、職場復帰率の群間差であった。結果：介入群と対照群に比べて復帰率が早く、介入群は対照群に比べて3ヵ月までにフルタイムの仕事に復帰した患者が多かった。退院時には、介入群の患者はMIに関する原因病識に変化が見られ、その変化は6ヵ月後の追跡調査でも維持された。また、退院時には、病院で与えられた情報の理解が深まり、心臓リハビリテーションクラスへの参加意向が高まり、職場復帰への意欲が残り、運動量が増加し、フォローアップ時に心臓の状態について関係医に電話する回数が増えたと報告された。結論：本研究は、心筋梗塞患者において、院内での標準的な病識に関する介入が認識を変え、仕事への復帰率を向上させることができるといふ以前の試験結果を再現したものである。また、現在のより広い心筋梗塞の定義や、以前より広い心筋梗塞を患ったことのある患者に対する介入の一般化が可能となった。
91	M. Waszkowska; A. W. Szymczak	2009	Return to work after myocardial infarction: a retrospective study	心筋梗塞後の職場復帰：レトロスペクティブ研究	虚血性心疾患		Int J Occup Med Environ Health	22	4	373-81	10.2478/v10001-009-0033-4	目的：最近の心筋梗塞を発症した労働者の職業機能を評価し、職業活動を継続するための健康関連の決定要因を明らかにすること。材料と方法：本プロジェクトは、調査の約3年前に合併症のない原発性心筋梗塞に罹患した39~65歳の男性労働者183名を対象としたレトロスペクティブ研究である。研究グループは、事故後に仕事に復帰した人と復帰しなかった人の両方で構成されました。対象者のメンタルヘルス、QOL、職業機能は、NHPスケール、Beck Depression Inventory、SpielbergerらによるSTAI質問票、WAI、および自身の質問票「私の仕事」を用いて評価した。結果：データ解析の結果、心筋梗塞後に仕事に復帰した人は、職業活動を再開しなかった人よりも早く、年齢が若く、教育水準、自己評価の健康度、生活の質が高いという特徴があった。職業活動をしている人たちは、仕事への再適応の程度に差があった。不適応では、即ち、不安、作業能力の低下などの障害が発生した。結論を述べると、本研究の結果は、最近心筋梗塞を発症した労働者においては、身体的健康の評価のみに基づいた現在の作業能力の評価手順では不十分であり、精神的健康の評価を補足すべきであることを示している。また、使用者は、心筋梗塞を経験した労働者の能力に合わせて労働条件をよりよく調整するための活動を行うべきである。
92	R. Yonezawa; T. Masuda; A. Matsunaga; Y. Takahashi; M. Saitoh; A. Ishii; T. Kutsuna; T. Matsumoto; K. Yamamoto; N. Aiba; M. Hara; T. Izumi	2009	Effects of phase II cardiac rehabilitation on job stress and health-related quality of life after return to work in middle-aged patients with acute myocardial infarction	中年の急性心筋梗塞患者の復職後の仕事上のストレスおよび健康関連QOLに対する第2相心臓リハビリテーションの効果	虚血性心疾患		Int Heart J	50	3	279-90	10.1536/ihj.50.279	本研究の目的は、急性心筋梗塞 (AMI) を発症した中年患者において、第II相心臓リハビリテーション (CR) が仕事のストレスと復職後の健康関連 QOL (生活の質) に及ぼす影響を明らかにすることであった。AMI後に第II相CRプログラムを終了した中年の外來患者109名 (57名) を対象とし、そのうち72名は退院後5ヵ月後、第III相CRプログラムに参加し (CR群)、37名は退院後に第III相CRプログラムを中止した (非CR群)。仕事のストレスは、仕事のストレス要因、職場のサポート、仕事や日常生活への満足度、心理的苦痛に関する質問を含む職場の仕事のストレス質問票を用いて、AMIの6ヵ月後に評価した。HRQOLは、退院時、AMIの3ヵ月後および6ヵ月後に、36項目の短気健康調査 (SF-36) を用いて評価した。CR群と非CR群の間では、臨床的および職業的特性に有意な差はなかった。CR群の患者は、非CR群の患者と比較して、AMIの6ヵ月後に、仕事のストレス要因と心理的苦痛の結果が有意に良好で、SF-36のスコアも高かった。これらの結果から、これらの中年のAMI後の患者において、第II相CRプログラムを中止することは、復職後の慢性的な心理社会的ストレスを誘発することが示唆された。
93	A. O'Neil; K. Sanderson; B. Odenburg	2010	Depression as a predictor of work resumption following myocardial infarction (MI): a review of recent research evidence	心筋梗塞後の仕事再開の予測因子としての抑うつ状態：最近の研究成果のレビュー	虚血性心疾患		Health Qual Life Outcomes	8	95	477-7525-8-95	10.1186/1477-7525-8-95	背景：うつ病はしばしば心筋梗塞と共存し、仕事などの生活の主要分野における機能の低下を通じて回復を妨げることが分かっている。生存率が向上し、労働寿命が延長された現代において、うつ病が心筋梗塞後の労働成績低下の予測因子であり続けるかどうかを、過去15年間の文献を体系的に検討して検討した。方法：PubMed, OVID, Medline, Proquest, CINAHL plus, SCOPUS, Web of Knowledgeなどの医学、健康、職業、社会科学のデータベースを用いて論文を検索し、以下の事前定めた基準を使用した。(i)データベースにうつ病の指標 (心理的苦痛) とは異なることと仕事の状況を考慮していること、(ii)仕事の成果の予測因子を検討し、統計的に分析していること、(iii)急性冠症候群 (ACS) に一致する症状を示す患者のコーホートを含むこと、(iv)仕事に特有の成果も最低6ヵ月間追跡調査していること、(v)過去15年以内に英語で発表されたこと。対象とした論文の結果は、質を評価し、効果の大きさを比較して分析した。結果：基準を基準とした12件の論文のうち、大多數の研究 (n=7) において、うつ病は職場復帰 (RTW) の可能性の低下を有意に予測した。さらに、うつ病の重症度の増加は、心筋発生後6-12ヵ月のRTWアウトカムと関連していることを示唆する傾向が見られた。その他のRTWの共通の有意な予測因子は、年齢と患者の病気の仕事のパフォーマンスに対する認識であった。結論：うつ病は心筋梗塞後の仕事再開の予測因子である。仕事は生活の質 (QOL) の主要な要素であるため、この知見は現代の臨床、社会、公衆衛生、経済に影響を与える。ターゲットを絞ったうつ病への介入は、MI後のRTWを促進する可能性がある。
94	G. Grande; M. Rompell	2011	Gender differences in recovery goals in patients after acute myocardial infarction	急性心筋梗塞後の患者の回復目標の男女差	虚血性心疾患		J Cardiopolm Rehabil Prev	31	3	164-72	10.1097/CRD.0b013e3182033c8	目的：心臓リハビリテーションは、包括的な心臓病治療に不可欠なものとして確立されているが、女性患者の参加率は男性患者に比べて大幅に低い。紹介者の低さと女性患者の年齢の高さが、この利用率の低さの要因である。また、心臓病患者の回復目標の性別については検討されていない。方法：以下のように。急性心筋梗塞で入院した590名の患者 (女性22.2%) が、回復の5つの領域 (身体機能、リスクファクターの修正、心理的苦痛、日常生活の自立、職場復帰) における24日間の目標に関する質問票に回答した。さらに、心理的苦痛と医療データを評価した。性別による違いは、χ検定、Student t検定、多変量ロジスティック回帰モデル、相形指標モデルを用いて検証した。結果：24日間の回復目標のうち7項目で男女差が認められた。結果：基準を基準とした12件の論文のうち、大多數の研究 (n=7) において、うつ病は職場復帰 (RTW) の可能性の低下を有意に予測した。さらに、うつ病の重症度の増加は、心筋発生後6-12ヵ月のRTWアウトカムと関連していることを示唆する傾向が見られた。その他のRTWの共通の有意な予測因子は、年齢と患者の病気の仕事のパフォーマンスに対する認識であった。結論：うつ病は心筋梗塞後の仕事再開の予測因子である。仕事は生活の質 (QOL) の主要な要素であるため、この知見は現代の臨床、社会、公衆衛生、経済に影響を与える。ターゲットを絞ったうつ病への介入は、MI後のRTWを促進する可能性がある。

文献番号	筆者	発行年	タイトル	タイトル訳	対象疾患	治療	雑誌名	Volume	Issue	Pages	DOI	要旨
95	K. Biering, T. T. Nielsen; K. Rasmussen; T. Niemann; N. H. Hjalund	2012	Return to work after percutaneous coronary intervention: the predictive value of self-reported health compared to clinical measures	経皮的冠動脈インターベンション後の職場復帰: 臨床的指標と比較した自己申告による健康状態の予測値	虚血性心疾患	PCI	PLoS One	7	11	e49268	10.1371/journal.pone.0049268	AIMS: 冠動脈性心臓病は労働年齢層に多く見られる疾患である。死亡率や入院などの従来の予後指標は重要であるが、それだけでは不十分である。就労能力は、臨床的にも社会的にも重要な追加的な結果である。我々は、PCI後の職場復帰 (RTW) の傾向と予測因子を説明し、RTWのリスク層別化に患者報告指標を用いることが有益である可能性について述べる。方法: 2006-2008年にAarhus大学病院でPCI治療を受けた67歳以下の患者1585人を登録した。臨床情報はWest Denmark Heart Registryを通じて提供され、PCIの4週間後に自己評価の健康に関するアンケートを送付した (回答率93.5%)。RTWは週単位で定義され、送金額に関する広範な登録データを使用した。RTWの予測因子はイベント発生までの期間として分析された。予測数値のロジスティック回帰で作成したROC曲線をc-statisticsで評価した。結果: PCIの4週間前には50%の患者が仕事をしていたが、4週間後には25%、12週間後には36%、1年後には43%となった。結果後1ヶ月の患者の自己評価による健康状態は、短期 (12週) および長期 (1年) のいずれにおいても、LVEFを含む他の変数と比較してRTWの有意に優れた予測因子であった。結論: 手技後4週間の患者の自己評価による健康状態は、左室駆出率 (LVEF) よりも強い予測因子であり、結果的に患者がRWに關して医学的アドバイスを求める際に有用であった。
96	J. Munro; N. Angus; S. J. Leslie	2013	Patient focused internet-based approaches to cardiovascular rehabilitation—a systematic review	インターネットを利用した心血管リハビリテーションへの取り組み - システマティックレビュー	虚血性心疾患	リハビリ	J Telemed Telecare	19	6	347-53	10.1177/1357633x13501763	心臓リハビリテーション (CR) は、健康行動や危険因子を改善することが示されており、在宅CRは病院で行うCRと同等の効果があることが示唆されています。遠隔医療は、より多くの患者がCRに参加できる可能性を秘めている。本研究では、心血管リハビリテーションにおける患者中心のインターネットベースのアプローチに関するエビデンスを検討した。検索はPubMed、EMBASE、Scopus、Cochrane Controlled Trials Registerで行いました。合計で830人の心臓病患者を対象とした。インターネットを利用した心臓リハビリテーションと通常のケアを比較した9つの研究が確認された。試験の質は、Jadadスケールを用いて評価した。アウトカムデータは、コンプライアンス、身体活動アウトカム、臨床アウトカム、心理社会的アウトカムの4つの小見出しでプールされた。すべての試験において、コンプライアンス率は高かったが、時間の経過とともに低下した。身体活動指標は、臨床的アウトカムと同様に全般的に改善された。心理社会的指標の変化は肯定的であったが、変化なしとした研究が2件あった。アウトカムにマイナスの影響を与えた介入はなかった。比較的少ない試験数と限られた結果指標にもかかわらず、患者のアウトカムと患者のフィードバックに関してはポジティブな結果が得られたようだ。しかし、臨床サービスに発展したものはなかった。
97	K. Biering, N. H. Hjalund; T. Lund	2013	Methods in measuring return to work: a comparison of measures of return to work following treatment of coronary heart disease	職場復帰の測定方法: 冠動脈性心疾患の治療後の職場復帰の測定方法の比較	虚血性心疾患	PCI	J Occup Rehabil	23	3	400-5	10.1007/s10926-012-9405-x	目的: 一時的な障害後の職場復帰 (RTW) を測定する方法は多様である。本研究の目的は、経皮的冠動脈インターベンション (PCI) 治療を受けた患者の明確な集団と、週単位の移送費に関する行政データを用いて、12か月間におけるRTWの異なる測定法を比較することである。方法: 異なるRTW指標は、PCI後12か月のフォローアップの週次データに基づいて定義され、定義の一致はCohen's kappaで表された。RTWの予後因子をロジスティック回帰で比較した。結果: PCI前に仕事をしていた人のうち、PCI後6か月で70%、1年後で76%が仕事に復帰していた (横断的な測定法を用い、追跡調査中に永久に仕事を辞めた人を除く)。事故が発生するまでの期間を測定した結果、77%がフォローアップ期間中にRTWを経験したが、翌年に再びRTWを経験したのは60%のみであった。これらの指標を比較し、中程度から完全に近い一致が見られたが、再発を伴わないtime-to-event指標の一致率は、他の指標と比較して最も低かった。異なるRTWアウトカムの予後因子を比較したところ、臨床指標である左室駆出率を除いて、ほとんどの関連性は同程度の大きさであったが、両次との関連が考えられた。結論: 指標の違いにより、RTWの割合に若干の差があることが明らかになった。しかし、RTWの定義の間には高い一致が見られた。RTW定義の選択は研究目的に応じ行うべきであり、RTWの予測や危険因子の分析には単純な横断的手法で十分であり、持続可能性、予後、脆弱性に焦点を当てる場合には再発を捉える手法が推奨される。
98	K. G. Lütjens; J. Hjort; T. Engström; L. O. Jensen; H. H. Tilsted Hansen; J. S. Jensen; F. Pedersen; E. Jørgensen; L. Holmvang; A. B. Pedersen; E. F. Christensen; F. Lippert; T. Lang-Jensen; H. Jans; P. A. Hansen; S. Trautner; S. D. ...	2014	Impact of health care system delay in patients with ST-elevation myocardial infarction on return to labor market and work retirement	ST上昇型心筋梗塞患者における医療制度の遅れが労働市場への復帰と仕事の引退に与える影響	虚血性心疾患		Am J Cardiol	114	12	1810-6	10.1016/j.amjcard.2014.09.018	STEMI患者のSTEMI (STEMI) では、システム遅延が短いほど死亡率が低いことから、システム遅延 (救命隊員の呼び出しから一次経皮的冠動脈インターベンション (PPCI) による再灌流までの遅延) がパフォーマンス指標として認められている。しかし、システム遅延が労働市場に及ぼす能力にも影響するかどうかは不明である。そこで、本研究の目的は、PPCI治療を受けたSTEMI患者において、システムの遅延が休業期間や退職までの期間と関連するかどうかを評価することである。1999年1月1日から2011年12月31日までSTEMIで入院し、PPCIで治療を受けた67歳以下の患者を対象に、人口ベースのコホート研究を行った。データはデンマークの人口ベースの登録から得た。STEMI入院前にフルタイムまたはパートタイムの仕事をしていた患者のみを対象とした。システムの遅延と労働市場への復帰までの期間との関連を、統合リスク回帰分析を用いて分析した。また、システムの遅延と退職までの期間との関連は、Cox回帰モデルを用いて解析した。合計4,061名の患者が対象となった。93%が4年間の追跡調査で労働市場に復帰し、41%が8年間の追跡調査で退職した。調整後、120分以上のシステム遅延は、復職率の低下 (ハザード比0.86、95%信頼区間0.81-0.92) および退職の早期化 (ハザード比1.21、95%信頼区間1.08-1.35) と関連していた。結論として、システムの遅延は、仕事の再開の減少および退職の早期化と関連していた。このことは、STEMI患者の治療におけるパフォーマンス指標としてのシステム遅延の価値を強調するものである。
99	S. J. Mirmohammadi; S. M. Sadr-Balghi; A. H. Mehrparvar; M. Gharavi; M. H. Davari; M. Bahaloo; M. Mostaghaci; S. A. Sadr-Balghi; P. Shokouh	2014	Evaluation of the return to work and its duration after myocardial infarction	心筋梗塞後の職場復帰とその期間の評価	虚血性心疾患		ARYA Atheroscler	10	3	137-40		背景: 心筋梗塞後の患者の職場復帰能力の評価については、賛否両論がある。復職プロセスに影響を及ぼす可能性のある様々な要因を理解することは、医師と患者の間の効果的なコミュニケーションを促進するために役立つ。職場復帰は、患者の機能的な能力、心筋梗塞の拡大、心筋機能、いくつかの精神的実践、仕事への満足度、経済状態、年齢などの期間に左右される。本研究は、初回心筋梗塞発作後の職場復帰の頻度と、それに影響を与える要因を評価することを目的とした。方法: 本研究は、2007年9月から2010年9月までイランのセズドで行われた追跡調査で、初回心筋梗塞の患者200名を対象とした。患者は心筋梗塞の6ヶ月と1年後に機能について評価された。仕事への満足度は、高度専門職の患者の満足度アンケートで評価した。結果: 心筋梗塞患者の77%が1年後に仕事に復帰した。平均復職期間146.00 ± 4.12日であった。心筋梗塞後の最初の90日間で60%、40日間で50%の患者が仕事に復帰した。復職しなかった理由で最も多かったのは、患者の判断であった。結論: 本研究は、1年後にはかなりの患者が仕事に復帰していた。復職率に影響する因子は、心筋梗塞後の左室機能と仕事への満足度のみであった。
100	M. U. Worcester; P. C. Elliott; A. Turner; J. J. Pereira; B. M. Murphy; M. R. Le Grande; K. L. Middleton; H. S. Navaratnam; J. K. Nguyen; R. W. Newman; J. Tatoulis	2014	Resumption of work after acute coronary syndrome or coronary artery bypass graft surgery	急性冠症候群または冠動脈バイパスグラフト手術後の仕事の再開について	虚血性心疾患		Heart Lung Circ	23	5	444-53		背景: 職場復帰は、急性心疾患後の回復の重要な指標である。本研究では、職場復帰率を明らかにし、職場復帰しないことや職場復帰が遅れることの予測因子を明らかにすることを目的とした。方法: 急性冠症候群または冠動脈バイパスグラフト手術を受けたために入院した現在雇用されている患者401名を募集した。患者の特徴、認識、職業上の転回について、インタビューと自己報告式のアンケートで調査した。結果: 23人の患者が追跡調査に失敗した。378名の患者のうち、343名 (90.7%) は仕事を再開したが、35名 (9.3%) は再開しなかった。4ヶ月後には309名 (81.1%) の患者が仕事に復帰した。12ヶ月後には、378名の患者のうち302名 (79.9%) が就業し、32名 (8.5%) が無職、20名 (5.3%) が退職した。24人 (6.3%) の患者の雇用状況は不明であった。患者が復職する意思がない、または不確実である場合、健康に対するネガティブな認識を持っている場合、糖尿病以外の疾患を併発している場合、経済的ストレスを報告している場合、復職しない可能性が有意に高かった。復職遅延の有意な予測因子は、心臓リハビリテーションへの参加、入院期間の長さ、過去の狭心症、手作業の仕事、身体活動の多い仕事、仕事への不満、親友がいない、うつ病であった。結論: 職業的転回が悪化するリスクのある患者は、早期に発見することができる。職業リハビリテーションを改善するための戦略については、さらなる調査が必要である。

文献番号	筆者	発行年	タイトル	タイトル邦訳	対象疾患	治療	雑誌名	Volume	Issue	Pages	DOI	要旨
101	J. Gunn; T. Kiviniemi; F. Biancari; O. Kajander; T. Mäkkilä; M. Eskola; E. Iiveskoski; K. Korpihilti; J. O. Wristbacka; V. Anttila; J. Heikkinen; J. Araksinen	2015	Predictors of permanent work disability among ≤50-year-old patients undergoing percutaneous coronary intervention	経皮的冠動脈形成術を受けた50歳以下の患者における永久的労働障害の予測因子	虚血性心疾患		Scand J Work Environ Health	41	5	460-6	10.5271/sjweh.3508	目的 本研究では、経皮的冠動脈インターベンション (PCI) を受けた50歳以下の患者における永久労働障害 (PWD) 年間の発生率と手術後の予測因子を記述することを目的とした。方法: 2002~2012年にフィンランドの4つの病院でPCIを受けた連続した患者910人の患者登録を、ベースラインデータ、手術後データ、後期有害事象についてレビューした。永久労働障害 (PWD) の年次発生率に関するデータは、フィンランドの法定年金保険を管理するFinnish Centre for Pensionsから入手した。結果: 平均追跡期間は41 (標準偏差 (SD) 31) か月であった。103/910 (11.3%) の患者が追跡終了時にPWDに加入しており、そのうち60例 (58.3%) は心臓病と診断されていた (7年後のPWD率の累積発生率は81%)。PWDの独立した予測因子は、結果後脳卒中 (ハザード比 (HR) 4.7、95%信頼区間 (95%CI) 1.8~11.9)、処置後の心筋梗塞 (HR 3.3、95%CI 1.8~6.0)、糖尿病 (HR 2.0、95%CI 1.1~3.7)、退院時の利尿薬 (HR 3.5、95%CI 2.1~5.9)、および年齢の上昇 (HR 1.2、95%CI 1.1~1.3) であった。心臓疾患の診断におけるPWDの予測因子は、結果後の脳卒中と心筋梗塞、退院時の利尿薬、カルシウムチャンネル遮断薬の使用、糖尿病、高齢であった。結論 PCIを受けた50歳以下の患者は、心臓疾患による後遺障害のリスクが高い。この知見は、心臓リハビリテーションによる二次予防のアドヒアランスの強化と、産業保健医療従事者との早期連携の必要性を強調するものである。
102	K. Biering; J. H. Andersen; T. Lund; N. H. Hjøllund	2015	Psychosocial Working Environment and Risk of Adverse Cardiac Events in Patients Treated for Coronary Heart Disease	冠動脈疾患治療患者の心理社会的労働環境と心疾患のリスク	虚血性心疾患		J Occup Rehabil	25	4	770-5	10.1007/s10926-015-9585-2	ここ数十年、心理社会的労働環境と冠動脈性心疾患 (CHD) のリスク増加との間に関連性があるかどうか議論されてきたが、高い心理的要求、社会的支援の欠如、iso-strain (高い仕事上の緊張と社会的支援の欠如の組み合わせ) が関連していることを裏付ける中程度の証拠が存在する。しかし、心理社会的労働環境が、既存の心血管疾患患者の新規心疾患や再入院のリスク因子として役割を果たしているかどうかは、あまり研究されていない。方法: 2006年に経皮的冠動脈形成術 (PCI) を受けた67歳未満の患者のコホートを作成した。PCIの3ヵ月後に、患者は心理社会的労働環境に関するアンケートに答えた。患者はデンマーク全国患者登録およびデンマーク市民登録システムで3年以上追跡し、心臓の有害事象と死亡を確認した。心理社会的労働環境と心臓の有害事象との関連をCox回帰法で分析した。結果: 528名の患者がPCIの12週間後に職場に復帰したが、97名はまだ病気療養中であった。フォローアップ中に12名の死亡と211名のその他のイベントが確認された。心理社会的労働環境と心臓の有害事象や再入院・死亡のリスクとの間には、統計的に有意な関連は認められなかった。結論: 心理社会的労働環境は心臓の有害事象とは関連しなかった。
103	K. Biering; T. Lund; J. H. Andersen; N. H. Hjøllund	2015	Effect of Psychosocial Work Environment on Sickness Absence Among Patients Treated for Ischemic Heart Disease	虚血性心疾患治療患者の病欠に及ぼす心理社会的労働環境の影響	虚血性心疾患 PCI		J Occup Rehabil	25	4	776-82	10.1007/s10926-015-9587-0	はじめに: 過去数十年の間、治療法の改善と生活スタイルの変化により、冠動脈性心疾患患者の死亡率は低下し、その結果、慢性心疾患を抱えて生活する人が増えてきました。このことは、リハビリテーションと労働力への復帰がますます重要になることを意味している。健康な労働者を対象とした先行研究では、心理社会的労働環境が病欠欠動と関連していることが示唆されています。しかし、既存の心血管疾患患者の職場復帰や病欠欠動において、心理社会的労働環境がどのような役割を果たしているかについては、あまり研究されていない。方法: 2006年に67歳以下で経皮的冠動脈形成術 (PCI) を受けた患者のコホートを構築した。患者 (n=625) はPCI治療の3ヵ月後、心理社会的労働環境に関するアンケートに回答した。患者は翌年のレジスターで追跡調査され、3ヵ月後、1年後の病欠、および1年目の新規病欠との関連をロジスティック回帰法で検討した。結果: PCIの3ヵ月後に仕事に復帰した患者は528名で、97名はまだ病気療養中であった。1年後には、1名が死亡、465名が病欠、85名が健康関連の給付を受けたが、74名は永久に離職していた。106人の患者は、最初の1年の病欠と病欠療養中、永久に職場を離れていた。最初の職場復帰後、90人が最初の1年間に新たな病欠欠動を経験したが、残りの429人は経験しなかった。仕事のペースが速い、職場へのコミットメントが低い、認識 (報酬) が低い、仕事のコントロールが低い、3ヵ月後には病欠欠動と関連していたが、1年後には関連しなかった。仕事のコントロールの低さ、および仕事の緊張 (高い要求と低いコントロールの組み合わせ) は、新たな病欠のリストアップと関連していた。結論: 心理社会的労働環境は、PCIの3ヵ月後には病欠欠動と関連していたが、1年後には関連しなかった。
104	L. Chaker; A. Fallo; S. J. van der Lee; T. Muka; D. Imao; L. Jaspers; V. Colpani; S. Mendici; R. Chowdhury; W. M. Bramer; R. Pazoki; O. H. Franco	2015	The global impact of non-communicable diseases on macro-economic productivity: a systematic review	マクロ経済の生産性に対する非感染性疾患のグローバルな影響: システマティックレビュー	虚血性心疾患		Eur J Epidemiol	30	5	357-95	10.1007/s10654-015-0026-5	非感染性疾患 (NCD) は、様々なレベルで大きな経済的影響を及ぼす。NCD [冠動脈性心疾患 (CHD)、脳卒中、2型糖尿病 (DM)、がん (肺がん、大腸がん、子宮頸がん、乳がん)、慢性閉塞性肺疾患 (COPD)、慢性腎臓病 (CKD) を含む] がマクロ経済の生産性に与える経済的影響について調査した文献を系統的にレビューする。2014年11月6日までに、医療データベース (Medline, Embase, Google Scholar) を言語制限なしで系統的に検索した。追加された研究の参考文献リストを検索し、その分野の著者に連絡した。成人 (18歳以上) を対象に実施された無作為化対照試験、コホート、ケースコントロール、クロスセクション、生化学的研究、モデリング研究を対象とした。2人の独立した査読者が、すべての抄録と全文の選択を行った。意見の相違は、コンセンサスを得るか、第三者の査読者に相談して解決した。2人の独立した審査者が、所定のデータ収集フォームを用いてデータを抽出した。主な結果指標は、選択したNCDが生産性 (DALYsで測定)、生産性コスト、労働市場への参加 (失業、職場復帰、病気休職など) に与える影響であった。452件の文献から、126件の研究が組み入れ基準を満たし、その多くは複数のNCDが生産性に与える影響に焦点を当てていた。最も多かったのは乳がん (n=45) で、次いで脳卒中 (n=31)、COPD (n=24)、大腸がん (n=24)、糖尿病 (n=22)、肺がん (n=16)、CKD (n=15)、子宮頸がん (n=7)、CKD (n=2) となっていた。WHO7フリカ地域から4件、地域域域から52件、米州地域域域から53件、西太平洋地域域域から16件、東地中海地域域域から1件、東南アジアからは1件も認められなかった。NCDsに起因するDALYsには大きな地域差が見られたが、特に子宮頸がんと肺がんについては大きな差があった。米国の生産性損失は、COPDの8,800万米ドルから、大腸がんの209億米ドルまでの範囲であった。CHDはオーストラリア経済に年間132億米ドルの損失を与えている。糖尿病、COPD (慢性閉塞性肺疾患)、乳がん (特に肺がん) の生存者は、労働市場への参加率が低下するリスクが高くなる。全体として、NCDは、大陸や所得に関係なく、WHOのほとんどの地域でマクロ経済の生産性に大きな影響を与えている。しかし、中低所得国からの情報が限られていることに加え、対象となる研究には多様性があるため、ドルやDALYsといった絶対的な世界規模の影響を把握することは困難である。
105	M. Sönderberg; A. Rosengren; S. Gustavsson; L. Schiöler; A. Hårenstam; K. Torén	2015	Psychosocial job conditions, fear avoidance beliefs and expected return to work following acute coronary syndrome: a cross-sectional study of fear-avoidance as a potential mediator	心理社会的な職務上の条件、恐怖回避の信念、および急性冠動脈症候群後職場復帰の予測: 恐怖回避を潜在的な媒介とした横断的な研究	虚血性心疾患		BMC Public Health	15		1263	10.1186/s12889-015-2599-z	背景: 治療法の改善にもかかわらず、急性冠動脈症候群は長期にわたる病欠や早期退職の大きな原因となっている。復職に何が役立つかについての知識は限られており、特に心理的プロセスや心理社会的な仕事の影響の役割は大きい。この横断的研究の目的は、心理社会的に不利な職務条件と仕事に対する恐怖回避信念との関連を調べること、およびそうした信念が急性冠動脈症候群生存者の職務条件と期待される復職との関係を媒介するかどうかを調べることである。方法: 研究の対象基準: 急性心筋梗塞または不安定狭心症の診断を受け、65歳以下で、スウェーデンの西部に居住し、現在働いている人。全体で509人 (女性21.8%) が研究参加を受け入れ、研究対象となるすべてのデータが分析可能であった。心理社会的な仕事の実数である仕事の要求とコントロールおよび努力と報酬の不均衡は、標準的な質問票を用いて評価した。線形回帰モデルを用いて、心理社会的要因と恐怖回避との関係を調べ、恐怖回避の媒介効果を検証した。全サンプルおよび性別による層別分析を行った。結果: 仕事に対する恐怖回避の信念は、高い緊張 (β1.4; CI1.2-1.6)、能動的・変動的な仕事、高い努力と報酬の不均衡 (β0.6; CI0.5-0.7) を特徴とする心理社会的な仕事環境と関連していた。さらに、このような信念は、不利な労働条件と予想される復職期間との関係を媒介していた。しかし、これらの結果は、全サンプルを対象とした分析、または性別参加者においてのみ観察された。女性では、高い緊張が恐怖回避と関連していただけで、これらの関係は選択した交絡因子を考慮すると有意ではなかった。結論 この横断的研究は、心理社会的に不利な労働条件で働いている急性冠動脈症候群の生存者が、職場に対して恐怖回避の信念を持っていることを示した。さらに、これらの信念は、緊張度の高い仕事や努力と報酬のバランスが取れていない仕事と、期待される職場復帰との関係を媒介していた。しかし、これらの結果は主に男性に見られたものであり、女性の研究参加者が少なかったことや、復職のメカニズムに男女差があったことが考えられる。しかし、心理社会的な労働条件の改善や、恐怖回避の信念を対象とした認知行動療法に焦点を当てた介入によって、早期の職場復帰が促進される可能性がある。
106	R. P. Dreyer; X. Xu; W. Zhang; X. Du; K. M. Strait; M. Bierlein; E. M. Bucholz; M. Geda; J. Fox; G. D'Onofrio; J. H. Lichtman; H. Bueno; J. A. Spertus; H. M. Krumholz	2016	Return to Work After Acute Myocardial Infarction: Comparison Between Young Women and Men	急性心筋梗塞後の職場復帰。若い女性と男性の比較	虚血性心疾患		Circ Cardiovasc Qual Outcomes	9	2 Suppl 1	545-52	10.1161/circoutcomes.115.002611	【背景】急性心筋梗塞後の職場復帰は重要な転帰であり、特に若年層の患者に関係する。女性は同年齢の男性よりもAMI後の回復が遅いという証拠から、職場復帰できないリスクが高いと考えられる。しかし、AMI後の職場復帰における性差については、若年層 (55歳以下) を対象とした広範な研究は行われていない。【方法と結果】「Variation in Recovery」プロジェクトに参加した18~55歳のAMI患者1680人 (女性が57%) のデータを分析した。VRGO (Variation in Recovery: Role of Gender on Outcomes of Young AMI Patients) 試験に参加した18~55歳のAMI患者1680例 (女性が57%) のデータを解析した。データは、医療記録の抽出と患者のインタビューによって得られました。多変量回帰分析を行い、AMI発症後12か月時点での復職率の性差と、患者の特徴と復職率の関連性を調べた。若年層と比較すると、若年女性の復職率は低かった (89%対85%、85%対89%、P=0.02)。しかし、この性差は、患者の社会人口統計学的特性、心理社会的因子、健康指標を調整しても有意ではなかった。結核していること、専門職や事務職に従事していること、身体的健康状態が良好であること、冠動脈疾患や高血圧の既往がないことは、12ヵ月後の職場復帰の可能性が高いことと有意に関連していた。結論 若年層では、女性は男性よりもAMI後の職場復帰の可能性が低い。この不利な状況は、人口統計学的、職業的、および健康上の特性の違いによって説明される。



文献番号	筆者	発行年	タイトル	タイトル訳	対象疾患	治療	雑誌名	Volume	Issue	Pages	DOI	要旨
115	J. Hegewald; U. E. Wegewitz; U. Euler; J. L. van Dijk; J. Adams; A. Fishta; P. Heinrich; A. Seidler	2019	Interventions to support return to work for people with coronary heart disease	冠動脈性心臓病患者の職場復帰を支援する介入策	虚血性心疾患		Cochrane Database Syst Rev	3	3	Cd010748	10.1002/14651858.CD010748.pub2	【背景】冠動脈性心疾患 (CHD) 患者は、心筋梗塞などの急性疾患や、冠動脈バイパス移植 (CABG) や経皮的冠動脈インターベンション (PCI) などの血行再建術を受けた後、回復のために長期の休職を余儀なくされることが多い。冠動脈疾患による機能能力の低下や不安は、仕事への復帰をさらに遅らせた、妨げたりする可能性がある。【目的】冠動脈疾患患者の職場復帰を促進することを目的とした、たとえ仕事に直結した介入を、通常のケアや介入を行わない場合と比較して、その効果を評価すること。【検索方法】2018年10月11日までに、データベースCENTRAL, MEDLINE, Embase, PsycINFO, NIOSHTIC, NIOSHTIC-2, HSELINE, CISDQ, LILACSを検索した。米国国立医学図書館の登録機関であるclinicaltrials.govを検索し、進行中の研究を確認した。選択された介入または通常のケアのいずれかを提供したCHD患者の職場復帰を検討した無作為化対照試験 (RCT) を対象とした。選択された研究では、心筋梗塞の治療を受けた人、またはCABGまたはPCIのいずれかを受けた人のみを対象とした。試験対象者の80%以上がCHD発症前から働いていたことが必要で、試験者は働いていないか、または研究著者が復職サブグループを考慮していなければならない。すべての言語の研究を対象とした。2人のレビュー著者が独立して介入を選択し、意見の相違を解決するために3人目のレビュー著者が2人のレビュー著者がデータを抽出し、独立してバイアスのリスクを評価した。復職率と復職までの期間についてメタアナリシスを行った。副次的アウトカムである健康関連QOLと仕事参加については、試験参加者の80%以上が復職可能であった研究を対象とした。【主要な結果】39件のRCT (クワステラ型RCT1件、3群RCT4件を含む) が見つかった。Person-directed, psychological counselling vs. usual careは65人の参加者のサブグループを対象に、心医学的介入後の職場復帰を検討した11件の研究をメタ分析に含めた。ほとんどは、参加者の疾患関連不安を軽減するために何らかのカウンセリングを行い、医師を執事するためにCHDの原因や経過に関する情報を提供した。これらの介入によって、6ヶ月までの職場復帰が増加するの (リスク比 (RR) 1.08、95%信頼区間 (CI) 0.84~1.40) の研究が非常に低い確率性の証拠 (I <sup>2</sup> =0)、6~12ヶ月後の職場復帰が増加するの (RR 1.24、95%CI 0.95~1.63; 2件の研究; 非常に低い確率性の証拠) は分かっていない。また、心医学的介入が職場復帰までの期間を短縮するかどうかはわかっていない。心医学的介入は、1年か6年の間に160名の参加者の割合はほとんど、あるいは全く影響を及ぼさないかもしれない (RR 1.09、95%CI 0.88~1.34; 3件の研究; 確率性の低い証拠)。人を介した、仕事を介したカウンセリング vs 通常のケア4件の研究では、仕事を介したカウンセリングが検討された。これらのカウンセリング介入は、トレッドミル検査に基づいて患者に職場復帰のタイミングを助言するものや、CHDに関する同僚の不安や誤解を含めてカウンセリングを拡大するものがあった。職場主導型のカウンセリングは、職場復帰までの日数の平均差 (MD) にほとんど差をもたらさない可能性がある (MD -7.52日、95%CI -20.07~5.03日; 4件の研究; 確率性の低い証拠)。仕事を直結したカウンセリングでは、心臓発症にほとんど差がないと思われる (RR 1.00、95%CI 0.19~5.39; 2件の研究; 中程度の確率性の証拠)。個人主導の身体調整介入と通常ケアの比較2件の研究で、運動プログラムは、職場復帰に要する期間にほとんど差をもたらさない可能性がある (RR 1.09、95%CI 0.99~1.20; 5件の研究; 確率性の低い証拠)。また1年後の患者の仕事率にもほとんど差をもたらさない可能性がある (RR 1.04、95%CI 0.82~1.20; 3件の研究; 確率性の低い証拠)。フィジカルコンディショニングの介入は、職場復帰に要する期間にほとんど差をもたらさない可能性があり (RR 1.00、95%CI 0.95~1.05; 4件の研究; 非常に低い確率性の証拠)。また1年後の患者の仕事率にもほとんど差をもたらさない可能性がある (RR 1.00、95%CI 0.35~2.80; 2件の研究; 中程度の確率性の証拠)。個人指導型の複合介入と通常ケア複合介入後の職場復帰を検討した13件の研究をメタアナリシスに含めた。複合的な心臓リハビリテーションプログラムは、6ヶ月までの職場復帰を増加させた可能性があり (RR 1.56、95%CI 1.23~1.98; 追加の有益な結果を得るための治療必要数 (NNT) 5; 4件の研究; 確率性の低い証拠)。6~12ヶ月後のフォローアップでの職場復帰率にはほとんど差がない可能性がある (RR 1.06、95%CI 1.00~1.13; 10件の研究; 確率性の低い証拠)。複合的な介入が、1年から5年の間に働く参加者の割合 (RR 1.14、95%CI 0.96~1.37; 6件の研究; 非常に低い確率性の証拠)、または5年の時点で働く参加者の割合 (RR 1.09、95%CI 0.86~1.38; 4件の研究; 非常に低い確率性の証拠) を増加させたかどうかはわからない。Work-directed, intervention-focusedでの厳密なwork-directed interventionsのみを調査した研究は見当たらない。【著者の結論】複合的な介入は、職場復帰の促進に役立つ。おそらく休業期間を短縮する可能性がある。それ以外では、人を対象とした介入が有益または有害な効果を持つという証拠は見つからなかった。様々な介入とアウトカムに関するエビデンスの確信性は、非常に低いものから中程度のものまで様々である。復職は一般的に研究の副次的な結果であり、そのため復職に関する結果はあまり報告されていないことが多い。RCT報告ガイドラインを遵守することで、今後の研究のエビデンスが大幅に改善される可能性がある。仕事を直結した介入の対照試験、復職プロセスにおける健康関連のQOL、および副作用に関しては、研究のギャップが存在する。
116	K. Kotseva; L. Gerlier; E. Sidelnikov; L. Kutkova; M. Lattuada; P. Amarencu; L. Annemans	2019	Patient and caregiver productivity loss and indirect costs associated with cardiovascular events in Europe	欧州における心血管イベントに伴う患者および介護者の生産性低下と間接コスト	虚血性心疾患		Eur J Prev Cardiol	26	11	1150-1157	10.1177/094787319834770	AIMS: 本研究の目的は、欧州における急性冠症候群 (ACS) または脳卒中後の患者および介護者の生産性損失と間接費用を推定することである。方法: ヨーロッパの7つの国で横断研究を行った。検証済みの質問票を、イベント後3~12ヶ月間の循環器科/神経内科の診察時に使用した。また、職場復帰した患者も対象とし、特にプレゼンティズムに注目した。過去4週間の患者の欠勤、フレアアップ、介護者の損失を1年に比例させ、最初の入院/病状による休職と合わせた。失われた時間は、国の人口費 (2018年ユーロ) に従って評価した。結果: 分析対象者は、ACS患者196人 (86%が心筋梗塞) と脳卒中患者198人 (99%が虚血性、77%が修正Rankin Scale 0-1) であった。ACS患者と脳卒中患者の平均年齢は53歳で、それぞれ86%と78%が男性、28%と25%が心血管イベントの既往があり、心臓疾患が確認していた。生産性時間損失の平均 (国別の範囲) は、ACSでは70 (47-91) 日、脳卒中では68 (45-88) 日であった (年間労働時間の25%)。Work-directed, intervention-focusedでの厳密なwork-directed interventionsのみを調査した研究は見当たらない。【著者の結論】複合的な介入は、職場復帰の促進に役立つ。おそらく休業期間を短縮する可能性がある。それ以外では、人を対象とした介入が有益または有害な効果を持つという証拠は見つからなかった。様々な介入とアウトカムに関するエビデンスの確信性は、非常に低いものから中程度のものまで様々である。復職は一般的に研究の副次的な結果であり、そのため復職に関する結果はあまり報告されていないことが多い。RCT報告ガイドラインを遵守することで、今後の研究のエビデンスが大幅に改善される可能性がある。仕事を直結した介入の対照試験、復職プロセスにおける健康関連のQOL、および副作用に関しては、研究のギャップが存在する。
117	B. Schwaab; U. Zeymer; C. Janowitz; D. Pittrow; A. Gitt	2019	Improvement of low-density lipoprotein cholesterol target achievement rates through cardiac rehabilitation for patients after ST elevation myocardial infarction or non-ST elevation myocardial infarction in Germany: Results of the PATIENT CARE registry	ドイツにおけるST上昇型心筋梗塞または非ST上昇型心筋梗塞の患者に対する心臓リハビリテーションによる低密度リポタンパク質コレステロールの目標達成率の改善。PATIENT CARE登録の結果	虚血性心疾患	リハビリテーション	Eur J Prev Cardiol	26	3	249-258	10.1177/094787318817082	目的: PATIENT CARE登録は、心筋梗塞後の心臓リハビリテーション中の患者の臨床的特徴を記録することを目的とし、現在の薬理学的治療、危険因子の修正、高密度リポタンパク質コレステロール (LDL-C) の治療目標の達成状況などを記録した。方法: ドイツ国内の20の心臓リハビリテーション入院センターにおける多施設共同の前向き非介入研究。結果: 合計1408名の心筋梗塞後の患者を分析した。患者の平均年齢は62±11歳で、27.0%が女性であった。入院の原因はST上昇型心筋梗塞 (n=657、48.7%) と非ST上昇型心筋梗塞 (n=617、45.8%) が同じくらいの間であった。冠動脈バイパス術の既往はn=134人 (9.9%) であった。平均して、心臓リハビリテーションは目標となるイベント0.19±0.10日間に開始され、22±4日間続けた。退院時に、96.7%の患者がスタチンを処方され、13.0%がスタチンに追加して別の脂質低下薬を処方され、98.5%が抗血栓薬を処方され、22.3%が抗凝薬を処方された。欧州心臓学会/欧州動脈硬化学会の脂質管理ガイドライン2011に基づくLDL-Cの目標値 (70mg/dl (1.8mmol/l)) を満たした患者の割合は、心臓リハビリテーション入院時の21.4%から心臓リハビリテーション後の退院時には41.9%に増加した。ほとんどの患者 (95.2%) が心臓リハビリテーションを終了し、88%が元の仕事にフルタイムで復帰した。結論: 心筋梗塞後の患者において、心臓リハビリテーションの実施により、修正可能な心血管危険因子、特にLDL-Cが大幅に改善された。大多数の患者は仕事に復帰することができた。しかし、短期的心臓リハビリテーションでLDL-Cガイドラインの目標値に達したのは50%以下であった。
118	R. Du; P. Wang; L. Ma; L. M. Larcher; T. Wang; C. Chen	2020	Health-related quality of life and associated factors in patients with myocardial infarction after returning to work a cross-sectional study	心筋梗塞患者の職場復帰後の健康関連QOLと関連因子: 横断研究	虚血性心疾患		Health Qual Life Outcomes	18	1	190	10.1186/s12955-020-01447-4	背景: 心筋梗塞後の職場復帰は、回復の重要な指標となる。しかし、心筋梗塞は、患者が仕事にプレッシャーや孤独感、劣等感を感じたり、さらには復職後に離職したりする原因となり、生活の質に影響を及ぼす可能性がある。本研究の目的は、心筋梗塞患者の復職後の健康関連生活の質 (HRQL) の影響因子を明らかにし、これらの因子とHRQLとの相関関係を探ることである。方法: 本研究は横断的研究である。2017年10月~2018年3月に中国の三次病院から参加者を募集した。一般データ質問票、Short-Form Health Survey-8 (SF-8)、Health Promoting Lifestyle ProfileII (HPLPII)、Medical Coping Modes Questionnaire (MCMQ)、Social Support Rating Scale (SSRS) を用いて、心筋梗塞患者326名の退院後の職場復帰を評価した。復職後の心筋梗塞患者のHRQLに関連する要因を探るために、重回帰分析を行った。結果: サンプルは326名の患者であった。QOLの平均得点は28.03±2.554であった。重回帰分析によると、次の要因がHRQLの向上と関連していた: 若年 (B=-0.354, P=0.039)、高収入 (B=0.513, P=0.000)、併存疾患の少なさ (B=-0.440, P=0.000)、復職までの期間が長いほど (B=0.235, P=0.003)、ステント設置数の減少 (B=-0.359, P=0.003)、心臓リハビリテーション (CR) への参加 (B=-1.777, P=0.000)、CRの完了 (B=-1.409, P=0.000)、健康への責任感の高さなどの健康行動の改善 (B=0.172, P=0.000) や運動 (B=0.165, P=0.000)、より良い栄養 (B=0.178, P=0.000) や自己実現 (B=0.165, P=0.000) などのより良い健康行動 (B=0.172, P=0.000)、ストレス反応 (B=0.172, P=0.000)、より客観的なサポートのより多くの社会的サポート (B=0.175, P=0.000)、主観的支持 (B=0.167, P=0.000)、社会的サポートの活用度 (B=0.189, P=0.028)、対処感の高さ (B=0.133, P=0.000)、服薬の低さ (B=0.165, P=0.000) などのポジティブな対戦略が挙げられる。結論: MI患者の職場復帰後のHRQLは満足できるものではない。健康行動、対戦略、社会的支援はHRQLに影響を与える要因である。HRQLを改善し、患者の社会復帰を成功させるためには、包括的に絞ったガイドが有効であると考えられる。
119	S. J. Olsen; H. Schirmer; T. Willigaard; K. H. Bjaanaa; T. A. Hanssen	2020	Employment status three years after percutaneous coronary intervention and predictors for being employed: A nationwide prospective cohort study	経皮的冠動脈インターベンションから3年後の就業状況と予測因子: 全国規模の前向きコホート研究	虚血性心疾患	PCI	Eur J Cardiovasc Nurs	19	5	433-439	10.1177/1474515120930614	背景: 急性冠動脈インターベンション後の患者の社会的再適応には仕事への復帰が重要であることから、心臓リハビリテーション (CR) を受ける患者には職業支援が推奨される。経皮的冠動脈インターベンション (PCI) 後にCRが長期的な就業率向上につながるかどうかについては情報が不足している。AIMS: 本研究の目的は、PCIから3年後の就業状況を明らかにすること、CRの参加者とCR非参加者の就業状況を比較すること、および就業の予測因子を評価することであった。方法: NorStent試験の初回PCI患者で、3年後の追跡調査時に労働年齢 (63歳未満、n=2488) であった患者を対象とした。就業状況とCRへの参加状況は、自己申告式の質問票を用いて評価した。傾向スコア法を用いて、CR参加者とCR非参加者の雇用状況を比較した。結果: インデックスイベント時に60歳未満であった参加者の70%がフォローアップ時に就業しており、CR参加者は就業状況に影響を与えなかった。男性であること、パートナーと同居していること、高学歴であること、雇用される可能性が高いことと関連していたが、高齢であること、心血管疾患の既往があること、追跡調査時に雇用されていることが低いことと関連していた。結論: 冠動脈血行再建術後3年での就業状況は、CR参加者とCR非参加者の間で有意な差は見られなかった。就業状況を改善するための最新の介入を実施すべきである。このようなプログラムは、女性、高等教育を受けていない患者、一人暮らしの患者が失業したままになる可能性が高いことから、これらの患者に焦点を当てることができる。
120	A. Salzwedel; I. Koran; E. Langheim; A. Schitt; J. Nothoff; C. Bongartz; M. Wrenger; S. Seher; R. Reibis; K. Wegscheide; r. H. Völler	2020	Patient-reported outcomes predict return to work and health-related quality of life six months after cardiac rehabilitation: Results from a German multi-centre registry (OutCaRe)	患者の報告によるアウトカムは、心臓リハビリテーション後の6ヶ月後の職場復帰と健康関連QOLを予測する。ドイツの多施設共同登録 (OutCaRe) からの結果	虚血性心疾患		PLoS One	15	5	e0232752	10.1371/journal.pone.0232752	背景: 多成分心臓リハビリテーション (CR) は、心血管危険因子の管理、身体的パフォーマンスや患者の主観的健康の改善を通じて、予後の改善、優れた健康関連生活の質 (HRQL)、職業の再開を達成するために行われる。我々は、CRの入院時に収集した多数のデータの中から、CRの6ヶ月後の職場復帰 (RTW) とHRQLの予測因子を特定することを目的とした。デザイン: 前向き観察型多施設研究。2017年5月から2018年5月の間にCRに登録した。方法: 一般的なデータ (年齢、性別、診断名など) の他に、リスク因子管理のパラメータ (喫煙、高血圧など)、身体的パフォーマンス (最大運動能力、持久力トレーニング時間、6分間実行距離など)、患者報告アウトカム指標 (うつ病、不安、HRQL、主観的健康感、身体的、精神的健康、痛み、ライフスタイル変更動機、一般の自己効力感、年金受取、複数の質問票を用いた職業後の自己評価など) をCR入院時に記録した。これらの変数 (測定時およびCR中の変数) は、CR6ヶ月後のRTWおよびHRQL (SF-12) に対する予測値として、重回帰モデルを用いて分析された。結果: 1262名の患者 (54%が女性、77%が男性) のうち、86名 (6%) が仕事に復帰した。RTW失敗の予測因子は、主にCR退院時の年金給付希望 (OR = 0.33、95%CI: 0.22-0.50) と自己評価した職業後の悪化 (OR = 0.34、95%CI: 0.24-0.48)、急性冠症候群 (OR = 0.64、95%CI: 0.47-0.88) と心不全の併存 (OR = 0.91、95%CI: 0.30-0.87) であった。学歴、仕事上のストレス、心身のHRQLは、RTW成功と関連していた。HRQLは、臨床的/ラウドなパフォーマンスは高く、患者が報告するアウトカム指標 (年金受給希望、健康後の自己評価、不安、身体的/精神的HRQL/健康、ストレス、幸福感、自己効力感など) によって主に決定された。結論: 心疾患患者の職場復帰とHRQLには、患者が報告するアウトカム指標が生に影響していた。したがって、心理社会的支援に焦点を当てた多成分CRアプローチは、主観的健康向上と職業再開のために極めて重要である。TRIAL REGISTRATION: 本研究は、ドイツ臨床試験登録所および世界保健機関の国際臨床試験登録プラットフォーム (ICTRP) に登録された (DRKS00011418; <a href="http://www.drks.de/DRKS00011418">http://www.drks.de/DRKS00011418</a> ), <a href="http://apps.who.int/trialssearch/Trial2.aspx?trialID=DRKS00011418">http://apps.who.int/trialssearch/Trial2.aspx?trialID=DRKS00011418</a> ) 。



文献番号	筆者	発行年	タイトル	タイトル訳	対象疾患	治療	雑誌名	Volume	Issue	Pages	DOI	要旨
132	D. G. Tang; K. B. Shah; M. L. Hess; V. Kasirajan	2014	Implantation of the syncardia total artificial heart	シンカーディアの完全人工心臓の植え込み	心不全	移植ミ型VAD	J Vis Exp			89	10.3791/50377	技術の進歩により、末期心不全に対する機械的循環補助装置の使用が急進に増加している。このような患者の大多数は、一般的に左心室補助装置 (LVAD) で十分な治療を受けることができる。しかし、末期の開心不全やその他の重大な解剖学的病変を有する一部の患者は、単独の開心室機械的サポートでは十分な治療を受けられない場合がある。心室中隔欠損、大動脈瘤/解離、心臓移植片の不全、大動脈の心室血栓、難治性の悪性不整脈 (充満圧に依存しない)、肥大型/拘束型心臓病、複雑な先天性心疾患などが、これらを切除しTAHを置換することでより良い治療が可能となる。患者はしばしば心原性ショックと多臓器不全を呈する。開心室を切除し、同時に全人工心臓(TAH)を置換することは、極端ではあるが、血流の迅速な回復と患者のために有効な治療法である。術後の管理は、終末期臓器再生と身体的リハビリテーションに重点が置かれる。機械的にサポートされているすべての患者に共通する感染症、出血、血栓症、心臓病、心不全、血圧変動などの通常の急務事項に加えて、TAH患者は腎不全と貧血に直面して独自のリスクを抱えている。心室抽出術後の脳性ナトリウム利尿薬ベプタドの急激な減少を補うことは、腎臓保護効果とも思われる。TAH留置後の貧血は重篤で持続する可能性がある。しかし、この貧血は一般的によく耐えられ、HLA感受性を避けるために輸血は制限される。最近でTAHの患者は、500ポンドの空気式コンピュータシステムに繋がれて入院していた。最近、バックアップサイズのポータブルドライバーが導入され (現在、臨床試験中)、患者は自宅に退院し、仕事にも復帰できるようになった。これらの病気の患者の症状は深刻であるにもかかわらず、移植後の経過は79.87%の成功率を誇っている。
133	L. Nordgren; A. Söderlund	2015	Being on sick leave due to heart failure: self-rated health, encounters with healthcare professionals and social insurance officers and self-estimated ability to return to work	心不全による病気休暇中：自己評価の健康状態、医療従事者や社会保険担当者との出会い、自己評価の職場復帰能力	心不全		Psychol Health Med	20	5	582-93	10.1080/13548506.2015.1007148	若年層の心不全患者は、自己評価の低い健康状態を経験することが多い。さらに、自己評価の低い健康状態は、長期の病気休暇や障害年金と関連している。社会人口学的な要因は、仕事に復帰する能力に影響を与える。しかし、心不全による病気休暇中の人々についてはほとんど知られていない。本研究の目的は、心不全による病気休暇中の人を対象に、自己評価された健康状態、気分、社会人口統計学的要因、病気休暇補償、医療従事者や社会保険担当者との出会い、および自己評価された復職能力の関連性を調査することである。この集団ベースの調査は、横断的に行われました。データは2012年にスウェーデンで、2つの公式登録と郵便アンケートから収集された。23〜67歳の被験者590人から回答を得た (回答率45.8%)。記述統計学、相関分析 (スピアマン2変量相関)、ロジスティック回帰分析を用いて関連性を調べた。自己評価の低い健康状態は、病気休暇の完全補償と強く関連していた (OR = 4.1, p < 0.001)。自己評価の低い健康状態は、低所得と中度に関連していた (OR = 0.6, p = 0.003)。自己評価の高い健康状態は、医療従事者との肯定的な出会い (OR = 3.0, p = 0.022) および医療従事者との肯定的な出会いが自己評価の職場復帰能力に与える影響 (OR = 3.3, p < 0.001) と強く関連していた。心不全の人は、長期間にわたって病人となり、多くの場合、障害年金を受給している。働くことができないと、生活の質が低下する。心不全の人が仕事を続けようとするとき、医療従事者や社会保険担当者との前向きな出会いが支えとなる。
134	L. Nordgren; A. Söderlund	2016	Emotions and encounters with healthcare professionals as predictors for the self-estimated ability to return to work: a cross-sectional study of people with heart failure	職場復帰能力の自己評価の予測因子としての感情と医療従事者との出会い：心不全患者を対象とした横断的研究	心不全		BMI Open	6	11	e009896	10.1136/bmjopen-2015-009896	目的：心不全を抱えながら生活するということは、人生が制限されることを意味する。しかし、心不全患者は、できるだけ長く現役で仕事をしたいという願望を持っている。病欠やリハビリテーションには様々な要因が影響するが、心不全患者の病欠や職業リハビリテーションについてはあまり知られていない。本研究では、心不全による病気休暇中の人の復職能力を自己評価するための予測因子として、感情と医療従事者との出会いを明らかにすることを目的とした。デザイン：人口ベースのクロスセクション研究デザインを使用した。SETTING 本研究はスウェーデンで実施された。データは2012年に3つの異なる情報源から収集された。2つの公式登録と1つの郵便問票。参加者数 合計590名を対象とした。統計データ 記述統計学、相関分析、線形重回帰分析を用いた。結果：3つの実数、すなわち、状況に応じて強化されていると感じる ( $\beta = -0.21, p = 0.02$ )、幸せを感じる ( $\beta = -0.24, p = 0.02$ )、仕事に関する励ましを受ける ( $\beta = -0.32, p = 0.001$ ) が、自己推定された復職能力の予測因子となり、同定された。結論としては、心不全のために病気休暇中の人にとって、自分が強くなったと感じること、幸せを感じること、仕事について励ましを受けることは、職場復帰のプロセスに影響を与える。これらのニーズを満たすリハビリテーションプログラムを開発・実施するためには、さらなる研究が必要である。
135	L. Nordgren; A. Söderlund	2016	Being on sick leave due to heart failure: Encounters with social insurance officers and associations with sociodemographic factors and self-estimated ability to return to work	心不全による病気療養中。社会保険担当者との出会い、社会人口学的要因および自己の復職能力との関連性	心不全		Eur J Cardiovasc Nurs	15	3	e27-36	10.1177/1474515115571033	背景：心不全 (HF) 患者の病気療養と職場復帰 (RTW) の能力についてはほとんど知られていない。これまでの研究結果から、心不全により病気療養中の人における社会保険担当者 (SIO) との出会いの重要性や社会人口統計学的な問題が指摘されている。AIMS: 心不全により病気療養中の人々のようにSIOとの出会いを経験するの、また、社会人口学的要因、SIOとのポジティブ/ネガティブな出会いの経験、RTW能力の自己評価との関連を調査する。方法：本研究は、クロスセクショナルデザインの研究である。サンプルは、スウェーデンのHF患者590名である。登録ベースの調査に加入し、郵便調査によるアンケートを実施した。二変量相関とロジスティック回帰分析を用いて、社会人口学的因子、ポジティブおよびネガティブな出会い、RTWへの自己評価能力の関連性を検証した。結果：低収入の人は、疾病補償を受けやすい傾向が高かった。回答者の大部分は、SIOとの出会いを肯定的に経験していた。結論としては、ネガティブな出会いと関連していた。回答者の3分の1以上が、SIOとのポジティブな出会いは、RTWへの自己評価能力を促進すると同意した。収入の高さは、肯定的な出会いの自己評価能力への影響と強く関連していた。結論：SIOと中度による病気療養中の人々の出会い、信頼と信用を含む人々を中心としたアプローチによって特徴づけられる必要がある。低所得者は特に注意が必要である。
136	L. Nordgren; A. Söderlund	2016	Heart failure clients' encounters with professionals and self-rated ability to return to work	心不全患者の専門家との出会いと自己評価による職場復帰能力	心不全		Scand J Occup Ther	23	2	115-26	10.3109/11038128.2015.1078840	背景：心不全患者は長期にわたり病気療養を余儀なくされ、障害年金を受給することが多い。医療従事者は、職場復帰のプロセスを向上させる要因についての知識を必要としている。本研究では、心不全による病気療養者と、医療従事者や社会保険労務士との出会いに焦点を当てた。具体的には、以下の項目との関連を調査することを目的とした。(本研究では、心不全による病欠者と医療従事者・社会保険労務士との出会いに焦点を当て、以下との関連性を検討した：(1) 出会いと社会人口統計学的要因、(2) 出会いと自己評価された復職能力。材料と方法：登録データ心不全による病気療養中の人 (n = 590) への郵便アンケートに基づいた横断的研究。二変量相関分析とロジスティック回帰分析を用いた。結果：性別、収入、年齢は、社会保険労務士や医療従事者との出会いと強く関連していた。自己評価の復職能力は、「合理的な要求をした」、「明確で適切な情報・アドバイスをし」、「合意を守らなかった」との出会いと関連していた。結論と意義：クライアントの復職能力を高めるためには、要求は合理的であるべきであり、情報やアドバイスは明確であるべきであり、合意は守られるべきである。これらの結果は、心不全で病気療養中の人々の職業リハビリテーションに携わる作業療法士などの医療専門家を活用できるものである。
137	L. Nordgren; A. Söderlund	2016	Associations between socio-demographic factors, encounters with healthcare professionals and perceived ability to return to work in people sick-listed due to heart failure in Sweden: a cross-sectional study	スウェーデンで心不全により病気登録された人の社会人口学的要因、医療従事者との出会い、および復職能力の認識との関連性：横断的研究	心不全		Disabil Rehabil	38	2	168-73	10.3109/09638288.2015.1091289	目的：本研究の目的は、心不全による病気療養中の人々を対象に、社会人口統計学的因子、医療従事者とのポジティブ/ネガティブな出会いの経験、およびその出会いが職場復帰能力に与える影響の関連性を調査することである。方法：本研究は横断研究である。データは、スウェーデンの2つの公式登録と、郵便アンケートから収集した。全部で590人の心不全患者がアンケートに回答した。変数間の関連は、二変量相関分析とロジスティック回帰分析で算出した。結果：心不全による病気療養中の人々にとって、医療従事者とのポジティブな出会いは、スウェーデン生まれであること、女性であること、高収入であることと関連していた。高収入の人は、医療従事者とのポジティブな出会いによって職場復帰を支援される可能性が高い。医療従事者がその人の復職能力を信じていると認識することは、復職を促進する可能性がある。結論 女性、外国生まれでない人、高所得者は、医療従事者との出会いを肯定的に受け止める傾向がある。心不全患者のリハビリテーションに携わる医療従事者は、社会的な不平等を認識し、病気療養中は復職のプロセスであることと認識する必要がある。リハビリテーションへの影響：心不全は日常生活を制限し、長期の病気療養のリスクを意味する。心不全の人々のためのリハビリテーションプログラムがあるにもかかわらず、職業リハビリテーションはしばしば見落とされている。心不全による病気療養に関連する因子についての知識は乏しい。医療従事者とのポジティブな出会いの経験は、スウェーデン生まれ、女性、高所得者と関連していた。高収入の人は、医療従事者とのポジティブな出会いによって職場復帰を支援される可能性が高かった。心不全患者のリハビリテーションに携わる医療従事者は、心不全患者に自信と信頼を示すことで、心不全患者をサポートすることができる。しかし、病欠は変化のプロセスを意味することと意識する必要がある。
138	A. Suarez-Pierre; X. Zhou; C. D. Fraser, 3rd; J. C. Grimm; T. C. Crawford; C. Lui; V. Valero, 3rd; C. W. Choi; R. S. Higgins; A. Kilic	2019	Survival and Functional Status After Bridge-to-Transplant with a Left Ventricular Assist Device	左心室補助装置を用いた移植までの期間の生存率と機能的状態について	心不全	LVAD	Asaio j	65	7	661-667	10.1097/mat.0000000000000874	左心室補助装置 (LVAD) をブリッジ・トゥ・トランプラント (BTT) として使用することは、末期心不全を治療するための一般的な方法となっている。我々は、心臓移植後の長期生存率とQOLに及ぼすBTTの影響を調べたことを目的とした。対象は、2007年から2017年の間に米国で単独で心臓移植を受けたすべての成人患者。組み入れ基準は、LVAD (Heartmate II [HMII]またはHeartWare Ventricular Assist System [HVAD]のみ) を装着したBTT患者を対象とし、これらをde novo心臓移植を受けた患者と比較した。主要評価項目は、1年、2年、5年後の生存率であった。副次的エンドポイントは、機能的状態、職場復帰、病院での再入院と移植片拒絶反応の発生率であった。非条件付きおよび条件付き生存率は、Kaplan-Meier法を用いて推定した。リスク調整後の死亡率に対するBTTの独立した影響は、Cox比例ハザードモデルを用いて決定した。この期間に、5,584例がLVADに接続され、12,295例が新たに移植を受けた。1、2、5年後の無条件生存率は、de novo患者のほうで2%高かった。リスク調整後、BTTは各時点で死亡率の上昇と関連していた。90日生存を条件とした無調整の5年生存率は、同群間で同程度であった (82.6%対83.4%, p = 0.15)。機能的状態、仕事への復帰、病院での再入院とグラフ拒絶反応の割合 (調整なし) は、1年、2年、5年の時点で同程度であった。LVADを用いたBridge-to-transplantでは、新規心臓移植を受けた患者と同様に、優れた生存率とQOLが得られる。Bridge-to-transplantを受けた患者は、移植後90日以内の死亡率が若干低くなる。

文献番号	筆者	発行年	タイトル	タイトル邦訳	対象疾患	治療	雑誌名	Volume	Issue	Pages	DOI	要旨
139	S. S. Pedersen; S. J. Skovbakke; U. K. Will; T. Schmidt; R. dePont Christensen ; C. J. Brandt; J. S. arensen; M. Vinther; C. E. Larroude; T. M. Melchior; S. Riahi; K. G. E. Smolderen; J. A. Spertus; J. B. Johansen; J. C. Nielsen	2018	Effectiveness of a comprehensive interactive eHealth intervention on patient-reported and clinical outcomes in patients with an implantable cardioverter defibrillator [ACQUIRE-ICD trial]: study protocol of a national Danish randomised controlled trial	植込み型除細動器を装着した患者の患者報告アウトカムおよび臨床アウトカムに対する包括的な対照試験の試験プロトコル	不整脈	植込み型除細動器	BMC Cardiovasc Disord	18	1	136	10.1186/s12872-018-0872-7	【背景】 デンマークをはじめとする国々では、植込み型除細動器 (ICD) を装着した患者の管理方法が変化してきており、病院で診察に代わって遠隔地での機器のモニタリングが行われるようになってきている。患者と看護、患者と医師の交流が減ることで、患者のケアの質にギャップが生じ、ICDを使用した生活にうまく適応できなくなる可能性がある。目標設定、抑うつ、不安、生活の質のモニタリング、心理的治療、情報提供、支援ツール、看護師とのオンライン対話、オンラインコミュニティネットワークへのアクセスを含む包括的なeHealthの介入は、これらのギャップを埋めるのに役立つ。不安や抑うつに苦しむ患者には特に有益であると考えられる。本研究では、包括的かつインタラクティブなヘルス介入であるACQUIRE-ICDケアイノベーションが、患者報告および臨床アウトカムに及ぼす効果を検証します。方法: ACQUIRE-ICD試験は、デンマークの6つの植込みセンターで初めてICDまたは心臓同期療法 (CRT-D) 付きICDを植え込まれた478名の患者を登録する、多施設、前向き、2群、非盲検の無作為化対照優越性試験。本試験では、ACQUIRE-ICDケアイノベーションの臨床効果および費用対効果、通常のケアへの追加として、通常のケアのみの場合と比較して評価した。主要評価項目であるデバイスの受容性 (Florida Patient Acceptance Surveyで評価) は、移植後12ヶ月目に評価された。副次的評価項目は、植え込み後12ヶ月および24ヶ月の時点で、患者報告アウトカム、職場復帰、初回ICD治療および初入院までの期間、死亡率、費用対効果などを評価した。解説: ICDを装着した患者を対象に、ウェブベースのプラットフォームを介して提供される、患者中心のパーソナライズされたツールに依存する、包括的でインタラクティブなeHealth介入の有効性は、これまで評価されていない。ACQUIRE-ICDのケア・イノベーションは、患者が自身の疾患の管理に積極的に参加することを促進し、より患者中心の疾患管理アプローチの必要性に対応する。このケアイノベーションが患者にとって有益であることが証明されれば、患者のエンパワメントとQOLを向上させるだけでなく、臨床費がより多くの患者をケアするための時間を確保できるようになるかもしれない。TRIAL REGISTRATION: 本試験は2016年11月30日に <a href="https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT02976961">https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT02976961</a> 、登録番号 [ NCT02976961 ] で登録。
140	M. Tiikkaja; A. L. Aro; T. Alanko; H. Lindholm; H. Sistonen; J. E. Hartikainen; L. Toivonen; J. Juutilainen; M. Hietanen	2013	Electromagnetic interference with cardiac pacemakers and implantable cardioverter-defibrillators from low-frequency electromagnetic fields in vivo	生体内の低周波電磁場による植込み型除細動器への電磁干渉	不整脈	CIEDs	Europace	15	3	388-94	10.1093/europace/eus345	AIMS: 電磁干渉 (EMI) は、ペースメーカーや植込み型除細動器 (ICD) を装着した作業員に危険を及ぼす可能性がある。職場によっては、EMIを引き起こす可能性があるほど高い電磁場が存在する。この研究では、ペースメーカーとICDが外部の電磁場に対してどのような影響を受けやすいかを評価することを目的とした。方法と結果: ペースメーカーを装着した11名のボランティアとICDを装着した13名のボランティアを対象に、ヘルムホルツコイルを用いて、周波数2-200Hzの正弦波、パルス波、ランパブ、矩形波の磁場に曝した。磁場の磁束密度は300μTまで変化した。また、EAS (Electronic Article Surveillance) ゲート、IHクッキングヒーター、MIG (Metal Inert Gas) 溶接機からのEMIの発生についても試験を行った。すべてのペースメーカーはバイポーラ設定で、3つのペースメーカーはユニポーラ設定で試験を行った。バイポーラ型のペースメーカーとICDは、いずれも、どのような環境下でも干渉を受なかった。ユニポーラ設定の3台のペースメーカーは、ヘルムホルツコイルの最高磁場の影響を受け、そのうち1台はEASゲートと溶接ケーブルの影響も受けた。IHクッキングヒーターは、ユニポーラ設定のペースメーカーのいずれにも影響を与えなかった。結論: この研究で使用されたような高強度の磁場は、産業界の作業環境でもまれである。ほとんどの場合、従業員は適切なリスク評価を行った上で、双極性ペースメーカーまたはICDを植込みした後、職場に復帰することができる。単極性にプログラムされたペースメーカーは、高電磁場の環境下では使用者に危険を及ぼす可能性があるため、可能な限り回避すべきである。
141	J. G. Fetter; D. G. Benditt; M. S. Stanton	1996	Electromagnetic interference from welding and motors on implantable cardioverter-defibrillators as tested in the electrically hostile work site	電気的に過熱な作業現場でテストされた植込み型除細動器の溶接とモーターによる電磁干渉	不整脈	植込み型除細動器	J Am Coll Cardiol	28	2	423-7	10.1016/0735-1097(96)0147-7	目的 本研究は、患者が職場に復帰できるようにすることを最終的な目標とし、電気的に過熱な職場環境における埋め込み型除細動器の電磁干渉への影響を調べ、これを目的とした。背景: 埋め込み型除細動器の正常な動作は、心臓の電気的活動を確実に感知できるかどうかにかかっている。そのため、職場の外部からの電磁干渉、特に溶接装置やモーター・ジェネレーター・システムからの電磁干渉が感知され、不適切なショックやリードスイッチの異常動作を引き起こし、心室検拍や心室細動の検出が一時的に中断されることが懸念される。方法: 最大900Aのアーク溶接機を操作しているか、200馬力のモーターの近くで作業している患者10名と、最大400Aを引く機関車のスターターの近くにいる患者10名を対象に、1種類の植込み型除細動器 (メドトロニック社製モデル7217および7219) の動作に対する電磁干渉の影響を、内部イベントカウンターのモニタリングを用いて測定した。結果: 電磁干渉は、感知回路またはリードスイッチの動作にそれぞれ2つの潜在的な干渉を生じさせた。1) 溶接電極の活性化に伴う大電流によって発生する。測定周波数が最大50MHzの電界。2) 溶接電極とケーブルに流れる電流によって発生する電界。除細動器の感度は、0.15 mV (モデル7219) または0.3 mV (モデル7217) と最も高い値に設定された。心室検拍と心室細動の治療法は一時的にオフにしたが、検出回路はオンのままにした。結論 試験した埋め込み型除細動器は、検出回路からの過剰測定で確認されたように、電界の過剰による影響を受けていなかった。225Aの溶接電流による磁界は1.2Gの磁束密度を発生させたが、この密度は約10Gを必要とするリードスイッチを閉じるのには不十分であった。患者は職場に戻ることができた。患者は次の注意事項を守る必要がある: 1) 溶接アークとケーブルまたは大型モーターから61cmの最小距離を保つ。2) 溶接装置の試験電流を超えない。3) 電気機器を操作するときは絶縁手袋を着用する。4) 電気機器が適切に接地されていることを確認する。5) 治療が行われたり、誤がば一つとするような感覚があった場合は、すぐに溶接をやめて作業場を離れる。
142	K. S. Sunnerhage n; O. Johansson; J. Herlitz; G. Grimby	1996	Life after cardiac arrest: a retrospective study	心停止後の生活: 回顧的研究	心停止後	Resuscitation		31	2	135-40	10.1016/0300-9572(96)0903-5	目的: 病院外での心臓蘇生 (CPR) 後の生存者の生活状況を評価すること。方法: 当時75歳以下で、病院から生きて退院したCPR生存者を連続的に特定した。平均追跡期間は25.5か月で、追跡時に24%が死亡、9%が行方不明であった。質問票は93%が記入し、71%がインタビューに肯定的であった。結果: 認知機能が低下し、日常生活動作の能力も低下していた。その結果、生活のために多くの人 (老人ホーム) に依存するようになり、仕事への復帰率も低かった。社会的孤立は一般的な訴えであった。また、被験者は基準集団に比べて痛みに対する意識が低いと報告している。健康関連のQOLの他の側面に関しては、この小集団は以前に評価された健康度の患者と多くの類似点を示した。結論: 心臓蘇生を受けた患者が虚血性心疾患を患っている場合、痛みに対する意識の低下を考慮する必要がある。可能であれば、社会的孤立を防ぐようにする。
143	G. Lijla; N. Nielsen; J. Bro-Jeppesen; H. Dunford; H. Friberg; C. Holgren; J. Horn; A. Insaors; I. Kjaergaard; F. Nilsson; P. Pelosi; T. Winters; M. P. Wise; T. Cronberg	2018	Return to Work and Participation in Society After Out-of-Hospital Cardiac Arrest	院外心停止後の職場復帰と社会参加について	心停止後		Circ Cardiovasc Qual Outcomes	11	1	e003566	10.1161/circoutcomes.117.003566	背景: 本研究の目的は、病院外心停止 (OHCA) 生存者が、仕事への復帰を含む日常生活や社会活動に参加する能力について説明することである。具体的目的は、認知機能障害の潜在的な影響を評価することである。方法と結果: TTM試験 (Target Temperature Management) に参加したOHCA生存者278人と、マッチさせたST区分子冠心臓病の対照者119人が、イベント後180日の追跡調査に参加し、参加、仕事への復帰、感情的問題、および認知障害の評価を行った。Mayo-Portland Adaptability Inventory-4 Participation Index では、OHCA生存者 (n=270) は、STセグメント上昇型心臓病対照者 (n=118) と比較して、日常生活や社会への参加が制限されていた (47%対30%、P<0.001)。さらに、イベント前に働いていたST上昇型心臓病対照者 (n=45) の7% (n=3) と比較して、イベント前に働いていたOHCA生存者 (n=135) の27% (n=36) が病状を克服して働いていた (オッズ比: 4.9; 95%信頼区間: 1.4-16.8; P<0.01)。復帰を前提としたOHCA生存者 (n=135) では、認知機能障害のある人 (n=55) は、認知機能障害のない人 (n=40; 36%、n=20、対15%、n=6) に比べて、病状を克服する可能性が3倍高かった (オッズ比: 3.3; 95%信頼区間: 1.2-9.3; P<0.02)。OHCA生存者の場合、参加者の低下を最も予測した変数は、うつ病、移動手段の制限、記憶障害、新しい問題解決の困難さ、疲労、処理速度の低下であった。結論 OHCAの生存者は、心停止後6ヶ月で社会参加がより制限されていることを報告し、ST区分子冠心臓病の対照者と比較して、仕事への復帰率が低かった。認知機能障害は、疲労、抑うつ、運動制限といった密接に関連した症状とともに、社会参加の低下と有意に関連していた。これらの予測変数は、OHCA生存者のうち、回復が遅れているリスクがあり、さらなる支援やリハビリテーションが必要となるため、追跡調査に利用できる可能性がある。臨床試験登録: URL: <a href="https://www.clinicaltrials.gov">https://www.clinicaltrials.gov</a> 。ユニークな識別子: NCT01946932
144	P. Koutoulou-Sotiropoulou; F. V. Lima; K. Stergopoulou	2016	Quality of Life in Survivors of Peripartum Cardiomyopathy	周産期心筋症の生存者のQOLについて	周産期心筋症		Am J Cardiol	118	2	258-63	10.1016/j.amjcard.2016.04.040	周産期心筋症 (PPCM) が生活の質に及ぼす影響については、ほとんどデータがない。本研究の目的は、PPCMが生活の質や感情的幸福に与える影響を明らかにすること。ソーシャルメディアを利用したQOLの実験可能性を明らかにすることを目的とした。本研究では、ソーシャルネットワークサイト「Facebook」上のサポートグループ「Peripartum Cardiomyopathy Survivors」のメンバーを対象にアンケート調査を実施した。合計116名の女性が調査に参加し (年齢36±6.4歳、91%が白人、75%が既婚、46%が大学卒)、最初の診断からの経過年数は4.9±0.5年 (範囲0.02~24年) であった。ほとんどの女性 (41%) はベースラインの活動レベルに戻らず、28%は診断のために仕事を中断した。ほとんどの回答者 (56%) は、過去2か月間に心不全の症状による制限を受けなかったか、わずかに制限を受けただけであった。ほとんどの回答者 (56%) は、PPCMと診断された後、感情をベースラインに戻すことはなく、ほとんどの患者 (73%) は、現在の心不全症状のレベルに不満を持っていた。ほとんどの患者 (67%) は、心不全のために頻りに月に数回以上) 落胆を感じていた。また、医師から聞かれたカウンセリングに満足している女性は26%に過ぎなかった。PPCMと診断してから数年が経過した若い母親が受けるPPCMの精神的・肉体的負担は顕著です。より良い情緒的健康を促進する戦略の特定と、潜在的な治療的介入が必要となるかもしれない。

文献番号	筆者	発行年	タイトル	タイトル邦訳	対象疾患	治療	雑誌名	Volume	Issue	Pages	DOI	要旨
145	Y. Lin; Y. Chen; H. Zhang; Y. Peng; S. Li; X. Huang; Q. Chen	2020	Predictors of return to work after open triple-branched stent graft placement for acute type A aortic dissection	急性A型大動脈解離に対する開胸3枝ステントグラフト留置後の職場復帰予測	大動脈解離	ステントグラフト	Interact Cardiovasc Thorac Surg	30	1	99-106	10.1093/icvts/ivz236	目的 急性A型大動脈解離 (AAAD) 患者の開胸3枝ステントグラフト留置後12ヵ月以内の復職率と、復職できなかった理由を調査する。方法: 2013~2018年の期間に福建省心臓センターで生存退院したAAAD患者を対象に、このコホート研究を行った。収集したデータには、患者のベースライン特性、AAAD後12ヵ月時点での就業状況、12ヵ月時点で仕事に復帰しなかった人の潜在的な理由を分類する変数が含まれていた。ロジスティック回帰法を用いて、12ヵ月後の職場復帰に関連する要因を推定した。結果: AAAD入院から1年後、326名のAAAD患者のうち、81名 (24.8%) が仕事に復帰し、231名 (70.9%) が復帰せず、14名 (4.3%) が死亡した。復職できなかった231人のうち、105人 (45.5%) はAAADのために仕事ができず、36人 (15.6%) はAAADのために仕事を失った。他の危険因子を調整しても、年齢、女性、仕事の種類、手術時間、大動脈クローズアップ時間、集中治療室 (ICU) の滞在期間は、復職の可能性を低くすることと有意に関連していた。CONCLUSIONS AAAD後12ヵ月時点で、以前に雇用されていた患者の25%以下が仕事に復帰した。高齢、女性性、手作業または半熟練の専門職、手術時間の長さ、大動脈クローズアップ時間の長さ、ICU滞在期間の長さは、復職の可能性を低くすることと関連していた。



文献番号	筆者	発行年	タイトル	タイトル訳	対象疾患	治療	雑誌名	Volume	Issue	Pages	DOI	要旨
12	B. A. Stanton; C. D. Jenkins; P. Denlinger; J. A. Savageau; R. M. Weintraub; R. L.	1983	Predictors of employment status after cardiac surgery	心臓手術後の雇用形態の予測因子	虚血性心疾患	心臓手術	Jama	249	7	907-11		心臓外科手術を受けた228名の患者（25歳から64歳）を対象に、術後の就業状況の予測因子を調査した。手術前の1年間に働いていた150人の患者のうち、73%が6ヶ月以内に復帰した。働いていなかった患者のうち、18%が仕事を始めた。術前に復職を期待していた患者の復職率は82%で、他の患者の39%に比べて高かった。このことは、重回帰分析における強力な予測因子であった。教育水準や家族の収入は、職業や必要な肉体的労働のレベルよりも強い予測因子であった。復帰率は、疾患の重症度が低く、術前の疲労度が低い患者で高かったが、性別、手術方法、罹患期間による有意差はなかった。7つの変数は86%の患者の労働状態を正しく予測した。これらの結果は、職場復帰の決定要因は手術前には存在し、患者の態度や期待が重要な役割を果たしていることを示している。
13	L. D. Fisher; D. R. Holmes, Jr.; M. B. Mock; M. Pettinger; R. E. Vlietstra; H. C. Smith; T. J. Ryan; M. P. Judkins; A. J. Gosselin; D.	1984	Design of comparative clinical studies of percutaneous transluminal coronary angioplasty using estimates from the Coronary Artery Surgery Study	冠動脈形成術の比較臨床研究のデザインについて	虚血性心疾患		Am J Cardiol	53	12	138c-146c	10.1016/0022-9149(84)90768-9	PTCAのプロスペクティブな無作為化試験のデザインについて議論した。1本以上の血管の近位部分閉塞の患者がこのような試験の候補となることが示唆されている。1枝CADのコントロールとしての内科的治療、2枝CAD（拡張可能1枝）のコントロールとしての内科的または外科的治療、3枝CADのコントロールとしての外科的治療は、現在の臨床にも合致している。PTCAと対照療法の比較基準としては、バイタルステータス、日常生活の質、最大運動負荷試験時の疾患、MI、入院、労働状態、コスト、フォローアップの血管造影評価、フォローアップの放射線被曝による心室膨張、初期治療後の即時の解剖学的または行動的変化の測定、QOL指標などが考えられる。これら10種類の測定法を、アウトカム基準として望ましい9つの属性、すなわち、測定的重要性、再現性、正確性、研究バイアスの影響が少なくないこと、検出バイアスの影響が少なくないこと、測定法が英手でも入力しやすいこと、重要な差を抽出するに十分な出現率であること、患者にとって便利であること、疾患による影響を測定していること、1回限りで評価していること、Coronary Artery Surgery Studyのデータを検討した結果、(1)死亡率のみに基づく試験は実行不可能である（必要なサンプルサイズが非常に大きいため）、(2)死亡および/またはMIを組み合わせたエンドポイントに基づく試験は約950人の患者が必要である、(3)職場復帰（10%以内）を評価する試験には約950人の患者が必要である、(4)疼痛緩和（対照群の15%以内）に基づく試験には1500人の被験者が必要であることが示唆された。（ABSTRACT TRUNCATED AT 250 WORDS）
14	P. Greenland; M. B. Briody	1984	Rehabilitation of the MI survivor. Management options to maximize	心筋梗塞生存者のリハビリテーション。病院後の転帰を最大化する管理オプション	虚血性心疾患		Postgrad Med	75	1	79-88, 93-6	10.1080/03254811.984.11698557	心筋梗塞生存者に対するリハビリテーションは、生理学的、心理学的、職業的、社会的に最大限の機能を回復または維持するための努力が必要である。その目標は、合併症の発生を遅らせたり予防したりすること、体調不良を予防したり元に戻したりすること、患者が選択した活動に参加する能力を向上させたり仕事に復帰しやすしたりすること、心理的適応を改善すること、そして危険因子を減少させることである。包括的なリハビリテーションプログラムは、生存者における心筋梗塞の自然史と、議論されている介入のリスクとベネフィットを理解することによって導かれる。
15	L. Horlick; R. Cameron; W. Fitor; U. Bhalerao; R.	1984	The effects of education and group discussion in the post myocardial infarction patient	心筋梗塞後の患者に対する教育とグループディスカッションの効果について	虚血性心疾患		J Psychosom Res	28	6	485-92	10.1016/0022-3999(84)90022-5	無作為に選ばれた心筋梗塞後の被験者を対象に、教育とグループディスカッションのプログラムを実施したが、多くの行動的・心理的指標に違いはもたらすことはできなかった。これらの指標には、喫煙行動、健康状態、社会的・娯楽の状態、家族・夫婦生活、職業活動のほか、不安、抑うつ、健康管理の所在などの指標が含まれていた。治療を受けた被験者は、対照群に比べて仕事に復帰するのが遅く、研究終了時に仕事に復帰している可能性も低かった。治療群では補償金を受け取っている人が多く、これが復帰を遅らせる要因になっている可能性がある。被験者の大半は最終的な回復に対して非常に楽観的な態度をとっていたため、改善の余地は限られていた。我々は、心臓リハビリテーションは、「否定的」な態度をとる、通常よりも不安や抑うつが強い患者のみを行うことを提案する。
16	J. Herlitz; I. Helgesson; B. M. Hjalmarson; A. Hjalmarson; C. Jonsteg; B. von Sudow; J. Waldenström	1986	Relationship between serum enzyme activity in acute myocardial infarction and morbidity during a 2-year follow-up	急性心筋梗塞における血清酵素活性と2年間の追跡調査における罹患率との関係	虚血性心疾患		Cardiology	73	2	85-93		初発の心筋梗塞患者585人を対象に、酵素的に推定した梗塞サイズと2年間の追跡調査における臨床経過との関連を調べた。梗塞サイズは、熱安定性乳酸脱水素酵素活性の最大値から推定された。最大乳酸デヒドロゲナーゼ活性が高いほど、死亡率が高く、利尿薬、ジギタリス、抗不整脈薬による治療が多く、職場復帰の頻度が低いことと関連していた。しかし、最大血清活性によって梗塞が小さくなった患者は、狭心症の発生率が高く、再梗塞の発生率も高かった。以上より、2年間の追跡調査において、血清酵素活性と死亡率との間には強い関連性があるが、罹患率との関係はより複雑であると結論づけた。
17	B. R. Chaitman; K. B. Davis; H. T. Dodge; L. D. Fisher; M. Pettinger; D. R.	1986	Should airline pilots be eligible to resume active flight status after coronary bypass surgery? a CASS registry study	航空会社のパイロットは冠動脈バイパス手術後に発症飛行を再開する資格を持つべきか：CASS登録研究	虚血性心疾患	バイパス術後	J Am Coll Cardiol	8	6	1318-24	10.1016/0735-1097(86)90303-5	公共の安全にリスクを伴う職業における冠動脈バイパス手術後の職場復帰のための医学的検証については、特に航空会社のパイロットを対象に議論が行われている。この問題を解決するために、CASS登録から冠動脈バイパス手術を受けた10,312人の患者を調査し、術後に発症飛行を再開する可能性のある平均的な航空会社のパイロットと同様の臨床的・術後の特徴を持つ男性2326人を選んだ。急性冠不全、心筋梗塞、突然死と定義される急性心疾患を発生せずに済む5年間の確率は、心筋梗塞の既往のない男性1,207人で40.92 ± 0.01（平均±SE）、喫煙歴がなく高血圧の既往もない男性122人で48.98 ± 0.01であった。心筋梗塞の既往がある男性1,119人では、左室収縮スコアが5〜9および10以上の場合、急性心疾患を発生せずに済む確率はそれぞれ0.91 ± 0.02および0.92 ± 0.02であった。この患者サブグループの死亡率は、左室収縮スコアが5〜9の場合は年齢を調整させた米国男性集団と同程度であったが（4.0%対4.3%、p=NS）、左室収縮スコアが10以上の場合有意に悪かった（7%対4.2%、p=0.05）。このCASS登録研究から得られたデータは、冠動脈バイパス手術後の航空会社パイロットに対して、運用上問題のないファーストクラスの医療資格を存せようかどうかという問題に関連している。
18	J. G. Maeland; O. E. Havik	1986	Return to work after a myocardial infarction: the influence of background factors, work characteristics and illness severity	心筋梗塞後の職場復帰：背景因子、仕事の特性および病気の重症度の影響	虚血性心疾患		Scand J Soc Med	14	4	183-95	10.1177/140349488601400404	ノルウェー西部の都市部および農村部に住む67歳以下の患者249人を対象に、心筋梗塞後6ヶ月以内の職場復帰（RTW）と、選択した人口統計学的因子、以前の仕事の状況の特徴、心筋梗塞前の健康状態、および心筋梗塞後の臨床的重症度との関係を調査した。追跡調査では、都市部の患者10人のうち8人、農村部の患者10人のうち6人が仕事に復帰していた。全サンプルのRTW率は73%であった。51歳以下、高い教育水準と所得水準、第三次産業で働くこと、身体活動が少なく心理社会的ストレスが少ない仕事をしている、いずれも仕事の再開に有利な要因であった。多変量解析の結果、社会経済的な要因や仕事に関連する要因では、RTWにおける都市と農村の違いを完全に説明できないことがわかった。ステップワイズ判別分析の結果、以下の因子がRTWの重要な予測因子として特定された：居住地、年齢、学歴、自覚された仕事上のストレス、入院中の臨床的合併症。心筋梗塞後の職場復帰の失敗は、多くの個人的・社会的要因によって説明でき、患者の医学的状態によっては限定的にしか説明できない。心筋梗塞後の仕事の再開に対する考え方について、患者と主治医の間の社会的文化的違いについて、さらなる見解が必要である。
19	P. A. Watson; J. F. Mayberry; B. Calcraft	1986	Employment after myocardial infarction amongst previously healthy men	健康だった男性の心筋梗塞後の就業について	虚血性心疾患		J R Soc Med	79	6	329-30	10.1177/141076887906900606	最初の心筋梗塞を発症してから18ヶ月後、55名の男性に郵便アンケートを実施し、得られた情報は2名の著者（PWとGC）によるインタビューで補足した。53人の男性が病気になる前にフルタイムの仕事に就いており、そのうち38人が肉体的労働者であった。彼らの復職と転職を調べ、さらに、その後の健康状態、労働組合や地元の障害者再定住担当者（DRO）の支援についても調査した。また、その後の運動や行為に対する考え方の詳細も記録された。心筋梗塞の18ヶ月後、これらの男性のうち、就業していたのは35%だけで、27%は無職であった。重い肉体的労働をしている患者は、ほとんど元の仕事に戻ることができず、労働組合からの援助もほとんど得られなかった。DROの存在を知っていても、アドバイスを求めてくる患者はほとんどいなかった。梗塞から回復した患者が、活動的で収益性の高い生活に戻れるようにするためには、カウンセリングサービスが必要である。
20	B. Hedbäck; J. Perk	1987	5-year results of a comprehensive rehabilitation programme after myocardial infarction	心筋梗塞後の包括的なリハビリテーションプログラムの5年間の成果	虚血性心疾患	リハビリ	Eur Heart J	8	3	234-42	10.1093/ah/article-abstract/8/3/234-42	急性心筋梗塞から生じた患者を対象に、包括的な心臓リハビリテーションプログラムを実施した。このプログラムには、心筋梗塞後のフィジックでのフォローアップ、外来グループでのフィジカルトレーニング、喫煙や食事に関する情報提供、患者とその家族への心理的サポートなどが含まれていた。プログラムに参加した147人の患者からなる介入群と、標準治療を受けている158人の患者からなる非介入群の連続した参加者と比較された。5年間の追跡調査では、心疾患による死亡率は両群間で差はなかったが、非致死性心筋梗塞の再発率（17.3対33.3%、P=0.02）と総心疾患イベントの発生率は介入群で低かった（39.5対53.2%、P=0.05）。介入群では喫煙者や管理されていない高血圧患者が少なかったことから、危険因子の変化が見られた。基準群の患者は、研究期間中に鎮静剤や長時間作用型ニトログリセリンを多く使用し、職場復帰率も低かった。本プログラムは、55歳以下の年齢層において特に有効であることが証明され、総心疾患発生率は基準群に比べて有意に低く、より多くの患者が仕事に復帰した。以上より、包括的なプログラムの複合的な効果が長期的な結果に寄与しており、本プログラムは心筋梗塞後の二次予防に有効かつ安全な方法であると結論づけられた。
21	A. W. Burgess; D. I. Lerner; R. B. D'Agostino; P. S. Vokonas; C. R. Hartman; P. Gaccione	1987	A randomized control trial of cardiac rehabilitation	心臓リハビリテーションの無作為化比較試験	虚血性心疾患	リハビリテーション	Soc Sci Med	24	4	359-70	10.1016/0022-9536(87)90154-7	対照群を用いた無作為化試験で、急性心筋梗塞（MI）患者に対する心理・社会的リハビリテーションが職場復帰率を有意に改善するかどうかを検証し、迅速な職場復帰を促進または阻害するさまざまな心理的、社会的、職業的、社会人口学的、医学的・薬学的要因の重要性を評価した。89人の患者が無作為に割り振られ、実験的な心臓リハビリテーションプログラム（リハビリケア）に参加し、91人の患者は従来の病院でのリハビリテーション（通常ケア）を受けた対照群とした。実験的治療を受けた患者は、対照群に比べて、最初の追跡調査である3ヶ月後の時点で、心理的改善が有意に少なく、家族のサポートの依存度も低かった（それぞれP=0.04、P=0.05）。最終追跡調査である13ヶ月後の面接では、仕事再開の妨げになっていない割合も同様に低かった。実験群にわずかに有意な差があった（P=0.07）。しかし、職場復帰率は統計的に有意な差は見られなかった（P=0.10以上）。各群とも、梗塞後1年までは88%が仕事に復帰した。さらに、患者が仕事から離れた期間についても、両群で同等であった（リハビリテーション治療日数の中央値=75日、通常の治療日数=81日、P=0.10より大きい）。Cox回帰法を用いた段階的データ解析を行ったところ、いくつかの独立変数が患者の就業期間と相量度で有意な関連を示したが、転帰は、患者の初期の疾患の重症度と臨床経過、家族サポートパターン、および仕事を再開する上で障害の有無を測るいくつかの実数に最も影響することがわかった。今回の結果から、慢性心疾患患者のニーズを満たすには、心理的、社会的、職業的、身体的など、複数のレベルで介入するリハビリテーションプログラムが有効であることが示唆された。また、心疾患に対する患者の全般的な心理・社会的適応に関する対策を実施することで、既存のプログラムを改善できる可能性が示された。
22	J. G. Maeland; O. E. Havik	1987	Psychological predictors for return to work after a myocardial infarction	心筋梗塞後の職場復帰の心理的予測因子	虚血性心疾患		J Psychosom Res	31	4	471-81	10.1016/0022-3999(87)90005-5	67歳以下の患者249人を対象とした前向き研究において、心筋梗塞後6ヶ月での職場復帰（RTW）と、選択した性格特性、感情的反応、健康に関する知識と信念、期待、およびグローバルな健康感との関係を調べた。院内での患者の将来の労働能力に対する期待は、RTWの強い予測因子であることがわかった。さらに、入院中の不安や抑うつ程度、心臓病の生活習慣に関する知識の程度は、RTWと独立して関連していた。これらの効果は、人口統計学的要因、作業関連要因、医学的要因でも説明できなかった。以上のことから、患者の病状に対する初期の認識と感情的反応は、その後の仕事の再開に影響を与えたと結論づけられた。急性心疾患後リハビリテーションを必要とする患者を早期に発見するためには、結果に応じた期待値の測定が最も効果的であると考えられる。

文献番号	著者	発行年	タイトル	タイトル邦訳	対象疾患	治療	雑誌名	Volume	Issue	Pages	DOI	要旨
23	J. G. Maeland; O. E. Havik	1987	The effects of an in-hospital educational programme for myocardial infarction patients	心筋梗塞患者を対象とした院内教育プログラムの効果について	虚血性心疾患		Scand J Rehabil Med	19		257-65		心筋梗塞患者を対象とした標準化された視聴覚教育プログラムの効果を、4つの病院の診療科において時系列の実験的なデザインを用いて評価した。対照群と比較して、教育プログラムを提供された患者は、心筋梗塞に関する知識が豊富で、恐怖を引き起こす信念が少なく、将来の身体能力に関してより楽観的な期待を示し、より迅速に身体活動を再開し、初期の情緒的障害が少なかった。退院後6週間の医師への相談頻度が少なかった。6ヵ月後の死亡率は教育を受けた群で有意に低かったが、長期生存率は両群で同じであった。教育プログラムは、喫煙、職場復帰、性行為の再開、再入院の回数には影響しなかった。この結果から、入院中の標準的な患者教育は実行可能であり、心筋梗塞後の短期的な対処行動を改善することが示された。
24	C. Trelawny-Ross; O. Russell	1987	Social and psychological responses to myocardial infarction: multiple determinants of outcome at six months	心筋梗塞に対する社会的および心理的反応; 6ヵ月後の転帰を決定する複数の要因	虚血性心疾患		J Psychosom Res	31	1	125-30	10.1016/0022-3999(87)90107-3	心筋梗塞の疑いで入院した65歳以下の既婚男性31名を対象に、6ヵ月間に4回のインタビューを行った。リハビリテーション中の患者の社会的・心理的反応は、半構造化面接スケジュールを用いて聞き取った。転帰の決定要因は、重回帰分析を用いて評価した。仕事、運動、レジャー、性活動への復帰はすべて、胸痛、息切れ、疲労感などの身体的症状に強く影響された。うつ病がないこと、喫煙していないこと、かかりつけ医からのサポートは、リハビリテーション成功の重要な要因となった。入院時に受けた心臓損傷は、転帰に一貫した影響を与えないようであった。喫煙者の半数は、6ヵ月後も喫煙を再開していなかった。入院時に比べて6ヵ月後に働いている男性は少なかった。身体的症状、不安、抑うつはかなりあった。
25	M. J. Follick; L. Gorkin; T. W. Smith; R. J. Capone; J.	1988	Quality of life post-myocardial infarction: effects of a transtelephonic coronary intervention system	心筋梗塞後の生活の質: トランステレフォニック冠動脈インターベンションシステムの効果	虚血性心疾患		Health Psychol	7	2	169-82	10.1037/0278-6133.7.2.169	心筋梗塞後の患者を対象に、経皮的冠動脈モニターとリドカイン注射器を含む、外来患者用のリスク管理システムが生活の質に及ぼす影響を検討した。患者 (n=238) は、本システムと標準的な医療 (コントロール) のいずれかに無作為に割り付けられた。QOL は、心理的状態、仕事への復帰、社会的機能の観点から定義された。対照群の患者と比較して、システム群の患者は、身体機能や症状に対する懸念が有意に減少し、時間の経過とともに抑うつ感情が減少したと報告した。9ヵ月後の追跡調査では、対照群の患者は、臨床的観点から重要な転帰を示さなかった。心臓状態の再発に対する能力についての患者の認識は、抑うつ感情との関係にあるようだった。さらに、9ヵ月後の追跡調査では、対照群の患者 (76%) に比べて、システム群の患者 (92%) は仕事に復帰した割合が高かった。しかし、社会的相互作用の障害の程度については、両群間に有意な差は見られなかった。以上の結果から、患者の治療への参加を促す「システム」を用いることで、心筋梗塞後の生活の質を大幅に改善できることが示された。
26	I. Karlsson; B. Fridlund; L. Hellström; M. A. Eliasson; C. Ekerving; L. Andersson; P. A. Larsson	1988	Do physically active people cope better with biopsychosocial stress after a myocardial infarction?	心筋梗塞後、身体活動の活発な人は生物心理社会的ストレスにうまく対処しているか?	虚血性心疾患		Scand J Caring Sci	2	4	179-83	10.1111/j.1471-6712.1988.tb00088.x	心筋梗塞前の身体活動的な生活と非活動的な生活と心筋梗塞後の対処能力 (心理社会的影響など) との関係についての予備的研究が行われた。スウェーデン南西部の主に農村部において、1984年1月から1986年8月までの間に一定の基準を満たしたすべての心筋梗塞患者 (N=49) に、現在および過去の運動習慣と心臓社会的状況に特に重点を置いた電話調査を行った。その結果、心筋梗塞後、身体を動かさない生活との間には、抑うつ状態の表出が少ない、家庭関係が良好である、職場復帰の程度が高いなどの対処能力において正の相関があることが示された。しかし、そのメカニズムを説明するためには、さらなる研究が必要である。さらに、一次予防と二次予防は、全人的なケアに基づいた多因子的な観点から、「リスク個人」の対処能力をサポートする必要があることを示唆している。
27	C. Dennis; N. Houston-Miller; R. G. Schwartz; D. K. Ahn; H. C. Kraemer; D. Gossard; M. Juneau; C. B. Taylor; R.	1988	Early return to work after uncomplicated myocardial infarction. Results of a randomized trial	合併症のない心筋梗塞後の早期職場復帰のための無作為化試験の結果	虚血性心疾患		Jama	260	2	214-20		職業作業評価が職場復帰までの期間を短縮できるかどうかを調べるため、合併症のない心筋梗塞から回復した49歳7月の有職男性201人を、通常のケア (n=102) または職業作業評価 (n=99) に無作為に割り付けた。職業作業評価は、心筋梗塞後23±3日目に終わった症例のあるトレッドミル試験と、患者と主治医に対する今後2週間以内の職場復帰の正式勧告で構成された。両群に年齢、病状、併存疾患、職種、就労年数などの差はなかった。6ヵ月後、介入を受けた患者の92%、通常のケアを受けた患者の88%がフルタイムまたはパートタイムで勤務していた。フルタイム勤務への復帰は、介入を受けた患者では中央値で51日、通常のケアを受けた患者では75日であった。この回復期間の32%の相違は、心筋梗塞後の6ヵ月間に介入患者1人あたり+2102ドルの給与と関連していた。心筋梗塞後6ヵ月間に、介入患者14名 (死亡1名、非致死性心筋梗塞1名、血管形成術3名、冠動脈手術9名)、通常のケア患者13名 (死亡2名、非致死性心筋梗塞3名、血管形成術6名、冠動脈手術7名) に1度以上の心臓イベントの再発が見られた。職業作業評価に基づく低リスク患者の早期職場復帰は、重要な経済的利益と関連する。
28	J. Eriksson	1988	Psychosomatic aspects of coronary artery bypass graft surgery. A prospective study of 101 male patients	冠動脈バイパスグラフト手術の心身的側面。101名の男性患者を対象とした前向き研究	虚血性心疾患		Acta Psychiatr Scand Suppl	340		1-12	10.1111/j.1600-0447.1988.tb10568.x	連続した男性患者101名を対象に、臨床面接、抑うつ、不安、性格、心理測定、生活ストレステストを実施した。検査は、術前、術後9日目 (平均)、術後7.5ヵ月目に行われた。患者の平均年齢は52.2歳、CHDの平均罹患期間は6.7年であった。術前に77%が心筋梗塞を経験しており、85%がNYHAクラスIIIまたはIVに属していた。74%が3技術であった。リハビリテーションの基準としてNYHA分類を用いた場合、結果は良好であった。術後は80%がNYHAクラスIまたはIIに属していた。術後の死亡率は4%で、1人の患者が最終フォローアップ前に心筋梗塞で死亡した。術後の研究グループの17%は働いていた。患者の87%はCHDが原因で仕事に悪影響を及ぼしたことを経験していた。術後の労働状況は、術後の失業期間 (p<0.0001以下)、復帰に対する患者自身の意見 (復帰したくない) (p<0.01以下)、および術前に経験したネガティブな生活ストレスの量 (p<0.01以下) と相関していた。CABG手術によって仕事にプラスの影響があったのは、シリーズ全体の13%に過ぎなかった。大多数の患者はCHDによる社会的・経済的な生活に影響を受け (51%)、性生活にも悪影響を受けたことがあった (70%)。術後、社会生活で36%、性生活で27%の改善が認められた。15%が術後に性生活の障害を経験した。Beck Depression Inventoryによると、術前に29%がうつ病を発症し、術後は10%であった。この差は有意であった (p<0.0001以下)。臨床的にも数値が高い傾向にあった。また、ハミルトン不安尺度で測定した不安程度についても同様の傾向がみられた。術後精神病の発生率は35%であった。年齢が高いこと (p<0.01以下) および心身症がないこと (p<0.05以下) は、精神病的な程度が高いことと相関していた。NYHA分類に基づく心臓リハビリテーションが優れていたにもかかわらず、シリーズの22%は自分の期待が満たされなかったと考えていた。心理的・社会的なリハビリテーションはいくつかの点で不満足であり、患者はこれに対する準備ができていないようであった。心身の観点からリハビリテーションを考へることの重要性が明らかになった。リハビリテーションの結果を術前に予測することは不可能である。
29	G. R. Smith, Jr.; D. F. O'Rourke	1988	Return to work after a first myocardial infarction. A test of multiple hypotheses	初発の心筋梗塞後の職場復帰。複数の仮説の検証	虚血性心疾患		Jama	259	11	1673-7		24歳から70歳までの151人の患者を対象に、初発心筋梗塞後1年以内の職場復帰と、選択した社会人口学的、健康的、心理社会的、職業的特性との関係を評価した。サンプルの72%が仕事に復帰した。教育、雇用に関連した身体活動、心筋梗塞の重症度、健康状態の認識、経済的インセンティブ、社会経済的地位、治療病院、評価された社会的健康状態、コントロールの存在、仕事に対する満足度、および早期の職業参加は、それぞれ独立した半量量解析で職場復帰と有意に関連することが判明した。スタッフアイズ多変量重回帰分析では、最初4つの因子のみが復職の重要な予測因子として同定された。さらに分析を進めると、患者の教育レベルと雇用に関連する身体活動の知識があれば、復職した患者の71%が正しく分類された。職場復帰は労働障害よりも早しやすいくことがわかった。心筋梗塞後の復職失敗に決定的な影響を与える因子については、さらなる知見が必要である。
30	S. T. Fitzgerald; D. M. Becker; D. D. Celentano; R. Swank; J. Brinker	1989	Return to work after percutaneous transluminal coronary angioplasty	経皮的経皮的冠動脈形成術後の職場復帰	虚血性心疾患	PCI	Am J Cardiol	64	18	1108-12		経皮的経皮的冠動脈形成術 (PTCA) を受ける前の6ヵ月間に就業していた82名の患者を対象に、仕事再開のタイムラグのバターンと、早期の仕事復帰に関連する要因を明らかにするための前向きな研究を行った。PTCAの1ヵ月後には59%の患者が仕事を再開していたのに対し、PTCAの6ヵ月後には87%が就業していました。PTCA前月に心筋梗塞を発症した患者や、教育年数が12未満、フルタイムの仕事、復帰に対する自己効力感 (セルフ・コンフィデンス) が低い患者は、24週間の追跡期間中、どの時点でも仕事を再開する確率が低かった。Cox比例ハザード分析では、心理社会的構成要素である自己効力感が、最近の心筋梗塞の有無、疾患の重症度、年齢、職歴、性別、医師の助言とは独立して、PTCA後1ヵ月の復帰を最も強く予測することが明らかになった (p<0.0006)。PTCA後の復職に関するKaplan-Meier解析では、PTCA後の退院直前に得られた自己効力感の推定値が高い患者は、自己効力感が低い患者よりも早く復職することが確認された (p=0.0001)。また、PTCA前月に心筋梗塞を発症した患者と発症していない患者でも同様の関係が見られ、それぞれp=0.0022、0.0012となった。これらの結果から、PTCAは医師の間では比較的低コストであると考えられているが、患者は身体的には仕事に復帰できる状態であっても、自信を持てずにいるのではないかと考えられる。
31	B. Bryant; R. Mayou	1989	Prediction of outcome after coronary artery surgery	冠動脈手術後の転帰の予測	虚血性心疾患	バイパス術後	J Psychosom Res	33	4	419-27	10.1016/0022-3999(89)90003-2	冠動脈手術は通常、致死的な緩和には成功するが、日常生活の質に対する効果は期待外れに終わることがある。一般化線形相互作用モデリング (GLIM) を用いて、冠動脈手術の3ヵ月後と12ヵ月後の心理および社会的転帰の手術前の予測を検討した。本研究では、職場復帰 (社会復帰、以前の雇用形態)、精神的転帰 (手術前の精神状態)、社会的適応 (手術後の精神状態、年齢、社会復帰) の予測因子を特定した。術後3ヵ月時点での1年後の転帰の予測因子についての我々の分析は詳細ではないが、長期転帰不良のリスクがある人を臨床的に特定するには、回復期の早い時期が最適であると考えられる。この知見は、手術の選択と準備、および追加のリハビリテーションが有効な人の識別に影響を与える。
32	M. H. Picard; C. Dennis; R. G. Schwartz; D. K. Ahn; H. C. Kraemer; W. E. Berger, 3rd; R. Blumberg; R. Heller; H.	1989	Cost-benefit analysis of early return to work after uncomplicated acute myocardial infarction	合併症のない急性心筋梗塞後の早期復帰の費用対効果の分析	虚血性心疾患		Am J Cardiol	63	18	1308-14	10.1016/0002-9149(89)1040-0	合併症を伴わない急性心筋梗塞から回復した低リスクの患者を特定し、職場復帰を早めることを目的とした職業評価の経済的影響を無作為化試験で評価した。AMIから回復した臨床的に低リスクの男性雇用者2,101名を、職業的労働評価からなる介入を受ける群 (介入群、99名) と、通常のケアを受ける群 (通常ケア群、102名) に無作為に割り付けた。職場復帰までの期間は、通常ケアを受けた患者の75日から、介入を受けた患者の51日に短縮された (p<0.002未満)。フォローアップ期間中の医療費と職業所得については、グループ間で有意な差が認められた。AMI後6ヵ月間の患者1人当たりの総医療費は、介入患者の方が通常の治療を受けた患者よりも低かった (2,970ドル対3,472ドル)。患者1人当たりの職業所得は、AMI後6ヵ月間において、介入患者の方が通常治療群よりも高かった (9,655ドル対7,553ドル)。医療費と職業所得を考慮した一人当たりのベネフィットは、介入患者で6,685ドル、通常ケア患者で4,081ドルであった。国内の低リスクで雇用されているAMI患者数は年間30万人以上であることから、職業評価によって得られる節約額は年間8億ドル以上の経済効果をもたらす可能性がある。
33	B. Riegel	1989	Social support and psychological adjustment to chronic coronary heart disease: operationalization of Johnson's behavioral	ソーシャルサポートと慢性冠動脈疾患への心理的適応: Johnsonの行動システムモデルの適用化	虚血性心疾患		ANS Adv Nurs Sci	11		274-84	10.1097/0012272-198901090-00011	冠動脈性心疾患 (CHD) のような慢性疾患に対する社会的支援と心理的適応に関する包括的な理論は存在しない。この論文では、Johnsonの行動システムモデルの観点から、社会的支援とCHDへの適応に関する文献をレビューしている。社会的支援や養育の質が、心筋梗塞 (MI) 後の心臓手術行動や依存症を予測する主要な要因であると論じている。また、自尊、不安、抑うつ、機能的能力の認識といった変数が、復職や治療レジメンの遵守といった選択や心筋梗塞後の依存という行動結果に影響を与える変数として特定された。







文献番号	筆者	発行年	タイトル	タイトル邦訳	対象疾患	治療	雑誌名	Volume	Issue	Pages	DOI	要旨
66	O. Mittag; K. D. Kolenda; K. J. Nordman; J. Bernien; C. Maurischat	2001	Return to work after myocardial infarction/coronary artery bypass grafting patients' and physicians' initial viewpoints and outcome 12 months later	心筋梗塞/冠動脈バイパスグラフト術後の職場復帰：患者と医師の初期視点と12ヵ月後の転帰	虚血性心疾患		Soc Sci Med	52	9	1441-50	10.1016/S0277-9536(00)0250-1	心筋梗塞やCABG後に患者が仕事を再開するかどうかを決定するには、医療以外の要因が重要な役割を果たしている。本研究では、以下のような疑問を持っている。職業上の障害に関する医師と患者の判断の根拠は何か、誰が仕事を復帰し、誰が復帰しないかを予測するための決定的な要因は何か。対象となったのは、心臓リハビリテーションプログラムに参加している男性患者132名。年齢層は40歳から59歳までの患者に限定した。リハビリテーション後12ヵ月間の仕事の状況は、119人の対象者について判明しており、74人が職業を再開した。回復分析の結果、障害と再就職に関する患者と医師の見解は異なる要因に基づいていることがわかった。医師は主に心筋梗塞（心疾患の状態と併存疾患）から推奨度を導き出しているのに対し、患者の見解は全体的な健康状態、以前の仕事の状態、仕事への満足度、健康への否定的なインセンティブに基づいている。全症例の85%で再就職の予測可能な3つの要因があった。(1)年齢、(2)心疾患による障害の程度に関する患者の気持ち、(3)患者の医学的状況全般による職業上の障害の程度に関する医師の見解。医学的状況（心疾患の状態など）は、再就職にはほとんど関連していなかった。この結果は、心臓リハビリテーションへの影響に関して議論された。
67	T. Kushnir; O. Luria	2002	Supervisors' attitudes toward return to work after myocardial infarction or coronary artery bypass graft	心筋梗塞または冠動脈バイパスグラフト後の職場復帰に対する上司の態度	虚血性心疾患		J Occup Environ Med	44	4	331-7	10.1097/00043764-200204000-00013	職場の監督者は職場復帰のプロセスにおいて重要な役割を果たしていると考えられるが、この効果についての科学的な文献はほとんどない。本研究では、心筋梗塞や冠動脈バイパス術後の従業員の仕事の再開に対する上司の反応、態度、不安を調査した。復帰した従業員は、監督者58名が、産業医・看護師、心臓病患者、経験豊富な監督者へのインタビューをもとにした自己報告式のアンケートに回答した。上司は、心臓病患者の職業リハビリテーションの成功に大きく貢献していると考えており、産業医との継続的な相談の重要性を強調した。しかし、回答者の多くは、このような従業員は、初期には職業機能が低下していることが多く、特別な注意やサポートが必要であるため、かなりの程度問題があると考えていた。
68	L. Pilote; C. Lauzon; T. Huynh; D. Dion; R. Roux; N. Racine; S. Carignan; J. G. Diodati; C. Lévesque; F. Charbonneau; J. Pouliot; L. Joseph; M. J. Eisenberg	2002	Quality of life after acute myocardial infarction among patients treated at sites with and without on-site availability of angiography	現場での血管造影が可能な施設と不可能な施設で治療を受けた患者の急性心筋梗塞後のQOLについて	虚血性心疾患		Arch Intern Med	162	5	553-9	10.1001/archinte.162.5.553	背景：これまでの研究では、血管造影が可能な施設と不可能な施設に入院した急性心筋梗塞（AMI）患者の治療と転帰を比較した。死亡率に違いはないが、QOL（生活の質）や機能的状態に違いがあるかどうかは不明である。方法：ケベック州内の血管造影が可能な5施設（n = 25）と不可能な5施設（n = 334）で治療を受けたAMI患者のQOLと機能的状態を測定した。結果：入院時の臨床的特徴、合併症の発生率、QOLと機能的状態のベースライン測定値は、血管造影を行った施設と行わなかった施設で同等であった。入院中、血管造影を行った施設で治療を受けた患者は、血管造影を行わなかった施設に入院した患者よりも優越的な心臓手術を受ける可能性が高かった（血管造影：63%対26%、経皮経管的心臓介入術：33%対13%、冠動脈バイパスグラフト：12%対5%）。AMI発症後30日目と6ヵ月目には、QOLは血管造影を行った施設でわずかに優れていたが、1年後には、QOLのほとんどの指標はどちらの施設でもベースラインに戻り、2群間で類似していた。6ヵ月後には、健康関連の標準的なQOLのほとんどの項目は同程度であったが、身体的および精神的役割の制限のみが血管造影を行った施設で高かった。仕事への復帰も早く（30日後、23%対12%）、狭心症で再入院する患者の割合も血管造影を行った施設では低かった（AMI後1年以内、12%対18%）。結論としてはAMI発症後早期において、血管造影を行った施設に入院した患者のQOLは、血管造影を行わなかった施設に入院した患者のQOLよりも高かった。しかし、1年後には、患者のQOLと機能的状態は両群で同等であった。QOLの差は、治療法の差が最も大きいに生じたものであり、AMI後のケアにおける早期の優越的アプローチとQOLの改善との間には、小さいながらも肯定的な関連性があることが裏付けられた。
69	P. Sellier; P. Varaillac; G. Chatellier; M. C. D'Agrosa; B. Boiteux; H. Douard; C. Dubois; P. C. Goepfert; C. Monpéres	2003	Factors influencing return to work at one year after coronary bypass graft surgery: results of the PERISCOPE study	冠動脈バイパスグラフト手術後1年目の職場復帰に影響する因子：PERISCOPE試験の結果	虚血性心疾患	バイパス術後	Eur J Cardiovasc Prev Rehabil	10	6	469-75	10.1097/01hr.0000010683.97722.86	目的：本研究の目的は、PERISCOPE研究に含まれる60歳未満の職業的に活動的な患者のサブグループを対象に、冠動脈バイパスグラフト手術後の仕事への復帰の予測因子を評価することである。方法：本研究では、2065名の患者を対象に、運動負荷試験、心エコー図、24時間の外來心電図モニターを用いて、術後20ヵ月〜10日目に評価した。術後1年後にアンケート調査を実施した。この集団のサブグループを調査し、以前に定義された530名の患者（94.5%が男性、平均年齢：50.5±5.8歳）で構成された。結果：手術の1年後、これらの患者のうち5人が死亡し、21人が追跡調査不能となった。残った患者のうち、340名（67.5%）は仕事を復帰した。40名（7.9%）が退職、45名（8.9%）が病状悪化、22名（4.4%）が無職、49名（9.1%）が短期の12ヵ月後に退職、8名（1.6%）が復職に関する情報で十分でなかった。多変量解析では、復職できない独立した予測因子として、年齢が15歳以上であること（OR：0.49 [95%CI：0.31-0.79]）、肉体的労働者であること（OR：0.49 [95%CI：0.31-0.79]）、肉体的労働者であること（OR：0.42 [95%CI：0.23-0.74]）、狭心症の発症（OR：0.40 [95%CI：0.20-0.82]）、呼吸器腫瘍（OR：0.46 [95%CI：0.28-0.77]）、運動開始240分未満（OR：0.50 [95%CI：0.33-0.76]）であった。CONCLUSIONS 冠動脈バイパスグラフト手術後の職場復帰は67.5%の症例で認められ、基本的には社会職業的な要因と既存する症状に依存する。また、地域的影響も認められ、さらなる検討が必要である。
70	E. Söderman; J. Lisspers; O. Sundin	2003	Depression as a predictor of return to work in patients with coronary artery	冠動脈疾患患者の職場復帰の予測因子としての抑うつ状態	虚血性心疾患		Soc Sci Med	56	1	193-202	10.1016/S0277-9536(02)00224-2	冠動脈疾患（CAD）の転帰におけるうつ病の重要性がますます認識されている。本研究の目的は、スウェーデンで実施された行動指向型のリハビリテーションプログラムに参加してから12ヵ月以内に、フルタイムおよび労働時間を短縮して仕事に復帰することの予測因子としてのうつ病の力を調べることであった。サンプルは、最近、急性心筋梗塞（AMI、n=85）を経験したが、冠動脈バイパス手術（CABG、n=73）または冠動脈形成術（PTCA、n=40）を受けた被験者198名であった。その結果、介入前の臨床的うつ病（Beck Depression Inventoryによる測定値が16以上）は、フルタイムでも（オッズ比3.43、CI=3.15-28.21）、短時間労働でも（オッズ比5.44、CI=1.60-18.53）、仕事の再開に大きな影響を与えたが、軽度のうつ病（BDI 10-15）は、フルタイムでの仕事の再開にのみ影響を与えた（オッズ比2.89、CI=1.08-7.70）。また、学歴とフルタイムの場合は年齢も仕事の再開を予測した。この結果は、CADイベント後の仕事への復帰に関連する抑うつ症状の重要性を強調している。うつ病の治療が仕事復帰をどの程度向上させるのかを詳しく調べたい。
71	L. V. Toms; C. E. Ellis; J. O'Neill; A. Gardner	2003	Long-term risk factor control after a cardiac rehabilitation programme	心臓リハビリテーションプログラム後の長期的な危険因子のコントロール	虚血性心疾患	リハビリ	Aust Crit Care	16	1	124-8	10.1016/S1036-7314(03)00225-5	本研究では、第2期心臓リハビリテーション参加者（CRP）は、心筋梗塞後18ヵ月から36ヵ月間の間に、非参加者（NP）に比べて、長期的なリスクファクターのコントロール、自己評価による健康感、職場復帰率が良好であるという仮説を検証した。この研究は550床の病院で行われた比較研究であった。両群の約半数が総コレステロール（TC）5.5mmol/L以下を達成していなかった。NPと比較して、CRPはTCが6.5mmol/L以下である割合が有意に高かった（7%対28%）（p=0.006）。また、TCが6.5mmol/L以上のNPは、治療を受けている割合が有意に低かった（p=0.002）。CRPはNPよりも定期的に運動をしている率が高かった（79%対61%）（p=0.038）。血圧の目標値に対する成功率、職場復帰率、自己評価による健康感、両群とも同程度であった。結論として、CRPはNPよりもいくつかの危険因子を長期的にコントロールすることができた。本研究は、オーストラリアの心臓リハビリテーション（CR）プログラム後の長期的な患者のアウトカムを比較し、さらなるアウトカム測定を形成するものである。
72	E. Broadbent; K. J. Petrie; C. E. Ellis; J. Ying; G. Gamble	2004	A picture of health—myocardial infarction patients' drawings of their hearts and subsequent disability: a longitudinal study	健康の絵—心筋梗塞患者が描いた心臓の絵とその後の障害：縦断的研究	虚血性心疾患		J Psychosom Res	5	6	583-7	10.1016/j.psychores.2004.03.014	目的：本研究の目的は、心筋梗塞患者が描いた心臓の絵が、その後の仕事への復帰、運動、症状に対する苦痛、3ヵ月後の回復感と予測するかどうかを検討することである。方法：急性心筋梗塞で入院した70歳未満の連続した74名の患者が退院直前に自分の心臓の絵を描いた。退院直前に、70歳未満の患者74名が心臓の絵を描いてもらい、3ヵ月後に郵便質問票で回復度を評価した。結果：入院中に心臓の絵を描いた患者は、損傷を描かなかった患者に比べて、3ヵ月後の心臓の絵が低く（P = 0.005）、心臓の状態が長く（P = 0.01）、心臓の状態に対するコントロールの認知度が低く（P = 0.05）を認識した。また、心臓に描かれたダメージの大きさは、仕事への復帰の遅さと関連していた（r = .37, P < .05）。入院中の患者がロドリゴTのピーク値は、ダメージを描いた量と関連していたが（r = 0.41, P < 0.001）、心臓病の自覚期間（r = 0.26, P < 0.05）を除いて、職場復帰の遅さやその他の3ヵ月間の結果とは関連していなかった。結論：心筋梗塞後に患者が自分の心臓の損傷を描いた場合、医学的な損傷の指標よりも回復を予測することができる。描いた絵は、医師が心臓の状態について話し合う際の患者の考えを評価する簡単な出発点となり、病気の否定的な信念に対抗する機会となる。
73	C. R. McBurney; K. A. Eagle; E. M. Kline-Rogers; J. V. Cooper; D. E. Smith; S. R. Erickson	2004	Work-related outcomes after a myocardial infarction	心筋梗塞後の仕事に関する成果	虚血性心疾患		Pharmacotherapy	24	11	1515-23	10.1592/phco.24.16.1515.50946	研究の目的：心筋梗塞後7ヵ月目の患者の仕事に関する転帰を評価し、これらの転帰に関連する患者、疾患、介入の特徴を明らかにする。デザイン：クロスセクショナル調査分析。設定：中西部の大規模手術医療機関。対象者：1年間の特徴期間中に急性心筋梗塞と診断された89名の患者。介入：電話による業務遂行能力に関するアンケート調査および医療記録の調査。測定および主な結果：退院から7ヵ月後、232名の患者に電話インタビューを行い、心筋梗塞前後の仕事の状況、仕事に関する結果（欠勤、およびFunctional Status QuestionnaireのWork Performance Scale[WPS]で評価した仕事のパフォーマンスの認識）、および健康関連のQOLを調べた。単変量解析を用いて、個人の特性と仕事関連の転帰との関連を調べた。指標となる心筋梗塞の前に働いていた89人の患者のうち、21人（23.6%）は仕事を復帰しなかった。復帰しないという転帰に関連する変数は、過去の心筋梗塞（指標心筋梗塞以前）、冠動脈バイパスグラフト手術、心不全、ストレス耐性、Short Form-12のPhysical Component Summary (PCS-12) スケールの最低点であった。また、復帰しなかった患者は、復職した患者に比べて、併存疾患が多く、処方された薬剤を多く服用している傾向があった。WPSスコアの中央値は、退院時の転出率が高く、指標イベント以前に心筋梗塞を発症しておらず、入院時に経皮的血管再建術を受けている。最近では休業していない患者が高かった。欠勤を報告した労働者は、同等の労働者よりもPCS-12スコアが低く、また調査前に再入院を報告していた。結論：心疾患の重症化と身体機能の低下は、仕事関連の転帰の悪化の一貫して関連していた。この小規模研究では、健康上の信念、治療、および仕事関連の転帰に影響を及ぼす可能性のあるその他の仕事および患者の要因を含めた、より大規模で広範な研究の必要性を示している。
74	A. Mital; A. Desai; A. Mital	2004	Return to work after a coronary event	冠動脈イベント後の職場復帰	虚血性心疾患		J Cardiopulm Rehabil	24	6	365-73	10.1097/0008483-200411000-00001	要旨なし (review)
75	J. Perik; K. Alexandersson	2004	Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU), Chapter 8. Sick leave due to coronary artery disease or stroke	スウェーデン保健医療技術評価委員会 (SBU)。第8章 冠動脈疾患または脳卒中による病気休暇	虚血性心疾患		Scand J Public Health Suppl	63	63	181-206	10.1080/140494904.2004.10021880	心血管疾患による病気休暇に関する文獻の評価には、十分な科学的品質を有する研究のみが含まれている。これらの研究は、脳卒中、心筋梗塞、冠動脈バイパスグラフト術（CABG）、経皮的冠動脈インターベンション（PCI）後の病気休暇について記述されている。以前の結論については、限られた科学的根拠しか認められなかった。脳卒中、発症後1年間で労働年齢の患者の半数以上が職場復帰（RTW）した（若年層の患者で高い）。この点については、ADL能力や認知能力が低下など、脳障害の結果が重要な役割を果たしている。また、心筋梗塞後のほとんどの患者さんがRTWしていた。PCIはCABGよりもマイルドな冠動脈インターベンションであり、RTWはより迅速である。しかしながら、長期的には病気休暇には異なり、年齢が若い人や身体的にきつい仕事を求めている人は、職場復帰の程度が低い。国際比較によると、スウェーデンではこれらの症状による病気休暇の期間が他国よりも長い。この調査を裏付ける科学的証拠はない。近年、心血管疾患患者の病気休暇に関する研究への関心は薄れてきている。急性期の心臓病治療の発展に刺激されて、この分野の研究に再び科学的に取り組むべきである。
76	A. Kiessling; P. Henriksson	2005	Perceived cognitive function in coronary artery disease—an unrecognised predictor of	冠動脈疾患における認知機能—知られざる失業の予測因子	虚血性心疾患		Qual Life Res	14	6	1481-8	10.1007/s11136-005-0195-x	目的：認知した認知機能が冠動脈疾患（CAD）患者の就業および生活に影響するかどうかを評価することを目的とした。デザイン：前向き縦断的コホート研究。設定：スウェーデンのストックホルム補綴セラピーの医療機関。対象者：65歳以上の連続した非選択的CAD患者を対象とし、2年間の追跡調査を行った。主要評価項目 CAD患者の有給休暇の仕事への復帰。結果：認知機能は、ベースライン時と2年後の失業率（OR 2.06 [95%CI: 1.36-3.13]; p = 0.0006）および認知機能による早期退職（OR 1.12-2.25）を予測することがわかった。さらに、認知機能は、急性冠動脈イベント後の職場復帰を予測していた（OR 2.28 [95%CI: 1.08-4.84]）。年齢、性別、狭心症の有無と程度（CCSグレード）、心血管危険因子、イベントなどの共変量は、予測力を変化させなかった。結論：知覚された認知機能は、これまで認識されていなかった冠動脈疾患患者の失業、病気休暇、職場復帰の独立した予測因子である。知覚された認知機能は、冠動脈疾患患者の有給休暇への能力に新たな視点を与えた。この知見は、個人のケアと社会の両方に意義があると考えられる。



文献番号	筆者	発行年	タイトル	タイトル訳	対象疾患	治療	雑誌名	Volume	Issue	Pages	DOI	要旨
87	R. S. Poston; R. Tran; M. Collins; M. Reynolds; I. Conneely; B. Reicher; D. Zimir; B. P. Griffith; S.	2008	Comparison of economic and patient outcomes with minimally invasive versus traditional off-pump coronary artery bypass grafting techniques	低侵襲手術と従来のoff-pump冠動脈バイパスグラフト手術の経済的および患者の転帰の比較	虚血性心疾患	バイパス術後	Ann Surg	248	4	638-46	10.1097/SLA.0b013e31818a1b55	背景：低侵襲冠動脈バイパスグラフト術 (minimally invasive coronary artery bypass grafting: miniCABG) は、従来の胸腹切開CABGと比較して院内罹患率を低下させる。我々は前向きコホート研究 (NCT00481806) を行い、miniCABGがコストに与える影響と退院後のQOLに影響する指標を評価した。方法：内部乳頭 (IMA) グラフト + aの冠動脈ステントを用いて行われた連続したminiCABG症例100例を、IMAと伏在静脈を用いたマップさせた胸腹切開CABG症例100例と比較したが、どちらもオフポンプで同等の標的冠動脈狭窄 (2.7対2.9) を治療した。両群のコスト、仕事と通常の活動に復帰するまでの時間、1年後の主要な心臓、脳血管系の有害イベント (MACCE) のリスクを比較した：心臓梗塞 (トロポニン上昇または心臓画像化)、標的血管狭窄 (1年後のCT血管造影)、脳卒中、死亡など。結果：miniCABGでは、ロボット機器とステントが術中コストを増加させたが、挿入時間 (4.89 +/- 6.35分 vs. 12.24 +/- 6.24時間)、入院期間 (3.77 +/- 1.51分 vs. 6.38 +/- 2.23日)、輸血 (0.16 +/- 0.37 vs. 1.37 +/- 1.35 U) が有意に減少したことにより、術後コストは減少し、総コストには有意な差はなかった。miniCABGを受けることは、交絡因子を調整した後、早期の職場復帰を独立して予測した (-1.25; P = 0.04)。一方、胸腹切開CABGは、主に標的血管の閉塞率の低下により、MACCEを増加させた (HR, 3.9; 95% CI, 1.4-7.6)。結論：MiniCABGは、患者の回復時間を短縮し、1年後のMACCEリスクを最小限に抑え、標準的なCABGと比較して優れた品質と結果の指標を示した。これらの結果は、コストを増加させることなく、優れた標的血管閉塞率を得た。
88	J. Adams; J. Roberts; K. Simms; D. Cheng; J. Hartman; C. Bartlett	2009	Measurement of functional capacity requirements to aid in development of an occupation-specific rehabilitation training program to help firefighters with cardiac disease safely return to work	心疾患を持つ消防士が安全に職場復帰するための職業別リハビリテーション・トレーニングプログラムの開発に役立つ機能的要件の測定	虚血性心疾患		Am J Cardiol	103	6	762-5	10.1016/j.amjcard.2008.11.032	心疾患の既往歴のない健康な男性消防士23名が、7つの一般的な消防作業を模倣した火災救助用の障害物コースに参加しました。彼らは完全な個人保護具と、データ収集用マスクを含む携帯型代謝測定器を着用しました。各被験者の酸素消費量 (VO(2)) と作業心拍数をモニターし、年齢予測最大心拍数 (220-年齢) とトレーニング目標心拍数 (年齢予測最大心拍数の85%) を算出した。障害物コースの走行中、被験者の平均作業心拍数とピーク心拍数は、算出したトレーニング目標心拍数よりも高かった ((22)-5.69 [作業心拍数対目標心拍数, p<0.001], [(22)-15.14 [ピーク心拍数対目標心拍数, p<0.001]]。これらの結果は、ピーク時のVO(2)の平均値 (3.47ml/min) と代謝等価物の平均値 (11.9メッツ) と合わせて、被験者の機能的な能力は、従来の心臓リハビリテーションプログラムで一般的に達成されている能力 (9~8メッツ) を大きく上回っていたことを示している。結論として、今回の結果は、消防士が心疾患後に安全に仕事に復帰するためには、職業に特化した強力な心臓リハビリテーショントレーニングが必要であることを示している。
89	T. A. Hansen; J. E. Nordrehaug; G. E. Eide; B. R. Hanestad	2009	Does a telephone follow-up intervention for patients discharged with acute myocardial infarction have long-term effects on health-related quality of life? A randomised controlled	急性心筋梗塞で退院した患者への電話によるフォローアップ介入は、健康関連のQOLに長期的な効果をもたらすか？無作為化比較試験	虚血性心疾患		J Clin Nurs	18	9	1334-45	10.1111/j.1365-2702.2008.02654.x	目的：退院後の急性心筋梗塞患者を対象に、プロアクティブとリアクティブを組み合わせた電話によるフォローアップ介入を行ったところ、6ヵ月後にポジティブな効果が認められた。本研究の目的は、この介入が退院後18ヵ月までの長期的な効果を持つかどうかを評価することである。デザイン：18ヵ月間の追跡調査を行った前向き無作為化比較試験である。方法：本試験は288名の患者を、電話によるフォローアップの介入群 (n=156) と対照群 (n=132) に割り付けて実施した。主要評価項目は、SF-36を用いた健康関連QOLであった。副次的評価項目は、喫煙・運動習慣、仕事への復帰、胸痛による再入院などであった。結果：介入群と対照群の両方において、健康関連QOLのほとんどの項目で、SF-36のほとんどの項目とサマリスコアが米国国標準レベルまで統計的に有意に改善していた。介入群では、身体的および精神的サマリスコアにおいて、6ヵ月以降の全体的な有意な改善は見られなかった。胸痛による再入院については有望な効果が認められたが、6ヵ月間の急性心筋梗塞患者の罹患率が低下したことを除いて、6ヵ月以降の改善の可能性は予想よりも小さかった。臨床現場への関連性：退院後の電話によるフォローアップは、患者がストレスを感じることで多い時期に、個別に情報や支援を提供することができる。実施が容易なフォローアップ介入である。今回の研究では、6ヵ月間の追跡調査期間であることが示された。退院後6ヵ月間は良好な結果が得られたが、本研究では、通常より長いフォローアップの有意な長期追加効果は認められなかった。
90	E. Broadbent; C. J. Ellis; J. Thomas; G. Gamble; K. J. Pietrie	2009	Further development of an illness perception intervention for myocardial infarction patients: a	心筋梗塞患者に対する疾病認識介入のさらなる発展：無作為化比較試験	虚血性心疾患		J Psychosom Res	67	1	17-23	10.1016/j.psychores.2008.12.001	目的：心筋梗塞患者を対象とした院内での簡単な痛風介入をさらに発展させ、試験する。方法：急性心筋梗塞で入院した患者103名を、標準治療または標準治療に加えて疾病認識介入を受ける群に無作為に割り付けた。この介入は、院内で行われる30分の患者セッション3回と30分の患者と医師とのセッション1回で構成された。患者は6ヵ月まで追跡調査された。主要評価項目は、職場復帰率の群間差であった。結果：介入群は対照群に比べて復帰率が早く、介入群は対照群に比べて3ヵ月までにフルタイムの仕事に復帰した患者が多かった。退院時には、介入群の患者は1Mに関する原因帰属に変化が見られ、自分の状態に対する高い理解度を示したが、この変化は6ヵ月後の追跡調査でも維持された。また、退院時には、病院で与えられた情報と理解が深まり、リハビリテーションクラスへの参加意欲が高まり、職場復帰への不安が減り、運動量が増加し、フォローアップ時の心臓の状態について関係員は電話する回数が増えたと報告した。結論：本研究は、心筋梗塞患者において、院内での簡単な病気の認識に関する介入が認識を変え、仕事への復帰率を向上させることができるといふ以前の試験結果を再現したものである。また、現在より広い心筋梗塞の定義や、以前に心筋梗塞を患ったことのある患者に対する介入の一般化が可能となった。
91	M. Waszkowski; A. W. Szymczak	2009	Return to work after myocardial infarction: a retrospective study	心筋梗塞後の職場復帰：レトロスペクティブ研究	虚血性心疾患		Int J Occup Med Environ Health	22	4	373-81	10.2478/10001-0098-00033-4	目的：最近の心筋梗塞を発症した労働者の職業機能を評価し、職業活動を継続するための健康関連の決定要因を明らかにすること。材料と方法：本プロジェクトは、調査の約3年前に合併症のない原発性心筋梗塞に罹患した39~65歳の男性労働者183名を対象としたレトロスペクティブ研究である。研究グループは、事故後に仕事に復帰した人と復帰しなかった人の両方で構成されました。対象者のメンタルヘルス、QOL、職業機能、NHPスケール、Beck Depression Inventory、SpielbergerによるSTAI質問票、WAI、および自身の質問票「私の仕事」を用いて評価した。結果：データ解析の結果、心筋梗塞後に仕事に復帰した人は、職業活動を再開しなかった人に対して、年齢が若く、教育水準、自己評価の健康度、生活の質が高いという特徴があった。職業活動をしている人たちは、仕事への再適応の程度が高かった。不適応感では、抑うつ、不安、作業能力の低下などの障害が発生した。結論を述べ、本研究の結果は、最近心筋梗塞を発症した労働者においては、身体的健康の評価のみに基づいた現在の作業能力の評価手順は不十分であり、精神的健康の評価を補足すべきであることを示している。また、使用者は、心筋梗塞を経験した労働者の能力に合わせて作業条件をよりよく調整するための健康を行うべきである。
92	R. Yonezawa; T. Masuda; A. Matsunaga; Y. Takahashi; M. Saitoh; A. Ishii; T. Kutsuna; T. Matsumoto; K. Yamamoto; N. Alba; M. Hara; T. Izumi	2009	Effects of phase II cardiac rehabilitation on job stress and health-related quality of life after return to work in middle-aged patients with acute myocardial infarction	中年の急性心筋梗塞患者の回復後の仕事上のストレスおよび健康関連QOLに対する第2相心臓リハビリテーションの効果	虚血性心疾患		Int Heart J	50	3	279-90	10.1536/ihj.50.279	本研究の目的は、急性心筋梗塞 (AMI) を発症した中年患者において、第II相心臓リハビリテーション (CR) が仕事のストレスと復職後の健康関連 QOL (生活の質) 及び影響を明らかにすることであった。AMI後に第II相CRプログラムを終了した中年の外來患者109名 (57±7歳) を対象とし、そのうち72名は退院後5ヵ月間、第III相CRプログラムに参加し (CR群)、37名は退院後に第III相CRプログラムを中止した (非CR群)。仕事のストレスは、仕事のストレス要因、職場のサポート、仕事や日常生活への満足度、心理的苦痛の尺度の仕事で評価した。結果：データ解析の結果、心筋梗塞後に仕事に復帰した人は、職業活動を再開しなかった人に対して、年齢が若く、教育水準、自己評価の健康度、生活の質が高いという特徴があった。職業活動をしている人たちは、仕事への再適応の程度が高かった。不適応感では、抑うつ、不安、作業能力の低下などの障害が発生した。結論を述べ、本研究の結果は、最近心筋梗塞を発症した労働者においては、身体的健康の評価のみに基づいた現在の作業能力の評価手順は不十分であり、精神的健康の評価を補足すべきであることを示している。また、使用者は、心筋梗塞を経験した労働者の能力に合わせて作業条件をよりよく調整するための健康を行うべきである。
93	A. O'Neill; K. Sanderson; B. Oldenburg	2010	Depression as a predictor of work resumption following myocardial infarction (MI): a review of recent research	心筋梗塞後の仕事再開の予測因子としての抑うつ状態：最近の研究成果のレビュー	虚血性心疾患		Health Qual Life Outcomes	8	95	477-7525-8-95	10.1186/1477-7525-8-95	背景：うつ病はしばしば心筋梗塞と共存し、仕事などの生活の主要分野における機能の低下を通じて回復を妨げることがある。生存率が向上し、労働寿命が延長された現代において、うつ病が心筋梗塞後の労働成績低下の予測因子であり続けるかどうかを、過去15年間の文献を体系的に検討して検討した。方法：PubMed, OVID, Medline, Proquest, CINAHL plus, COCHRAN, SCOPUS, Web of Knowledgeなどの医学、健康、職業、社会科学のデータベースを用いて論文を検査し、以下の事実に定めた基準を適用した。(i)データベース検索にうつ病の指標 (「心理的苦痛」とは異なる) と仕事の状態を改善していること、(ii)仕事の戻りの予測因子を検討し、統計的に分析していること、(iii)急性冠症候群 (ACS) に一致する症状を示す患者のコホートを含むこと、(iv)仕事に特有の結果とうつ病に特有の結果を最低6ヵ月間の追跡調査していること、(v)過去15年以上に英語で発表されたこと。対象とした論文の結果は、質の評価、効果の大きさを比較して分析した。結果：基準を満たした12件の論文のうち、大多数の研究 (n=7) において、うつ病は職場復帰 (RTW) の可能性の低下を有意に予測した。さらに、うつ病の重症度の増加は、心疾患発生後6~12ヵ月のRTWアウトカムを低下と関連していることを示唆する傾向が見られた。その他のRTWの共通の有意な予測因子は、年齢と患者の高学歴や仕事の「ワーク」に対する認識であった。結論：うつ病は心筋梗塞後の仕事再開の予測因子である。仕事は生活の質 (QOL) の主要な決定要因である。この知見は現代の臨床、社会、公衆衛生、経済に影響を与える。ターゲットを絞ったうつ病への介入は、MI後のRTWを促進する：心臓リハビリテーションは、包括的な臨床治療に不可欠なものであるが、女性患者の参加は男性患者に比べて大幅に低い。紹介者の低さと女性患者の年齢の高さが、この利用率の低下の一因である。また、心筋梗塞患者の回復目標の達成率について検討されている。方は以下の通り、急性心筋梗塞で入院した590名の患者 (女性22%) が、回復の5つの領域 (身体機能、リスクファクターの修正、心理的苦痛、日常生活の自立、職場復帰) における24の目標に関する質問票に回答した。さらに、心理的苦痛と医師データを評価した。性別による違いは、χ検定、Student's t検定、多変量ロジスティック回帰モデル、線形回帰モデルを用いて検証した。結果：24の回復目標のうち7項目で男女差が認められた。心理社会的特性と機能的特性を測定しても、女性は「仕事への移行」 (オッズ比 [OR] = 0.62, 95%信頼区間 [CI], 0.43-13.66)、「日常生活動作の自立」 (OR = 2.38, CI, 1.58-3.59)、「感情の均質性」 (OR = 1.58, CI, 1.01-2.46) の重要性を高く評価していた。男性は、「身体的耐性」と「職場での負荷軽減」をより重要な目標としていた (OR = 0.64, CI, 0.42-0.97, OR = 0.39, CI, 0.17-0.93)。心理的苦痛を除いて、健康状態の男女差は目標の違いとは関連していなかった。結論：急性心筋梗塞後の患者の回復目標には、性別による役割や社会生活状況の違いが重要な影響を与えている可能性がある。個々の患者への介入プログラムを計画する際には、回復目標を検討する必要がある。
94	G. Grande; M. Romppel	2011	Gender differences in recovery goals in patients after acute myocardial infarction	急性心筋梗塞後の患者の回復目標の男女差	虚血性心疾患		J Cardiopulm Rehabil Prev	31	3	164-72	10.1097/CR.0b013e31820333c8	背景：うつ病はしばしば心筋梗塞と共存し、仕事などの生活の主要分野における機能の低下を通じて回復を妨げることがある。生存率が向上し、労働寿命が延長された現代において、うつ病が心筋梗塞後の労働成績低下の予測因子であり続けるかどうかを、過去15年間の文献を体系的に検討して検討した。方法：PubMed, OVID, Medline, Proquest, CINAHL plus, COCHRAN, SCOPUS, Web of Knowledgeなどの医学、健康、職業、社会科学のデータベースを用いて論文を検査し、以下の事実に定めた基準を適用した。(i)データベース検索にうつ病の指標 (「心理的苦痛」とは異なる) と仕事の状態を改善していること、(ii)仕事の戻りの予測因子を検討し、統計的に分析していること、(iii)急性冠症候群 (ACS) に一致する症状を示す患者のコホートを含むこと、(iv)仕事に特有の結果とうつ病に特有の結果を最低6ヵ月間の追跡調査していること、(v)過去15年以上に英語で発表されたこと。対象とした論文の結果は、質の評価、効果の大きさを比較して分析した。結果：基準を満たした12件の論文のうち、大多数の研究 (n=7) において、うつ病は職場復帰 (RTW) の可能性の低下を有意に予測した。さらに、うつ病の重症度の増加は、心疾患発生後6~12ヵ月のRTWアウトカムを低下と関連していることを示唆する傾向が見られた。その他のRTWの共通の有意な予測因子は、年齢と患者の高学歴や仕事の「ワーク」に対する認識であった。結論：うつ病は心筋梗塞後の仕事再開の予測因子である。仕事は生活の質 (QOL) の主要な決定要因である。この知見は現代の臨床、社会、公衆衛生、経済に影響を与える。ターゲットを絞ったうつ病への介入は、MI後のRTWを促進する：心臓リハビリテーションは、包括的な臨床治療に不可欠なものであるが、女性患者の参加は男性患者に比べて大幅に低い。紹介者の低さと女性患者の年齢の高さが、この利用率の低下の一因である。また、心筋梗塞患者の回復目標の達成率について検討されている。方は以下の通り、急性心筋梗塞で入院した590名の患者 (女性22%) が、回復の5つの領域 (身体機能、リスクファクターの修正、心理的苦痛、日常生活の自立、職場復帰) における24の目標に関する質問票に回答した。さらに、心理的苦痛と医師データを評価した。性別による違いは、χ検定、Student's t検定、多変量ロジスティック回帰モデル、線形回帰モデルを用いて検証した。結果：24の回復目標のうち7項目で男女差が認められた。心理社会的特性と機能的特性を測定しても、女性は「仕事への移行」 (オッズ比 [OR] = 0.62, 95%信頼区間 [CI], 0.43-13.66)、「日常生活動作の自立」 (OR = 2.38, CI, 1.58-3.59)、「感情の均質性」 (OR = 1.58, CI, 1.01-2.46) の重要性を高く評価していた。男性は、「身体的耐性」と「職場での負荷軽減」をより重要な目標としていた (OR = 0.64, CI, 0.42-0.97, OR = 0.39, CI, 0.17-0.93)。心理的苦痛を除いて、健康状態の男女差は目標の違いとは関連していなかった。結論：急性心筋梗塞後の患者の回復目標には、性別による役割や社会生活状況の違いが重要な影響を与えている可能性がある。個々の患者への介入プログラムを計画する際には、回復目標を検討する必要がある。
95	K. Biering; T. T. Nielsen; K. Rasmussen; T. Niemann; N. H. Hjalund	2012	Return to work after percutaneous coronary intervention: the predictive value of self-reported health compared to clinical measures	経皮的冠動脈介入後の仕事再開の予測値	虚血性心疾患	PCI	PLoS One	7	11	e49268	10.1371/journal.pone.0049268	AIMS: 冠動脈狭窄は労働年齢層に多く見られる疾患である。死亡率や再入院などの従来の予測指標は重要であるが、それだけでは不十分である。就労能力は、臨床的にも社会的にも重要な追加的な結果である。我々は、PCI後の職場復帰 (RTW) の傾向と予測因子における患者の心臓ネットワークベースのプロプテラに関するエビデンスを検討した。検索はPubMed, EMBASE, Scopus, Cochrane Controlled Trials Registerで行いました。合計4830人の心臓患者を対象とした、インターネットを利用した心臓リハビリテーションと通常のケアを比較した9つの研究が確認された。試験の質は、Jadadスケールを用いて述べた。アウトカムデータは、コンプライアンス、身体活動アウトカム、臨床アウトカム、臨床データを使用した。RTWの予測因子はイベント発生までの時間として分析された。予測変数のロジスティック回帰モデルで作成したROC曲線に4変数について評価した。結果：PCIの4週間前には50%の患者が仕事をしていて、4週間後には25%、1年後には43%であった。処置後1ヵ月の患者の自己評価による健康状態は、短期 (12週) および長期 (1年) のいずれにおいても、LVEFを含む他の変数と比較してRTWの有意に優れた予測因子であった。結論：手術後4週間の患者の自己評価による健康状態は、左室駆出率 (LVEF) より強い予測因子であり、結果的に患者がRTWに関して医学的アドバイスを求める際に有用であった。
96	J. Munro; N. Angus; S. J. Leslie	2013	Patient focused Internet-based approaches to cardiovascular rehabilitation—a systematic review	インターネットを利用した心血管リハビリテーションの体系的レビュー	虚血性心疾患	リハビリ	J Telemed Telecare	19	6	347-53	10.1177/1357633413501763	心臓リハビリテーション (CR) は、健康行動や危険因子を改善することが示されており、在宅CRは病院で行うCRと同等の効果があることが示されています。遠隔医療は、より多くの患者がCRに参加できる可能性を秘めている。本研究では、心血管リハビリテーションにおける患者の心臓ネットワークベースのプロプテラに関するエビデンスを検討した。検索はPubMed, EMBASE, Scopus, Cochrane Controlled Trials Registerで行いました。合計4830人の心臓患者を対象とした、インターネットを利用した心臓リハビリテーションと通常のケアを比較した9つの研究が確認された。試験の質は、Jadadスケールを用いて述べた。アウトカムデータは、コンプライアンス、身体活動アウトカム、臨床アウトカム、臨床データを使用した。RTWの予測因子はイベント発生までの時間として分析された。予測変数のロジスティック回帰モデルで作成したROC曲線に4変数について評価した。結果：PCIの4週間前には50%の患者が仕事をしていて、4週間後には25%、1年後には43%であった。処置後1ヵ月の患者の自己評価による健康状態は、短期 (12週) および長期 (1年) のいずれにおいても、LVEFを含む他の変数と比較してRTWの有意に優れた予測因子であった。結論：手術後4週間の患者の自己評価による健康状態は、左室駆出率 (LVEF) より強い予測因子であり、結果的に患者がRTWに関して医学的アドバイスを求める際に有用であった。

文献番号	筆者	発行年	タイトル	タイトル邦訳	対象疾患	治療	雑誌名	Volume	Issue	Pages	DOI	要旨
97	K. Biering, N. H. Hjeltnes, T. Lund	2013	Methods in measuring return to work: a comparison of measures of return to work following treatment of coronary heart disease	職場復帰の測定方法：冠動脈疾患の治療後の職場復帰の測定方法の比較	虚血性心疾患	PCI	J Occup Rehabil	23	3	400-5	10.1007/s10926-012-9405-x	目的：一時的な障害の後の職場復帰 (RTW) を測定する方法は多様である。本研究の目的は、経皮的冠動脈インターベンション (PCI) 治療を受けた患者の明確な集団と、過労の移送費に関する行政データを用いて、12か月間におけるRTWの異なる測定法を比較することである。方法：異なるRTW指標は、PCI後12か月のフォローアップの過労データに基づいて定義され、定義間の一致はCohen's kappaで表された。RTWの予測因子をロジスティック回帰で比較した。結果：PCI前に仕事をしていた人のうち、PCI後6か月で70%、1年後で76%が仕事に復帰していた (横断的な測定方法を用い、追跡調査中に永久に仕事を辞めた人を除く)。事故が発生するまでの時間を測定した場合、77%がフォローアップ期間中にRTWを経験したが、翌年に病気を繰り返さずにRTWを経験したのは60%のみであった。これらの指標を比較すると、中程度から完全に近い一致が見られたが、再発を伴わないtime-to-event指標の一致率は、他の指標と比較して最も低かった。異なるRTWアウトカムは予測因子を比較したところ、臨床指標である5年生存率を除いて、ほとんどの関連性は同程度の大きさであったが、病気の再発との関連が考えられた。結論：指標の違いにより、RTWの割合に若干の差があることが明らかになった。しかし、RTWの定義の間には高い一致が見られた。RTW定義の選択は研究目的に応じて行うべきであり、RTWの予測や危険因子分析には単純な横断的手法で十分であり、持続可能性、予後、脆弱性に焦点を当てた場合には再発を捉える手法が推奨される。
98	K. G. Laatu, J. Hjort, T. Engstrom, L. O. Jensen, H. H. Tilsted, Hansen, J. S. Jensen, F. Pedersen, E. Jaergensen, L. Holmvang, A. B. Pedersen, E. F. Christensen, F. Lippert, T. Lang-Jensen, H. Jans, P. A. Hansen, S. Trautner, S. D. Kristensen, S. J. Mirmohammadi, S. M. Sadr-Bafghi, A. H. Mehrparvar, M. Gharavi, M. H. Davari, M. Bahaloo, M. Mostaghaci, S. A. Sadr-Bafghi, P. M. U.	2014	Impact of health care system delay in patients with ST-elevation myocardial infarction on return to labor market and work retirement	ST上昇型心筋梗塞患者における医療制度の遅れが労働市場への復帰と仕事の引退に与える影響	虚血性心疾患		Am J Cardiol	114	12	1810-6	10.1016/j.amjcard.2014.09.018	ST-elevation心筋梗塞 (STEMI) では、システム遅延が短いほど死亡率が低いことから、システム遅延 (救急隊員の呼び出しから一次経皮的冠動脈インターベンション (PPCI) による再灌までの遅延) がパフォーマンス指標として認められている。しかし、システム遅延が労働市場に留まる能力にも影響するかどうかは不明である。そこで、本研究の目的は、PPCI治療を受けたSTEMI患者において、システムの遅延が休業期間や退職までの期間と関連するかどうかを評価することである。1999年1月1日から2011年12月1日までにSTEMIで入院し、PPCIで治療を受けた67歳以下の患者を対象に、人口ベースのコホート研究を行った。データはデンマークの人口ベースの登録から得た。STEMI入院前にフルタイムまたはパートタイムの仕事をしていて患者のみを対象とした。システムの遅延と労働市場への復帰までの期間との関連を、統合リスク回帰分析を用いて解析した。また、システムの遅延と退職までの期間との関連は、Cox 回帰モデルを用いて解析した。合計4,061名の患者が対象となった。93%が4年間の追跡調査で労働市場に復帰し、41%が8年間の追跡調査で退職した。調整後、120分以上のシステム遅延は、復帰率の低下 (オッズ比0.86、95%信頼区間0.81~0.92) および退職の早期化 (ハザード比1.21、95%信頼区間1.08~1.36) と関連していた。結論として、システムの遅延は、仕事の再開の減少および退職の早期化と関連していた。このことは、STEMI患者の治療におけるパフォーマンス指標としてのシステム遅延の価値を強調するものである。
99	M. U. Worcester, P. C. Elliott, A. Turner, J. J. Pereira, B. M. Murphy, M. R. LeGrand, K. L. Middleton, H. S. Navaratnam, J. K. Nguyen, R. W.	2014	Evaluation of the return to work and its duration after myocardial infarction	心筋梗塞後の職場復帰とその期間の評価	虚血性心疾患		ARYA Atherosclerosis	10	3	137-40		背景：心筋梗塞後の患者の職場復帰能力の評価については、賛否両論がある。復帰プロセスに影響を及ぼす可能性のある様々な要因を理解することは、医師と患者の間の効果的なコミュニケーションを促進するのに役立つ。職場復帰は、患者の機能的な能力、心筋梗塞の拡大、心筋機能、いくつかの精神的変数、仕事への満足度、経済状況、年齢などの要因に左右される。本研究では、初回心筋梗塞発症後の職場復帰の頻度と、それに影響を与える要因を評価することを目的とした。方法：本研究は、2007年9月から2010年9月までイランのヤズドで行われた追跡調査で、初発心筋梗塞の患者200名を対象とした。患者は心筋梗塞の6か月後と1年後に心機能について評価された。仕事の満足度は、直接支援専門家の仕事の満足度アンケートで評価した。結果：心筋梗塞患者の77%が1年以内に仕事に復帰した。平均復帰期間は46.00±4.12日であった。心筋梗塞後の最初の50日間で60%、40日間で50%の患者が仕事に復帰した。復帰しなかった理由で最も多かったのは、患者の判断であった。結論：本研究では、1年後にはかなりの患者が仕事に復帰していた。復帰率に影響する因子は、心筋梗塞後の左室機能と仕事への満足度のみであった。
100	J. Gum, T. Kiviniemi, F. Biancarci, O. Kajander, T. Maasilta, M. Eskola, E. Iivonen, K. Korpihahti, J. O. Wistbacka, V. Anttila, J.	2015	Resumption of work after acute coronary syndrome or coronary artery bypass graft surgery	急性冠症候群または冠動脈バイパスグラフト手術後の仕事の再開について	虚血性心疾患		Heart Lung Circ	23	5	444-53		背景：職場復帰は、急性心疾患後の回復の重要な指標である。本研究では、職場復帰率を明らかにし、職場復帰しないことや職場復帰が遅れることの予測因子を明らかにすることを目的とした。方法：急性冠症候群または冠動脈バイパスグラフト手術を受けるために連続して入院した現在雇用されている患者401名を募集した。患者の特徴、認識、職業上の転帰について、インタビューと自己報告式のアンケートで調査した。結果：23人の患者が追跡調査に失敗した。378名の患者のうち、343名 (90.7%) は仕事を再開したが、35名 (9.3%) は再開しなかった。4か月後には309名 (91.1%) の患者が仕事に復帰した。12か月後には、378名の患者のうち302名 (79.9%) が就業し、32名 (8.5%) が無職、20名 (5.3%) が退職した。24人 (6.3%) の患者の雇用状況は不明であった。患者が復帰する意欲がない、または不確実である場合、健康に対するネガティブな認識を持っている場合、職外以外の疾患を併発している場合、経済的ストレスを報告している場合、復帰しない可能性が有意に高かった。復帰遅延の有意な予測因子は、心臓リハビリテーションへの参加、入院期間の長さ、過去の狭心症、手作業の仕事、身体活動の多い仕事、仕事への不満、親友がいない、うつ病であった。結論：職業的転帰が悪くなるリスクのある患者は、早期に見ることができ、職業リハビリテーションを改善するための戦略については、さらなる調査が必要である。
101	J. Gum, T. Kiviniemi, F. Biancarci, O. Kajander, T. Maasilta, M. Eskola, E. Iivonen, K. Korpihahti, J. O. Wistbacka, V. Anttila, J.	2015	Predictors of permanent work disability among <math>\leq 50</math>-year-old patients undergoing percutaneous coronary intervention	経皮的冠動脈形成術を受けた50歳以下の患者における永久的労働障害の予測因子	虚血性心疾患		Scand J Work Environ Health	41	5	460-6	10.5271/s10926-015-0350-8	目的：本研究では、経皮的冠動脈インターベンション (PCI) を受けた50歳以下の患者における永久的労働障害 (PWD) 年令の発生率と手術前後の予測因子を記述することを目的とした。方法：2002~2012年にフィンランドの4つの病院でPCIを受けた連続した患者910人の患者記録を、ベースラインデータ、手帳データ、後期有害事象についてレビューした。永久労働障害 (PWD) の年令配分に関するデータは、フィンランドの法定年金保障を管理するFinnish Centre for Pensionsから入手した。結果：平均追跡期間は41 [標準偏差 (SD) 31] ヶ月であった。103/910例 (11.3%) の患者が追跡終了時にPWDに加入しており、そのうち60例 (58.3%) は心臓病と診断されていた (7年後のPWDからの累積発生率は81%)。PWDの独立した予測因子は、処置後の脳卒中 (HR 4.7、95%信頼区間 (95%CI) 1.8~11.9)、処置後の心筋梗塞 (HR 3.3、95%CI 1.8~6.0)、糖尿病 (HR 2.0、95%CI 1.1~3.7)、退院時の利尿薬 (HR 3.5、95%CI 2.1~5.9)、および年齢の上昇 (HR 1.2、95%CI 1.1~1.3) であった。心疾患の診断におけるPWDの予測因子は、処置後の脳卒中と心筋梗塞、退院時の利尿薬、カルシウムチャネル遮断薬の使用、糖尿病、高齢であった。結論：PWDを受けた50歳以下の患者は、心臓疾患による後遺障害のリスクが高い。この知見は、心臓リハビリテーションによる二次予防のアドヒアランスの強化と、産後保護医療従事者との早期連携の必要性を強調するものである。

文献番号	筆者	発行年	タイトル	タイトル訳	対象疾患	治療	雑誌名	Volume	Issue	Pages	DOI	要旨	
102	K. Biering, J. H. Andersen, T. Lund, N. H. Hjollund	2015	Psychosocial Working Environment and Risk of Adverse Cardiac Events in Patients Treated for Coronary Heart Disease	冠動脈疾患治療患者の心理社会的労働環境と心疾患のリスク	虚血性心疾患		J Occup Rehabil	25	4	770-5	10.1007/s10926-015-9585-2	ここ数十年、心理社会的労働環境と冠動脈性心疾患 (CHD) のリスク増加との間に関連性があるかどうか議論されてきたが、高い心理的要求、社会的支援の欠如、iso-strain (高い仕事上の緊張と社会的支援の欠如の組み合わせ) が原発性CHDと関連していることを裏付ける中程度の証拠が存在する。しかし、心理社会的労働環境が、既存の心血管疾患患者の新規心疾患や再入院のリスク因子として役割を果たしているかどうかは、あまり研究されていない。方法: 2006年に経路的冠動脈形成 (PCI) を受けた67歳未満の患者の cohort を作成した。PCIの3ヵ月後に、患者は心理社会的労働環境に関するアンケートに答えた。患者はデンマーク全国患者登録およびデンマーク市民登録システムで3年以上追跡し、心臓の有害事象と死亡を確認した。心理社会的労働環境と心臓の有害事象との関連をCox回帰法で分析した。結果: 528名の患者がPCIの12週間後に職場復帰したが、97名はまだ病棟療養中であった。フォローアップ中に12名の死亡と211名のその他のイベントが確認された。心理社会的労働環境と心臓の有害事象や再入院、死亡との間には、統計的に有意な関連は認められなかった。結論: 心理社会的労働環境は心臓の有害事象とは関連しなかった。	
103	K. Biering, T. Lund, J. H. Andersen, N. H. Hjollund	2015	Effect of Psychosocial Work Environment on the Sickness Absence Among Patients Treated for Ischemic Heart Disease	虚血性心疾患治療者の病欠に及ぼす心理社会的労働環境の影響	虚血性心疾患	PCI	J Occup Rehabil	25	4	776-82	10.1007/s10926-015-9587-0	はじめに: 過去数十年の間に、治療法の改善と生活スタイルの変化により、冠動脈性心疾患患者の死亡率は低下し、その結果、慢性心疾患を抱えて生活する人が増えてきました。このことは、リハビリテーションと労働力への復帰がますます重要になることを意味している。健康な労働者を対象とした先行研究では、心理社会的労働環境が病欠と関連していることが示唆されています。しかし、既存の心血管疾患患者の職場復帰や病欠動向において、心理社会的労働環境がどのような役割を果たしているかについては、あまり研究されていない。方法: 2006年に67歳以下で経路的冠動脈形成 (PCI) を受けた患者の cohort を構築した。患者 (n=625) はPCI後3ヵ月後に、心理社会的労働環境に関するアンケートに答えた。患者は翌年のレジスターで追跡調査された。心理社会的労働環境と、3ヵ月後、1年後の病欠、および1年目の新規病欠との関連をロジスティック回帰法で検討した。結果: PCIの3ヵ月後に仕事に復帰した患者は528名で、97名はまだ病棟療養中であった。1年後には、465名が就労、85名が健康関連の給付を受けていたが、74名は永久に離職していた。106名の患者は、最初の1年間の病欠と病棟療養中、永久に職場を離れた。最初の職場復帰後、90人が最初の1年間に新たな病欠動向を経験したが、残りの429人は経験しなかった。仕事のペースが速い、職場へのコミットメントが低い、認識 (報酬) が低い、仕事のコントロールが低い、3ヵ月後には病欠動向と関連していたが、1年後には関連していなかった。仕事のコントロールの低さ、および仕事の緊張 (高い要求と低いコントロールの組み合わせ) は、新たな病欠のリスクと関連していた。結論: 心理社会的労働環境は、PCIの3ヵ月後には病欠動向と関連していたが、1年後には関連していなかった。	
104	L. Chaker, A. Falla; S. J. van der Lee; T. Muka; D. Imo; L. Jaspers; V. Colpani; S. Mendis; R. Chowdhury; W. M. Brammer; R. Pazoki; O.	2015	The global impact of non-communicable diseases on macro-economic productivity: a systematic review	マクロ経済の生産性に対する非感染性疾患のグローバルな影響: システマティックレビュー	虚血性心疾患		Eur J Epidemiol	30	5	357-95	10.1007/s10654-015-0026-5	非感染性疾患 (NCD) は、様々なレベルで大きな経済的影響を及ぼす。NCD [冠動脈性心疾患 (CHD)、脳卒中、2型糖尿病 (DM)、がん (肺がん、大腸がん、子宮頸がん、乳がん)、慢性閉塞性肺疾患 (COPD)、慢性腎臓病 (CKD) を含む] がマクロ経済の生産性に与える経済的影響について調査した文献を系統的にレビューする。2014年11月6日までに、医療データベース (Medline, Embase, Google Scholar) を言語制限なしで系統的に検索した。追加の論文を特定するために、検索された研究の参考文献リストを検索し、その分野の著者に連絡した。成人 (18歳以上) を対象に実施された無作為化対照試験、コホート、ケースコントロール、クロスセクション、生態学的研究、モデリング研究を対象とした。2人の独立した査読者が、すべての抄録と全文の選択を行った。意見の相違は、コンセンサスを得るか、第三者の査読者に相談して解決した。2人の独立した審査官が、所定のデータ収集フォームを用いてデータを抽出した。主な結果指標は、選択した NCD が生産性 (DALYs で測定)、生産性コスト、労働市場への参加 (失業、職場復帰、病気休暇など) に与える影響であった。4542件の文献から、126件の研究が組み入れ基準を満たし、その多くは複数の NCD が生産性に与える影響に焦点を当てていた。最も多かったのは乳がん (n=45) で、次に脳卒中 (n=31)、COPD (n=24)、大腸がん (n=24)、糖尿病 (n=22)、肺がん (n=16)、CVD (n=15)、子宮頸がん (n=7)、CKD (n=2) となっていた。WHO アフリカ地域から4件、欧州地域から52件、米州地域から53件、西太平洋地域から16件、東地中海地域から1件、東南アジアからは1件が認められた。NCDsに起因するDALYsには大きな地域差が見られたが、特に子宮頸がんと肺がんについては大きな差があった。米国の生産性損失は、COPDが8,800万ドルから、大腸がんの209億ドルまでの範囲であった。CHDがオーストラリア年間132億ドルの損失を与えている。糖尿病、COPD (慢性閉塞性肺疾患)、乳がん (特に肺がん) の生存者は、労働市場への参加率が低下するリスクが高くなる。全体として、NCDは、大陸や所得に関係なく、WHOのほとんどの地域でマクロ経済の生産性に大きな影響を与えている。しかし、中低所得国からの情報が限られていることに加え、対象となる研究には多様性があるため、ドルやDALYsといった絶対的な世界規模の影響を把握することは困難である。	
105	M. Söderberg; A. Rosengren; S. Gustavsson; L. Schöller; A. Härenstam; K. Torén	2015	Psychosocial job conditions, fear avoidance beliefs and expected return to work following acute coronary syndrome: a cross-sectional study of fear-avoidance as a potential mediator	心理社会的な職務上の条件、恐怖回避の信念、および急性冠動脈症後職場復帰の予測: 恐怖回避を潜在的な媒介とした横断的な研究	虚血性心疾患		BMC Public Health	15		1263	10.1186/s12889-015-2599-z	背景: 治療法の改善にもかかわらず、急性冠症候群は長期にわたる病欠や早期退職の大きな原因となっている。復職が何が起こるかについての知識は限られており、特に心理的プロセスや心理社会的な仕事上の要因の影響は大きい。この横断的研究の目的は、心理社会的に不利な職務条件と仕事に対する恐怖回避信念との関連を調べること、およびそうした信念が急性冠症候群生存者の職務と関係するかどうかを調べることである。方法: 研究の対象者は急性心臓梗塞または不安定冠動脈の診断を受けた、65歳以下で、スウェーデンの西部に居住し、現在働いている人。全体で509人 (女性21.8%) が研究参加を求め、研究対象となるすべてのデータが分析可能であった。心理社会的な仕事上の要因の数値である仕事とコントロールの相違は、標準的な質的変数として評価された。線形回帰モデルを用いて、心理社会的な要因と恐怖回避との関係を探る。恐怖回避の媒介効果を評価した。全サンプルおよび性別による層別分析を行った。結果: 仕事に対する恐怖回避信念は、高い緊張 (β1.4; CI1.2,1.6)、通勤の不安定な仕事、高い通勤と報酬の不均衡 (β0.6; CI0.5,0.7) を含む主要な心理社会的な仕事上の要因と関連していた。さらに、このような信念は、不利な労働条件と予想される復帰時期との関係を媒介していた。しかし、これらの結果は、全サンプルを対象とした分析、または年齢層加算者においてのみ観察された。女性では、強い緊張と恐怖回避と関連していただけで、このような信念は、不利な労働条件と予想される復帰時期との関係を媒介してはなかった。結論: この横断的研究は、心理社会的に不利な労働条件が急性冠症候群生存者が、職場に対して恐怖回避の信念を持っていることを示した。さらに、これらの信念は、緊張度の高い仕事や報酬のバランスが取れていない仕事と、期待される復帰時期との関係を媒介していた。しかし、これらの結果は主に男性に見られたものであり、女性の研究参加者が少なかったことや、復職のメカニズムに男女差があったことが考えられる。しかし、心理社会的な労働条件の改善や、恐怖回避の信念を対象とした認知行動療法に焦点を当てた介入によって、早期の職場復帰が促進される可能性がある。	
106	R. P. Dreyer; X. Xu; W. Zhang; X. Du; K. M. Strait; M. Bierlein; E. M. Bucholtz; M. Geda; J. Fox; G. D'Onofrio; J. H. Lichtman; H. Bueno; J. A. Spertus; H. M.	2016	Return to Work After Acute Myocardial Infarction: Comparison Between Young Women and Men	急性心筋梗塞後の職場復帰。若い女性と男性の比較	虚血性心疾患		Circ Cardiovasc Qual Outcomes	9	2 Suppl 1		S45-52	10.1161/ircroutcomes.115.002611	【背景】急性心筋梗塞後の職場復帰は重要な転帰であり、特に若年層の患者に関係する。女性と同年齢の男性よりもAMI後の回復が早いという証拠から、職場復帰できないリスクが高いと考えられる。しかし、AMI後の職場復帰における性別については、若年層 (55歳以下) を対象とした広範な研究は行われていない。【方法と結果】「Variation in Recovery」プロジェクトに参加した18~55歳のAMI患者1680人 (女性57%) のデータを分析した。VIRGO (Variation in Recovery: Role of Gender on Outcomes of Young AMI Patients) 試験に参加した18~55歳のAMI患者1680例 (女性57%) のデータを解析した。データは、医療記録の抽出と患者のインタビューによって得られました。多変量回帰分析を行い、AMI発症後12ヵ月時点での復職率の性差と、患者の特徴と復職率の関連性を調べた。若年男性と比較すると、若年女性の復職率は低かった (89%対85%、P=0.02)。しかし、この性差は、患者の社会人口統計学的特性、心理社会的要因、健康指標を調整しても有意ではなかった。結論: 若い女性と男性の間には、身体的健康状態が良好であること、冠動脈疾患や高血圧の既往がないことは、12ヵ月後の職場復帰の可能性が高いことと有意に関連していた。結論: 若年層では、女性は男性よりもAMI後の職場復帰の可能性が低い。この不利な状況は、人口統計学的、職業的、および健康上の特性の違いによって説明される。
107	C. Şahan; Y. Demiral; B. Kılıç; Ö. Aslan	2016	Changes in Employment Status after Myocardial Infarction among Men	男性の心筋梗塞後の就業状態の変化について	虚血性心疾患		Balkan Med J	33	4	419-25	10.5152/balkanmedj.2016.130611	背景: Turkey Burden of Disease Studyによると、国民の疾病負担の10%が心血管疾患に起因している。標準化された冠動脈性心疾患 (CHD) の罹患率は全般的に低下しているが、若年層におけるCHDの罹患率は上昇している。一方で、平均寿命の延びと定年退職年齢の上昇の結果、労働者のCHD率は上昇しています。したがって、診断後の労働力と職場復帰は、人口の健康と幸福にとって重要である。社会経済的要因と労働条件は、文献に記載されている復職に影響を与える臨床症状と同様に、重要な役割を果たしていると考えられる。目的: この質的調査の目的は、急性心筋梗塞 (AMI) 後の患者の雇用と労働条件の変化を探り、社会経済的要因、個人の生産性、職場的要因との影響を調べることである。研究デザイン: 定性的研究方法: 2011年から2012年間の、大規模な心筋梗塞治療室で初めて心筋梗塞と診断された時に、有給で働いていた患者53名を対象とした。私たちは、全人口にリサーチすることを意図した。両院の記録から電話番号がわかった27人の患者に連絡した。12人の患者に対して、両院の会議室で半構造化インタビューを行った。インタビューは、メモを取りながらテープに録音し、内容分析の方法を評価した。私たちは、参加者の多くは、仕事を減らして同じ仕事を続けたいが、3分の1は「機会があればもっと楽な仕事に就こう」と思っていた。一方で、ほとんどの場合、AMI後に労働力に関する評価や労働条件の変更はなかった。彼らは何のサポートも受けず、経済的、心理社会的な状況に対処しなければならなかった。結論として患者は経済的、社会的な理由で仕事に復帰しなければならぬが、AMIと診断された後に働くことに不安を感じており、労働能力を評価するための専門的なサポートにたどり着けなかった。したがって、AMI患者の職場復帰を管理するための長期的なアルゴリズムや評価ツールが有用である。	
108	N. Catalá Tallis; C. Serra Arnal; J. Real Gatius; O. Yuguero Torres; L. Galván Sanjaago	2017	Assessment of the length of sick leave in patients with ischemic heart disease	虚血性心疾患患者における病気休暇の長さの評価	虚血性心疾患		BMC Cardiovasc Disord	17	1	32	10.1186/s12872-016-0460-7	【背景】虚血性心疾患の有病率は高い。これらの患者の病気休暇の期間を調査した最近の研究はほとんどない。我々の目的は、急性冠症候群後の病気休暇、その費用、関連因子を明らかにし、抗うつ薬や抗不安薬の使用を評価することである。方法: 2008~2011年にある保健施設で虚血性心疾患により病欠した患者のレトロスペクティブコホートを対象とした観察研究で、最初の復職、死亡、または研究終了 (2012/12/31) まで追跡調査を行った。【測定項目】病気休暇の期間、社会人口統計学的変数、医療処方。【結果】4,977人の患者 (平均年齢55歳、男性90.7%) が、急性心筋梗塞 (60%)、狭心症 (20.7%)、慢性閉塞性肺疾患 (19.1%) と診断された。診断後年間に37%の患者が抗不安薬を服用し、15%が抗うつ薬を服用した。病欠の平均期間は17日 (95%CI: 163~191日) だった。急性心筋梗塞と診断された患者は、平均192日後に職場復帰したのに対し、狭心症の患者は1128日であった。診断後1年間に抗うつ薬を服用した患者は、平均240日後に仕事に復帰した。労働生産性の損失は、平均0.67ユーロ/人/人と推定された。【結論】虚血性心疾患による病気休暇の平均期間は約6ヵ月であった。向精神薬の消費量はイベント後に増加した。高齢でいること、急性心筋梗塞を患っていること、抗うつ薬を服用していることは、病気休暇の期間が長くなることと関連していた。	
109	M. J. Figueiras; J. Maroco; R. Monteiro; R. Caeiro; D. Dias	2017	Randomized controlled trial of an intervention to change cardiac misconceptions in myocardial infarction	心筋梗塞患者における心臓に関する誤解を改めるための介入の有効化比較試験	虚血性心疾患		Psychol Health Med	22	3	225-265	10.1080/13548506.2016.1115367	病欠に対する考え方を改めることで、前向きな回復が得られるというエビデンスが蓄積されている。しかし、心臓に関する誤解への介入は、主に狭心症や虚血性心疾患の患者を対象に研究されており、心筋梗塞の患者ではあまり行われていない。これらの患者では、心臓の誤解が速やかなリハビリテーションやライフスタイルの変化に役立っている可能性がある。この論文では、初期心筋梗塞の患者に対して、誤解の強さを軽減することを目的とした介入の有効化比較試験を報告している。主要な目的は心臓が誤解の強化、副次的アウトカムは、時間、喫煙状況、職場復帰、気分 (不安と関係) とした。介入条件の患者 (n=60) と、通常のケアを受取る対照群 (n=67) を比較した。両グループは、ベースライン時、退院後4、8、12ヵ月に評価された。心臓に関する誤解の合計スコアには、時間グループの間には有意な相互作用が認められた。介入群の患者は、対照群と比較して、4ヵ月後に心臓に関する誤解の合計スコアが有意に減少した。この差は長期にわたって持続した。また、介入群の患者は対照群に比べてMI後のフォローアップ期間に運動する傾向が強かった。この介入は、心筋梗塞患者の心臓に関する誤解の強さを軽減するのに有効であり、健康行動アウトカムにプラスの影響を与えた。これらの結果は、健康行動における誤解の重要性と、心筋梗塞患者の健康増進における信念変更介入の有効性を支持するものである。	

文献番号	筆者	発行年	タイトル	タイトル邦訳	対象疾患	治療	雑誌名	Volume	Issue	Pages	DOI	要旨
110	Z. Jiang; R. P. Dreyer; J. A. Sperutz; F. A. Masoudi; J. Li; X. Zheng; X. Li; C. Wu; X. Bai; S. Hu; Y. Wang; H. M. Wang	2018	Factors Associated With Return to Work After Acute Myocardial Infarction in China	中国における急性心筋梗塞後の職場復帰に関連する要因について	虚血性心疾患		JAMA Netw Open	1	7	e184831	10.1001/jamanetworkopen.2018.14831	重要性：職場復帰は、急性心筋梗塞後の回復の重要な指標である。しかし、中国における急性心筋梗塞後の1年以内の復帰率や、急性心筋梗塞後の復帰に関連する要因については、ほとんど知られていないのが現状である。目的 急性心筋梗塞後12か月以内の職場復帰率を調べ、職場復帰できなかった理由を分類し、職場復帰に関連する患者の要因を明らかにする。デザイン 設定、参加者：この前向きコホート研究は、中国の21省にある53の病院で実施され、指標となる急性心筋梗塞の発症に対して、China Patient-centered Evaluative Assessment of Cardiac Events Prospective Study of Acute Myocardial Infarctionに参加していた1566人の患者を特定した。収集したデータは、患者のベースライン特性、急性心筋梗塞12か月時での就業状況、12か月時点で就労していなかった人については、復職しなかった潜在的な理由などです。ロジスティック回帰モデルを用いて、12か月後の復帰に関連する要因を明らかにした。データの収集は2013年1月1日から2014年7月1日までで、統計解析は2016年8月9日から2018年8月15日まで行った。主要な結果 12か月までに職場復帰した。復職しなかった691人のうち、287人（41.5%）は急性心筋梗塞のため働くことができなかったが、働きたくない思っていた人が、131人（19.0%）は急性心筋梗塞のために早期離職した人でした。女性（相対リスク0.65、95%CI、0.41-0.88）、喫煙歴（相対リスク0.82、95%CI、0.65-0.98）、指標となる急性心筋梗塞の院内併発症（相対リスク0.96、95%CI、0.93-0.99）は、仕事に復帰する可能性が低いことと関連していた。結論と妥当性：以前に用いられていない中国人患者の約半数が、急性心筋梗塞後12か月以内に仕事に復帰できなかった。性別が女性であること、喫煙歴があること、院内合併症があることは、職場復帰の可能性が低いことと関連していた。 TRIAL REGISTRATION: ClinicalTrials.gov Identifier: NCT01624909.
111	L. Long; L. Anderson; A. M. Dewhurst; J. He; C. Bridges; M. Gandhi; R. S. Taylor	2018	Exercise-based cardiac rehabilitation for adults with stable angina	安定した狭心症を持つ成人を対象とした運動療法による心臓リハビリテーション	虚血性心疾患		Cochrane Database Syst Rev	2	2	Co012786	10.1002/14651858.CD012786.pub2	背景：以前のコクラン・レビューでは、運動を中心とした心臓リハビリテーション（CR）が心筋梗塞や再行再発後の患者にも有効であることが示された。しかし、安定した狭心症への影響はいまだに不明であり、ガイドランスも一致していない。米国心臓病学会や欧州心臓病学会のガイドラインでは推奨されているが、英国国立医療技術評価機構（NICE）は、「安定狭心症の管理にCRが臨床的に有用であるにも有効であることを示唆するエビデンスはない」としている。目的：成人の安定した狭心症に対して、通常のケアと比較して、運動療法に基づくCRの効果を評価すること。検索方法：2017年10月2日にCochrane Central Register of Controlled Trials（CENTRAL）、MEDLINE、Embase、DARE、CINAHL、Web of Scienceを検査して、前回のCochraneレビュー「冠動脈性心疾患患者のための運動療法に基づく心臓リハビリテーション」の検索を更新した。2つの試験登録を検索し、追加の研究を特定するために、すべての一次研究とレビュー論文の参考文献チェックと前方引用検索を行った。選択基準 安定した狭心症の患者を対象に、構成された運動ベースのCRと通常のケアを比較した。フォローアップ期間が6か月以上の無作為化対照試験（RCT）を対象とした。データ収集と分析：2人のレビュー著者が独立してバイアスのリスクを評価し、Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventionsに基づいてデータを抽出した。また、2人のレビュー著者がGRADEの原則を用いて証拠の質を独立して評価し、その信頼性を「所見の要約」の表に示した。主要な結果：7つの研究（581人）が組み入れ基準を満たした。試験は、介入期間が6週間から12ヶ月、追跡期間が6ヶ月から12ヶ月であった。すべての試験の比較群は、通常のケア（構成された運動トレーニングやバイアスを行わない）または運動を行わない比較群であった。試験参加者の平均年齢は50〜66歳で、男性が大半を占めていた（範囲：74〜100%）。バイアスのリスクに関しては、大部分の試験で無作為化シークエンスの生成とコンソレーションのプロセスが不明であった。1件の試験は、参加者や結果報告者の盲検化を行っていないため、検出バイアスのリスクが高く、2件の試験では、追跡調査不能となった参加者の数が多いため、減少バイアスのリスクが高かった。2つの試験では、結果報告のバイアスのリスクが高かった。エビデンスベースの質が非常に低いため、完全に対するエクササイズベースのCRの効果については不確実であった（RR 1.01、95%信頼区間（CI）0.18〜5.67、195人の参加者、3つの研究、非常に低いエビデンス）、急性心筋梗塞（RR 0.33、95%CI 0.07〜1.63、254人の参加者、3つの研究、非常に低いエビデンス）、心血管関連入院（RR 0.14、95%CI 0.02〜1.1、101人の参加者、1つの研究、非常に低いエビデンス）。運動療法に基づくCRは、対照群と比較して運動能力をわずかに改善する可能性があるという低質エビデンスが得られた（標準化平均差（SMD）0.45、95%CI 0.20〜0.70、参加者267人、5件の研究、低質または低質）。運動療法に基づくCRがQOL（狭心症の頻度、感情的な健康関連QOLスコア）やCR関連の有害事象（骨格筋損傷、心筋が整然と）に与える影響については、エビデンスの質が非常に低いため、結論を出すことができなかった。仕事への復帰に関連するデータは報告されていない。著者の結論 試験数が少なく、規模が小さいこと、バイアスのリスクがあること、不正確さや適用性の欠如が懸念されることから、安定した狭心症の人の死亡率、罹患率、心血管病院への入院、有害事象、仕事への復帰、健康関連QOLに対する、コントロールと比較した運動療法ベースのCRの効果は不明である。低質エビデンスによると、エクササイズベースのCRは、通常のケアと比較して、運動能力がわずかに向上する可能性がある。成人の安定した狭心症患者に対する運動療法ベースのCRの有効性を評価するためには、高品質または無作為化試験が必要である。このような試験では、臨床イベントや健康関連のQOLなど、患者に関連するアウトカムを収集する必要がある。また、費用対効果も評価し、実際の狭心症患者の集団を反映した参加者を募集する必要がある。
112	M. Tran; E. Pesah; K. Turk-Adawi; M. Supervia; F. Lopez Jimenez; P. Oh; C. Baer	2018	Cardiac Rehabilitation Availability and Delivery in Canada: How Does It Compare With Other High-Income Countries?	カナダにおける心臓リハビリテーションの提供状況と提供方法。他の高所得国との比較は？	虚血性心疾患		Can J Cardiol	3	10 Suppl 2	S252-4262	10.1016/j.cjca.2018.07.413	【背景】カナダでは心臓リハビリテーション（CR）の能力が十分ではないが、アmendトニスは不明である。さらに、カナダではCRがガイドラインにあるが、それによって実施されているかどうかは、州や地域によって特徴づけられている。本研究では、(1)CRの範囲、容量、強度、(2)プログラムの性質を明らかにし、(3)これらを(a)州・地域別、(b)他の高所得国(HiCo)と比較することを目的とした。【方法】この横断的な研究では、世界中のCRプログラムに対してオンライン調査を実施した。米米心臓協会（National Cardiac Association）がある場合には、プログラムの特定を容易にするために、その地域のチャリティビニに依頼した。プログラムの実施は、カナダの慢性疾患サバイバルシステムによる虚血性心疾患の発生率を用いて算出した。比較のためにCRのある28のHiCsを選択し（N = 619プログラム）、マルチレベル解析を行った。【結果】13州10州（76.9%）でCRが実施された（カナダ北部ではなかった）。182プログラム中74プログラムが調査を開始した（40.7%の回答）。プログラムの数（中央値 = 250）はオタワ州や23州よりも多かった。最終的には、全国の虚血性心疾患患者 455 人 1 人の CR サポート（カナダ、他のHiCsも同様）、年間 186,178 人の追加コストが必要であるとされた。ほとんどのプログラムは政府や病院からの資金提供が必要であった（n = 48、66.7%）、2件（31.5%）で患者がプログラム費用の一部または全部を自己負担していた。90%以上のプログラムでガイドラインに基いた条件を満たしていた。プログラムには6.2 ± 2.1人の学際的チームがあり、7.7 ± 15/100ココロコボラントを提供していた（州によって異なる、P = 0.001：他のHiCsに比べて復職支援を提供する頻度が低い、P = 0.03）、時間は42.0 ± 26.0時間であった（州と他のHiCsの違い、P < 0.001）。【結論】カナダのCR能力は増強する必要があるが、利用可能な場合は他のHiCsと同様のサービスの提供されている。
113	M. Wang; M. Vaez; T. E. Dornier; J. Tihonen; M. Voss; T. Ivert; E. Mittendorfer-Rutz	2018	Trajectories and characteristics of work disability before and after acute myocardial infarction	急性心筋梗塞の前後の労働障害の軌道と特徴	虚血性心疾患	Heart	104	4	340-348	10.1136/hrt.2017.311950	目的：急性心筋梗塞患者における病状欠働および障害年金（SA/DP）の発症点、AMI発症後30日間の科学的見解は少ない。本研究では、AMIの有無にかかわらず、SA/DPの軌道を調査し、AMI患者の社会人口学的特性、罹患率、冠動脈再行再発時の特性とこれらの軌道の関連を明らかにした。方法：本研究は、2008〜2010年に初回AMIを疑念し、AMI発症後30日以内に生じている30〜60歳の10255人を対象とした人口ベースのコホート研究である。各症例は社会人口統計学的にAMIを発症していない1名の対照者とマッチさせた。症例と対照の年齢の年別SA/DP月数の軌道を、グループベースの軌道モデルにより解析した。特性と軌道のグループとの関連はX2検定と多項ロジスティック回帰で推定した。結果：大多数の患者（59%）はAMI発生時SA/DP（1ヶ月）の間レベルがわずかに上昇していたが、イベントの2年後にはSA/DPなしに戻っていた。1群（4%）ではAMIの前後でSA/DPが増加していた。3群は、低レベル（14%）、高レベル（15%）のSA/DP月数であった。性別、失業率、教育、骨格筋疾患、抗うつ剤の処方、SA/DPの軌道を最も強く判別する因子であった（R(2)(difference) = 0.02-0.03, p<0.01）。結論 AMI患者の大多数は、AMI後2年以内の労働障害が少ないという点で良好な転帰を示している。AMI前のSA/DPのパターン、性別、社会経済的地位、さらに骨格筋病や精神疾患の併存は、AMI後の作業障害に重要な臨床情報を提供する。	
114	H. J. Warraich; L. A. Kaltenbach; G. C. Fonarow; E. D. Peterson; T.	2018	Adverse Change in Employment Status After Acute Myocardial Infarction: Analysis From the TRANSLATE-ACS Study	急性心筋梗塞後の雇用状況の変化。TRANSLATE-ACS試験の結果	虚血性心疾患		Circ Cardiovasc Qual Outcomes	11	6	e004528	10.1161/circoutcomes.117.004528	【背景】急性心筋梗塞後に仕事を再開できないことは、患者にとって重要な意味を持つ。われわれは、米国の全国規模のコホートにおいて、心筋梗塞後の雇用の不利な変化の有病率とそれに関連する転帰を評価することを目的とした。【方法・結果】TRANSLATE-ACS試験（Treatment with Adenosine Diphosphate Receptor Inhibitors: TRANSLATE-ACS試験（Treatment with Adenosine Diphosphate Receptor Inhibitors: Longitudinal Assessment of Treatment Patterns and Events after Acute Coronary Syndrome）では、米国内の233病院に登録された心筋梗塞患者93191例（平均年齢60.8歳、SD11.3、女性27.3%）を対象に、ベースライン時と1年後の雇用状況を評価した。ベースライン時には働いていたが、心筋梗塞後1年目には仕事が見つからなかった。あるいは仕事をしていない患者は就業状態の悪化と定義した。多変量モデルでは、雇用の不利な変化に関連する因子と、患者が報告したうつ病、健康状態、退院時に処方されたエビデンスに基づいた薬の継続性、および薬を入手するための経済的困難さとの関連を評価した。AMIの併発症、患者の就業状態（51%；n=4730）が就業していた。そのうち3%（n=143）は仕事量が減り、7%（n=349）は仕事を失った（退院を報告した人は349人中27人のみ）。不利な転帰と有意に関連する因子は、予定外の再入院経験、退院後の生活の質の低下、高血圧、喫煙などであった。1年後の時点で、不利な転帰をした患者は、うつ病（Patient Health Questionnaire 2のスコアが3以上；27.4対316.7%）、健康状態の低下（EuroQoLジュビアルアナログスケールの平均値：73[SD、17.8]対78[SD、14.8]）、業代による中等度から高度の経済的困難さ（41.0対28.4%、いずれもP<0.001）を訴える傾向がありました。退院時に処方されたエビデンスに基づく薬の継続性には差がなかった。【結論】心筋梗塞後に雇用の変化を経験した患者は、生活の質が低下し、うつ病が増加し、薬の副作用が高まったと報告した。これらの結果は、この患者中心の結果とその健康への影響を改善するための介入の必要性を強調するものである。臨床試験登録URL: <a href="https://www.clinicaltrials.gov">https://www.clinicaltrials.gov</a> 、ユニークな識別子、NCT01088903。
115	J. Hagegwald; U. E. Hagegwald; U. Euler; J. van Dijk; J. Adams; A. Fishta; P. Heinrich; A. Seidler	2019	Interventions to support return to work for people with coronary heart disease	冠動脈性心筋病患者の職場復帰を支援する介入	虚血性心疾患		Cochrane Database Syst Rev	3	3	Co010748	10.1002/14651858.CD010748.pub2	【背景】冠動脈性（CHD）患者は、心筋梗塞後の回復率や、冠動脈性心筋病患者の職場復帰を促進することを目的とした介入や仕事に復帰した介入を、その効果や費用対効果について評価する必要がある。【目的】冠動脈性心筋病患者の職場復帰を促進するための介入の有効性を評価すること。【方法】2018年10月15日までに、データベースCENTRAL、MEDLINE、Embase、PsycINFO、NIOSHC1、NIOHC2、HSELINE、CISDOC、LILACSを検査した。また、米国国立学術図書館の登録機関であるclinicaltrials.govを検索し、心筋梗塞後の患者を対象とした介入に関する研究を確認した。選択基準 介入または治療を受けた患者を対象とした。試験対象者の80%以上がCHD発症前か働いていたことが必要であり、試験群には働いていないか、または研究者が復職サブルーブを評価していただけない限り、すべての意図的研究を対象とした。2人のレビュー著者が独立して研究を識別し、意見の相違を解決するために3人のレビュー著者が協議した。【データ収集と分析】2人のレビュー著者がデータを抽出し、独立してバイアスのリスクを評価した。復職率と復職までの期間についてメタアナリシスを行った。副次的アウトカムでは健康関連QOLと有害事象について、試験参加者の80%以上が復職可能であった研究を対象とした。【主要な結果】39件のRCT（クラスターRCT1件、3群RCT4件を含む）が見つかった。Person-directed, psychological counselling vs. usual care15人の参加者のサブグループを対象に、心理学的介入が職場復帰した11件の研究をメタ分析に含めた。ほとんどの介入は、参加者の疾患関連の不安を解消するために何らかの介入を伴った。これらの介入により、心筋梗塞後の職場復帰が増加する（リスク比（RR）1.08、95%信頼区間（CI）0.84〜1.40）6件の研究；非常に低い確実性の証拠）6〜12ヶ月後の職場復帰が増加する（RR 1.24、95%CI 0.95〜1.63；7件の研究；非常に低い確実性の証拠）は分かっていない。また、心理学的介入が職場復帰までの期間を短縮する（RR 0.44）4件のみわけていない。心理学的介入は、1年から5年の間に働く参加者の割合にほとんど、あるいは全く影響を及ぼさないかもしれない。また、仕事への復帰；確実性の低い証拠）人としての、仕事に関する同僚や上司からのサポートを拡大するものや、CHDに関する同僚や上司からのサポートを拡大するものなどがある。職場主導型のカウンセリングは、職場復帰までの日数の平均差（MD）にほとんど差をもたらさない可能性がある（MD -7.52日、95%CI -20.07〜5.03日；4件の研究；確実性の低い証拠）。仕事に復帰したカウンセリングでは、心臓病にはほとんど差がないと思われる（RR 1.00、95%CI 0.19〜5.39；2件の研究；中程度の確実性の証拠）。個人主導の身体調整介入と通常のケアの比較的研究で、運動プログラムの実施が検討された。通常のケアと比較して、フィジカル介入が6ヶ月までの職場復帰を増加させるかどうかは分かっていない（RR 1.17、95%CI 0.97〜1.41；4件の研究；非常に低い確実性の証拠）。フィジカルコンディショニングの介入は、6〜12ヶ月後の職場復帰にほとんど差をもたらさない可能性がある（RR 1.09、95%CI 0.99〜1.20；5件の研究；確実性の低い証拠）。また12ヶ月後の患者の就業率にほとんど差をもたらさない可能性がある（RR 1.04、95%CI 0.82〜1.30；2件の研究；確実性の低い証拠）。職場復帰に要する期間にほとんど差をもたらさないかもしれない（MD -7.86日、95%CI -29.46〜13.74日；4件の研究；確実性の低い証拠）。フィジカルコンディショニング介入は、おそらく心筋梗塞を増加させない（RR 1.00、95%CI 0.95〜1.00；2件の研究；中程度の確実性の証拠）。個人指導された介入と通常のケアの介入を受けた患者の職場復帰を検討した13件の研究をメタ分析に含めた。複合的な心臓リハビリテーション介入は、6ヶ月までの職場復帰を増加させる（RR 1.06、95%CI 1.23〜1.98；5件の研究；確実性の低い証拠）。6〜12ヶ月後のフォローアップでの職場復帰率にほとんど差がない可能性がある（RR 1.06、95%CI 1.00〜1.13；10件の研究；確実性の低い証拠）。複合的な介入が、1年から5年の間に働く参加者の割合（RR 1.14、95%CI 0.96〜1.37；6件の研究；非常に低い確実性の証拠）を増加した点では働く参加者の割合（RR 1.09、95%CI 0.86〜1.38；4件の研究；非常に低い確実性の証拠）を増加させた点では分かっていない。介入を組み合わせたことで、職場復帰までの期間が短縮されたと考えられる（MD -40.77日、95%CI -67.19〜-14.35；2件の研究；中程度の確実性の証拠）。Work-directed, interventions職場での最善のwork-directed interventionsのみを調査した研究は見当たらなかった。【著者の結論】複合的な介入は、最長6ヶ月間の職場復帰を促進し、おそらく休業期間を短縮する可能性がある。それ以外では、人を対象とした介入が有益または有害な効果を持つという証拠は見つからなかった。様々な介入とアウトカムに関するエビデンスの確実性は、非常に低いものから中程度のものまでであった。復職は、回復の期待的な結果であり、そのため復職に関する結果はあまり報告されていないことが多く、RCT報告ガイドラインを遵守することで、今後の研究のエビデンスが大幅に改善される可能性がある。仕事に復帰した介入の対照試験、復職プロセスにおける健康関連のQOL、および副作用に関し、



文献番号	筆者	発行年	タイトル	タイトル邦訳	対象疾患	治療	雑誌名	Volume	Issue	Pages	DOI	要旨	
125	B. L. Bitsch; C. V. Nielsen; C. M. Stapefeldt; V. Lynggaard	2018	Effect of the patient education - Learning and Coping strategies in cardiac rehabilitation on return to work at one year: a randomised controlled trial show	心臓リハビリテーションにおける患者教育（学習）と対処の戦略）が1年後の職場復帰に及ぼす影響：無作為比較試験で明らかに（LC-REHAB	虚血性心疾患および心不全		BMC Cardiovasc Disord	18	1	101	10.1186/s12872-018-0832-2	背景：心臓リハビリテーション（CR）を受けている虚血性心疾患（IHD）または心不全（HF）の患者が職場復帰（RTW）するためには、個人的なリソースが重要であると考えられている。虚血性心疾患（IHD）や心不全（HF）の患者が心臓リハビリテーション（CR）を受ける際には、RTWの能力が重要であるとされている。本試験では、標準的なCRと比較して、CRにLC（learning and coping）戦略を追加することで、CR後1年後のRTW状態に与える影響を評価することを目的とした。方法は：オープンランダム無作為化比較試験で、IHDまたはHFの患者を、デンマークの3つの病院で、LC群（LC+CR）または対照群（CRのみ）に1:1の割合でブロックランダムに割り付けた。対象となったのは、18歳以上60歳未満で、労働市場から退出していない患者。介入は、経験豊富な患者を共同指導者として、医療従事者による個人面談とグループベースの指導からなる体系的アプローチで開発された。対照群は、演習的治療（標準的なCR）であった。RTW状態は、Danish Register for Evaluation of Marginalisation (DREAM) から得られた。盲検化はできなかった。効果はロジスティック回帰分析で評価し、粗いオッズ比（OR）、95%信頼区間（CI）で報告した。結果：今回の解析対象者はN=244名（LC群：N=119名、対照群：N=125名）。1年後のRTW状態は、各グループ間で差がなかった（LCグループ：64.7%対コントロールグループ：68.8%、調整オッズ比OR：0.76、95%CI：0.43-1.31）。結論：CRにLC戦略を追加しても、1年後のフォローアップでRTWの改善は見られなかった。TRIAL REGISTRATION: www.clinicaltrials.gov 識別子 NCT01668394、初掲載。2012年8月20日	
126	P. Mohacs; M. C. Deng; R. Murphy; C. H. Bergh; E. Gronda; J. Komajda; R. Pachter; J. Spinar; K. Swedberg	2000	Implantable left ventricular assist systems (LVAS): recent results. A report from a series of meetings sponsored by the Study Group on Advanced Heart Failure of the Working Group on Heart	植え込み型左心室補助システム（LVAS）：最近の結果。心不全ワーキンググループの高度心不全研究会が主催した一連の会議の報告書	心不全	LVAD	Eur J Heart Fail	2	1	13	8-13	10.1016/s1388-9842(00)0055-6	植え込み型左心室補助システム（LVAS）は、小型の制御コンソールと電源を備えた植え込み型ポンプで構成されており、外部から装着することができる。これらのシステムは、かさばる制御コンソールを備えた外部ポンプに比べて、患者の可動性と自立性をはるかに高める。植え込み型LVASを装着した患者は、退院して仕事に復帰したり、活発なスポーツを再開したりすることができるとされている。ほとんどの患者は、心臓移植への橋渡しとしてこれらのシステムを受けている。デバイスの植え込み後、臨床状態と生活の質は劇的に改善し、サポートでの生存率（約100日後に60~70%）は、内科的治療を受けている移植候補者と比較しても問題ない。LVASでは、患者の選択と、主に出血、血栓症、感染症などの有害事象が重要な課題となっている。将来的には、長期サポートと心筋回復への橋渡しし、LVASの重要な適応となるかもしれない。
127	D. L. Morales; K. A. Catanese; D. N. Helman; M. R. Williams; A. Weinberg; D. J. Goldstein	2000	Six-year experience of caring for forty-four patients with a left ventricular assist device at home: safety, economic, necessary	左心室補助装置を装着した44人の患者を自宅でケアした6年間の経験：安全性、経済性、必要性	心不全	LVAD	J Thorac Cardiovasc Surg	119	2	251	9	10.1016/s0022-5223(00)0180-2	目的：植え込み型左心室補助装置を装着して退院した患者の心理社会的および性的関心事を明らかにすること。方法：ハートメイト左心室補助装置を装着したBridge-to-transplant患者は、退院後1ヵ月目に心理社会的および性的な調査を行った。調査は3つのパートで構成されており、各カテゴリーに5つの質問が用意されていた。患者は回答に丸をつけて記入し、必要に応じて詳細な回答を要求するよう求められた。結果：アンケートに回答した男性患者は8名であった。心理学的には、すべての患者が前向きな気分を表現し、家族や宗教的なリソースからのサポートを見つけた。大多数の患者が態度や行動に変化があったと述べた。社会的には、すべての患者がライフスタイルの変化や、家族や友人の反応の変化を述べた。移植後に仕事に復帰した患者や、復帰したいと思った患者はいなかった。喫煙や飲酒を認める患者は少数派であった。性的な側面では、大多数の患者が性的欲求を性的活動に参加して維持し、性的活動に参加して維持した。1ヵ月後の時点では、気分が改善、生活習慣の改善、家族や友人との関係の好転がみられた。性欲もあり、性欲増進薬への関心もある。最も多い心配事は、装置の耐久性や部品の換装など、ポンプに関するものであった。
128	S. Newman	2003	The psychological perspective: a professional view	心理学的視点：プロの視点	心不全		Heart	89	Suppl 2		i16-8; discussion i35-7	10.1136/hheart.89.suppl.2.i16	心臓病の患者さんへのケアを取り巻く心理学的問題は多岐にわたる。この論文では、認知、感情、社会的支援という3つの主要分野について論じている。ここでは主に心臓移植後の患者を例に挙げるが、議論される概念は心臓病以外の側面にも関連している。患者さんへの認知は、心臓移植の症状に対する早期の支援要請、心臓リハビリテーションへの参加、行動の変化、職場への復帰などに影響する。うつ病や不安は心臓移植後によくみられる症状であり、死亡率の上昇と関連している可能性がある。したがって、気分の変化は心臓リハビリテーションプログラムの一環として対処しなければならない。社会的支援もまた、心臓リハビリテーションにおいて重要な役割を果たしている。
129	L. E. Samuels; E. C. Holmes; R. Petrucci	2004	Psychosocial and sexual concerns of patients with implantable left ventricular assist devices: a pilot study	植え込み型左心室補助装置を装着した患者の心理社会的および性的関心事：パイロット調査	心不全	LVAD	J Thorac Cardiovasc Surg	127	5	1432	5	10.1016/j.jtcvs.2003.12.009	目的：埋込み型左心室補助装置を装着して退院した患者の心理社会的および性的関心事を明らかにすること。方法：ハートメイト左心室補助装置を装着したBridge-to-transplant患者は、退院後1ヵ月目に心理社会的および性的な調査を行った。調査は3つのパートで構成されており、各カテゴリーに5つの質問が用意されていた。患者は回答に丸をつけて記入し、必要に応じて詳細な回答を要求するよう求められた。結果：アンケートに回答した男性患者は8名であった。心理学的には、すべての患者が前向きな気分を表現し、家族や宗教的なリソースからのサポートを見つけた。大多数の患者が態度や行動に変化があったと述べた。社会的には、すべての患者がライフスタイルの変化や、家族や友人の反応の変化を述べた。移植後に仕事に復帰した患者や、復帰したいと思った患者はいなかった。喫煙や飲酒を認める患者は少数派であった。性的な側面では、大多数の患者が性的欲求を性的活動に参加して維持し、性的活動に参加して維持した。1ヵ月後の時点では、気分が改善、生活習慣の改善、家族や友人との関係の好転がみられた。性欲もあり、性欲増進薬への関心もある。最も多い心配事は、装置の耐久性や部品の換装など、ポンプに関するものであった。
130	L. Phillips; T. Harrison; P. Houck	2005	Return to work and the person with heart failure	心不全者の職場復帰について	心不全		Heart Lung	34	2	79	88	10.1016/j.hrling.2006.04.001	心不全は、何百万人ものアメリカ人にとって、経済的にも社会的にも大きな問題である。医療費や生活費は、この生命を脅かす疾患と診断された人にとって圧倒的なストレスとなる。急性期の状態が安定した後、看護師はカウンセリングを行い、職場復帰を目指す患者の代弁者としての役割を求められることが多い。この論文の目的は、職場復帰に関する文献をレビューし、高血圧患者を評価し、リソースを提供し、必要に応じて支援者として行動する準備をしておくことが推奨される。高血圧患者の安全で効果的な職場復帰については、さらなる研究が必要である。
131	N. Hair; C. Farmer; E. Gongora; G. J. Dehmer	2012	Commonality between depression and heart failure	うつ病と心不全の共通点	心不全		Am J Cardiol	109	5	768	72	10.1016/j.amjcard.2011.11.003	心不全（HF）とうつ病は、機能的状態や実際の生活の質（QOL）に大きな影響を及ぼす衰弱性疾患である。心不全の治療は数多くの進歩を遂げているが、死亡率は依然として高い。うつ病と心不全は共存すると考えられているが、これは因果関係を意味するものではありません。うつ病患者は、より多くの症状を発症し、投薬治療のコンプライアンスが低下し、仕事や社会生活への復帰が遅くなり、QOLが低下する傾向がある。また、心疾患のある患者では、うつ病、心疾患の重症度や、喫煙や糖尿病などの他の危険因子とは無関係に、将来の死亡率を予測する。結論として、本レビューでは、HFとうつ病の間には因果関係があるとすれば、それを明らかにし、HFの環境下でのうつ病の治療の役割を明らかにすることを試みた。
132	D. G. Tang; K. B. Shah; M. L. Hess; V. Kasirajan	2014	Implantation of the syncardia total artificial heart	シンカーディアの完全人工心臓の植え込み	心不全	植え込み型LVAD	J Vis Exp			89		10.3791/50377	技術の進歩により、末期心不全に対する機械的循環補助装置の使用が急速に増加している。このような患者の大多数は、一般的に左心室補助装置（LVAD）で十分な治療を受けることができる。しかし、末期の両心不全やその他の重大な解剖学的病変を有する一部の患者は、単独の左心室補助装置での十分な治療を受けられない場合がある。両心不全、大動脈瘤/解離、心臓移植後の不全、大量の心室血栓、難治性の悪性不整脈（充血に依存しない）、肥大型/拘束型心筋症、複雑な先天性心疾患などが、これら患者を治療することでより良い治療が可能となる。患者はしばしば心原性ショックと多臓器不全を呈する。両心室を切除し、同時に全人工心臓（TAH）を置換することは、種痘ではあるが、血流量の確保のために有効な治療法である。両心室の置換は、終末期の臓器障害と身体的なリハビリテーションに重点が置かれる。機械的サポートされているすべての患者に共通する感染症、出血、血栓症などの通常の懸念事項に加えて、TAH患者は腎不全と貧血に際して独自のリスクを抱えている。心室抽出後の脳性ナトリウム利尿ペプチドの急激な減少を補うことは、腎保護効果があると思われる。TAH留置後の貧血は重篤で持続する可能性がある。しかし、この貧血は一般的によく耐えられ、HLA感染を防ぐために輸血は制限される。最近までTAHの患者は、500ポンドの空気を圧縮コンソールドライバーに繋がれて入院していた。最近、バックパックサイズのポータルドライバが導入され（視覚、臨床試験）、患者は自宅に退院し、仕事にも復帰できるようになった。これらの病気の患者の症状は深刻であるにもかかわらず、移植への
133	L. Nordgren; A. Söderlund	2015	Being on sick leave due to heart failure: self-rated health, encounters with healthcare professionals and social insurance officers and self-estimated ability to return to work	心不全による病休状態：自己評価の健康状態、医療従事者や社会保険担当者との出会い、自己評価の職場復帰能力	心不全		Psychol Health Med	20	5	582	93	10.1080/13548506.2015.1007148	若年層の心不全患者は、自己評価の低い健康状態を経験することが多い。さらに、自己評価の低い健康状態は、長期的な病休状態や障害年金と関連している。社会人口学的な要因は、仕事に復帰する能力に影響を与える。しかし、心不全による病休状態の人々についてはほとんど知られていない。本研究の目的は、心不全による病休状態の人々を対象に、自己評価された健康状態、気分、社会人口統計的要因、病休状態補償、医療従事者や社会保険担当者との出会い、および自己評価された復職能力の関連性を調査することである。この調査への調査は、横断的に行われた。データは2012年にスクエアーデン、2つの公式登録と郵便アンケートから収集された。23~67歳の被験者590人から回答を得た（回答率45.8%）。記述統計学、相関分析（スピルマン二乗相関）、ロジスティック回帰分析を用いて関連性を調べた。自己評価の低い健康状態は、病休状態の完全補償と強く関連していた（OR = 4.1, p < 0.001）。自己評価の低い健康状態は、低所得と中程度に関連していた（OR = 0.6, p = 0.003）。自己評価の低い健康状態は、医療従事者との肯定的な出会い（OR = 3.0, p = 0.022）および医療従事者との肯定的な出会いが自己評価の職場復帰能力と与える影響（OR = 3.3, p < 0.001）と強く関連していた。心不全の人は、長期間にわたって病休となり、多くの場合、障害年金を受給している。働くことができないと、生活の質が低下する。心不全の人が仕事を続けようとするとき、医療従事者や社会保険担当者との前向きな出会いが支えとなる。
134	L. Nordgren; A. Söderlund	2016	Emotions and encounters with healthcare professionals as predictors for the self-estimated ability to return to work: a cross-sectional study of people with heart failure	職場復帰能力の自己評価の予測因子としての感情と医療従事者との出会い：心不全患者を対象とした横断的研究	心不全		BMJ Open	6	11	e009896		10.1136/bmjopen-2015-009896	目的：心不全を抱えながら生活ということは、人生が制限されることを意味する。しかし、心不全患者は、できるだけ長く現役で仕事をしたいという願望を持っている。病欠やリハビリテーションには様々な要因が影響するが、心不全患者の病欠や職業リハビリテーションについてはあまり知られていない。本研究では、心不全による病休状態の中の人々の復職能力を自己評価するための予測因子として、感情と医療従事者との出会いを明らかにすることを目的とした。デザイン：人口ベースのクロスセクション研究デザインを使用した。SETTING 本研究はスウェーデンで実施された。データは2012年に3つの異なる情報源から収集された。2つの公式登録と1つの郵便質問票。参加者数 合計590名を対象とした。統計データ 記述統計学、相関分析、線形回帰分析を用いた。結果：3つの変数、すなわち、状況に応じて強化されていると感じる(β = -0.21, p = 0.02)、幸せを感じる(β = -0.24, p = 0.02)、仕事に関する楽しみを感じる(β = -0.32, p = 0.001)が、自己評価の復職能力の予測因子となりうると同定された。結論としては心不全のために病休状態の中の人にとって、自分が強くなったと感じること、幸せを感じることを、仕事について前向きを受け入れることは、職場復帰のプロセスに影響を与える。これらのニーズを満たすリハビリテーションプログラムを開発・実施するためには、さらなる研究が必要である。
135	L. Nordgren; A. Söderlund	2016	Being on sick leave due to heart failure: Encounters with social insurance officers and associations with sociodemographic factors and self-estimated ability to return to work	心不全による病休状態：社会保険担当者との出会い、社会人口学的要因および自己の復職能力との関連性	心不全		Eur J Cardiovasc Nurs	15	3	27	36	10.1177/147451115571033	背景：心不全（HF）患者の病休状態と職場復帰（RTW）の能力についてはほとんど知られていない。これまでの研究結果から、心不全により病休状態の中の人々における社会保険担当者（SIO）との出会いの重要性や社会人口統計学的な問題が指摘されている。AIMS: 心不全により病休状態の中の人々がどのようにしてSIOとの出会いを経験するのか、また、社会人口学的要因、SIOとのポジティブ/ネガティブな出会いの結果、RTW能力の自己評価との関連を調査する。方法：本研究は、クロスセクショナルデザインの人間ベースの研究である。サンプルは、スウェーデンのHF患者590名である。登録ベースの調査に加えて、郵便調査によるアンケートを実施した。二重盲検式ロジスティック回帰分析を用いて、社会人口学的因子、ポジティブおよびネガティブな出会い、RTWへの自己評価能力の関連性を検証した。結果：低収入の人は、疾病補償を受ける可能性が高かった。回答者の大部分は、SIOとの出会いが肯定的な出会いを経験していた。結論としては、ネガティブな出会いが肯定的な出会いと有意に関連していた。収入が低いことは心不全に関連していた。回答者の3分の1以上が、SIOとのポジティブな出会いは、RTWへの自己評価能力を促進することに同意した。収入の高さは、肯定的な出会いの自己評価能力への影響と強く関連していた。結論：SIOと中風による病休状態の中の人々との出会いは、信頼と信用を含む人を中心としたアプローチによって特徴づけられる必要がある。低所得者は特に注意が必要である。

文献番号	筆者	発行年	タイトル	タイトル邦訳	対象疾患	治療	雑誌名	Volume	Issue	Pages	DOI	要旨
136	L. Nordgren; A. Söderlund	2016	Heart failure clients' encounters with professionals and self-rated ability to return to work	心不全患者の専門家との出会いと自己評価による職場復帰能力	心不全		Scand J Occup Ther	23		2115-26	10.3109/1038128.015.1078840	背景：心不全患者は長期にわたり病状悪化を余儀なくされ、障害年金を受給することが多い。医療従事者は、職場復帰のプロセスを向上させる要因についての知識を必要としている。本研究では、心不全による病状悪化と、医療従事者や社会保険労務士との出会いに焦点を当てた。具体的には、以下の項目との関連を調査することを目的とした。(本研究では、心不全による病状悪化と医療従事者・社会保険労務士との出会いに焦点を当て、以下の関連性を検討した：(1) 出会いと社会人口統計学的要因、(2) 出会いと自己評価復職能力。材料と方法：登録データと心不全による病状悪化中の個人 (n = 590) への複数アンケートに基づいた横断的研究。二重盲検分析とロジスティック回帰分析を用いた。結果：性別、収入、年齢は、社会保険労務者や医療従事者との出会いと強く関連していた。自己評価の復職能力は、「合理的な要求をした」、「明確で適切な情報・アドバイスをした」、「合意を求めなかった」との出会いと関連していた。結論と意義：クライアントの復職能力を高めるためには、要求は合理的であるべきであり、情報やアドバイスは明確であるべきであり、合意は守られるべきである。これらの結果は、心不全で病状悪化中の人の職業リハビリテーションに携わる作業療法士などの医療専門家が活用できるものである。
137	L. Nordgren; A. Söderlund	2016	Associations between socio-demographic factors, encounters with healthcare professionals and perceived ability to return to work in people sick-listed due to heart failure in Sweden: a cross-sectional study	スウェーデンで心不全により病状悪化された人の社会人口統計学的要因、医療従事者との出会い、および復職能力の認識との関連性：横断的研究	心不全		Disabil Rehabil	38		2168-73	10.3109/0963828.015.1031289	目的：本研究の目的は、心不全による病状悪化中の人々を対象に、社会人口統計学的因子、医療従事者とのポジティブ/ネガティブな出会いの経験、およびその出会いが職場復帰能力に与える影響の関連性を調査することである。方法：本研究は横断的研究である。データは、スウェーデンの2つの公式登録と、郵便アンケートから収集した。全部で590人の心不全患者がアンケートに回答した。変数間の関連は、二重盲検分析とロジスティック回帰分析で算出した。結果：心不全による病状悪化中の人にとり、医療従事者とのポジティブな出会いは、スウェーデン生まれであること、高収入であることと関連していた。高収入の人は、医療従事者とのポジティブな出会いによって職場復帰を支援される可能性が高い。医療従事者による病状悪化中の人の復職能力を促していることを認識していることを認認すること、復職を促進する可能性がある。結論：女性、外国生まれでない人、高所得者は、医療従事者との出会いを肯定的に受け止める傾向がある。心不全患者のリハビリテーションに携わる医療従事者は、社会的な不平等を認識し、病状悪化中の人の復職能力を促していることを認認することを認認する必要がある。リハビリテーションへの影響：心不全は日常生活を制限し、長期の病状悪化のリスクを意味する。心不全の人々のリハビリテーションプログラムがあるにもかかわらず、職業リハビリテーションはしばしば見落とされている。心不全による病状悪化中の人の復職能力を促していることを認認する必要がある。心不全患者は自信と信頼を示すことで、心不全患者をサポートすることができる。しかし、病状悪化のプロセスを意味することを意識する必要がある。
138	A. Suarez-Pierre; X. Zhou; C. D. Fraser, 3rd; J. C. Grimm; T. C. Crawford; C. Lui; V. Valero, 3rd; C. W. Choi; R. S. Higgins; A. Kilic; S. S. Pedersen; S. J. Skovbakke; U. K. Witt; T. Schmidt; R. dePont Christensen; C. J. Brandt; J. S. Arensen; M. Vinther; C. E. Larroude; T. M. Melchior; S. Riahi; K. G. E. Smolderen; J. A. Spertus; J. B. Johansen; J. M. Tinkkaja; A. L. Aro; T. Alanko; H. Lindholm; H. Sistonen; J. E. Hartikainen; L. Toivonen; J. Juutilainen; M.	2019	Survival and Functional Status After Bridge-to-Transplant with a Left Ventricular Assist Device	左心室補助装置を用いた移植までの期間の生存率と機能的状態について	心不全	LVAD	Asaia j	65		7661-667	10.1097/ma1.00000.00000000874	左心室補助装置 (LVAD) をブリッジ・ト・トランプラント (BTT) として使用することは、末期心不全を治療するための一般的な方法となっている。我々は、心臓移植後の長期生存率とQOLに及ぼすBTTの影響を調べることを目的とした。対象は、2007年から2017年の間に米国で単独で心臓移植を受けたすべての成人患者。組み入れ基準は、LVAD (Heartmate II [HMII])またはHeartWare Ventricular Assist System [HVAD]のみを装着したBTT患者を対象とし、これらをde novo心臓移植を受けた患者と比較した。主要評価項目は、1年、2年、5年後の生存率であった。副次的エンドポイントは、機能的状態、職場復帰、病院での入院と移植片拒絶反応の発生率であった。非条件付きおよび条件付き生存率は、Kaplan-Meier法を用いて推定した。リスク調整後の死亡率に対するBTTの独立した影響は、Cox比例ハザードモデルを用いて決定した。この期間に、5,584例がLVADに接続され、12,295例が新たに移植を受けた。1年、2年、5年後の無条件生存率は、de novo患者のほぼ2%高かった。リスク調整後、BTTは各時点で死亡率の上昇と関連していた。90日生存率を条件とした無調整の5年生存率は、両群間で同程度であった (82.6%対83.4%、p=0.15)。機能的状態、仕事への復帰、病院での再入院とグラフ拒絶反応の割合 (調整なし) は、1年、2年、5年の時点で同程度であった。LVADを用いたBridge-to-transplantでは、新規心臓移植を受けた患者と同様に、優れた生存率とQOLが得られる。Bridge-to-transplantを受けた患者は、移植後90日以内の死亡率が若干高くなる。
139	S. S. Pedersen; S. J. Skovbakke; U. K. Witt; T. Schmidt; R. dePont Christensen; C. J. Brandt; J. S. Arensen; M. Vinther; C. E. Larroude; T. M. Melchior; S. Riahi; K. G. E. Smolderen; J. A. Spertus; J. B. Johansen; J. M. Tinkkaja; A. L. Aro; T. Alanko; H. Lindholm; H. Sistonen; J. E. Hartikainen; L. Toivonen; J. Juutilainen; M.	2018	Effectiveness of a comprehensive interactive eHealth intervention on patient-reported and clinical outcomes in patients with an implantable cardioverter defibrillator (ACQUIRE-ICD trial): study protocol of a national Danish randomised controlled trial	植込み型除細動器を装着した患者の患者報告アウトカムおよび臨床アウトカムに対する包括的な対話型ヘルス介入の効果 (ACQUIRE-ICD試験) : デンマーク国内無作為比較試験の試験プロトコル	不整脈	植込み型除細動器	BMC Cardiovasc Disord	18	1	136	10.1186/s12872-018-0872-7	【背景】 デンマークをはじめとする国々では、植込み型除細動器 (ICD) を装着した患者の管理方法が変化しており、病院での診察に代わって遠隔地でのモニタリングが行われるようになってきている。患者と看護師、患者と医師の交流が減ることで、患者のケアの質にギャップが生じ、ICDを使用した生活にうまく適応できなくなる可能性がある。目標設定、抑うつ、不安、生活の質のモニタリング、心理的治療、情報提供、支援ツール、看護師とのオンライン対話、オンラインコミュニティワークへのアクセスなどを含む包括的なeHealthの介入は、これらのギャップを埋めるのに役立つ。不安や抑うつに苦しむ患者には特に有益であると考えられる。本研究では、包括的なインタラクティブなeヘルス介入であるACQUIRE-ICDが、患者報告および臨床アウトカムに及ぼす効果を検証する。方法：ACQUIRE-ICD試験は、デンマークの6つの植込み型ICDセンターで初めICDまたはICM同期療法 (CRT-D) 付きICDを植込みされた478名の患者を登録する。多施設、前向き、2群、非盲検の無作為対照試験である。本試験では、ACQUIRE-ICDがeヘルスの臨床効果および費用対効果、通常のケアへの追加として、通常のケアのみの場合と比較して評価した。主要評価項目であるデバイスの受容性 (Florida Patient Acceptance Survey (F-PAS) 評価) は、移植後12ヶ月目に評価された。副次的評価項目は、植込み後12ヶ月および24ヶ月の時点で、患者報告アウトカム、職場復帰、初回ICD治療および初回入院までの期間、死亡率、費用対効果などを評価した。解説：ICDを装着した患者を対象に、ウェブベースのプラットフォームを介して提供される、患者中心のパーソナライズされたツールに依存する、包括的なインタラクティブなeHealth介入の有効性は、これまで評価されていない。ACQUIRE-ICDのウェブ・バージョンは、患者が自身の疾患の管理に積極的に参加することを促進し、および患者中心の疾患管理プログラムの必要性に対応する。このウェブ・バージョンが患者にとって有益であることが証明されれば、患者のエンパワーメントとQOLを向上させるだけでなく、臨床医がより多くの患者をケアするための時間を確保できるようになるかもしれない。TRIAL REGISTRATION: 本試験は2016年11月30日に <a href="https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT02976961">https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT02976961</a> 、登録番号 [NCT02976961] で登録。
140	A. L. Aro; T. Alanko; H. Lindholm; H. Sistonen; J. E. Hartikainen; L. Toivonen; J. Juutilainen; M.	2013	Électromagnetic interference with cardiac pacemakers and implantable cardioverter-defibrillators from low-frequency electromagnetic fields in vivo	生体内の低周波電磁界による心臓ペースメーカーおよび植込み型除細動器への電磁干渉	不整脈	CIEDs	Europace	15		3388-94	10.1093/europace/eus345	AIMS: 電磁干渉 (EMI) は、ペースメーカーや植込み型除細動器 (ICD) を装着した作業中に危険を及ぼす可能性がある。職場によっては、EMIを引き起こす可能性があるほど高い電磁界が存在する。この研究では、ペースメーカーとICDが外部の電磁場に対してどのような影響を受けやすいかを評価することを目的とした。方法と結果：ペースメーカーを装着した13名のボランティアとICDを装着した13名のボランティアを対象に、ヘルムホルツコイルを用いて、周波数2~200Hzの正弦波、パルス波、ランパ波、矩形波の磁場に曝した。磁場の磁束密度は300μTまで変化した。また、EAS (Electronic Article Surveillance) ゲート、IHクッキングヒーター、MIG (Metal Inert Gas) 溶接機からのEMIの発生についても試験を行った。すべてのペースメーカーはバイポーラ設定で、3つのペースメーカーはユニポーラ設定で試験を行った。バイポーラ型のペースメーカーとICDは、いずれも、どのような環境下でも干渉を受なかった。ユニポーラ設定の3台のペースメーカーは、ヘルムホルツコイルの最高磁場の影響を受け、そのうち1台はEASゲートと溶接機からの影響も受けた。IHクッキングヒーターは、ユニポーラ設定のペースメーカーのいずれにも干渉を及ぼさなかった。結論：この研究で使用されたような高強度の磁場は、産業界の作業環境でもまれである。ほとんどの場合、従業員は適切なリスク評価を行った上で、双極性ペースメーカーまたはICDを植込み込んだ後、職場に復帰することができる。単極性にプログラムされたペースメーカーは、高磁場の環境下では使用者に危険を及ぼす可能性があるため、可能な限り回避すべきである。
141	J. G. Fetter; D. G. Bonditt; M. S. Stanton	1996	Electromagnetic interference from welding and motors on implantable cardioverter-defibrillators as tested in the electrically hostile work site	電気的に過酷な作業現場でテストされた植込み型除細動器の溶接とモーターによる電磁干渉	不整脈	植込み型除細動器	J Am Coll Cardiol	28		2423-7	10.1016/0735-1097(96)01417-7	目的：本研究は、患者が職場に復帰できるようにすることを最終的な目標とし、電気的に過酷な職場環境における埋め込み型除細動器の電磁干渉の影響を調べることを目的とした。背景：埋め込み型除細動器の正常な動作は、心臓の電気的活動を確実に感知できるかどうかにかかっている。そのため、職場の外部からの電磁干渉、特に溶接装置やモーター・ジェネレーター・システムからの電磁干渉が感知され、不適切なショックやリードスイッチの異常動作を引き起こし、心室振動や心室細動の検出が一時的に中断されることが懸念される。方法：最大900Aのアーク溶接機を操作している患者10名と、最大400Aを引く機関車のスターター近くの患者1名を対象に、1種類の埋め込み型除細動器 (モデル7217および7219) の動作に対する電磁干渉の影響を、内部イベントカウンターのモニタリングを用いて測定した。結果：電磁干渉は、感知回路またはリードスイッチの動作にそれぞれ2つの潜在的な干渉を生じさせた。1) 溶接電極の活性化に伴う大電流によって発生する。測定周波数は最大50MHzの電界、2) 溶接電極とケーブルに流れる電流によって発生する磁界。除細動器の感度は、0.15 mV (モデル7219) または0.3 mV (モデル7217) と最も高い値に設定されました。心室振動と心室細動の治療法は一時的にオフにしたが、検出回路はオンのままにした。結論：試験した埋め込み型除細動器は、検出回路からの過剰測定で確認されたように、電界の過剰知による影響を受けていない。225Aの溶接電流による電界は1.26Gの磁束密度を発生させたが、この密度は約10Gを必要とするリードスイッチを閉じるには不十分であった。患者は職場に戻ることで、患者は次の注意事項を守る必要がある：1) 溶接アークとケーブルまたは大型モーターから61cmの最小距離を保つ、2) 溶接装置の試験電流を超えない、3) 電気機器を操作するときは絶縁手袋を着用する、4) 電気機器が適切に接地されていることを確認する、5) 治療が行われたり、頭がぼーっとするような感覚があった場合は、すぐに溶接をやめて作業場を離れる。
142	K. S. Sunnehaug; O. Johannson; J. Hertziz; G. Grimby	1996	Life after cardiac arrest: a retrospective study	心停止後の生活：回顧的研究	心停止後		Resuscitation	31		2135-40	10.1016/0300-9572(96)0903-5	目的：病院外での心臓蘇生術 (CPR) 後の生存者の生活状況を評価すること。方法：当時75歳以下で、病院から生きて退院したCPR生存者を連続的に特定した。平均追跡期間は25.5ヶ月で、追跡中に24%が死亡、9%が行方不明であった。質問率は93%が記入し、71%がインタビューに同意した。結果：認知機能が低下し、日常生活動作の能力も低下していた。その結果、生活のために他人 (老人ホーム) に依存するようになり、仕事への復帰率も低かった。社会的孤立は一般的な話であった。また、復帰率は基準集団に比べて低く、痛みに対する意識が低いと報告している。健康関連のQOLの他の側面に関しては、この小集団は以前に評価された健康後の患者と多くの類似点を示した。結論：心臓蘇生を受けた患者が虚性心疾患を患っている場合、痛みに対する意識の低さを考慮する必要がある。可能であれば、社会的孤立を防ぐようにする。

文献番号	筆者	発行年	タイトル	タイトル邦訳	対象疾患	治療	雑誌名	Volume	Issue	Pages	DOI	要旨
143	S. Lijia; N. Nielsen; J. Bro-Jeppesen; H. Dunford; H. Friberg; C. Hofgren; J. Horn; A. Insoori; J. Kjaergaard; F. Nilsson; P. Pelesic; T. Winters; M. P. Wise; T. Cronberg P.	2018	Return to Work and Participation in Society After Out-of-Hospital Cardiac Arrest	院外心停止後の職場復帰と社会参加について	心停止後		Circ Cardiovasc Qual Outcomes	11	1	e003566	10.1161/circoutcomes.117.003566	背景：本研究の目的は、病院外心停止（OHCA）生存者が、仕事への復帰を含む日常生活や社会活動に参加する能力について説明することである。具体的な目的は、認知機能障害の潜在的な影響を評価することであった。方法と結果：TTM試験（Target Temperature Management）に参加したOHCA生存者278人と、マッチさせたST区分上昇心筋梗塞の対照患者119人が、イベント後180日の追跡調査に参加し、参加、仕事への復帰、感情的問題、および認知障害の評価を行った。Mayo-Portland Adaptability Inventory-4 Participation Indexでは、OHCA生存者（n=270）は、STセグメント上昇心筋梗塞対照者（n=118）と比較して、日常生活や社会への参加が制限されていると報告した（47%対30%、P<0.001）。さらに、イベント前に働いていたST上昇型心筋梗塞対照群（n=45）の7%（n=3）と比較して、イベント前に働いていたOHCA生存者（n=135）の27%（n=36）が病状改善を報告していた（オッズ比、4.9；95%信頼区間、1.4-16.8；P=0.01）。復帰を前提としたOHCA生存者（n=135）では、認知機能障害のある人（n=55）は、認知機能障害のない人（n=40；36%、n=20、対15%、n=6）に比べて、病状改善を得る可能性が3倍高かった（オッズ比、3.3；95%信頼区間、1.2-9.3；P=0.02）。OHCA生存者の場合、参加率の低下を最も予測した変数は、うつ病、移動手段の制限、記憶障害、新しい問題解決の困難さ、疲労、処理速度の低下であった。結論 OHCAの生存者は、心筋停止後6ヶ月で社会参加がより制限されていることを報告し、ST区分上昇心筋梗塞の対照者と比較して、仕事への復帰率が低かった。認知機能障害は、疲労、抑うつ、運動制限といった密接に関連した症状とともに、社会参加の低下と有意に関連していた。これらの予測変数は、OHCA生存者のうち、回復が遅れているリスクがあり、さらなる支援やリハビリテーションが必要な人を選定するために、追跡調査に利用できる可能性がある。臨床試験登録：URL: <a href="https://www.clinicaltrials.gov">https://www.clinicaltrials.gov</a> . エニークな識別子。NCT01946932
144	Koutoulou-Sotiropoulou; F. V. Lima; K. Stergiopoulos	2016	Quality of Life in Survivors of Peripartum Cardiomyopathy	周産期心筋症の生存者のQOLについて	周産期心筋症		Am J Cardiol	118	2	258-63	10.1016/j.amjcard.2016.04.040	周産期心筋症（PPCM）が生活の質に及ぼす影響については、ほとんどデータがない。本研究の目的は、PPCMが生活の質や感情的幸福に与える影響を明らかにすること。ソーシャルメディアを利用したQOL研究の実現可能性を明らかにすることを目的とした。本研究では、ソーシャルネットワークサイト「Facebook」上のサポートグループ「Peripartum Cardiomyopathy Survivors」のメンバーを対象にアンケート調査を実施した。合計116名の女性が調査に参加し（年齢36±6.4歳、91%が白人、75%が既婚、46%が大学卒）、最初の診断からの経過年数は4.9±0.5年（範囲0.02~24年）であった。ほとんどの女性（41%）はベースラインの活動レベルに戻らず、28%は診断のために仕事を中断した。ほとんどの回答者（56%）は、過去2か月間に心不全の症状による制限を受けなかったか、わずかに制限を受けただけであった。ほとんどの回答者（56%）は、PPCMと診断された後、感情をベースラインに戻すことはなく、ほとんどの患者（73%）は、現在の心不全症状のレベルに不満を持っていた。ほとんどの患者（67%）は、心不全のために頻繁に（月に数回以上）入院を感じていた。また、医療者から受けたカウンセリングに満足している女性は26%に過ぎなかった。PPCMと診断されてから数年が経過した若い母親が受けるPPCMの精神的・肉体的負担は顕著です。より良い情緒的健康を促進する戦略の特定と、潜在的な治療戦略が必要となるかもしれない。
145	Y. Lin; Y. Chen; H. Zhang; Y. Peng; S. Li; X. Huang; Q. Chen	2020	Predictors of return to work after open triple-branched stent graft placement for acute type A aortic dissection	急性A型大動脈解離に対する開胸3枝ステントグラフト留置後の職場復帰予測	大動脈解離	ステントグラフト	Interact Cardiovasc Thorac Surg	30	1	99-106	10.1093/ivz/z36	目的 急性A型大動脈解離（AAD）患者の開胸3枝ステントグラフト留置後12か月以内の復帰率と、復帰できなかった理由を調査する。方法：2013~2018年の期間に福建省心臓センターで生存退院したAAD患者を対象に、このコホート研究を行った。収集したデータには、患者のベースライン特性、AAD後12か月時点での就業状況、12か月時点で仕事に復帰しなかった人の潜在的な理由を分類する変数が含まれていた。ロジスティック回帰法を用いて、12か月後の職場復帰に関連する要因を推定した。結果：AAD入院から1年後、326名のAAD患者のうち、81名（24.8%）が仕事に復帰し、231名（70.9%）が復帰せず、14名（4.3%）が死亡した。復帰できなかった231人のうち、105人（45.5%）はAADのために仕事ができず、36人（15.6%）はAADのために仕事を失った。他の危険因子を調整しても、年齢、女性、仕事の種類、手術時間、大動脈クローズアップ時間、集中治療室（ICU）の滞在期間は、復帰の可能性を低くすることと有意に関連していた。CONCLUSIONS AAD後12か月時点で、以前に雇用されていた患者の25%以下が仕事に復帰した。高齢、女性性、手術前または手術後の専門職、手術時間の長さ、大動脈クローズアップ時間の長さ、ICU滞在期間の長さは、復帰の可能性を低くすることと関連していた。

令和3年度労災疾病臨床研究事業費補助金

治療と仕事の両立支援に関する基盤整備および拡充に資する研究  
(210301-1)

## 分担研究報告書

### 支援機関・支援者向け e-learning 構築

- ・疾患ごとの両立支援に関するレビュー：難病
- ・支援機関の人材基盤実態調査、個別事例収集および分析

### 研究分担者

江口 尚

(産業医科大学 産業生態科学研究所  
産業精神保健学研究室 教授)

**令和3年度 労災疾病臨床研究事業費補助金**  
**治療と仕事の両立支援に関する基盤整備および拡充に資する研究**  
**分担研究報告書**

**支援機関・支援者向け e-learning 構築**

**研究分担者 江口 尚**

**(産業医科大学 産業生態科学研究所 産業精神保健学研究室 教授)**

**研究要旨:**

本研究班の目的は、インターネット上にワンストップ情報サイトを作成（情報基盤を構築）し、各支援者向けの e-learning 教材（人材基盤の拡充）を公開することである。そのために、本分担研究では、今年度は、難病患者の就労に関する先行研究のレビュー、福岡県難病相談支援センターでのヒアリング、当事者向けのインターネット調査（700名）を行い、その結果をもとに支援者に必要なコンピテンシー案を作成し、基本的なデータを整えた。コンピテンシー候補として、「疾患に関する情報収集」「コーチング」「職場の環境の評価」「患者会に関する情報収集」「本人の自己理解を促すこと」「本人のリテラシーを高めること」「自分の体調を伝えられる言語化能力」「主治医と当事者のコミュニケーション」「自分から主治医や病院の相談窓口相談することを促す」「事例対応能力の向上：事例検討会」「本人のメンタルヘルスサポート：焦らせない技術」「職場内のキーパーソンを探す能力」疾患理解「職場の制度についての知識、情報収集」「会社とのコミュニケーションの取り方のアドバイス」「インターネットや SNS の正しい活用法」「最低限のカウンセリングスキル」「事例の共有を通じて自分なりのベンチマークを作る」「仕事内容の把握」「復職後のフォロー」「家族と当事者のコミュニケーション」「異動先での転院先の相談や調整」「支援者を作るためのアドバイス」「状態が安定している時でも、悪化した時のことを打ち合わせる」「本人の就業能力のアセスメント」「病気のことを踏まえた本人の仕事観を理解する」「セルフケアについての情報提供」「院内の専門職との多職種連携」「復職に向けた休職中の過ごし方」「障害者総合支援法の就労支援サービスの説明」があがった。次年度は、研究協力者とこれらのコンピテンシー候補の妥当性、信頼性を確認したうえで、e-learning 向けの教材を作成できればと考えている。

## A. 研究目的

治療と仕事の両立支援は、これまで企業・医療機関への広報や各支援者向けの研修会など様々な取り組みがなされているが、平成30年の労働安全衛生基本調査では「両立支援の取り組みがある」事業者は55.8%と低調のまま推移している。産業医科大学では、事業者や医療機関向けのコンサルティング部門を設立（厚生労働科学研究19JA0401）しているが、ほとんどの問い合わせが、「何から手を付けていいかわからない」、「どこに情報があるかわからない」といったもので、両立支援の全体像が把握しがたく、対応に苦慮していることが想定される。これは、有益な情報の多くが分散しており必要な『情報基盤』が構築されていないことと、多数いる支援者の役割期待が明確化されておらず具体的な行動に落とし込むことができる『人材基盤』が脆弱であることが原因であることが考えられる。

『情報基盤』として、多くのユーザーが必要な情報は、「具体的な支援方策の考え方」と「豊富な対応事例」である。研究代表者らは「身体疾患を有する労働者が円滑に復職できることを目的とした、科学的根拠に基づいた復職ガイドランスの策定に関する研究（労災疾病研究160601）」により428事例を収集し、質的研究の手法を用いて「就業配慮の標準的な考え方」と「事例集」を公開済みであり、すでに実績がある。今後は、医療機関の両立支援のケースも追加で収集し両立支援を行う上での必要な情報がすべて得られる仕組みが必要である。また、今後の両立支援の展開のためには、国際的な両立支援の在り方を踏まえて我が国に応用展開できる方策を検

討することが必要である。さらに、両立支援が事業場と医療機関の過不足のない健康診断や医療情報の受け渡しにより達成されるものであることから、個人の健康記録（パーソナルヘルスレコード；PHR）を集積し応用する仕組み、により両立支援の新たな手法の開発が必要である。

『人材基盤』として、具体的な対策ができる事業場人材および医療機関人材の育成が必要である。医療機関の支援人材に必要なコンピテンシーは、研究代表者らが分担者として参加した厚生労働科学研究（H29 がん対策一般-011、代表者高橋都で整理されている。事業場人材に対しては、企業の両立支援についてアクションチェックリストや教育資材を開発（厚生労働科学研究19JA0401）し、厚生労働省の地域セミナーに提供するとともに、産業医科大学プレミアムセミナーで、企業内での制度作りができる人材育成事業を実践してきた。これらのものが現状広く国民のレベルにまで普及しているとはいえないため、これまでの研究における人材基盤としての必要な要素を抽出のみならず、新たな人材育成のためのコンピテンシー抽出しつつ広く普及可能な教育研修プログラムの開発が必要である。

「職域における中途障害者の実態調査とそれに基づく関係者間の望ましい連携のあり方に関する研究（H26-政策-若手-013）」では、職場で難病患者を受け入れる上での課題を抽出した（図）。当事者が感じている課題を整理することで、支援者に必要なコンピテンシーを検討できる可能性がある。

【図1】職場で難病患者を受け入れる上での課題



本研究班の目的は、このような課題認識に立ち、インターネット上にワンストップ情報サイトを作成（情報基盤を構築）し、各支援者向けの e-learning 教材（人材基盤の拡充）を公開することである。そのために、本分担研究では、支援者へのヒアリングと、支援者に対して当事者が持っている就労支援上のニーズについて調査を行った。

## B. 研究方法

### ①難病患者の就労に関する先行研究のレビュー

研究分担者がとりまとめ、2021年5月に産業医学レビュー34巻1号に公開した「難病患者における治療と仕事の両立支援に関する研究の現状」を参考にした。

### ②福岡県難病相談支援センターへのヒアリング

福岡県難病相談支援センターの難病相談支援員員に対して、難病患者の就労に関する相談に対してどのような支援を行っているのか、難病患者自身がどのようなニーズを持っているのかについて、難病相談支援員2名（看護師・保健師、精神保健福祉士）に対してヒアリングを行った。

### ③当事者向けのインターネット調査

#### 1) 研究デザイン

本研究は、インターネットによる横断調査とした。

#### 2) 研究の具体的な方法

本調査は、楽天インサイト株式会社が保有するパネルモニターに、同社から調査への参加依頼が行われ、参加に同意したモニターがインターネットに用意されたアンケートにオンラインで回答した。調査回答者に対して、新規就労や就労継続に必要と感じる情報を自由記載で収集した。

本調査は、楽天インサイト株式会社に委託して実施される。対象者は、楽天インサイト株式会社が保有するパネル参加者220万人に対してメールやホームページの広告等を通じて参加の呼びかけを行い、研究参加に同意した参加者が任意に回答した。

具体的には、パネル参加者に対して、一定数のスクリーニング調査を行い、それに合致したモニターに対して、回答を依頼した。回答を完了した者にポイントが付与された。なお、スクリーニング調査に回答して、本調査の対象外となった者に対してもポイントが付与される。目標数に達した時点で調査を終了した。

#### 選択基準

以下の項目をすべて満たす者を本調査の対象者とする。

- ・調査実施時点で、がん、脳卒中、心臓病、肝炎、膠原病、神経難病（パーキンソン病等）、高血圧、糖尿病、脂質異常症（高コレステロール血症等）、慢性閉塞性肺疾患、甲状腺疾患、アレルギー性疾患（気管支喘息等）、認知症、てんかん、血液疾患（血友病等）、うつ病やその他のこころの病気など、反

復・継続して治療が必要で、短期（おおむね1か月以内）で治癒しない疾病や障害を抱えている。

- ・調査実施時点で、仕事をしている。
- ・調査実施時点で、適切な治療を受けながら、仕事を継続するにあたって、会社から何かしらの支援を必要としている。

- ・調査実施時点の年齢が20歳から65歳である。

### 3) 実施期間

2022年2月

### 4) 回答者数

700名から回答を得た。

5) 調査内容は、年齢、性別、疾患名、「あなたが仕事を継続する上で、必要な情報、役立つ情報についてできるだけ詳しくご回答ください。」について収集した。調査内容の検討に当たっては、①②の研究、調査結果を参考にした。

6) 収集したコメントをすべて確認して、支援者に必要なコンピテンシーを検討した。

（倫理面への配慮）

②当事者向けのインターネット調査については、産業医科大学倫理委員会から承認を得て実施した。

## C. 研究結果

### ①難病患者の就労に関する先行研究のレビュー

研究分担者がとりまとめ、2021年5月に産業医学レビュー34巻1号に公開した「難病患者における治療と仕事の両立支援に関する研究の現状」の内容を確認した。レビューの実施から1

年程度しか時間が経過していないため、レビューの更新については次年度にゆだね、今年度については、このレビューをそのまま活用することとした。

### ②福岡県難病相談支援センターでのヒアリング

ヒアリングの結果から、難病患者については、社会資源が複雑であることから、複数の窓口を効率的に回ることがその案内がニーズとしては最も大きいとのことであった。また、勤務先、就職先に対してどのように自分の病気のことを伝えると良いのか、相談に乗りながら一緒に考えることも多いとのことであった。難病相談支援員としては、企業の就労についての考え方や制度についての情報が限られていることから、コミュニケーションの取り方について課題があるとのことで、福岡県難病相談支援センターでは県内に企業に対して難病患者の就労に関する調査を行っているとのことであった。

### ③当事者向けのインターネット調査

平均年齢は48.4歳で、男性476名、女性224名であった。結果を添付資料①に示した。そのすべてのコメントを確認し、支援者に必要なコンピテンシーを検討した。その結果を表1に示した。

## D. 考察

### ①難病患者の就労に関する先行研究のレビュー

先行研究のレビューでは、炎症性腸疾患、多発性硬化症、関節リウマチ、パーキンソン病の患者を対象に、就労継続に影響する要因を検討した研究が多く、支援者の支援の内容と就労継

続に関する研究は無かった。ただし、春名らの研究では、医療相談窓口への相談機関への相談状況や産業医、産業保健師への相談状況についての調査があることが確認できた。また、【難病患者の総合的支援体制に関する研究】班の調査では、そのような窓口を利用している者ほど、就労していることが示されていたことから、窓口の認知の向上への取り組みや、支援を必要としている者にアウトリーチする姿勢などが、支援のコンピテンシーとなりうることが示唆された。

## ②福岡県難病相談支援センターでのヒアリング

特に難病については、障害者総合支援法や難病の患者に対する医療等に関する法律（難病法）など、医療費の助成や各種福祉系就労支援サービスなどが提供されるなど、受けられる支援が複雑で、様々な機関に窓口がある。そのため、医療ソーシャルワーカーでも十分な情報提供ができないこともあるため、難病相談支援員がコンシェルジュとして、当事者が「一筆書き」で関連する窓口を回るができるように案内をすることができるように案内をすることができるが、強みであるとのことであった。

難病相談支援センターは、都道府県と政令指定都市に設置をされているが、それらの運営主体は、センターによって異なり、サービスの均霑化が課題となっているため、支援者が難病相談支援センターと連携するためにはそのことに留意する必要がある。

## ③当事者向けのインターネット調査

当事者700名が必要とする支援の内容から、支援者に必要なコンピテンシーを検討した。

精神疾患に罹患されている方と身

体疾患に罹患されている方と、必要とする支援の内容が異なるような印象を受けた。身体疾患に罹患をされている方は、「特に必要な支援は必要ない」という印象があった。

通院についての要望が最も多い印象であった。通院を継続するために、その必要性を職場に伝えることができるような言語化能力が必要であるが、そのことを支援することが支援者には求められる。

今年度の調査で作成をしたコンピテンシーをもとに、次年度は、研究協力者とその妥当性、信頼性を確認したうえで、e-learning 向けの教材を作成できればと考えている。

## E. 結論

難病患者の就労に関する先行研究のレビュー、福岡県難病相談支援センターでのヒアリング、当事者向けのインターネット調査をもとに、支援者に必要なコンピテンシー案を作成し、そのための、基本的なデータを整えた。次年度は、研究協力者とその妥当性、信頼性を確認したうえで、e-learning 向けの教材を作成できればと考えている。

## F. 健康危険情報

該当せず。

## G. 研究発表

1. 論文発表  
なし
2. 学会発表  
なし

## H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

該当せず。

## I. 文献

1. 厚生労働省. 事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン. 企業・医療機関連携のためのマニュアル（事例編）. 【難病】事例 1. 2021.  
<https://www.mhlw.go.jp/content/11200000/000608633.pdf>
2. 治療と仕事の両立お役立ちガイド（難病編）. 難治性疾患等政策研究事業（難治性疾患政策研究事業）【難病患者の総合的支援体制に関する研究】班 研究代表者 小森哲夫
3. 治療と仕事の両立お役立ちノート（難病編） 難治性疾患等政策研究事業（難治性疾患政策研究事業）【難病患者の総合的支援体制に関する研究】班 研究代表者 小森哲夫

表 1 支援者に必要なコンピテンシー案

疾患に関する情報収集  
コーチング  
職場の環境の評価  
患者会に関する情報収集  
本人の自己理解を促すこと  
本人のリテラシーを高めること  
自分の体調を伝えられる言語化能力  
主治医と当事者のコミュニケーション  
自分から主治医や病院の相談窓口に相談することを促す  
事例対応能力の向上：事例検討会  
本人のメンタルヘルスサポート：焦らせない技術  
職場内のキーパーソンを探す能力  
疾患理解  
職場の制度についての知識、情報収集  
会社とのコミュニケーションの取り方のアドバイス  
インターネットや SNS の正しい活用法  
最低限のカウンセリングスキル  
事例の共有を通じて自分なりのベンチマークを作る  
仕事内容の把握  
復職後のフォロー  
家族と当事者のコミュニケーション  
異動先での転院先の相談や調整  
支援者を作るためのアドバイス  
状態が安定している時でも、悪化した時のことを打ち合わせる  
本人の就業能力のアセスメント  
病気のことを踏まえた本人の仕事観を理解する  
セルフケアについての情報提供  
院内の専門職との多職種連携  
復職に向けた休職中の過ごし方  
障害者総合支援法の就労支援サービスの説明

性別	年齢	疾患名	あなたが仕事を継続する上で、必要な情報、役立つ情報についてできるだけ詳しくご回答ください。
男性	63	糖尿病	定期的な通院治療を受けることができること 通院治療に有休が使いやすい環境であること 体調に応じて休暇が取りやすいこと
女性	44	非定型顔面痛 特発性血小板製紫斑病 卵巣がん ヘルニア	ないないづくしの職場で、休みが平日と重なることが有り、病院に通院しやすい環境ではあるが、本来ならばどんな支援が受けられるのか、そもそもの情報がほしい。
男性	62	前立腺がん	治療に関する情報、経過観察の期間の確認、医療費の補助金額の上限、保険の使用可否、完治した人の情報等々
女性	51	乳癌	必要な情報・急な治療変更で長期休みになったときに金銭的に困らずに使える制度などがあつたら知りたい。重篤ではないが気になる症状があり、主治医に聞きにくい時などに気軽に聞きやすくアドバイスをくれる専門家ががいるサービスなどがあると役立つと思う。
男性	55	高血圧	自己管理しやすいことがたいせつなことで、仕事関係が体力的に、きつくないということが、継続する上で必要な情報
男性	46	気分変調症	定期的な通院を許してくれること。 体調の変化を踏まえた作業量の配慮。 在宅勤務での業務を許してくれる。
男性	50	慢性B型肝炎	柔軟な勤務時間の確保、休みを取りやすくするなど、労務管理&環境をしっかりといただくことが必要と考える。
男性	62	IgG4関連疾患	体力的にも日塔勤務が困難であり、治療のために免疫を抑える薬剤を内服しており、それに伴う仕事内容への配慮が必要な状態である。
男性	53	うつ病	公的な金銭援助を受けるための情報。 病気の治療についての専門的な情報。 病気を患っている者が働きやすい就職先の情報。
男性	53	高血圧	仕事をする上での必要な情報、役に立つ情報等については、これと言って特になし。休日が希望通りに取れば問題なし。
男性	54	鬱病	仕事量の調整をおこなうことがおもとめられています。また改善を行うための運動や定期的な散歩などの情報を欲しています
男性	42	うつ病	身体の不調時に適切な対応をしてくれる制度が欲しい。また、そういった制度を遠慮なく利用出来る社内風土を育んでもらいたい。
女性	62	うつ病	私は教育公務員なので、病気休職（2年半）した際も、元の職場に慣らし勤務つきで復帰できた。以来定期通院の際も有給とは別に病気休暇が利用できる。一般企業にはこのような制度があるところは少ないのではと気にかかります。
女性	51	双極性障害	その時の自分の症状を会社側に全て打ち明けることが出来れば、長期的に就労を継続することが出来ると思う。
男性	60	高血圧	定期的に健康診断を受診して、その結果をもとにさらに人間ドックを受診した上で、その先の治療について判断していきたい。
男性	58	糖尿病	仕事を継続する上で必要な情報や、役立つ情報の収集について必要性を感じていなく現状では特に問題はない状態
男性	65	心臓弁膜症	体調に応じてフレキシブルに働けるように対応してもらっている。そのため、通院、入院などのシフトもスムーズに行ってもらえる。
男性	59	膀胱癌	仕事をする上で、体力的にキツイと思う時は、上司に申し出て、無理の無いように配慮してもらえる。病院の治療の時も考えてもらえる。
女性	57	双極性障害	会社は精神疾患を理由に解雇できるのかどうか知りたい。同僚からの嫌がらせやイジメについて上司が見て見ぬふりをしたことで病状が悪化したのが、どこに相談すればよいかわからない。

性別	年齢	疾患名	あなたが仕事を継続する上で、必要な情報、役立つ情報についてできるだけ詳しくご回答ください。
男性	50	抑鬱状態	無能な上司（管理職）に当たらないこと。情報公開。コミュニケーションが確保できる職場。相談できる環境。テレワーク（在宅勤務）勤務を柔軟にできる環境。
男性	44	発達障害、緑内障	発達障害(ミス多発する原因、よくメールや文書の内容を読まない、肝心なところを見落とす、人の話を一回で理解ができないという方法の解決方法)がほしい。
男性	59	高血圧	健康診断の定期的な管理や同僚とのコミュニケーション、有給休暇や病気休暇、介護休暇及び人間ドック受診を促進してくれる職場環境。
男性	52	うつ病	仕事を効率よく進めるための情報、上司や同僚の意見、他部署の意見、スケジュールに関する情報などが必要。
男性	58	高脂血症	高脂血症なので特に問題ない。毎日ウォーキングしています。3か月に1度血液検査。結果も良好でコレステロールを抑える薬を毎日服用しています。
男性	53	うつ病	人事部にはホットラインがあり、担当者に直接連絡ができる環境にはあります。それに比べ、現場では温度差があり、かなり苦しみながら勤務を続けている社員はかなりいるはずです。
男性	45	強迫性障害 うつ病 パニック障害	仕事を継続する上で、地域包括支援センターや会社の支援、行政の支援が必要であること。また、自治体のホームページで障害者支援の詳しい情報が役に立つ
男性	61	糖尿病 高血圧	わたしは糖尿病や高血圧の治療を通院をともないながら仕事をしております。会社もその状況を理解してもらっています・
男性	40	鬱病	士業で独立しています。マイペースで無理のないような案件を選んで受注しているので仕事と治療を両立できています。
男性	59	聴神経腫瘍	片耳が聞こえないので音の方向がわからない。大変困っています。かなり仕事に支障があるのに障害手帳の認定されないのは遺憾である。
男性	55	鬱	離職する方向で検討しています。一日中、耳鳴りがして夜も薬が無いと眠れません。ときに頭痛と倦怠が激しい事がある。
男性	37	高血圧	特に思いつかない。もう少し、体調などを考慮した業務量配分などを考慮してもらいたい。ただ、機微情報でもあるので上司には知られたくない。
男性	59	高血圧	毎日の血圧測定と毎年の健康診断およびその結果の経過観察。毎年のストレスチェックおよびその結果のフォロー。
男性	50	高血圧症	会社や上司が通院のための休暇取得を妨げた場合の罰則について。また、そのような場合にどこへ通報したらよいか。
男性	52	クローン病	治療している病気をなるべく理解して頂けるよう病気に関する冊子などを発行して、会社への理解を促すことが必要です。
男性	38	高血圧、IgA腎症	指定難病の人が、職場でどのような支援が受けられるか知りたいです。支援内容、条件、誰に相談するのかなど
男性	50	ストレス性障害	産業医(=かかりつけ医)からの意見書が、人事部内健康管理室に回り、部長、直属上司、私に通知される事で、状態や勤怠上の制限が分かる。
男性	52	気管支喘息	現在の健康状態が業務遂行するにあたり正しい状態、行動であるのか、インターネット上で定期的に確認している。
男性	54	糖尿病	通院のための休暇は本人の有給休暇以外に救済措置がないか。働き方改革などで育児休暇などの有給休暇以外の措置は進展してきているが、持病のある人間に対し休暇などの救済がないのか
男性	59	糖尿病	できるだけ仕事に集中できるよう休息を取るようになっていることやコミュニケーションをするように気をつけている。
女性	54	高血圧	小さな会社なので、常に経営者と会話をして、その会話の中で病気のことなどの理解を深めて、適切な配慮をもらえる。

性別	年齢	疾患名	あなたが仕事を継続する上で、必要な情報、役立つ情報についてできるだけ詳しくご回答ください。
男性	61	高脂血症	容易に休日が取得できるように上司の配慮や定期的な面談などを通してできるだけ無理のない出勤計画を自己管理できている。
女性	53	狭心症 不整脈	Webでまずじゃ確認している。その後、解決しない場合は産業医やかかりつけ医の相談している。また、病院評価サイト特に確認している
男性	57	高血圧 高尿酸値	健康状態を改善するために必要な知識や情報をいつでも入手できる環境と生活習慣等について自らの体調に応じて改善できるような具体的指導
男性	59	慢性炎症性脱髄性多発神経炎	病気そのものに関する情報や治療の仕方に関する情報、そして数は少ないが快方に向かった方がいるので、どのように快方に向かったのかという情報
男性	51	糖尿病	特になし。本当にお伝え出来ることが無いので、ご希望に添えず誠に申し訳ございません。これでよろしいでしょうか。
男性	49	微弱な心臓血流障害	持病等がある場合、労働と通院の両立について労働形態によって大きな違いが生じる。経験上、派遣形態の労働だと実現しにくい。社則や労働契約がプロパーと派遣では異なり、なおかつ、派遣社員が休む際に代役が必要となる事がある。
女性	55	乳がん	休職中のみならず、職場復帰後も定期的に主治医からの意見書がほしい。なぜなら、副作用による症状や病気の進展は、経時的に変化しているので。また、職場では具体的な勤務内容や勤務体系について、内外に明確に文書で示してほしい。
男性	56	高血圧	医療的な配慮を受けられる会社の規則、急に調子が悪くなった時に受診が可能な近辺の病院一覧、在宅勤務に関する規則
男性	60	繊維筋痛症 高血圧	メインが在宅ワークである。有給休暇は希望通り取れる。出勤しなくても構わない。出張は勘弁してもらっている。
男性	55	脂肪肝	お金がない問題。 仕事を進めるために必要なノウハウ・知識・経験などのことを情報と言い、このような情報をどのようにまとめて整理するかによって、仕事ができる人間とできない人間の違いが出てきます。 また、情報を整理することの大切さに気づき、早くから情報整理力を鍛えることで情報を的確に処理できるようになります。しかし、多くの経験がなくても情報整理のポイントを知れば、効率的に情報整理力を身につけることができるのです。
男性	58	双極性感情障害	仕事を続けるのが厳しくなった時に受けられる賃金保険や治療方法に関する情報。常に適切な情報を受け取れる環境にあること。
女性	36	慢性気分変調症、睡眠障害	障害に対する会社側からの前向きな姿勢や受け入れ体制、障害手帳を持っていることをオープンにして働ける状態、急な症状が出た際のサポート(当日欠勤や半休等に対して嫌味や文句を言われず、後から自分で仕事の不足分を補える)
男性	57	うつ	特にない、何もしていない。どのようにすればいいのかわからない状態です。 情報がどこにあるのかわからない状態
男性	48	糖尿病、高血圧症、椎間板炎	現在の職場は休みを取ることにに対して非常に嫌な顔をされたり、迷惑がられたりするので、適切な治療が受けられないことがある。
男性	47	狭心症・うつ病	どのような情報があって、どのように活用すればいいのか理解していない状況です。会社側からも情報提供などはありません
男性	57	慢性腎不全 狭心症	透析時間は確実に必要なので、残業は透析のない日もしくは、休日出勤などで出来るようにスケジュールを付けている。
男性	62	前立腺がん	職場で健康上で必要な情報は特には求めている。自分で探すので職場のフォローは必要ないと思っている。なので、職場においてはあてにしていない。

性別	年齢	疾患名	あなたが仕事を継続する上で、必要な情報、役立つ情報についてできるだけ詳しくご回答ください。
女性	35	うつ病、潰瘍性大腸炎	今は特に必要としている情報はなく、充実しているような感じではありません。会社には、今のままであってほしいと思っております。
男性	50	高血圧	特に必要な情報は持ち合わせておりませんので、逆に知りたいと思えます。医療従事者と相談し、食事、仕事内容、疲労に留意するための情報が欲しいと思っております。
男性	54	脊髄炎	回復までに要する時間、期間を明確にしたい。しかし回復するか、後遺症として残るか担当医も明言をしないので、会社とはなかなか現実的な話し合いをする事ができない。治癒するのかどうかの情報が必要。
男性	56	心房細動	企業内の部署で内容を容易に確認できるネットワークを構築して、経過観察と定期検診、人間ドックとの共有データがあると、経営者サイドも管理できる。
男性	55	糖尿病2、心筋梗塞	定期的な通院が必要な場合は、事前の届け出があれば有休休暇が取得できる環境であるのは良いが、仕事のストレスが多い。
男性	50	慢性骨髄性白血病	主治医とよく相談し、検査数値とそれに対する将来の治癒予想を立てた上で、勤務時や勤務部署について上司や人事担当者とは相談している。
女性	45	うつ病	うつ病から復帰した人の著書を読んで、どれくらいの時間がかかったとか、どのように回復していったのかと知るようにしている。
男性	56	コレステロール	精神的なサポートがあればいつでも元気に生きていけると思われます。不安に襲われると何をするのもおっくうでしんどくなる。
男性	48	高血圧、適応障害	精神状態と、体力状態、体調の変化など。業務量の適正化と、業務難易度の適正化。業務に切に関する定期的な相談など
男性	50	アトピー性皮膚炎	病気によって業務が続けられなくなった際、業務を休むことができる期間やその期間の給与等の取扱いを定めて規則などがわかればよい
男性	51	高血圧	季節によって、勤務体系や日数が変わる職種に就いていますがその体系にあった、休日や休息の時間が欲しい。 他の会社ではどのような、勤務体制になっているか知りたい。
男性	54	うつ病	何が必要かわかりません。何が必要かわからないので、この間に回答する事が出来ません。何が必要か教えて下さい。
男性	39	もやもや病	特にこれと言って思いつくことはないが、セカンドオピニオンといった病気に関して主治医だけではなく、幅広い意見
男性	45	うつ病	状況の改善に向けての就労条件を示して、計画的に実行して自分の病状をまとめて管理出来るような支援があるといい。
男性	58	高血圧	土日が休みなので、土曜に開院しているクリニックが近場にあることが重要。今のクリニックは以前は平日のみの開院で定期的な診察を受けるには休みを取る必要がありに上司に許可を得ていたが、この2年くらいに土曜日にも開院となったので、いちいち許可を得る必要がなくなった。つまり土曜日に診察や健康診断してくれるクリニック情報は役立つ。
男性	64	三尖弁閉鎖不全症	心臓弁膜症と下肢静脈瘤に関して進行緩和及び症状回復に向けての作業形態や職場環境にどのような改善を求めていけば良いかと言う事
女性	37	リウマチ、うつ病、パニック障害	会社から理解が得られない時はどうしたら良いのか。退職するにも、次の仕事がないと心配で退職できない。どのように理解がある職場を探せるのか。知りたい。
女性	41	脳脊髄液漏出症	水分補給を一日2リットル、10キロ以上のものの運搬作業はしない、適度な休息、服薬をしっかりとのこと。
女性	41	脂質異常症 月経異常	病気を抱えながらも今の職場で働けるような権利が保障されているのかどうか、休んだ場合の給与保障などが受けられるか。
男性	51	高血圧、うつ病	情報があつたところで何も変わらない。会社は非協力的なのは他人を見て十分理解している。この会社、上司には何も求めてはいけない。求めたところでパワハラ化する恐れがあるだけ。

性別	年齢	疾患名	あなたが仕事を継続する上で、必要な情報、役立つ情報についてできるだけ詳しくご回答ください。
男性	56	うつ病	現在の仕事が病状からきつく、業務の変更を会社に願い出ているが、特殊な専門性が必要な業務なため、他に業務を遂行出来る人材がないとの理由から業務の変更を聞き入れて貰えない。3~4年に一度ぐらい、不調な疲れが蓄積してしまい、2ヶ月程度病欠を繰り返しているが、復職にあたり、主治医からの意見書を提出の上復職していた時期もあったが、産業医が会社側の立場を優先し、本人の希望に耳を貸してくれず、会社側も産業医の判断を元に配置転換の希望に耳を貸してくれないでいる。
男性	54	心臓病心筋系	持病やその日ごとの体調の良し悪しだけでなく、その家族にいたるあらゆる事象に関して、留意点が現れた場合などは、必ず周りの従業員に自発的に話せる状況を作り出している。
女性	54	慢性白血病	公的なものでどのぐらいのことがまかなえるか知りたい。例えば病気の治療により休業した場合の給与が法的にどの程度守られているのか。
男性	60	高血圧、緑内障	正しい状況把握と、正確な対応方針を策定するために、病気の最新かつ正確な診断結果が必要だと感じている。
男性	63	うつ	特に必要な情報はない。会社は早く辞めてほしいのだろうが（支援は全くない）、契約期間の満了までは何とか自分で頑張るしかない。
男性	64	高血圧	定期的な健康診断、毎日の投薬、健康維持のためのストレッチ体操の実施、体調不良時の相談等が必要と思います。
男性	48	慢性疲労症候群 脳疲労 甲状腺機能低下症 高コレステロール症 高血圧	突然調子が悪くなくても、休暇をとることで、その日の仕事を手助けしてくれる。有給休暇を取りやすい環境にある。
男性	52	うつ病	うつを理解する環境や同僚があるべきで、無知な人が多いので定期的な研修や勉強会などでそういった病気の人を分かり合える状態にする。
男性	64	糖尿病	定期通院の継続が、健康に仕事を続けていくために必須条件である。それができないのであれば退職もやむおえないと思っています。
男性	49	鬱	これと言ってないが、休みたい時には休める環境は整っている。体調については、定期的上司から口頭で確認をしてもらっている。
男性	58	うつ病、糖尿病	一緒に働く人はもちろん組織内の経営者層の理解が不可欠である、また人員配置など余裕が無い状態で無理やり仕事を続けさせられているのでそうした状態になる前に何とかしてほしい
女性	46	乳がん	体調が悪いときどうすると楽になるか等治療期間の過ごし方、働き方について経験者からの具体的なアドバイスが欲しい
女性	53	咽頭がん	いつでも代わってもらえる人がいたらいい。 病院も待ち時間が長いと仕事に戻れないから時間通りに診療してもらえるとうれしい
男性	51	糖尿病	体調を会社の経営者や上司に相談したところで全く相談に対する回答が得られない。簡単に言うと心配されることはない。 自分の代わりはいるんだと思う。
男性	47	うつ病	症状が現れた場合にどのような対処が有効か、メリットやデメリットを踏まえて具体的な対処法を詳しく知りたい。
女性	47	鬱病	気分の落ち込みなどムラがあったり、気圧の変化によって体調が悪くなるので、休憩できる時間や場所が必要。
男性	52	うつ病	配慮が必要だがうけていない。会社に理解がない為、むずかしい。どうすれば配慮をうけられるのかいつもかंगाえている。
女性	53	強迫性障害、全般性不安障害	病気や症状への理解。状態が一定しなく説明が難しいので、マンツーマンの会話をしたいです。 能力的には可能でも休んだらという不安が絶えずあるので、その理解など。

性別	年齢	疾患名	あなたが仕事を継続する上で、必要な情報、役立つ情報についてできるだけ詳しくご回答ください。
女性	57	リンパ浮腫	相談できる人を探すことが重要である 仕事は続けたいと思ってる 入院、手術を最近しました 長く入院できなかった リハビリが不十分でした あまり良くなってない
男性	61	糖尿病	定期的な通院の確保と、何か体調に異常があった際の休養体制の確保が必要 です。 また、上記に関する社内の共有が大切。
女性	48	乳がん、ウツ	産業医がいない小さな職場なので、上司に相談しても、理解されない。そ ういう時にどうしたら良いのか、情報を得る方法を知りたい。
男性	61	2型糖尿病	いつでも通院できる環境が必要である。また、体調不良による交代要員が どんなタイミングでもいることも必要である。
女性	46	B型慢性肝炎	継続的に治療や薬を続けるための、国からの経済的支援。 県から補助が出ているが、やはり毎月の1万円以上の出費はきつい。 将来的に不安。
男性	61	高血圧	収入が安定し福利厚生がしっかりしていること。悪口が泣きなる影口もな くなることを基本にし、無理なくそれぞれの役割が果たしやすい職場
男性	54	糖尿病	1週間の内の労働時間、定期的な休憩時間の確保、通院に伴う休み、定期 的な職場の上司との健康維持を含めた確認作業を行なっている。
男性	61	うつ病	どんな情報が必要なのか、又どんな情報が合っているのかを、入手する手 段が分からないし、平日に休みが無いので、相談先がない。
男性	58	糖尿病	通勤時間が長く、残業すると睡眠時間が削られてしまうので可能であれば 残業にない業務につきたいと思っている。定年まで頑張れるかどうか
男性	47	うつ病	うつ病に関して、体調変化が起こりやすいので、柔軟に対応してもらえ る、あるいはあらかじめ体調変化が起こりにくくする情報。
男性	61	うつ病	体調が悪い時は躊躇せずに連絡して休む。 月8日の公休があるので通院や体調不良時に利用している。 職場でのコロナ対策が充分にとられている。 具体的には換気やディスタンス。
女性	50	卵巣がん、PTTM	職場が小規模なので、スタッフの健康管理を、より安価で手間が少なく効 率的に行える手段を、国等から提供してほしい。
男性	46	副鼻腔炎	体調が良くなっているけど休み休み仕事をすることです。またまわりとそ うだしながらすることです。環境の変化してありしんどい。
男性	49	反復性うつ病性障害	同じ障害や病気を持つ人達かどのような配慮や支援を受けているのか、そ して何を求めているのか知りたいです。
男性	58	睡眠時無呼吸症候群	労働時間が長いと体力が続かないので、定時に帰れたり、薬が切れるまで には定期的に通院できる今の職場環境に満足しています。 ただ、どうしても残業しなくてはならないときや、精神的に疲れるときも 多いので、そのときはくしいです。
男性	63	うつ病	同じ境遇、立場の者の働き方の事例等、自分の置かれている状況の位置が わかり、今後どのように展開していくかの目安がわかるようになればあり がたい
男性	54	胆管がん	長期入院等で休暇を消化した場合の欠勤について、欠勤扱いとならないよ うな傷病休暇制度の継続。 職場復帰後の適切な業務内容の配慮等
女性	55	橋本病	体調に合わせて選べる就労募集などがどのようなところがあるかについ ての情報などをわかりやすくしてほしい。
男性	35	うつ病	管理職になってから時間外労働が常軌を逸している。労働基準法の管理下 にない管理職の時間外労働についてせめて常識の範囲内に収まるよう、会 社と話ができるような情報が欲しい。

性別	年齢	疾患名	あなたが仕事を継続する上で、必要な情報、役立つ情報についてできるだけ詳しくご回答ください。
男性	56	うつ病	就業にあたって職場環境の改善やそのことを気にしてもらえること。定期的な面談やディスカッションを希望します
女性	52	うつ	行政が管轄する事業所であるが、なぜ臨時職員は最低賃金で昇給がないのか、疑問である。部署ごとに仕事量は異なるが、仕事量に見合った昇給がないと、有期雇用の優秀な方は使い捨て、または延期で飼いか殺しのよう思う。最低限の生活さえ、危うい。
男性	64	高血圧	働き方改革や年金制度など日常で常に情報を知ることができない状況が今の日本でありこれらを誰もが知ることができなければならないと思う
男性	60	高血圧症	自分の病気に対して職場環境の配慮が必要ですし、理解される事も必要だと思います。健康者は病気に対する理解が得られない場合が多いので、もう少し寄り添う気持ちが欲しいと思います。
男性	58	糖尿病	人間ドックの情報、糖尿病に関する情報（視力低下など）、50肩についての情報（リハビリ）、年金や退職金関連のわかりやすい情報もしくは相談窓口
男性	62	脳出血、高血圧症、高脂血症	今の仕事は医療・福祉関係の会社で会社の名前も「×××メディカル・コンサルタンツ～」で上司、同僚なども介護福祉士、療法士などが多くいるため私の障害を理解しているし、必要な情報なども入手しやすく働きやすいと思います。
男性	45	高血圧症	24時間勤務だが、平日休みなので通院もできるし、健康診断等戻り売り受けているので、今のところ継続に支障はない
男性	54	脳卒中	辛い、できない事があっても、クビにならない様、周りに知られないように行動していますか？皆さんガンマンしていますか？
男性	62	食道腫瘍	胃を一部切除しているので、食事管理が必要。仕事先との長時間にわたる会食が難しい。現在はコロナ感染症のために接待等の機会が少なく助かっている。
男性	40	うつ病	週2日勤務、コミュニケーションがあまり必要ない、肉体労働でない、黙々と作業できる、シフト希望が通りやすい、など。
男性	61	高脂血症、糖尿病、	病状や経過情報を職場内に情報提供すること。 病気治療中であることを職場内に自ら話すこと。 支援してほしいことを自己発信すること。
男性	50	自閉症スペクトラム	ホームページ、就労支援事業所など関係機関の支援が大事だと思います。たまに支援機関同士の横の連携とれていません
男性	56	ITP、悪性リンパ腫	現在のところ、特段必要としている情報に関してはない。 そもそも、自分自身が経営者であるため不自由はない。
男性	57	異形成狭心症	会社から十分に支援を受けている。上司や会社、同僚などとコミュニケーションをよくすることが重要。調子の悪いときはいつでも医師に相談できる会社での環境は、自分で作る努力が必要。
男性	48	うつ	適度に継続して仕事があること。仕事がないときも、体調不良で休んだ後に「大丈夫？」と聞かれるのが負担。
女性	55	鬱病、橋本病	月に一度の定期的な通院に支障をきたさないような作業する日を調整できるように配慮をしてもらい、月に一度の通所で体調の聞き取りをもらう。
女性	56	転移性乳がん	病気を抱えた人が無理なく就業し続けられる法的制度の情報や、そうした従業員を支えながら事業を継続している事業所への支援の有無
男性	48	大腸がん	今後の治療に伴う生活や仕事にどうしようがでるか、いつになったら病気以前の生活にもどれるのか、それとももどれないかなど。

性別	年齢	疾患名	あなたが仕事を継続する上で、必要な情報、役立つ情報についてできるだけ詳しくご回答ください。
男性	57	糖尿病	障害者雇用安定助成金（中小企業障害者多数雇用施設設置等コース） 障害者の雇用に関わる計画を作成し、その計画に基づいて障害者を新規に5人以上雇用し、その後障害者を10人以上継続雇用するとともに、障害者を受け入れるための雇用施設の設備等を整備する中小企業主に助成されるものです。 設備の整備に必要な金額に応じて助成されます。
男性	63	高脂血症	慢性疾患なので、一般的に得られる医療や疾病情報を自分で検索することで十分ですが、ネットで確認できる情報は玉石混濁なので、情報提供者のバックグラウンドが明確でないものは信用しないようにしています。しっかりと裏付けのエビデンスが添付されるように整備されることを希望します。
女性	45	うつ病	よく話を聞いてくれる 以前 勤めていたところでは病気の話はできなかった 誰も気づいてくれなかった
男性	47	劇症1型糖尿病	職員の健康管理について組織的な管理をするためのものと思われる「指導区分」というものがあり、勤務上の留意点や制限、配慮等を受けられ、この認定を受けるよう勧められている。 しかしながら、その真のメリットとデメリットについて聞ける者がおらず、また、健常者と同じような社会生活をするのが現在の疾患に対して最大の目標であることから、その制度を利用することを躊躇している。
男性	54	肝炎	自分の体調に関するさまざまな指標データを見て、自分の体調を実感しながら可視化して管理しているのでわかりやすいら、
男性	59	高脂血症、難聴	難聴に対する理解および支援が必要である。支援があれば、これまでの経験を生かして、業務に十分に対応することができると考えている。
男性	51	うつ	病気に有効な薬の情報、会社への報告の実体験、助成金や補助金の情報、免除される情報、同僚、上司との付き合い方。
男性	50	狭心症、高血圧、高脂血症	人の体質はそれぞれであり遺伝で大きく左右される。どんなに食事や気をつけ運動していても病気になると自己管理できていないと一蹴される雰囲気は、偏見であり精神的な苦痛を与えるだけでなく、仕事も辞めるべきだと陰口を叩くような風潮を発生させる。健康＝自己管理が完璧 と言う風潮は仕事を継続的にする上での大きな障壁だと思います。
女性	49	乳がん	いつでも自身の体調を優先していいと周りが認めている環境。 継続して働くにあたってどういった配慮ができるか、法律や会社で保障されていること。 同じ病気を抱えながら仕事とのワークライフバランスをどうとるか、実際の体験談
男性	45	うつ病	仕事と家庭の両立には、信頼できるクリニックの先生の協力が欠かせない。良い先生に巡り合えば上手く行く。
男性	46	うつ病	服用している薬により、制限される業務が変わる。 例えば、今は薬の関係で公用車の運転はできない。 なので、薬についての詳細な情報、副作用等は聞いておきたい。
男性	51	うつ病	新薬の情報、いつ認証されるのか 新治療法の情報、いつ保険適用となるのか うつ病でも働ける新しい職場情報
男性	63	潰瘍性大腸炎	大腸、直腸を全摘しているため、水分の吸収が悪いので、夏季の熱中症の防止のための、具体的な対策の情報を必要としている。
女性	58	うつ病	求められている仕事、自分ができるスキルがあるかの判断材料。他のA型事業所の情報。A型事業所の経営状態。経営者の理解度。

性別	年齢	疾患名	あなたが仕事を継続する上で、必要な情報、役立つ情報についてできるだけ詳しくご回答ください。
男性	56	糖尿病	定期的な通院により検査と服薬が必要になっています。医学と薬の進歩により現状の経過観察と服薬を軽減できる情報。
男性	46	うつ病	職場で定着支援を受けており月に1回は相談をしています。色々と会社には言いづらい事でも相談できています。
男性	60	脳梗塞	取り上げてないが、私からはなすことはなく、たしかなことはいえないが、仕事のできるのであればあるほどいい意味で任されることに
女性	56	もやもや病、鬱病	通院でお休みいただいた時には、周囲に不安を与えない程度に、仕事を減らされない程度に、検できる限り検診結果等。自分の体調について報告している。
男性	58	心房細動	緊急の場合の迅速に経済的支援が受けられる制度が必要である。執務できない場合に協力してもらえ制度が必要である。
男性	32	がん	病気で体調が悪くなった時に給与保障があること。 長期療養から復帰したときに働けるようにサポートが欲しい
男性	60	高血圧	同じ状況の方から、困っていることや、役に立っていることなど。最新の医療情報やコロナ関連の最新の情報等が欲しい。
男性	57	鬱病・男性ホルモン欠乏症	物流・貿易業務の責任者＝スペシャリストで勤務しており、他の人がカバーできないので、体調と相談しながら勤務は出来ている状態。もし自分が長期休暇の場合が心配。
男性	61	高血圧 糖尿病	定期的に健康診断を受けてもらい、その健康診断書の内容を社内の人事担当者が精査し、かかりつけ医等の連絡網を作成している。
男性	49	うつ病	会社を長期で休んだ時や、休みがちになっているときの経済的な援助をしてほしい。 始業時間ある程度自由にしてほしい。
男性	62	てんかん、うつ病	妻がストレスのため妻のいないところで仕事をしたい。例えば、自宅で妻がいないときや出社して仕事がしたい。
男性	43	高脂質血症	継続的な業務支援と人道配慮、ワークライフバランス、ワークシェア、リモートワークの推進、労働組合との協議
男性	51	高血圧	私が仕事を継続する上で大切にしていることは、自身の健康管理と、同僚との密なコミュニケーションです。アプリの健康情報を活用しております。
男性	41	アトピー性皮膚炎	体調が悪い時に遠慮なく状態をいえて、働きかたを配慮してもらえること。また、体調を気にかけてもらえること。
男性	60	多発性骨髄腫	病状の進行確認のための検査結果の分析と判断ができる医師の意見をネット情報。最適な職業検索エンジンでの転職検索
男性	55	高血圧、糖尿病	特にない、今のところ問題なく治療しながら仕事ができている。自己管理で仕事に支障なくこなしている。 自分が社長なので割と融通が利く
男性	61	高血圧	テレビ、雑誌等での健康に関する事項があれば積極的に取り組むように努力し、場合によっては、録画、コピー等を実施し残せるように心がけている。
男性	37	高血圧	継続するにはスペリアアアと仲間の理解が必要。相談できる環境がベストであるがジョブレベルが上位だとなかなか難しい
男性	64	高血圧	同僚や上司の理解：できない仕事、出来る仕事の割り振り。無理のない仕事の計画。強制のない仕事とそのペース。
男性	35	うつ病	精神的にも身体的にも体調の異変を感じたら、すぐにお医者さんに相談する方が絶対的に良い。あまり我慢をしてしまうと回復の遅れにも繋がる為。
男性	51	高血圧	なし画像が下向き!、。→〜は、を魚魚風花さはなかたまはかなやわらはさかなたあまやなかまかなやまやなたあかあたまなやわやなか

性別	年齢	疾患名	あなたが仕事を継続する上で、必要な情報、役立つ情報についてできるだけ詳しくご回答ください。
男性	45	適応障害	人事異動の際、体調を考慮した配置や業務の割り当てを望むが、必要な情報がどこまで共有されているのかわからない。そもそも、病気に対する理解が低く、信用や信頼ができない職場である。
女性	49	癲癇	癲癇なので発作が時々起こるが、周りに病人はいないので安易に相談したり出来る人がいないのが悲しいです。
男性	58	とうとうびょう	特にないが、定期的な通院にともなう有給休暇の取得やリモートワークの都合が取れる、取りやすい環境にはなっている、また食事制限も有るので情報は必要
男性	64	2型糖尿病	交代制勤務では食事の管理などが難しく体調を整えるのに困るが、人事担当者などに職場移動の希望は聞き入れてもらえない。
男性	59	バセドウ病	自分の病状・体調と仕事の負荷のバランスが取れるかどうかを判断する情報が必要です。また、仕事による疲労が病状に及ぼす影響があるかどうかを知りたい情報です。
女性	44	もやもや病	四肢麻痺の状態を考慮してその日の仕事を決めてもらっている。体調が悪いときに周りから気づいてもらえない時があり、仕方なく自ら言い出すことがあるが、とても気を遣っている。
男性	45	うつ病	フル勤務はおそらく無理。外回りよりは社内業務の方がよい。ノルマがない。今の働き方である週30時間未満の働き方であるので今の仕事でいる限りは特にない。
女性	43	喘息 高血圧	病院の場所など、またある程度休んでも有休を使い果たしても給与が保証される制度などが知りたい。詳しい検査の日は平日中心なので休日でも受けられるところ
男性	59	高血症症	会社内で情報の共有化をしていること。例えば、診療日の早退や検査日の休暇など、仕事に支障が出ないよう情報交換を行っている。
男性	63	高血圧症	仕事をする上での健康に関するの情報や研修会を開催してほしい。ワーク・ライフバランスの考え方を教えてほしい
女性	58	うつ病、甲状腺疾患	精神状態が安定した仕事出来る環境を整える方法。 パワハラで患ったことに対する職場の配慮を公的に受ける方法。
女性	50	乳がん	薬の副作用についてや高額医療の保証についてあとは主人の加入している組合からの協力がほしい。個人からは問い合わせ出来ず不安である。支払った高額な医療費が本当に戻るのか教えてくれる問い合わせ先を知りたい
女性	41	自己免疫性肝炎	病気の治療方針(治験に参考しますか?新薬出ました〜)等の情報の、開示をお願いします。 テレビ、ヤフーニュースを見ると新しい情報がくるので常にアンテナをはっておきたい。対応能力も身に付けたい
男性	48	脳梗塞	同じ境遇の人たちで構成されたコミュニティを定期的開催したい上 で、仕事と治療の両立について意見交換できる場が欲しい。
男性	57	不安障害	メンタル不調でも、働ける環境と理解をもった社員がたくさんいる職場で働きたいので、そういった情報が知りたいです
男性	61	糖尿病	定期的に健康診断を行い、自分自身の体調を詳しく知ることにより円滑な仕事をしていくことができると思う。また、人間関係も大事にしていくことが休みを取るときなどにとっても大切な要因となると考えている。
男性	38	高血圧	高血圧はストレスや疲れによって日々変化するものであるため、事前に認識があるわけではないのでその日その日の状態の確認が必要
男性	60	コレステロール	病気の症状がわかるもの。原因と対策が広い観点で述べられているもの。今度何に気を付ければ良いのか述べられているもの。

性別	年齢	疾患名	あなたが仕事を継続する上で、必要な情報、役立つ情報についてできるだけ詳しくご回答ください。
男性	51	慢性骨髄性白血病	特にありません。今、自分がこういう状況だとお知らせすることが大事と考えます。それが、わかってもらえるかどうかは別ですが、やっておけば違うと思います。
男性	44	うつ病	主治医からきちんと説明を受けているので、他に必要とする情報は特にないと思います。いろいろ調べても特にいい情報はありませんでした
男性	61	脂質異常	定期的な健康診断における血液検査データと異常に対してのフォローと病院に対しての紹介状を書き経過報告が必要
男性	61	高血圧・橋本病	勤務時間が、8時30分～15時15分までの短時間で勤務終了後の通院も可能であり、治療に関しても特に困ることはありません。
男性	65	高脂血症 痛風	現状自分自身には仕事を継続するにあたり、必要情報は、ネット、sns、新聞、雑誌、テレビ等を通じて収集、分析できているようであると認識しているところである。その具体的な内容は自己の病状とどの症状と対処方法について詳細な情報を得ることが出来るからである。
男性	64	高血圧	例えば一週間の時間単位での行動記録を基に、現在の生活状況に対して、治療に役立つ食事の内容や、生活習慣の改善方法。
女性	40	うつ病	とにかく焦らないことが一番だと思う。療養中は他の従業員のように重要な仕事を任せてもらえなかったり、パフォーマンスが思うように上がらないことに不安や焦りを感じがちであるが、そのようなときは、小さな仕事でも着実にこなし、少しずつ成功体験を積み重ねることで、自信を取り戻していくことが重要だと自分に言い聞かせるようにしている。
女性	42	アレルギー性全速	人間関係が良い。 なんでも話し合える。 お互いを気かけれる。 しんどい時は正直に伝え、自ら休むようにする。
男性	45	うつ	仕事の調整や体調の報告、給与交渉など、会社と自分との間に立ってくれるサポート者の情報が欲しい。昔はあってとても助かったのだ。
男性	47	うつ病	うつ病に対する対処法。 休職する場合の手続き。 時短勤務の適用に関する相談。 原薬に関する相談。 うつ病でも働ける転職先の支援。
女性	59	高これす	通院などをするために休暇がとりやすいこと。業務のあいまにときどき休憩がとりやすいこと。一人のじかんがとれること。
女性	54	うつ	正社員は休職や復職への支援が定められているが、非正規社員に対しては定められていないので（そもそも対象になっているのかも不明）、きちんと開示が欲しい。
男性	57	心房細動	長く続けるために無理のない範囲、業務内容での仕事をするために、ネットなどで関連情報を探していますが、よくわかりません
男性	36	神経内分泌腫瘍	何かしらの障害がある人に対しての、全国的なさまざまな業種においての、各会社の対応や制度の紹介を知ることができるインターネットサイトがあると参考になる。
男性	61	前立腺がん	定期的に通院して治療が必要なときに、治療に支障を及ぼしにくい勤務体系への配慮（在宅中心、週4日勤務など）。
男性	62	広場障害	精神科所掌の脳内物質に係る疾病のため、副作用が少なく効果の高い新薬と治療方法及び臨床例の情報を知りたい。
男性	47	クローン病	特に無しで終わらせていただきたい。本当に特に無いのでこればかりはどうしようもないんです。申し訳ありません。

性別	年齢	疾患名	あなたが仕事を継続する上で、必要な情報、役立つ情報についてできるだけ詳しくご回答ください。
男性	38	双極性障害	精神面での安定と、日々の睡眠時間がきちんと取れているか把握することが重要だと考える。 常日頃から気分の上がり下がりがないか注意する
女性	48	統合失調症	自分にとって役立つ情報、というよりも、自分の情報を他の人に端的にでもいいから、知っておいてもらいたい、というのがいちばんの望みです。
女性	62	うつ病	体調が悪い時は休める環境がほしい。しかし、上司も病状を理解していない。もう少し私の置かれている病状を理解してほしい。
男性	42	1型糖尿病	業務量に対する配慮。一人に集中することが多々あり、業務がまわらなくなってしまうことが非常に多く、それについての相談もするが改善を一向にしようとしなない。
女性	43	睡眠障害、うつ病、気管支喘息、パニック障害	体調不良の時にどのようにしたらよいか 人間関係がよくないときにどのように対応してくれるか、またその人への指導、改善
男性	54	高血圧	これと言って思い当たることが浮かばない、これと言って思い当たることが浮かばない、これと言って思い当たることが浮かばない
女性	53	膀胱がん 甲状腺がん	自分の病気に対する詳しい情報があれば 安心して働く事が出来ます。今はネットにて検索する事が出来るので そこで自分で検索をして 情報を得ています。
男性	56	脳卒中	天候=雨だと傘が差せないし、強風だと杖とか麻痺足が吹き飛ばされてしまう。交通情報も地震や台風で乱れると歩くことができないし、タクシー移動しかないので困ってしまう。
男性	61	高血圧	必要な時に治療を受けられる時間が取れる、職場環境及び、人員の補助が必要で有り、形ばかりの制度がありますでは、なんの役にも立ちません。必要とする時に、休める環境が無ければ、制度があつてま。なんの役にもたたません。
女性	41	鬱	支援例を出して欲しいと感じます。そして、可能な限り全社員が共有し合える環境整備が必要だと思います。
男性	60	適応障害	フレキシブルな勤務体制のつくりかた人事配置、できるかぎり柔軟に行う、症状にあわせて勤務条件を合わせること
女性	60	うつ病 骨粗鬆症 変形性関節症	効果のある治療法,効果のある薬、治療が出来る医師が見つかること。 今のままではいずれ仕事ができなくなるので。
男性	52	脳梗塞	小さい会社で、自営業なので、休み等の融通はきくが、会社としての支援などは難しいことがあります。全部がいいところなんてないのしょうけど
男性	54	高脂血症、うつ病、高尿酸値	精神的に不安定になることがある。また以前より加齢もあり仕事に疲れる。ただ、周りから追い回されることなくそれなりに自分のペースでしごとができるので助かっている。
女性	47	乳がん	乳がんの手術が終わり、ホルモン療法中です。 見た目はとっても元気なのですが本当はホルモン療法による副作用が辛い時があります。 わかって貰えないのが辛いです。
女性	58	脳幹出血	通院許可の申請方法や許容頻度など最低限有する権利を知りたいが相談出来る場所がないのでご教示願いたい
男性	61	膀胱がん	やはりどのような支援サポートがあり、どのような状況において十分に活用できるかが、分かりやすいことが重要であると思います。
男性	45	てんかん	持病が問題で採用しないことがあるかどうか不安で、履歴書にも書かなかったし、面接でも言わなかった。差別的な扱いが不安だった。

性別	年齢	疾患名	あなたが仕事を継続する上で、必要な情報、役立つ情報についてできるだけ詳しくご回答ください。
女性	28	うつ病	休みを有効に使いからだを休める方法や陰口を気にしない、無かったことに出来るメンタルを鍛える方法が必要
男性	37	うつ病	うつ病が長期化した際に障害者手帳を取得しました。私は公務員であり、会社が障害者雇用を重視する傾向があるため、会社からの配慮を期待し、手帳の取得を報告しました。結果、人事異動等は配慮してもらっていますが、実際の仕事をする上で、上司・同僚の精神障害者への理解が乏しいこともあり、普通の人と変わらず、仕事の分担をしていおり、つらいときが多々あります。国の精神障害者の法律等を参考にすることが多いです。また、会社内の制度を確認することもあります。いずれにしても、自己責任のため、自分から情報を探さないと、誰も教えてくれない状況は、公務員でも同じなのだとつくづく感じます。
男性	58	腰痛	身体及び精神ともに健康管理がひつようである。健康チェックをおこらなずおこなっている。メンタルヘルスもおこなっている。
男性	59	糖尿病	何が必要で何が役立つ情報なのかが判らない。 働いた分が収入なので、休むとその分収入が減るので簡単に休めないし、受注が無ければ収入も安定しないので無理してでも働かないといけない。
女性	35	クリッペル	しごとを、継続するについては特にありません。 わかりません。詳しく説明できません。 薬を飲んで自己管理をすること。休ませてもらえる配慮など。
女性	58	口腔神経症	本当は止めたいけど、仕方無いですからね。ポチポチ頑張ってます。無理無く出来るますけど、給料や、保証は無いです
女性	49	統合失調症	自分の病気や治療薬に関する最新情報は必要だと思う。他の企業の障害者雇用の実状なども役に立つ情報だと思う。公的機関からどのような支援が受けられるかというような情報も大変役立つと思う。
男性	49	鬱病性障害 肥満症	いつも笑顔ではっきりと喋ることを目標に、イライラする時は、一度席を外して深呼吸をします。対人関係は非常に気にします。
女性	43	摂食障害	体調不良の際はすぐに上長と人事に相談させてもらっている。平日の通院が定期的にあるため、有休を使わなくて済むように、代わりに土日の出勤を許可してもらっている。時短勤務(通勤ラッシュを避ける為、1時間出社時間が遅い)にしてもらっている。
男性	63	2型糖尿病	通院時間のために早退などへの配慮をしてもらっているので、これを継続してほしいと思っています。また、薬剤の受け取りに協力してもらってます。
男性	56	高血圧	海外の製品を販売しているので、技術に実力が追いついていきません。 とても、大変です。 困っていて、自殺しそうです。
男性	35	統合失調症	・頓服薬を持っていく ・相談したいことはあらかじめメモしておく ・忙しさを感じるような仕事はない
男性	64	糖尿病1型	色々ありますが、会社と羅漢社との会話は少ないが要望は叶えてくれるような会社だと思います。が頑張らなくちゃね
女性	60	うつ状態	以前は無理をして、職場で倒れて、救急車で病院に搬送されてしまい、入院までして、職場に大変な迷惑をかけたことがあった。それ以来、無理をしすぎないように、体調や職場と相談しながら仕事をしています。
男性	50	うつ病	定期通院による遅刻を会社が認めないので、遅れた分は残業が認められずに給料が減るので困っている。入社前は通院への配慮をしてもらえるみたいなことを面接で言っていたが、そんなことを1度もしてくれなかったことはない。

性別	年齢	疾患名	あなたが仕事を継続する上で、必要な情報、役立つ情報についてできるだけ詳しくご回答ください。
女性	58	乳がん	同じ病気の人の現在の就労の様子。通院はどのように行っているのか。会社からなにか特別に優遇されていることなど。
男性	57	糖尿病	ここでお話しできるようなことは特にありません。 日常の仕事に対しても特に支障はありませんし、定期的に検査は受けています。
男性	51	うつ病	仕事を継続するためには前もってどの日が休みになるか数か月前には知りたい。そうすれば通院プランを立てやすい。また、職場の近くの各科の病院やクリニックの診察時間も含めた情報があれば助かります。
男性	57	大腸がん	わたしのような社員のばあいは産業医と人事と上司とかかりつけ医の4者が大切だと思います。これらが共同でわたしのためにいろいろ対応してくれることで仕事を続けることが出来るし、社会生活が送れることが重要であると思います。
男性	57	うつ病、高血圧、高尿酸血症、高脂血症	業務責任の軽減、業務量の軽減、職場の協力、障がい者への理解、障がい者へ配慮した事務機器、優しい雰囲気職場。
女性	47	喘息	症状が悪化したときに、長期の休みをとります。給与の補填の為に傷病手当を使っていたのですが、同じ診断名では限られていて、ほかに補填の方法がないのか知りたいです。
男性	39	貧血	仕事を継続する上で、必要な情報や役立つ情報は今のところございません。これは個人別の事項なので他者に該当しないと思います。
男性	48	前立腺炎	人手が足りていない。有給休暇に対しても制限がかかる。自分の都合で休むことが出来ない。治療を継続できていない。
女性	41	乳がん	職場の病気への理解、体調不良で仕事を休めるかどうか、仕事の途中で休憩ができるかどうか、仕事途中で座ることができるかなど
男性	49	双極性障害	産業医に的確な診断状況の共有が出来れば、もう少し楽な仕事をできそう。ただ現場での人達に迷惑かけない程度の仕事に廻されるのか不安感がある。
女性	39	乳がん	通院のための休日が取りやすい、体調が悪くなった時にフォローできる人員配置をしてもらえる、通院などの時に1時間単位で有給休暇がもらえる
男性	52	うつ	他の会社ではどんな取り組みがなされているか、具体的な方策を聞いてみたいと思います。また、行政などのサポートを受けられるのであれば、それらの情報も欲しいです。気軽に話しを聞いてもらえるような場所があることを望んでいます。
男性	65	うつ病	心の病は、外から見えにくく、適切な配慮が受けにくい現状がある。メンタルヘルスについて、日本の組織は理解が十分、行き届いていない感じがする。会社に対して、必要な配慮などを知らせてくれる支援の情報があるといい。
男性	52	多血症 糖尿病 高血圧症	定期的な産業医との面談時間が十分にとることのできる状況、または広報等による情報の提供がもっとあればありがたい。
男性	59	原発不明癌及び膀胱癌	将来的に、仕事をするのが困難になったときに、必要な支援が受けられるのかどうか、等々 行政の方から色々発信してほしい
男性	53	高血圧	特にないが、基礎疾患のある者として自治体の対応が非常に遅く、失望しました。 予約しなければならないのに、まだ接種券が届いていない。
男性	47	うつ	自分では気付かないストレスチェック及び結果に応じた対応策の提案、相談窓口の情報。以上を定期的に受けられること
女性	37	気管支喘息	パソコンのスキルがとても必要。処理を早くするためにはタッチタイピングができることがとても大切だと感じている。役立つ情報は教育新聞。

性別	年齢	疾患名	あなたが仕事を継続する上で、必要な情報、役立つ情報についてできるだけ詳しくご回答ください。
男性	53	糖尿病	コンスタントに提供される主治医からの適切なアドバイスが一つ。と、協力的ではない会社との付き合い方や不利益を被らない自己防衛の方法を知りたい。
男性	65	高血圧	さまざまな形の働き方のりかいあお。休み方 あかさたなほまやらおこそてなほもよろ～ たなかはらゆまならわをにそほらしな
男性	50	統合失調症	発病から25年ほどが経過し、日常生活もほとんど制限がなく仕事を続けています。最近仕事量が多いので相談が出来れば良いです。
男性	50	高血圧症	町のクリニックに通院する為に2カ月に一度は休日、または、午前限定の仕事にしてほしいです。しかし、人手不足でなかなか有給休暇を認めてくれません。 職種は病院清掃業です。
男性	56	後天性免疫不全症	法令遵守にほど遠い会社なので、行政の指導、命令に関する情報。病気等の問題を解決する以前の問題が山積している。
女性	62	右膝痛	上司や同僚が気を付けていて出来ない事はカバーしてくれる。ひざ痛の色々な経験の話を教えてくれる。ブロック注射やマッサージなど紹介
女性	50	1型糖尿病	周りの理解しようとする姿勢がありがたいが、それは、日々のコミュニケーションなくては培われていないと思う。そして、互いに寛容な職場の雰囲気がある。
女性	31	うつ病	同僚に精神疾患経験者や、精神疾患がきっかけで転職・非正規で勤める人がいて、割と身体症状や悩みについて共有したり、励まし合ったりすることができ、安心材料になっています。会社は復職などの手続きやフォローの体制は整っているように思いますが、お互いにフィードバックするタイミングが無く、復職プログラムの指示後は放置されている印象があります。病気への理解配慮はとてもありがたいと感じるのですが、個人の身体症状や状況は無関心（偏見的）と感じることもあります。
男性	42	うつ病	私が仕事を継続するうえで必要な情報は、自分自身の病の治療方法への理解や会社が労働環境への柔軟なシフトなどに対応できるかなどですね
男性	39	うつ病	自立できる環境にするための支援機関などがあれば知りたい。家族と同居なので経済的にそこまで困ることはないが、自立には程遠い収入しかない。
男性	46	うつ病	柔軟な勤務形態と周囲の理解が必要。業務量が通常通りこなせないため調整をしてもらいたい。適切な業務への配置転換を希望している。
男性	39	双極性障害 高脂血症	同じ病気にかかっている人の就業モデルを知りたい。職場の規模によって業務量が変わってくるので、いろいろなパターンを知りたい。
女性	47	円形脱毛症	在宅勤務が行える環境、自分で業務調整ができること、会社からの理解、などがあると治療との両立がしやすいとおもいます。
女性	57	不安障害、パニック障害	服薬中の薬を症状が安定しているので減らすかやめたい。しかし、主治医からは許可が出ない。どこか公的な病院なり、通っていなくても相談出来る医療機関なり場所があればそういう情報が欲しいくらいです。
女性	36	適応障害	定時退社を配慮していただいている。大勢の人と関わる仕事は、まだ難しい。深呼吸をして落ち着くようにしている。
女性	32	コロナワクチン後遺症	休職すると給付金が出るが、欠勤早退などだとお金が出ないので通院でお金もかかるのでお金のことを考えるとなかなか休んだり出来ないのもそのようなサポートについて知りたい。

性別	年齢	疾患名	あなたが仕事を継続する上で、必要な情報、役立つ情報についてできるだけ詳しくご回答ください。
女性	47	乳がん	特にないけど、運輸業にもかかわらず、肉体労働を免除してもらってるので、周りの人が本心ではどう思ってるのか、自身が職場に来ていて迷惑じゃないかが気になる。
男性	44	うつ状態	将来の金銭面に対する不安を解消してくれるような金融投資についての正しい情報（米国株式インデックスファンド）
男性	49	肥大型心筋症	主治医からのアドバイスを職場や、生活環境でもしっかり対策できるようなシステム構築を必要としているから。
女性	54	高血圧	身体的に無理しない生活、食べ物、飲み物、生活習慣、運動体調が良くないときの対処方法、などについてネットで調べている。
男性	43	強迫性障害	とにかく休みがもっと欲しい 完全週休一日では心身ともに疲弊してしまう 限界かもしれない 誰にも頼れないし相談もできない
男性	62	糖尿病	血糖値が高く、治療が必要である。現在、専門病院ではなく、投薬のみの治療であり、仕事に支障はないが、専門病院に受診に行くよう言われている。
男性	48	うつ病	職場にうつ病であることを言っていないので、支援や配慮を受けることができない。配慮が受けられたらもっと働きやすいと思う。
男性	56	高血圧、中性脂肪、うつ病。	うつ病を罹患してから、10年近く経っており、長期間、仕事を休んだことがあった。復帰にあたって、産業医や主治医、職場の上司との話し合いで、現在は8割の業務にしてもらっている。
女性	35	てんかん	日々、業務を継続するに当たり、時間外を行う必要があるかどうか。および休暇の取りやすさや代替職員の確保のしやすさ。
男性	57	NET、白斑、2型糖尿病	治療困難な病気を多数抱えているが、どれも根治に向けた治療が行われておらず、ただ我慢をしているだけで長期間経過しており毎日のようにがかなり苦しい生活を送っている。医師は痛み止めなどの対処療法と経過観察のみで、定期的に検査をするだけで、かなりの経済的、精神的ストレスを感じている。
男性	38	広範性発達障害	新規業務取得の際はマニュアルの完備や業務習得時間の確保、業務納金の確保、管理者のフォローなどを準備してもらいます。
女性	46	うつ病	無理での相談窓口が必要、健康状態や業務内容について話せる場所、休業補償、通院可能な心療内科の紹介などの情報
男性	53	うつ病	会社のプログラムとして復帰支援のあり方定期的な面談等のメンタルヘルスケア。病気に対する職場の理解が必要。
男性	60	糖尿病	体調管理のため、通勤時間の短縮ができる勤務地への移動を希望する。自宅より30分以内の事業所があるので早期に実現してほしい。
男性	59	白血病	治療により白血球数の減少が起こり、免疫力としては低い状況。よって現在は、会社の配慮もあり、在宅にて勤務している。現在はやせ細って、歩くのも危なくなり、今後、通勤を再開になることになれば不安がある。
女性	26	乳がん	傷病手当、限度額など金銭面の支援制度に関する情報。通院の頻度・期間。治療の副作用が仕事に影響するほどあるのか。
男性	59	糖尿病 血小板増多症 心室頻拍	心臓疾患が原因でAED装着したことで障害者認定を受けています。認定は4級でほとんどの行動に制限はありません。仕事は通常の人と同じ扱いで仕事をさせてもらっている。
女性	47	うつ病	シフトの自由が利き、余裕をもって勤務できるかどうかを知りたい。週1、2回そして一日の勤務時間は長時間では無いと助かる。
女性	48	大腸がん	今後の治療に伴う治療経過や身体の障害の進行や経過などによる仕事や生活にともなう労働、子供の養育ができるかどうかなど

性別	年齢	疾患名	あなたが仕事を継続する上で、必要な情報、役立つ情報についてできるだけ詳しくご回答ください。
女性	29	不安障害	対人関係が苦手なので、極力控えています。データ入力メインなので、ありがたいところですが、たまに、周りに聞かなければいけないことがあったりするので、苦しいです。
男性	53	潰瘍性大腸炎	医療機関のかかり方、仕事の負担の軽減、投薬の情報、医療費の補助、同僚の病気に対する理解や配慮、通勤の近い支店の配属など
男性	47	気分障害	医師からの診断書があれば、会社から手当や補償があるようにしてもらいたい。定期的なカウンセリングや相談も。
男性	63	高血圧	サービス業のため平日休みなので、通院も問題なく出来る環境にあるのでこの環境が変わらなければ今後も仕事を継続出来る、
女性	50	双極性障害	今 受けている支援で充分満足しています。なので他には特にありません。他の情報もあまり良くわかって無いです。
男性	56	高血圧	権利と、協力のバランスを常に考えて言うこと、自分勝手ではないかを考えて、言うべき子とは、言い、認めることは、認める。
男性	39	自閉スペクトラム症	ソーシャルスキル（おもにコミュニケーション能力にかかわること）をどうやって高めるか、現実の仕事などの具体的な場面でどう対処するかの知識
女性	61	乳がん	私は今、抗がん剤を打ちながらの勤務なので期間は限定され、比較的マイルドなので休むことなく勤務しているがギリギリの人数での業務なので急に休みにくい。 会社に対してではなく、仕事仲間に申し訳ない。
男性	48	黄色靭帯骨化症	べつにとくにない。必要か必要ないかの情報は自分自身で決めているから。それに一般社会に自分の勤務先に役立つ情報は無い。特別な仕事なので。
男性	48	高血圧	今のところはとくにないですな外です仕事は不安であります？いろんな私語に挑戦している。今週もいろんなところを
女性	26	うつ病	休みが取りやすいこと、メンタルに応じて仕事の配分をしてもらえること。心身のストレスの多い課に配属しないこと。
男性	59	慢性心不全	定期的な面談の実施においての健康状態の把握と現状の仕事内容の把握、及び問題点のあぶり出しによる解決方の模索。
男性	43	適応障害によるうつ傾向	同じ病気のにかかっている方の働いている事例が知りたいです。 薬に頼らない治療方法についての情報がほしい。
男性	60	高血圧症、気管支喘息	さまざまな治療法の情報が欲しい。また、その治療法が試せる病院などの紹介情報が欲しい。各企業での、支援体制の例が知りたい。
女性	54	自律神経失調症	通勤が体力的に厳しいので在宅勤務メインにしてもらっている。特に情報は必要としていない。上司と毎月病状等の相談をしている。
男性	59	高血圧	一時は血圧が200あり、生きているのが不思議とさえ言われたこともある。現在は降圧薬でコントロールできているが、不安定なこともある。入院等が必要になった場合のサポートや補償など、法律も含めていろいろと知りたい。
男性	59	脊椎管狭窄症	脊椎管狭窄症等の病気は外部から判断しにくいので、人事等の部署にこの病気も含めて研修する機関等の設置が望ましい。
男性	50	うつ病	自分に割り当てられた作業等の内容の経験があり、内容がよく分かっており、相談すると適切に答えることのできる者は誰であるのか。
男性	60	冬季うつ病	コロナ渦で仕事に来るかどうかがわからず、安定収入を得るための情報があると助かります。また、感染リスクも不安なので感染しない方法やコロナ感染に関する具体的な数字を細かく提示してもらいたいです。
男性	57	ADHD、うつ病	古い考えしか持たない、零細企業で継続して仕事出来るよう会社への公的な指示や指導が必要だが、どこの機関が行ってくれるか知りたい。

性別	年齢	疾患名	あなたが仕事を継続する上で、必要な情報、役立つ情報についてできるだけ詳しくご回答ください。
男性	60	白血病	通勤に時間がかかるので身体的に負担が大きい。 コロナ禍で在宅勤務が認められるようになりその点では勤務の継続がしやすくなっている。 柔軟な在宅勤務の体制が整わなければおそらく勤務の継続は難しいと思う。
男性	59	高血圧	仕事を継続する上で必要なことは、体調に変調をきたした際に会社を休んでも自分の代わりの仕事をサポートしてくれるスタッフが必要と感じます。会社は、健康管理は個人の問題と片付ける傾向があり、経済的な支援などは期待しておりませんが、制度的に制定されることが希望です。
男性	45	高血圧	職場の同僚や上司の理解がとても必要であり情報を開示することにより皆んなの理解を得ている 医師の情報提供も必要である
男性	50	糖尿病	自分自身において、仕事を継続していくうえで必要な情報や役立つ情報というものを考えて見ると、やはり自分自身の健康状態の正しい把握というものが、まず第一に考えられると思います。
男性	41	双極性障害	無理のない範囲で仕事を続けられるように調整しつつ、配慮を受けながら通院を続けている。体調が悪い日は休みを取ること
男性	47	躁鬱病	具体的に、何を書けば良いのさっぱり分かりません。どんな事を知りたいのでしょうか。よろしく、お願いします。
女性	62	気管支喘息、高コレステロール異常	健康で休みが取りやすい体制、必要な時に休めて通院ができること。まわりの理解が得られること。無理をしないため、代わりに慣れる人がいること。
男性	38	糖尿病	スタッフのみんながひじょうに協力的で特に働くうえで、これからのないと思うし困ったことなどはありません
男性	41	うつ病	給付金に関する情報。保険に関する情報。労災に関する情報。税金に関する情報。ハラスメントに関する情報。
男性	37	うつ病	何もできていないという罪悪感があるので、会社としての方針を明確にしてほしい。 今後のキャリアについてのサポートが欲しい。
女性	52	うつ病	パワハラに値する行為はどんなものがあるのか?自分の精神を守るための具体的な対処方法。また、ハラハラ証拠を残す方法
女性	62	高血圧	役立つ情報などない。 事務職で体に負担もありません 薬も主治医の先生と相談できてます。 高血圧は、仕事に負担は、ありません
男性	62	高血圧 糖尿病	無理を重ねた結果、くも膜下出血で長期間、就労できなくなった経験があります。自分の身体はだれも守ってくれません。
女性	44	統合失調症	今はA型作業所で働いているので次は障害者雇用の仕事に就きたい。そのためには、障害者雇用の募集の情報が必要です。作業所は飽くまでも働く練習をする所として利用して、将来的には一般で働きたい。
男性	57	高血圧	自分の病気を理解してくれる上司に出会えたこととそれを社員に伝えて自分自身の出きることと出来ないことを理解してもらったこと。
男性	48	鼠蹊ヘルニア、鬱病、統合失調症	同じ病気で失敗例と失敗した際の対処法を知りたい。他の患者さんが就いている職業や職種例を知りたい。日常生活における気分転換気持ちの切り替え方法を知りたい。
男性	48	骨髄性白血病	自分が、わからなかったり、うまくできない作業について、よりやりやすくしていけない作業方法について知りたい。
男性	43	がん	ナナナたあな七手か過去そその中田綱は炎の儂さは中細穂乃果のの姉な花だなおあの畑過去や大人さこそそのなにあかさはなかやな

性別	年齢	疾患名	あなたが仕事を継続する上で、必要な情報、役立つ情報についてできるだけ詳しくご回答ください。
男性	59	脂質異常症	脂質異常症は、自覚症状がない疾患なので、仕事上問題はない。一方、変形性脊椎症は、頭痛、腰痛、慢性的な肩こりが続き、業務の合間に適度なストレッチ運動を必要としており、上司や部下の理解や協力が必要な状況である。
女性	39	うつ病	ノルマがあるため、精神的にかなり追い詰められる仕事なので気にしないようにしているが難しい。 やまかはろわやさろをんなそやえな、わやなる？やむなほや
女性	46	先天性心疾患	本当は身体がきついが、担当内の人数がギリギリのため、身体がしんどくても休みづらい。健康な人も同じように感じてる様子。
男性	63	高血圧	主治医・かかりつけ医・産業医・保険師の方々に相談ができ、そしてその情報・指示が非常に役立っています。
女性	49	糖尿病・うつ	無理無く働けるように仕事内容や勤務時間を配慮してくれる。身体が辛い時には仕事を変わってくれたり、減らしてくれる。
男性	42	糖尿病 高血圧	平日の休日がまず取れない仕事なので、仕事の早退等で通院を対処しているが、現在のところ血糖値等の大幅な悪化はないので、仕事の継続には特段の支障は無いように感じる。
男性	35	自律神経失調症	朝活をし、くるみを食べて、食生活と運動を交えて、体の内面から健康になれるような生活の見直しが自律神経を整える。
女性	59	乳腺症	会社からの現状について率直な話を聞いてもらえる人材の確保、金銭な援助が得られる会社の規則等がある。テレワーク等柔軟な就業体制の構築。
女性	46	解離性障害	仕事をするにあたって勤務時間や仕事の内容について配慮してもらっている。あと定期的に面談してもらっている
男性	42	パニック障害	もともと不安障害の気質を有しているため、普通の人よりも刺激に過敏に反応してしまい、疲労を感じやすい傾向にあります。そういった時の対処法や職場に求めるべき配慮についての情報がほしいです。
男性	61	高血圧	仕事の概要と月間スケジュール 会社と顧客の契約内容に対する社員が対応する業務内容 業務対応場所、昼休憩場所
男性	64	狭心症	仕事を変った場合、又説明が面倒くさく言わない場合がある。 必要な情報は言わなくても伝わるといいます。
男性	48	自律神経失調症	周囲に思いきって相談しづらい心の病であるので、なんとかがんばろうとするが、頑張りすぎないよう、主治医から言われているので、仕事は余裕をもって取り組みことにしている。
女性	58	高コレステロール 関節リウマチ	医師とのコミュニケーション。家族や会社の病気に対する理解や協力が必要である。ネットワークを利用して同じ病気を持つ人との情報交換
女性	46	うつ病	定期的な配置換えのため、勤務曜日や時間が変わることがあるので事前に確認がほしい。またチーム制の仕事が、よい
男性	64	肺アスペルギルス症	まもなく定年を迎えるが年金、企業年金、退職金等老後に向けた研修等支援システム情報がほしい。人生100年に向けて会社の為にできること
男性	49	糖尿病	無理をしないことが必要性だと思う。休みたいときには休む。それが一番大事かと。続けることが一番必要性を感じる。
男性	45	深部静脈血栓症、鬱併発不安障害、通年性アレルギー性鼻炎、慢性便秘。	話し合える環境と社会のありかたや考え方を新しく切り替える。その準備期間とか、そういった猶予はない。慢性的マンネリ的な企業は廃れる。
男性	56	高血圧	仕事を継続する上で、必要な情報、役立つ情報は、日常的な自分の血圧を計測することで足り、現在は、必要としていない。
男性	42	てんかん	社会的な理解が欲しい。もう少しだけ、休暇が国家的保障で与えられるとありがたいです。あとは、周りの人の配慮でしょうか。

性別	年齢	疾患名	あなたが仕事を継続する上で、必要な情報、役立つ情報についてできるだけ詳しくご回答ください。
男性	57	糖尿病	必要な情報というものは特別に何かという感じではないが、個人的にネットなどで調べたりしていて問題なく利用できているのではないかと考えています。
男性	45	双極性障害	発達障害や心理検査の結果についての専門的なアドバイスをしてくれる機関と職場との交渉に一緒に入ってくれる機関の存在。
女性	30	うつ、摂食障害、適応障害、社会不安障害	もし悪化した場合にどういう働き方が選択できるのか、詳細にはわかっておらず、リモートワークも可能ではあるが、双方納得いく形で働けるのかという情報。
男性	48	がん	なかなか難しい問題もありますが、基本的には自分自身でなんとかできるように努力を続けているところです。
男性	56	うつ病	役立つような情報や必要な情報は特にありませんので詳しく回答する事は困難だと思いますのでご了解くださいよろしくお願ひします
女性	57	高血圧、喘息	定期的な通院による主治医からのアドバイスが役だっている。また、ネットでの検索もたまにすること、知人との情報交換などがあげられる。
男性	35	うつ病	精神科医からの診断書。就労支援センターでの、自分の病気の振り返りをしたり、他の人の意見や経験を聞いた事。同業者からの、方からアドバイス。
男性	51	糖尿病	自営業なので必要な情報や役立つ情報については常に自分からインターネット等を活用して仕入れるようにしている
男性	47	双極性障害	精神の病気なので、会社にはとても打ち明けられない。 病気を抱えたスタッフに対して、十分サポートできる会社では無い。
男性	27	適応障害	精神疾患を抱えている人に向けての支援や復職できるプログラムなどの充実化。多様性のある社会への進展するから。
男性	46	潰瘍性大腸炎	転勤がある仕事なので、全国各地にある大きな病院の治療方針や得意分野に関する情報。公的支援に関する情報。
女性	41	脊椎関節炎、橋本病、眼瞼痙攣、間質性膀胱炎	難病がいくつかあるため、通院で休む事が多いので休みの調整が効きやすいこと。 忙しい会社だと他の社員も忙しくて余裕がなくて仕事内容や休みの調整はしづらいと思う
男性	37	うつ病	自分を支援してくれる人をたくさん作れるかが継続して仕事を行うにあたって重要だと思います。そして出来るだけ真実を語れる環境が整うかもポイントの一つだと思います。
女性	57	高脂血症	社会からの明確な休業支援、病院へ通わなければ行けない時の補助金などがあれば、働きやすいしお休みも取りやすいと思う。
男性	47	鬱病	薬の副作用や投薬方法、気分転換の方法、能率的に仕事をこなす方法、上司との人間関係の良い構築方法、体調管理のノウハウ
女性	36	鬱	精神的体力的に、どのような負荷が掛かるのかについての情報や就労前の事前体験による職場のおおよその雰囲気
男性	58	うつ病、高脂血症	今年度末に退職します。 これ以上、職場に迷惑はかけられないし、必要とされてもいないからです。 正直、うつ病か否か、現状では自分でも分かりません。
男性	60	糖尿病	糖尿病の治療中だが、現在は、月に一回の通院で経過観察をしている。このさき医療費の負担がネック。現在は社会保険だが退職後国民保険になったら公的機関から補助金があるか。
男性	54	CIDP 糖尿病 心疾患	社内外各種支援制度の内容、対象、期間、メリット、デメリット、対応窓口、相談先。保険のメリット、デメリット。

性別	年齢	疾患名	あなたが仕事を継続する上で、必要な情報、役立つ情報についてできるだけ詳しくご回答ください。
男性	54	重症筋無力症	長期欠勤の際に受けられる給与補填など、申請手続きの仕方が複雑で分かりにくい。 手続きのアドバイスをしてくれる担当者が欲しい。
男性	63	高血圧 心房細動	勤務時間の柔軟性があること。休暇や在宅勤務が自分の判断で可能なこと。体調が悪化した場合にすぐに対応できる状況にあること。
男性	45	僧帽弁閉鎖不全症	自社は産業医の制度が無く上司に確認しても「知らない」と言われて自分の症状について理解されていないので、産業医について詳しく知りたい。
男性	49	パニック障害	特に役立つ情報はわからない。病状的に混んでいる場所や狭い場所・動けない状態が発作がしやすい場面であるため、そのような場面を避けられるような状況になればよい。
男性	50	うつ病。双極性障害。	市から精神障害者保健福祉手帳と自立支援保険証の交付を受けており、これらがあることで社会的配慮をしてもらえるほか、出費の軽減にも非常に役立っている。また、自分がやれる、やれない仕事を会社に理解してもらうため、医師からのコメント入りの診断書を会社に提出しているほか、人事異動の面談時に体の状況を報告することで、元々技能職であるが、事務職に配属してもらえなど、かなりの配慮を受けている。 会社で契約しているメンタルヘルスカウンセリングを行う会社があるが、必要な時に電話相談や面談形式の相談を受けることができ、過去、非常に役立った。 市の保健福祉センターで、障害者限定で、夕飯を450円で喫食できるところがあり、過去利用した際、かなり助かった経験がある。
女性	34	広汎性発達障害	変わったことが起こらず、毎日同じ仕事ができること。 人と関わらないこと。 一人になれる時間があること。
男性	56	ptsd、精神疾患	日常生活の中で、体力維持できる運動、ストレッチなどや、モチベーションを上げる、保つ話しの記事、本、動画を見るようにして過ごしています。毎日のニュースをノートに書き込んだりして、話題に参加できるように、少しでも取り入れ、生活していると思ってます。
男性	49	糖尿病	通院、入院、投薬、健康診断検査など、病気を罹患・関係していることに、休暇を取得してでも対処する文化・雰囲気がある職場環境が良い。
女性	52	がん	すごい楽しみにしています。仕事があることで安心して生きることができています。これからもずっと長くたいです
男性	64	心筋梗塞	一月に1回以上、主治医の診察をうけ、適切な治療をうけている。胸が痛いと言うような状況では、すぐに職場でも対応してくれるよう、常日頃からつたえてある。
男性	39	双極性障害、糖尿病	建前上の勤務時間数が足りないため、健康面でのサポートは一切受けられていない。せめて健康診断くらいは受けられないものか。
男性	54	糖尿病	定期的な通院に対する会社の理解とサポートが必要であると考えます。病気に対する理解とその人を非難する様な風土をなくす事が大切だと思います。
男性	50	高血圧	夜間でも通院出来る病院や数ヶ月分まとめて薬を貰える病院があればすかります。今はコロナ患者やPCRをうける人と場所を分けてほしい
女性	46	高脂血症	保健師さんにどの程度まで相談していいのか。健康診断で異常が出た時の、補助金の申請の仕方。会社にどの程度相談していいか分からない。急に有給も取りやすい、有給の理由も聞かない雰囲気の会社なのは有り難い。
男性	30	高血圧	心のケアをする方法、気分を楽にする方法、体調を改善させるための方法、地域で相談できる公共機関等の情報

性別	年齢	疾患名	あなたが仕事を継続する上で、必要な情報、役立つ情報についてできるだけ詳しくご回答ください。
男性	51	パニック障害	フリーランスなので、能力に合った十分な報酬が受けられていない。最悪のインボイス制度が始まるので、事務作業、帳簿の付け方などの情報がほしい
女性	42	成人スチル病	職場、一緒に仕事をする方々の十分な配慮があり、今のところ、必要であったり具体的な希望等が全くなく仕事を継続できているので、特に思いつかない。
男性	64	肝細胞癌	会社が持病と治療について理解し、病院への定期検査、診察などに理解してくれている。ただ、検査、治療のための短期入院、通院などについて、年次有給(1年20日)を使わざるを得ないため、半年ほどで消化してしまい、その後は欠勤扱いになってしまうのがつらい。
男性	35	うつ病	学術論文の取得。日本の医学会はの情報は世界的に周回遅れのため、古い治療法が蔓延っている。適切な医療を受けるためには国際論文の情報の取得が必要である。
男性	41	がん	とにかく、まわりにどんどん相談して気持ちをらくにさせていくことが、自分自身もまわりの人たちにとベストだとおもいました。
女性	51	乳がん	病院側、会社側両方の理解があればいちばんいいと思います。役立つ情報は特にありません。逆に罹患した人に自分が知っている事を伝えていきます。
女性	40	うつ	日々変化する状態を毎日話したりするのはできません。上司や職場にも迷惑でしょうし、自分も話すのは辛いです。なるべく時間の幅の広い仕事を与えてもらえたり、裁量によって出勤や有給を使いやすい職場になってくれたらありがたいです。
男性	60	2型糖尿病	特になし。ネット等で必要に応じて取得しながら、体調管理ができており、通院を通じて医師とも相談する機会がある。
女性	59	がん	休みをもう少し自由に取りたい。有給休暇を申し出にくい。経営者にもう少し理解してほしい。昔からの体制を変えてほしい。
男性	47	高血圧、喘息	体調が悪いときは、通院するため会社が時間を作ってくれるので不満なく仕事が出来ている。体調管理についてのパンフレット等を会社からもらう。
女性	37	パニック障害	繁忙期がわかるようにしてほしい。電話を取る仕事が嫌で仕方ない。社会人にもなって口の利き方がなっていない人が多すぎる。
女性	45	高脂血症 うつ病	傷病手当金をすべて受給した場合は、その後は退職となってしまうのでしょうか。それとも、欠勤扱いで在籍することは可能なのでしょうか。
男性	49	うつ病	疲れたら横になれる設備が必要、休みたいときに休める仕事が望ましい、人間と接しない工夫が欲しい、一人で作業したい
男性	24	脳梗塞	適切な労働時間で労働することが大事である。日本は無理な労働をさせることが多いのでパワハラ等がないような働き方をしていく必要がある
男性	43	統合失調症	唐突な作業が苦手なので、ルーティンワークな作業を続けていく。あとは良好な人間関係が築けるかどうかだと思う。
男性	52	高血圧	定期的に産業医に面談してもらおう。ともだちや家族にもいろんな意見を聞いて、健康増進に努めています。
男性	29	うつ病	先ずリモートワークが認められるようになってほしいです。あと、制度的なことを全く知らず、それを調べる気力も出ず、苦勞しています。
男性	28	喘息、鬱	もう少し勤務時間が短く、繁忙期があれど閑散期がしっかりあり、休暇も幾分取れる環境が良い。 そもそも業種が向いていない気がする。
男性	52	心筋梗塞	心筋梗塞を再発させない生活指導。精神的な気持ちの持ち方や、ストレスなく仕事出来るノウハウ等を教えてください

性別	年齢	疾患名	あなたが仕事を継続する上で、必要な情報、役立つ情報についてできるだけ詳しくご回答ください。
男性	40	うつ病	自分の場合、会社に通勤することそのものが苦痛であるため、在宅勤務に切り替えて作業をしている。個人によって治療対応は異なるはずなので一律ではなく、患者の言うことを考慮して勤務を継続できる環境を用意してほしい。通勤が続いたら会社は辞めたいと思う。
男性	32	うつ病	とくにないよ。ただつらいこともある。けれども稼がないといけない。子供がいる。学費がかかるし、どうしたらいい
女性	53	糖尿病	特にはないですが現在の勤務先では体調のことを常に理解してくれる経営者がいるので何か不調があった場合でもすぐ相談でき助かります。
女性	42	うつ	相談できる環境がどこにあるのか、通院の負担の相談できるところがあるか。また、上司への相談だけで仕事調整ができるのか。
男性	43	うつ病	会社としては、健康状態を考えて、負荷の比較的小さい部署に異動させてくれたが、それで対応を完了させていると思われ、治療が完了するまでどのような対応を考えているのかを明確に示してもらえたら、仕事がしやすくなる
女性	52	関節リウマチ 摂食障害	関節リウマチに関する新薬の情報。摂食障害に関するセミナーや研修会や、治療に関する最新の情報があれば良いです。
男性	43	うつ病	とくにないのですが、強いていうのであれば、精神疾患の従業員に対してメンタルサポートなどサポート体制を強化してほしい。
男性	59	高血圧、大腸ガン	やはり通勤時間である。勤務できる場所が多数ある職場であるならば、本当に近場の勤務地に異動させるべきである。私の場合、常に1時間半以上である。本当に辛い。
男性	43	高血圧	年齢的にしんどい事があるので新しい人が見つかったら、出来だけ体に負担が少ないシフト調整して欲しいです。
女性	32	ADHD,うつ病、睡眠障害	フルタイム勤務でなくても大丈夫なこと、自分のペースで物事が進められる事が重要。スピーディさを求められたり臨機応変な対応は苦手
女性	41	うつ病	インターネットなどの情報を集めるようにしています。同じ病気の人の情報を参考にしています。病気を持ちながら働く方法など。
男性	64	高血圧、脂質異常症	主治医とのコミュニケーションが一番の情報源だが、今のところ上手く行っていると思うので、他に必要としていることは特になし。
女性	46	膠原病、慢性腎臓病	一昨年、膠原病からの合併症で慢性腎臓病になり（身体障害4級）従事していた保険外交員の仕事が出来なくなり退職。以降、ハローワークの障害者雇用窓口を利用し仕事を探していたが、週5日勤務にも関わらず最低賃金や、障害者雇用でも当時月2回の通勤のための欠勤が認められない等、障害や病気の程度と能力に応じた最適なマッチングが叶わなかった。難病患者、障害者と一括りにすると、バリアフリー、エレベーターあり、軽作業等の言葉が並ぶが、病気の度合いと能力、職歴、通院の頻度など、個別の条件に対応できる相談窓口がないと感じた。コロナ禍でもあることから、益々求人数は減少し、現在は派遣会社に登録し、希望シフト制のアルバイトに就いているが、もちろん病気の事は伝えられていない。今現在は持病や軽度の障害はあるが、通院の為のお休みや、多少の配慮（屋外作業や外回り不可等）が必要であるが能力的には満たしている等、個々の条件に合わせ企業側と上手くマッチングしてくれるようなシステムがあればと思っている。
男性	46	甲状腺異常	就業前には準備体操がひつようで身体を温めてから出ないと人と同じ動きが出来ないので、定期的に体をほぐしながらが必要
女性	52	肺がん	仕事場では、できる限り 痛いとか、弱味を見せない。 みんながよく言うしんどいよってニアンス的な事は言うが、特別扱いされたくない

性別	年齢	疾患名	あなたが仕事を継続する上で、必要な情報、役立つ情報についてできるだけ詳しくご回答ください。
男性	28	発達障害	発達障害に、関して上司・先輩などの会社の人間にも正しい理解をして欲しい。また、指導方法やマニュアル作成なども行なって欲しい
男性	45	うつ病	障害を得ている人が受けられる支援・サービス 月に20時間以上の労働でも障害者として働きやすい情報(20時間で0.5人・40時間で雇用している障害者としてカウントされるが、20時間未満でしか働けず、一般雇用のため障害者としては働きづらい)
女性	26	うつ	私が仕事を継続する上で、必要だと思った情報や、役立つと思った情報は特に思いつかないです。申し訳ありません。
男性	47	黄色靭帯骨化症	現在の仕事では特に支援の必要はないと思われるが、今後状態が悪化した場合はどうなる心配。また現在の部署でしごとを実施することが出来るのか、また部署移動があった場合どうなるのか心配です。
男性	34	糖尿病	特にありませんがいろいろな情報がわかればやくに立つと、思うのでいろいろ調べたりしていますがなかなか難しいです
男性	58	高脂血症 気管支喘息	体力を維持する。1週間に5日働く体力が必要。 情報通信のノウハウ、スキルが欠かせない。 また、ハードウェアの知識と、データセンターの知識が必要です。
女性	47	卵巣癌	改善提案書などで業務だけでなくメンタルのいろいろなど聞いてくれることとか、同僚、上司が「どうした?!」といつも声掛けなどがあることです。
女性	59	食道がん	仕事を継続するうえで必要な情報、役立つ情報についてできるだけ詳しく回答して欲しいと言われても、ピンとくるものはない。
男性	43	僧帽弁閉鎖不全症	体力面で、他の同僚と比較すれば不安があるため、無理をすることなくやっていくことができる勤務配置を求めている
男性	50	肺腺癌、SLE、全身性強皮症	よいものがあれば、会社に働きかけるなど改善を求めたいため、他の職場等の制度や支援内容の事例を知りたい。
男性	38	高血圧	仕事量が多く、通院する為に休みをとると他の休日に影響がでるため、結果休むことが出来ない。 ストレスが多い。
女性	36	うつ	うつを患っている人の対応、仕事の配慮、人的配慮、勤務時間の短縮、リモートワークの推奨、朝服薬の時間の確保
男性	50	うつ病	自分のペースで仕事で出来るような環境でないと、共存出来ないため。 会社勤務は続けられないと思った。 特に朝は起きられない状況が多く。 起きられたとしてもモチベーションが保てないため。
男性	42	気管支喘息	会社からの理解があり、仕事内容も柔軟に選択ができる。 また、通院のための休暇が取りやすいかどうかで変わってくる。
男性	50	高血圧	社会保険労務士に何かあれば相談し医療関係とは、何か身体に異変があればすぐかかりつけ医に相談するような体制を取り常に誰かかれから情報を入手する
男性	50	糖尿病	糖尿病による副反応や薬による副作用など、だれもが分かりやすく理解できるような情報の提供。それを受け入れてくれる職場環境。
女性	55	特発性血小板減少性紫斑病	難病なので直る見込みがないといわれたけれども、今のところ安定しているので、特に必要な情報はありません。
男性	41	糖尿病、不正脈	持病があり、月額の医療費と処方箋薬の金額次第で補助金が支給されたり、勤務先への移動だけでなく医療機関への移動費にも支援が受けられるなど
男性	58	胃がん	やりがい、給料がたかい、 人間関係において問題がなき、有意義な生活が送れる。 パソコン、スマートフォン、雑誌、ビジネス書類

性別	年齢	疾患名	あなたが仕事を継続する上で、必要な情報、役立つ情報についてできるだけ詳しくご回答ください。
女性	35	うつ病	治療休暇がなく、有休対応となることが不便。通院を仕事の後に行くことになり負担。 職場での病気への理解が不十分。
男性	63	肺癌	会社の諸々な配慮がなされており、満足しております。 会社での病気に対する規則が定められており、他社も同じ様策定したら良いと思う。
男性	63	糖尿病	基本、在宅勤務なので、通院や治療、休憩などは自由に取れ、特段不自由はありません。自分のペースで自由に仕事ができるので問題はありません。
男性	47	てんかん 統合失調症 パーキンソン病	通院をする時は時間を割いてほしいし、他の社員の人もそれを理解してほしい、上司もサボるというような態度ではなくきちんと適切な処置なんだという事を理解してくれたら今よりもっと働きやすい環境になると思う。
男性	39	気管支喘息	社内で新型コロナウイルス感染者が発生した時の対処法を知りたい。また接触する可能性がある業務から外してもらおうなどの配慮を職場にもらうための相談方法などが知りたい。
女性	31	うつ	働かないと給料がないため、生きていけないので、続けているが、精神的には仕事をするのはとても辛く、休業したい気持ちでいっぱいである。今はテレワークで、直属上司の配慮があり、休憩しながら続けているが、これからどうなるか、不安でいっぱい。
男性	51	高血圧	健康診断にて気になる箇所チェックが重要 その内容にて自身の患部の証明となるため、会社に伝えやすい環境がある。
男性	45	鬱病	自分がいてもそこにいないような感覚で皆が話している まるで透明人間のように何か意見を言うと場の空気が悪くなる 発言する時はかなり気を遣って言葉や話し方には十分気をつけているつもり もう辞めたい 死にたい
男性	42	適応障害	自分が経営者なので職務内容は大変だが、就業規則等の縛りがほとんどないので、仕事・休暇の調整がある程度自由にできる。
男性	46	気管支喘息	今の環境で十分だと思ってます。 自由に時間も取れるし、疾患があっても相談すれば分かってくれる会社です。
男性	58	膠原病	いろんな相談窓口の情報。 自分の病気(膠原病)についての情報。 いろんな支援センターについての情報。
男性	61	高血圧	良く分からないので、これから年金受給するまでに知識を習得したいのでメールなどで情報を得ようと思っています。
男性	48	狭心症 抑うつ状態	職場内の人間関係。今年度はそのせいで病休を取得することになってしまった。また、その緊張のために血圧が上がってしまった。
女性	24	自律神経失調症	風通しの良い職場環境で、縦横斜めの関係整っている職場が必須だと感じています。また、育成プログラムが整っていること。
女性	33	双極性障害	親から不動産を相続して不動産のオーナーをやっています。 自営業のため自分のペースでできるのがいいところです。
女性	32	躁うつ病、摂食障害	服用している薬の種類が多いので、肝臓等の他の臓器への影響が出ないか心配しています。周りに気を使ってくくださる方が多いだけに、早く治さなければというプレッシャーが多い。
男性	38	ヘリコバクター・ピロリ	仕事と家庭の両立が非常に大事であるため、健康状態については随時チェックし、無理のない範囲で仕事をするのが望ましいと考えます。

性別	年齢	疾患名	あなたが仕事を継続する上で、必要な情報、役立つ情報についてできるだけ詳しくご回答ください。
女性	53	乳がん	通院は予約制なので、休み希望を出さないといけない。休みの取りやすい会社が良い。休みの理由を言わないといけないので個人情報をきちんと守っている会社が良い。
女性	26	神経性やせ症	精神疾患を持って勤務していて、私の会社はとても理解のある会社で働きやすい環境ではあるが、やはり甘えとか思われやすく精神疾患は理解し難いものではあるので、どう対応してあげたらいいのかとかの情報があるといいと思う。
女性	48	アレルギー性皮膚炎	仕事を長期休む時など負担出来る保険などの情報、それを紹介してくれる機関など、困った時にどんな機関か使えるかのツールなど
男性	42	脂質異常	働きやすい環境にあるか 職場での人間関係が良好か パワハラはないか イジメはないか サービス残業はないか
男性	60	糖尿病、関節リウマチ、高尿酸血症	治療薬に関する正確な情報。複数の病気を抱えているため、複数の治療薬の投薬を受けているが、副作用について不明確。投薬を始めてから不整脈（期外収縮）による動悸・息切れが悪化している。肌の異常も極度に増えている。元来の症状よりも副作用と思われる症状の方がむしろ問題と思われる日もある。
男性	57	高血圧症	経営者の強いリーダーシップをもとに、働き方改革をどんどん推進して行ってほしい。仕事量を減らしてほしい。
女性	51	AD/HD、慢性膵炎、高血圧、高眼圧、メニエール病、逆流性食道炎	地域生活支援センターがリーダーとなって相談にのってもらっている。金銭的なサポートは行政、社協さんに相談出来ている。精神科医と繋ぐ役目として、訪問看護師に来訪してもらっている。
男性	46	不眠	定期的な医療機関受診を受けられるような職場環境を希望しているが、会社組織が、冠婚葬祭による欠勤も許可していない現状である。
女性	30	躁うつ病	ゆっくり休憩をとる 主治医の意見を会社に提出する 会社の意見も聞く 支援者との意見も聞く シフト調整する
男性	51	脳出血	ミスが多い時がある。 物忘れも多い時がある。 作業が遅い。 ので、重要ではない業務ができれば助かる。
女性	26	甲状腺機能低下症	同じ仕事の経験者が教える仕事との兼ね合い方法や相談方法、その後仕事環境や人、給料に変化が無かったかどうかなど
男性	58	高血圧	数値だけで判断しない、個人の体調を考慮した診断や指導がなされていない。最終的には投薬による数値改善の結果で判断され、当人の意見はどこにもない
男性	57	うつ状態	日々、時々によって状態が変化するため、その時の状況に合わせた支援がほしい。勤務内容、休暇、勤務時間の配慮があると継続しやすい。
男性	52	自律神経失調症	周りの人々の理解が何より大切だと思います。その上で同じ病気の人の状況や、通院先に近い職場などが必要です。
女性	46	橋本病	医師以外に仕事のなやみが話せる人が欲しい。 できれば、毎週、時間をくれる人がいい。 相談支援員という言葉をきいたことがあるが、そういう人に頼めばいいのだろうか。 出会い方がわからない。

性別	年齢	疾患名	あなたが仕事を継続する上で、必要な情報、役立つ情報についてできるだけ詳しくご回答ください。
女性	27	月経困難症、うつ状態	女性にまつわる疾患の場合、男社会なので言い出しにくく、説明もしにくい、理解が得られにくい。また休みの取り方も、ほとんど一人事務の状態の小規模企業であるため、無理をしても自分が仕事を残業も含めて行わなくてはならないが、配慮するというだけで誰も実際には配慮しない。結果的に病気をもっていることだけが広まり、かわいそうがられながら働かしかない。そういう現状を変えることができるような手法も見いだせないが、コロナ不況なので転職も難しく、泣き寝入りしなければならない。
男性	45	鬱病	精神状態も肉体の過酷さも加味して労働した場合に自分が今している仕事 が適正なのかかわからない 会社の人と相談をすることで解雇など自分が不利になる場合が怖い
男性	57	白血病、適応障害鬱状況	現状体調も良く、会社からの支援も十分受けられています。特に問題になることはありません。たまに頭痛などの症状も出ますが、休むことに配慮 いただいています。
女性	34	うつ病、ADHD	どのくらいの期間雇用するつもりがあるのか伝えておいて欲しい。良いよう に使われている気がしてならない。
女性	27	うつ病	定期的な通院に対して柔軟な休暇措置が取られること、服薬による情緒の 安定化をはかること、集中力の必要な作業を長時間続けられないこと
男性	31	てんかん	通院が必要なのは当たり前なので、通院日には1日ちゃんと休みにしても らえる事ができ、長時間勤務や連日の勤務になると病状が悪化する恐れが ある為、勤務時間などにもこちらの要望通りに配慮してもらう必要がある。
女性	33	抑うつ状態	支援体制の強化と所属における主治医との連携の強化。 また管理職の当事者意識が薄いと支援に繋がらない。
男性	48	高脂血症	規則正しい生活をして、朝起きたら太陽を見て、こころを落ち着かせる。 3食きちんと食べる。 通院、内服を怠らない。 無理して働かない（マイペース）
男性	39	高血圧と痛風	体調不良と申告すると査定と昇級が下がる。当然、遅刻や早退、有給休暇 の取得でも同様。業務の成果を見て判断してほしい。
男性	49	うつ病	仕事を継続する必要な情報や役立つ情報をえられなかったため、現在休職 しております。 休職してから4ヶ月経ちましたが復職の目処がたっていません。
男性	43	高血圧、筋ジストロフィー、腰ヘルニア	障害屋持病を持っている人の会社の待遇やサポートを当事者が分かる情 報。どのような支援をしてもらえるのか、また将来の待遇など。
女性	46	好酸球増多症	定期的に受診すること。注射を打つ。内服する。休む。頑張らず仕事や生 活を送ること。 今は自分でコントロールしていくこと。
女性	27	不安障害、睡眠障害	休みやすい環境かどうかがとても重要。あとは、相談しやすく話しやす い環境。オンとオフがはっきりしてるか
男性	40	糖尿病	必要な情報は病院の営業時間。役立つ情報は新しい糖尿病の薬(インスリ ン)など。全て病院側で案内されなければ、基本的には全く知らない世 界。
男性	41	うつ病	かかりつけ医による診断結果、服用している薬の情報、職場での働き方 (在宅勤務など)の活用など自分の体調管理に関わるもの
男性	55	狭心症	他の人の、病気であることに対して、会社からどのような支援を受けてい るかの情報や、交渉方法などの参考にできる情報。

性別	年齢	疾患名	あなたが仕事を継続する上で、必要な情報、役立つ情報についてできるだけ詳しくご回答ください。
男性	49	双極性障害	特にないが、同様の病気を抱えている人がどのような配慮がされているのか、事例があれば知りたいと思います。
女性	24	体位性頻脈症候群	体位性頻脈症候群をもつ社会人がどのように仕事をしているか知りたい。仕事内容や時間などの改善が必要でも職場長に伝えにくい場合どうしたらよいか知りたい。
男性	48	高血圧	職場や周囲の理解が必要です。また、職場だけでなく社会のルールも改善していけばより働きやすい環境ができると思います。
女性	32	鬱病	鬱病への理解度を示す文書。休暇制度などの福利厚生に関するルール。特に障害者に対する福利厚生の充実度と休暇取得率。
男性	51	椎間板ヘルニア	会社の組織体制の見直し。体調が悪い時、休みやすい体制。人員不足解消の見直し、体制作りが必要であると感じます。
女性	48	うつ病	特に思いつかないが、受けられる支援や自分の病気が客観的にどうであるのか知りたいと思うがどうしたら良いかわからない
男性	29	うつ病	職場において、体調の変動や通院に関して理解をえながら働き続けることが出来るようなサポート体制の根拠となるルール等の開示、共有。
男性	43	うつ病	会社は全く信用できないが、病気に対して会社が支援できる仕組みなどの情報公開をしてほしい。サイトなどで。
男性	40	悪性リンパ腫	社内の福利厚生制度を知ること。 経済的支援、休暇制度、相談窓口などを知ることによって多角的に活用できるようになる
男性	49	高血圧症	自己管理することや仕事分担をすること人間関係を良好にすることチームワークでお互い助け合うことが必要である
女性	47	うつ病	上司の理解があれば、仕事はいくらでもできる。包み隠さず、報告、相談し、できるときにはしっかりやります、という気持ちも伝えておくことが大事だと思います。
男性	54	高血圧	ストレスカイショウホウ、簡単に出来るストレッチのほうほう、リラックス出来る音楽 身体に良い食事療法など
男性	38	躁うつ病	克服事例を紹介する研修や情報を従業員に示すなどの配慮を求めている。地方においては旧態依然の会社風土が大半を占めており、個人への配慮がなく、同調圧力が強い
男性	49	高血圧	おおくのデータから、エクセルでしりょうをさくせいし、ピポッドでまとめたうえ、さまざまなかいぎをかいさいし、そのたのぶしょに説明する
男性	44	鬱病、適応障害	精神疾患に関しては職場の同僚等に話す事がしづらい病気である。職場の人間以外の第三者に相談できるような体制を作って頂けるとありがたい。
女性	30	修正大血管転位	力仕事なのか 座れる仕事なのか 病気に対する配慮があるのか 通院への配慮はあるのか それにたいする嫌がらせ、パワハラなどの 不当な扱いを受けることがないのか
男性	58	肥大型心筋症	人間関係が上手く行くために、まずは挨拶をしっかりと行う。また、愛想よく笑顔で接する。相手の長所を見つけて話題にする。
女性	41	多発性骨髄腫	有給休暇を使いきった後に支援を受けられる制度とか、両立のために受けられる支援制度があるのか知りたい。

性別	年齢	疾患名	あなたが仕事を継続する上で、必要な情報、役立つ情報についてできるだけ詳しくご回答ください。
男性	46	潰瘍性大腸炎	通院や定期検診に対する理解が重要であり、その点は上司も理解している。ただ繁忙度が高いときは休むことができないのが実情である
男性	33	腰痛	いろいろあるが、同僚や上司からのなしや、また取り引き先などの肩の話しを聞いた上で自分で判断することを心がけております。
男性	33	吃音症	吃音症で特にストレスがかかる電話で症状が顕著に出て業務が不能な状態になるため、メールやスマホのボイスレコーダーを活用して工夫している、
男性	64	前立腺がん	現状の病状は健康時とほぼ変わらないので病院と会社以外には特に相談報告はしておらず、仕事を含む日常生活は以前と変わりなく生活ができていたため特に病氣以降何かを新たにおこなっている状況ではない。
男性	52	高脂血症	過去に医師に相談してからだいぶ年数がたってしまった。改めて医師の見解を確かめたいが、病院に行くのが億劫で時間がたっている。相談するのにふさわしい窓口を知りたい。
女性	58	双極性障害、高脂血症	フルタイムの会社勤務をしている時に、長時間残業等の過剰労働やパワハラをきっかけに、双極性障害を発症しました。 病気をかかえながら勤務出来る会社ではなかったので、自主退職しました。 会社勤務をしている時から、副業として、不動産業（賃貸物件の大家業）を始めていたので、退職後は、個人事業主として、専業大家をしています。 自宅で、体調に合わせて、勤務出来るので、細々と長期にわたって続けられています。 続けられている大きな理由は、業務が、月々の賃料の管理や賃借人の苦情対応や退去時の対応など、体調に合わせて出来るからです。 人を雇ったりして事業を拡大する事は、病氣持ちである事から、考えられませんので、ひとりで出来る範囲の物件にしています。 会社員時代に比べて、収入は激減しましたが、配偶者にけっこうな収入がありますので、家計が破綻する事はありません。 また、一年中・一日中、体調が悪く、寝たきり状態が続いていますが、上記の通り、負担なく出来る範囲の業務に制限しているので、今のところ問題は発生していません。
男性	58	拡張型心筋症	特にオンオフを定めず、体調を自分で見ながらかかりつけ医に相談、受信をしている。 また、体調が悪いようなら休む事を全てに優先して決めてから他の予定を立てる。 予定が入っていれば、お客様や取引先、スタッフに出来る限り変更をお願いしてもらっている。 身体の事なので、皆さん快く対応していただいております。
女性	31	うつ病	傷病手当など、もし万が一会社を休んでしまったときの金銭的なサポートを受けられるかどうか。仕事を継続しながら、治療を並行して行った方の体験談。
男性	50	狭心症	コロナ禍では怖くて病院に行けなく治療が出来ない。血栓や心筋炎の副作用があるワクチンは怖くて打てない。コロナが終わったら治療を再開したい。
男性	36	うつ病	同じ職場の人が病氣について理解してもらい、残業は極力なくしてもらい、適度に休暇を取得することに理解してもらう。
女性	52	高血圧	在宅勤務中に倒れたり、悪化したことが起因で何かおきた場合など、どういう扱いになるのか時々不安を感じることがあります。

性別	年齢	疾患名	あなたが仕事を継続する上で、必要な情報、役立つ情報についてできるだけ詳しくご回答ください。
男性	44	うつ病	定期的な産業医面談の実施、長期に渡る通院に伴う支援制度の情報(自立支援制度、等)の周知、在宅勤務制度の充実、等
男性	58	高血圧	良い人間関係の中で働ける環境、有休などの業務調整が可能な職場環境、パワーハラスメントなどないこと、暑い寒いなどの対策が整っていること
男性	39	高血圧	勤務形態がフレキシブルであること、また上司が現在の病状などに立ち入らずも理解があることが役に立っている。
男性	61	高血圧	特にないと思うけれど、強いて言うならば健康管理に必要な情報をできるだけたくさん入手できることが重要かと。
男性	30	双極性障害	困りごとがあったときにどこに相談すればいいのか。 会社はそのような窓口を設けておらず、総務課の担当者はそういったことに向かない性格をしているので現状相談することができない
女性	44	うつ病	年休の日数、病休の日数が決まっており、それを制限いっぱい使ってしまったら、無給の休職になってしまう。 朝が特に辛く、10分程度遅れて行っても制度上1時間単位での年休しか取れないので、その辺りが柔軟であって欲しかった。 今年度は年休、病休を使い切り、病休延長の申請手続きを行い、3ヶ月という期限いっぱい申請している(4月11日まで)が、来年度は、20日間の年休のみで病休は残っておらず、延長手続きもできない。 業務の特質上、フルタイムが基本であることも十分理解しているが、業務の準備等、自宅ですることができる分については在宅勤務ができるなど、柔軟な措置をして頂けるとありがたいです。
男性	62	脳梗塞	民官併せでの就労に対するサポート情報等を解り易く案内した頂きたい。 たとえばインターネット上に専用サイトを開きだれでも 随時アクセスできれば尚相談しやすくなると思われる。
男性	53	高血圧	健康推進についての情報収集がほしいのだがなかなかないので海外の友人などの意見を参考にすると効率が良い
女性	56	脂質異常症	身体がしんどくて出勤できない時のシフト交代がうまく回っていないから、無理して出勤することになってしまう。
男性	61	前立腺癌	病気や治療から来る身体の不調が倦怠感や集中力の不足など明確なものではない場合の会社への配慮を求める手立て。
女性	60	高コレステロール	公的助成制度の資料と相談員との面談等。制度があっても個々に合わせたアドバイスがなければ意味がないので周知できるよう窓口の整備が必要と思われる。
男性	38	うつ病	自分の場合はメンタルの不調により精神科で主治医の先生に診てもらうまでは日々の仕事が辛かったので、どのくらいの精神的や身体的な症状があったら病院を受診した方が良いなどの分かりやすい情報があると良いと思います。
男性	62	高血圧	通院する時間が自由にとれる事が、仕事を決める上で重要だと思いますが、中小企業でしかも、管理職になると休みが取りにくくなる。
女性	58	パセドー病	体調が良くない時は休みを取らせてもらえるようにしてほしい 外での仕事がきつくなってくるがそれでも仕事はしないとイケない
男性	48	うつ病、適応障害	世間的にはうつ病、適応障害を持つ人はどのくらいいるのか？その人たちの対処方法などを知ることにより自分自身の対策になると思います。
女性	58	舌癌	長年事務方での仕事なので、交代要員又は後輩の育成が急務であるが、コロナの影響もあり人員の増員がなかなか進まない。
男性	46	2型糖尿病、慢性高血圧、Iga腎症、非アルコール性脂肪肝炎	2~3カ月に1日のペースで有休を取り通院・検査。主治医の担当日が限られており、予約日と有休が合わず通院日を先延ばしにすることが多い。

性別	年齢	疾患名	あなたが仕事を継続する上で、必要な情報、役立つ情報についてできるだけ詳しくご回答ください。
男性	44	高血圧 アトピー性皮膚炎	周囲の理解と医者との連携を得るために話し合いの機会を多く取ることができたのふぁ今の仕事を継続する原動力となっています。
男性	36	パニック障害	パニック障害の治し方。毎日午前中ギリギリな感じで働いてるしどうすれば克服できるのか。いつ発症するか分からないし今後働けるかもしれない不安を解決したい
女性	51	高血圧	必要ない技術を教えられていないため、出来ることが限られてしまう。その為に労働時間が不当に減らされてしまう事がある。
男性	42	気管支喘息	どのような公的支援があるのか分からないため、公的支援についてまとめられたインターネット情報サイトや手続きパンフレット等
女性	59	高血圧 慢性腎炎	サービス業でシフト上長時間勤務の日が月に数日あるのですが、体調が不安なので長時間勤務の日を減らして欲しいことを個別面談時に伝えたのですが、私だけ特別扱いは出来ないということで、今は我慢して働いていますが、体調管理の為、有給をとって休んでいます、カツカツの人数でシフトを回している、他の人の負担が増えることが心苦しくなります。ただ、有給休暇はきちんととれます。
女性	23	非定型うつ病	金銭的な支援がどれだけあるのか、勤務調整はどこまでしてもらえるものなのか、相談窓口はどこになるのか、
男性	44	不安障害	気分転換、メンタルトレーニングなど思考変化に約だつ情報やトレーニング情報。 薬による治療と並行してメンタルから改善
男性	60	高血圧	疾患、持病を、まわりに公表したくない一方、配慮いただきたいケースもあり、気持ち的に複雑なものがあります。私の場合、高血圧ですので、オープンにしても、大きな懸念はありませんが、周りで乳がんと診断された方が、知られたくない中、休暇を取ると噂になる等、難しい問題です。
女性	57	うつ病	現在月10日間ぐらいの勤務で1日8時間労働をしているが週2日勤務なら何とか出勤できるが週3日勤務になるときつく、体調不良を理由に休んでしまうが生活の為に月10日間は働かないと収入が足りなくなるのでそのはざまでのストレスがたまらなくキツイ。
女性	39	1型糖尿病	特にこれだけの情報では思い付きません。どこに対しての情報で、例えばどういったものを指しているのでしょうか。
男性	50	うつ病	疲れやすいので、ストレスのたまらない範囲で仕事をさせてもらおうとありがたい。なかなかいつもうまくいくわけではないのが辛い。
女性	38	アレルギー性鼻炎、花粉症	頑張りすぎない、無理しない、他人と比較しない、教えてもらえることは素直に聞く、退社したら仕事のことは忘れ気持ちを切り替える。
女性	51	フォークト小柳原田病	同じような病気で働いている人の現状が知りたい。今の職場を退職したら再就職が出来るのか心配なので、続けて働くほうがいいのか判断しにくい。
女性	57	パニック障害	職場内の環境や作業場所、作業位置などがわかると非常に助かるし、自分にとって快適に作業できない環境であれば変更を願い出るタイミングなども分かると助かる
男性	54	高血圧 アレルギー鼻炎	通院したいとき、忙しく休めない。部署異動を弾力的に行ってほしい。業務の引き継ぎ等がやりやすく、体制を求める。
男性	56	鬱病	鬱で動けない時からの回復方法が知りたい。自営業なので頼れるものがない。休務は即収入減となる。この補償法があれば知りたい。
男性	30	パニック障害、発達障害(ADHD)	相談できる方や、具合を伝えやすいアプリやサービスがあったらいいと思います。自分の職場は比較的理解があるのであまり困りごとはないのですが、自分以外の障がい者もいるのでそちらの体調も確認できるようにしたいです。

性別	年齢	疾患名	あなたが仕事を継続する上で、必要な情報、役立つ情報についてできるだけ詳しくご回答ください。
女性	47	乳がん	自分の体調や投与中の薬の副作用等をしっかりと把握して、職場の上司や同じ時間帯に勤務する同僚にはきちんと伝えておくことが必要だと思います。
女性	29	不安障害	上司や同僚の理解と協力が必要です。アットホームな職場環境で、他に病を抱えながら勤務している社員もいます。 上司は1番の相談相手であり、今の職場でなければ、仕事の両立は難しいのかなと思っています。
男性	57	狭心症、糖尿病、高血圧	国や自治体から通院のための、休暇や受診、投薬費用の援助があるのなら、それらを受けるために必要な情報。
女性	29	双極性障害	病気が理由で、出勤ができない時などは何か手当がもらえたりするのかな等。どうしても働けなくなった場合の支援など。
男性	35	適応障害	仕事と治療を両立するために会社内で利用することができる制度。自分の障害について理解することと社会生活に適応するための支援。
男性	39	統合失調性感情障害	どんな仕事においても、しんどくなったら休憩できる環境 気持ち的に追いつめられない環境が必要だと思う 常に利用者の顔を伺ってサポートしてくれる支援員が一人だけでもいてくれたら利用者全体の気持ちが楽になる
男性	29	糖尿病	しんどい時は無理をせずに、家族や上司、同僚に相談する。また、自分の抱えている病気と真剣に向き合うことで、自分のキャパシティがわかるようになるので、仕事の線引きができる
男性	47	腎臓癌腫瘍摘出後の経過観察	職場の協力があるから、今の仕事も十分満足しているしやりがいのある職場環境。会社の協力がなければ、辞めていたかもしれない。
男性	49	心筋症	病気の疾患についての情報、またそれらについてどのように働くことができるかについての情報、さらには、どのような支援体制があるのかについての情報が必要
男性	25	脂質異常症	健康診断等は年2回あるが、その後の支援がないため、健康診断を受けるだけになっており、病院に行かない人が多いように感じる
女性	46	全身性エリテマトーデス	休みたいときに、遠慮なく休めるのにはどうしたらいいか、どこに相談したらよいか教えてくれる機関があれば助かる
男性	62	慢性心不全・慢性腎不全（透析）	私自身が経営者（法律事務所の弁護士）なので、自由に仕事を調整出来るので特段の不自由はない。また、近時、裁判所でも、ウェブ会議の形式が導入され、裁判所への出頭の必要性が激減しているので、助かっている。
男性	57	うつ病	適切な勤務時間になっているか、翌日に疲れを残していないか、十分に休めているか、必要な睡眠が取れているか、栄養のある食事を適切に取れているか、それらを勤務状況や精神状況と合わせて定期的に判断し、是正していける仕組みが必要です。
女性	48	クローン病	特にないが、新型コロナに感染したら、持病が悪化しないか心配だから、在宅ワークを探したいと思うことがある。
男性	54	糖尿	ストレスケアについて具体的に個別指導してほしい。疲れを軽減する方法などを教えてほしい。健康相談を気軽に出来る場所
男性	64	心筋症	単独作業時、連絡や仕事の進捗、従業員の体調が見えていない、朝のミーティングの体調確認のみ行っていて、就業まで中間体調確認は行っていない。

性別	年齢	疾患名	あなたが仕事を継続する上で、必要な情報、役立つ情報についてできるだけ詳しくご回答ください。
女性	48	乳がん	病気の内容、必要な支援について自らが会社に申し出る。 術後の経過や治療の副作用は自身でも予測がつかず、復帰時期などは自己申告になるが、復帰したばかりだからとって、特に日常は変わらないため、支援が必要になったり、就業条件を変更したい場合など、自身が復帰後の経過を見ながら細かく勤務先に伝える（提示）する必要がある。＝誰も助けてくれない。
男性	54	膵臓がん	医療について、どこで受けられるか、いくらかかるか、いつ受けられるかなどについて、簡単に相談できる電話窓口が欲しい
女性	53	脂質異常	年齢に伴い体調悪いのに仕事が減らない 配慮が全くない。上司も理解がない人が多い。 産業医のことが知りたい。
男性	54	気管支ぜん息	単身赴任なのでこの土地での体調に変化があったとき専門医院、クリニックの情報が欲しいと思います。 ジェネリックの薬を積極的に使ってみたい
男性	57	白血病	上司が実際には私の病気を理解していないので、改善を期待します。また、病気についての勉強をしてほしいと考えます。
女性	30	線維筋痛症	上司からどう評価されているか、体調の変化についての情報共有(休憩が比較的多く必要であることなど)、他の従業員への業務の引き継ぎ、
女性	42	もやもや病	コロナ禍のリモートワークにおいて、定期的な朝礼・夕礼などのミーティングでコミュニケーションを図り、モチベーションを上げられるように
男性	56	高血圧	実現可能で継続・持続可能な単身赴任者向け生活習慣改善や料理方法、室内運動等の成功事例の紹介と地域医療機関の専門医（この病気や症状ならここへ）の紹介をしてほしい。
女性	47	高血圧、動脈瘤	最も重要な情報は、定期的な受診検診をし、自身の体の状況を正確に医師から得ること。 また、今後の仕事量及び仕事内容の情報を得ること。
女性	27	うつ病	産業医や産業保健スタッフが誰なのか、どうやって連絡を取ればいいのか、社外の提携相談期間はあるのか、誰が社員の健康管理をしているのか、全く不透明なので知りたい
男性	62	高血圧	自分の体調不良や病気を隠さず株式会社島田組に報告することと病気を抱える従業員に対する経営者の理解が得られていることが社内に伝わる事が就業を続けられる大事な要件だと思います。
男性	50	双極性障害	特にない 支援も受けられているし 相談もできている 会社の対応もいいし上司も理解してくれている 特に問題がない
女性	36	統合失調感情障害	仕事をしていてそのような支援を受けたり情報を貰える機会もない。そういう情報をどこで貰えるかという、初歩的なことで恥ずかしいが、知りたい。通院してもこういう繋いでくれるところがあるという情報も特段知れる訳ではないため、知りたくてもわからない。
男性	33	うつ病	他人が叱責されている現場にいると、自分が叱責されてるように感じるので、その場から離れるようにしている。
男性	36	重症急性膵炎罹患に伴う膵仮性嚢胞、発達障害	情報は自分でネットで仕入れるくらいしかないと思いますが、自分と同じ境遇の方の情報を得られた事が無いです。
男性	41	がん	仕事をする上で、必要な情報、役立つ情報としては特にこれといったものはないですが、やはりインターネットからの情報収集が1番多いのではないかと思います！

性別	年齢	疾患名	あなたが仕事を継続する上で、必要な情報、役立つ情報についてできるだけ詳しくご回答ください。
男性	42	鬱病	定期的な主治医との面談と投薬をバランスよくすることで、なんとか仕事を辞めることなく続けられている。
男性	40	尋常性乾癬	病気への理解に限ると思います。 病気を知らなければ何も始まらないので、人事担当者が理解すること。そして、何故その病気にかかったのかまでヒアリングする必要がある。私の場合は就労環境によるストレスが原因なので。
女性	45	パニック障害、うつ	病気について上司に話し、自分の心身に負担のない出勤日数、勤務時間、仕事内容を相談し環境を整える。仕事上の負担は直ぐ相談する。
男性	34	うつ	Yahooニュース、ツイッター、インスタグラム、2ちゃんねる、テレビ、雑誌、クチコミなどから情報を得ている
男性	42	糖尿、高血圧、ギャンブル依存症	この時間は働けないという要望を聞いてもらえる。 柔軟にシフトを組んでもらえる。 体調について定期的に聞いてもらえる。
男性	38	高血圧	出来るだけ負荷の少ないように配慮して貰っている。自分でできないことはできるだけやってもらうようにしている。
女性	33	うつ病	自分と同じような人が、どのように働いているのか、どうやって生活しているのか。仕事を無理なく続ける為の秘訣やコツ。
女性	31	双極性障害	電話のコールやチャイム音を含む大きな音が苦手で耳栓や少し離れた距離をとった場所で仕事をしている また 人が多いのは苦手なので 少人数でかつ黙々とできる内容の仕事をしている
男性	33	脊髄小脳変性症	会社が病気を理解してくれず、無理な仕事を要求してくる。上司に病気に関して話しても全く相手にされない。
男性	42	双極性障害	数か月に数日、感情のコントロールができなくなる日があり、頓服薬を服用することで何とか社会に迷惑をかけることなく過ごすことができるのですが、副作用で脳の働きが著しく低下し仕事ができなくなってしまう状態になってしまいます。この時に仕事を休ませてもらえないと仕事先で迷惑をかけてしまうので、安定期の生活いいのですが、突然の感情のコントロールが効かなくなってしまった時に助けてもらえる環境や配慮があれば嬉しく思います。
男性	52	高血圧症、高脂血症、心肥大	YouTubeやインターネットで挙がっている症状軽減に寄与する食事療法情報や運動療法情報の入手、実践。
男性	56	糖尿病 高血圧	かかりつけ医に相談したり、ネットの情報を観たりしながら、できるだけ自分に合ったやり方の情報を取り入れている。
女性	27	うつ	労働時間について事前にわかるとうれしい しんどくなったときに、休める環境がほしい 激しい仕事はしんどいので、ゆったりと仕事内容がいい
女性	30	うつ病	本社勤務ではなく、支社勤務なので、産業医や産業看護師話す機会が全くないです。そういう支社勤務でも産業医を利用できればと思います。
女性	23	心臓の不整脈	症状についての詳細な説明、原因、重症化リスク、仕事を継続する上での影響、勤務上の配慮、普段からの注意事項などについて。
女性	34	うつ病	残業をしないこと、適宜に休憩を入れること、を自分が守ればある程度は仕事が継続出来ます。頑張らなきゃと無理をすると1週間くらい体調が戻らず大変なことになります。
女性	33	I型糖尿病	周りからの配慮も受けられて、通院するための休日も取りやすい環境であるかどうか。また、その病気に対して物珍しい様な言い方や、否定的な意見をされない事。
男性	56	高血圧、高尿酸値、高コレステロール、肝機能不全	まず、定期的な健康診断、その後の継続的な健康管理が必要。 その為に必要な日常の生活環境の指導、教育などが必要。

性別	年齢	疾患名	あなたが仕事を継続する上で、必要な情報、役立つ情報についてできるだけ詳しくご回答ください。
女性	39	慢性炎症性脱髄性多発神経炎、うつ病	困った時に相談できる機関や個別に相談にのってくれる人。具体的にどうやったら相談や利用ができるか。病気による休業保障など
男性	49	糖尿病	疲労感がいつもあります。いつもしんどいです。手足の感覚が鈍いです。体がむくんだりします。頻尿でよくトイレに行きます。目がかすみ視力が悪くなりました。ありがとうございます。これからもよろしくお願ひします。
女性	44	双極性2型障害、片頭痛	どんな情報についての回答を求められているのかが分からないため、なんともいえない。 個人的には、情報は必要ないと思っている。
女性	39	双極性障害、発達障害、喘息	躁と鬱の波が大きく、特に鬱状態の時はベッドから出るのも大変で長期間の休みを必要とするため、そこを理解してもらう必要があります。
男性	47	統合失調症・ASD・ADHD	治療と仕事の両立について相談のできる窓口や受けることができる支援についての詳しい情報や個別に対応可能な支援者についての情報。
男性	50	心臓疾患、糖尿病	病院などでの情報収集や主治医かかりつけ医との定期的な検診と治療など上司に報告することによって成り立っていると思われる。
女性	28	うつ病	長時間勤務ではない。朝早い仕事ではない。人との関わりが少ない。仕事量が適切。病気に対して寛大に対応してくれる。
男性	45	糖尿病	うちの会社は疾病に対する理解がと対策が充実しているので大変助かっている。社内の人間関係が非常に良好なのありがたい。
男性	40	うつ病	周りの似た症状の人がどのような対応をしているかわかる手段があると助かるので、そのようなサポートが欲しい！
男性	39	気管支喘息	精神的なサポートを行ってもらえると、業務効率的にも会社にとっても自分にとってもプラスだと前の職場で痛いほど分かった
男性	64	高血圧症・高脂血症	本年度の有給日数及び有給消化日数を可視化してほしい。また、福利厚生面で社員が利用できる特典を予め教えてほしい。
男性	41	統合失調症	仕事内容の詳細、勤務時間帯の相談、現在抱えている病気への十分な理解。通院・訪問看護の必要性への理解。
男性	34	高血圧	高血圧による体調不良で休憩するタイミングを教えてくれる情報。自覚症状が出る前に教えてくれる情報。深く眠りにつける方法。
男性	35	アトピー性皮膚炎	職場の労働環境 長時間残業にも耐えられるくらいの体力が必要だと考えるため 体力さえあれば、後はなんとか乗り切れると思う
男性	37	統合失調症	人間関係が良好なこと 病気への配慮があること 通院日に休めること いまの状態だと1日5時間以内の勤務
女性	34	自律神経失調症	通院や治療等全てにおいて臨機応変に対応いただいているので、不安な気持ちにならずに済んでいる 少しでもそういうマイナスな気持ちにならないように、配慮してくださっている
男性	42	糖尿病	月間における休日の事前把握は医療機関受診のためには必要な情報。 立ち仕事であるため、身体へのケアは必要。
男性	59	糖尿病	勤務時間、勤務日を、通院のスケジュールに出来るだけ合わせてもらっています。 また、通院の間隔が、コロナの影響で延びたので、スケジュールが管理しやすくなっています。
女性	58	コレステロール	通勤時間が短いこと。人間関係にあまり問題がなく、サービス残業が無いこと。有休が気を遣わずに取れること

性別	年齢	疾患名	あなたが仕事を継続する上で、必要な情報、役立つ情報についてできるだけ詳しくご回答ください。
女性	26	脂質異常症	労働基準監督署のサポートや周囲のサポートのおかげで仕事をすることができています。病気を数個抱えているので、身体に負担がかからないような働き方を心がけています。
男性	36	がん	自分が現在病気を抱えている状態で仕事をすることで、受けられる支援や、相談できる機関などをまとめたサイトやアプリなどで、スマートフォンなどですぐ調べられるようにして頂きたい。
男性	25	膠芽腫	持病を持ちながら勤務できる理想の職場環境。 働いているがん患者達が繋がれるネットワークがあれば嬉しい。
男性	47	気管支喘息	年齢別健康管理についての情報や、現在の業務によって引き起こされる可能性のある症例や、過去の実例など。
男性	59	高脂血症	常に会社の状況を把握し、定期的に面接も実施している。また半期ごと目標設定も行う。社内掲示板に情報を把握
男性	47	高血圧	治療については、ケースバイケースの対応となり私は軽度の高血圧のため特に情報を必要としません。以上
女性	39	喘息	通院が多いため、フルタイムは到底無理。体調も日によって違うため柔軟に対応できる仕事でないと継続して勤務が困難。 ストレスでも喘息発作が出る。意地悪な同僚のせいで体調を崩す。
女性	35	甲状腺	勤務時間が長くなると長時間立つことが難しい。気軽に相談できる環境が車内にあると気持ちが少し楽になると思う
男性	43	うつ病	発症したときの職場は辞め、今の職場ではアルバイトとしてタスクが発生した時のみの仕事であり、さらに在宅での時短勤務なので体調への悪影響が少ない。
男性	54	高脂質異常	規則正しい生活をして健康を維持することによって、現在は症状も改善し、体調もよい。 これも主治医と相談し、定期的に尿や血液検査をしてそれらの数値を確認しているおかげである。
男性	57	肝硬変、糖尿病、高脂血症、高尿酸血症	より重症となった時や、より高齢となった時に、在宅でどの様な医療を受けられるのか、どの様な制度・支援があるのかに関する情報が欲しいです。
男性	65	前立腺がん	現状は、日常業務に支障のない健康状態であるが、万が一長期入院治療が必要となったときには会社としてどのような対応をしてもらえるのか具体的な情報が欲しい。
男性	58	糖尿病	自分と同じような状況の方が、今までにどのように働いて来たのか。 過去の事例や又そのような方からのアドバイス等主治医や産業医に相談しながら職場での理解者が増えることが必要だと思います。
女性	43	うつ	私は障害者雇用の調剤薬局で働いています。朝は調剤室と休憩室の床をワイパーでアルコールをしながら全て拭き掃除をします。他は、パップを10枚に束ねて揃えたり軟膏壺を消毒したり薬を充填したり、処方箋を保険別にまとめたり職場の方々には本当に助かると言っています。
男性	50	脂質異常症	仕事ノルマがキツイ時が連続すると膝痛、腰痛などの変調がおき自宅階段ですら上り下りが大変になる。 僻地勤務の回数を減らしてもらえてる時はだまじだま仕事ができている。
男性	60	うつ病	現在、うつ病の治療のため、自宅療養中ですので、その期間を、どのように過ごせば良いかのアドバイスなどを教えてもらいたい。
男性	47	うつ病	官公庁でアルバイトをしています。必要な情報、役立つ情報は特にありませんが、現在は契約している就労支援機関の方が定期的に職場訪問し、面談をして困り事があればその都度上司と勤務内容のすり合わせをしてくださいます。

性別	年齢	疾患名	あなたが仕事を継続する上で、必要な情報、役立つ情報についてできるだけ詳しくご回答ください。
男性	41	気質性精神障害	私は、仕事を継続していく上で、必要な情報は、仕事場の上司から情報を提供してもらっています。役立つ情報は、障害者は、雇用保険で優遇されています。1年間雇用保険を、支払わないといけません。
男性	43	糖尿病	前もっての休暇が取れず、通院の予約が取れない状況である。このような状況の人が世の中にどれくらいいるのか知ってみたい。
男性	62	高血圧症、脂質異常症、骨粗しょう症	特にはありませんが、インターネットでの情報収集を行い、薬や状態について自己研鑽し、医師任せにしないように心掛けている。
男性	50	大動脈解離	現在営業所の管理職であるが、大動脈に残存解離があり、オフィスワーク専門職への配置転換を希望している。
男性	40	うつ病、自律神経不調	その日の業務量を把握し、無理のないペースですすめていく。完遂が難しい場合は、周りの人に状況を共有し無理のない範囲で引き継ぐ。
女性	24	喘息、パニック障害、不眠症、皮膚?痒症	自分の病気のことを話しやすい環境であってほしい。または会社側から持病があるか最初に聞いて貰えたり定期的にそういう話をする時間があるようなところで働きたい
女性	53	うつ病	合理的配慮が得られるためにどこに相談したら良いかなどの情報源がよく分からない。 辛い時に言い出しにくい。 精神の疾患には理解が得づらい。
女性	52	高血圧	市民検診を受けて、結果を参考にしている。高い値があると保健士からの指導があるのでフォローしてもらえるのが助かる。
女性	40	鬱病、喘息	どうしたらフルタイムで仕事できるようになるか、相談する場所が欲しい。体調が悪くなった時、理解して配慮してくれる職場を探したいけどどうやって探せばいいかわからないので、教えて貰える所があったらいい。
男性	48	鬱	中間管理職の立場ということもあり、あらゆる場面で現場監督責任を負わされることが多い。 本来は上層部の職責であったり、人事部門の管轄の業務も網羅することを求められ、常に社内の原理原則のみに基づいた機械的対応を求められ、個々の判断能力を大きく削がれた状況。 我々の置かれたポジションは、責任の押し付け場所としての格好のポジションだと思わざるを得ない。 そのことに行き詰まり、精神疾患を抱えて退社を決めた同僚が多い。 それらに上層部が気づき、改善しない限り、中間管理職は疲弊するばかり。
女性	28	第二糖尿	とにかくこちらの体力や身体に支障のない程度に働くことのできる取り組みを行なってほしいが、何となく難しい気がするので余り期待はしていない
女性	37	うつ病	天候、気圧、気温の変化によるパフォーマンスへの影響。 特に台風の時には体にまったく力が入らない事もある。 自分自身が心理士、心理師でありセルフコントロールの為に体調分析、不調時の対策についてのノウハウを蓄積してきた事もあり、体調はかなり安定してきた。また、それらのノウハウを指導する支援者の業務についている。
女性	59	肺がん	定期的な産業医との面談により、会社がフォローしてくれる支援策を聞いたり、主治医との定期通院時に病気への対処方を聞いて参考にしている

性別	年齢	疾患名	あなたが仕事を継続する上で、必要な情報、役立つ情報についてできるだけ詳しくご回答ください。
男性	51	うつ病	定期的な通院での休み、残業の規制、対人関係業務の制限などを必要としている。中小企業なので、あまりそういう配慮を行うことに慣れておらず、会社との都度相談が多い。
男性	51	クローン病	職場の制度として、病気休暇（有給）が取得できるのありがたい 2ヶ月に1回、かかりつけ医に通院しているので、2ヶ月に1回の病気休暇を取得している
女性	39	緑内障	考えてたけどとくにおもいつかなかったです。今の職場にはとくに不満はないです。緑内障と入力しましたが、双極性障害で手帳持ちです。
女性	29	気管支喘息	治療をする際の休暇制度（自動的に有給から消化されるのか、傷病休暇はいつ使うものなのかがよくわかりません。
男性	54	統合失調	現在、仕事は、1日1時間ないし2時間で、介護ヘルパーの仕事を行っている。将来的には、介護福祉士になりたいため、あと3年間の、就労をしなければならない。そのため、仕事は、継続的に、行っている。仕事上で、今のところ、困難な事は無い。相談は、上司に行っている。
女性	36	うつ病、解離	自身の健康状態をしっかりカミングアウトし、包み隠さず話すことにより、後ろめたくなくはたけるとおもいます。 自身の体調をかくしてはたらくと、いつか上司や同僚にばれますので、自信が自身の首を自分で絞める事となると思います。
女性	52	鬱病	今はよく分かりません。社長とお話するのも苦手です。言ったところで分からないでしょう。何もかも恵まれた方なので。こちらの辛さも苦しさも分からないでしょう。何を伝えても無駄です。我慢するしかないんです
女性	57	パーキンソン病	臨機応変というのではなく、自分の体調がどこまで優先されるものなのか、法的にどこまで守られるのか、明文化されたルールを知りたいと思います。
男性	33	糖尿病	バイトでもフルタイムで働いていれば本来有給が取れるはずなのにも関わらず取らせない企業や治療を強要してくる医者に経済面で搾取されずに通院する方法
男性	52	統合失調症	薬の服用と通院を必ず行う事が大前提で、絶対条件の元、仕事を継続出来ている状態。会社の協力もあり2週間に1回の通院もちゃんと出来る。
女性	44	うつ病	融通が効く職場で、職員の方も良く休むので自分も休みやすい。特にレスも感じない。人間関係も良くてみんな仲がいい。
男性	49	うつ病	在宅勤務であること。在宅だから、体がきついときに必要な休憩が取得できる。これは出社しては取得できない部類のもの
女性	30	うつ	休憩時間をちゃんと欲しい ノルマを与えたり時間に対して細かく言ったり 仕事に見合った給料を払って欲しい
女性	56	うつ病	夜勤が出来るスタッフが少ない。しかし現在内服を服用しているため免除してもらっている。深夜勤務は、寛解するまでは出来ないと思う。
女性	41	うつ病、広汎性発達障害	現在は就労継続支援A型事業所で働いています。一般就労を目指しています。昨年、A型事業所の職員を通して、相談支援員に付いてもらいました。これらの方と、医師、カウンセラーとともに、一般就労への道を探っています。
女性	36	不安神経症	休業補償など仕事を休んでも無給にならない場合もある、経済的な支援の情報やインターネットで病気についての勉強や自助会の検索
女性	47	甲状腺眼症、橋本病、高血圧、脂質異常症	自営業で親の介護をしながらなので、ネットで情報を見ます。しかし、検索しきれていないと思ひ事があります。

性別	年齢	疾患名	あなたが仕事を継続する上で、必要な情報、役立つ情報についてできるだけ詳しくご回答ください。
男性	48	舌癌	癌を患い手術しその後も定期的に通院を続けています。通院するには上司や同僚の理解と協力が必要であり、その中でも理解いただける上司が必要不可欠と考えます。
女性	26	自律神経失調症	病院に通いやすい休日の配慮や体調的につくれない休憩時間と周りの人の配慮が欲しい。受けられる支援は何があるのか知りたい。
女性	58	高血圧 糖尿病	会社、上司、同僚等との協力や信頼関係 働きやすい環境を整えてもらうこと 金銭面でのサポート 福利厚生
男性	51	適応障害	勤務制限に伴う減収、またはそれらに付随する問題をサポートする公的、産業別、勤務先の枠を越えた一元的な相談窓口
女性	28	うつ病	給料や待遇が悪くならないように引き続き仕事を継続することがマストの中で、会社から配慮を受ける方法ご知りたい
女性	50	乳がん	体調に配慮した対応をして欲しいと感じる。あまり気にかけてもらえていない。内服治療の副作用で辛いときがあるのに、理解してもらえない。
女性	41	乳がん	傷病手当金や高額療養費等の、仕事を休んでも手当がもらえたりする制度を知っていることが必要だと感じました
男性	24	てんかん	自分にどれぐらいのストレスがかかっているかを把握し、かかりつけ医に行き、相談して、何が必要かを聞くこと
男性	38	適応障害	定期受診ができる業務体制。交代勤務でない日中固定時間での業務。残業があまりないこと。仕事や家族の理解と自身のものの考え方によりストレスを溜めない業務をする
女性	31	1型糖尿病	障害者年金制度についての手続きに関する情報。いつどのタイミングで申請ができるのか、申請方法や必要書類など。
女性	32	ぜんそく	もっといい薬の情報。同じ病気の人がどう就労しているのかの情報。会社で十分な支援を受けているとは思いますが、昇進に差がついていないかなどの情報。
男性	52	脊柱管狭窄症	傷病手当で受領中。 法律で18ヶ月もらえるとありますが、雇用契約は3ヶ月更新。 次回の契約更新されないか不安です。
男性	44	躁鬱	ある程度時間に融通が効く仕事であり、調整をすればどうにか病院に行く時間が作れるためにどうにか仕事を続けられている
女性	54	癌	扶養範囲のパートで働いているが、体調が悪く休んだり入院したりして収入が減ってしまう時に給付金とかの情報はどこで聞けば良いか知りたい。
女性	55	気管支喘息	裁量労働制なのですが、上司が自分で仕事を配慮するように言うだけで、実際は難しいです。サポートできない上司本人に対する情報提供をするしくみが欲しいです。
男性	63	前立腺癌	同じ病気にかかっている方の事例を知りたい。とくに、病気が悪化していく過程と、それにいかに対応しているかの情報。
女性	52	糖尿病、パニック障害、抑うつ、腰椎ヘルニア	就労継続支援A型として社会福祉法人の施設で事務職で働いている。 相談事業所のケアマネさんや、職場のサビ管さんにいつでも相談できる。
女性	64	高コレステロール	わたしがしごとをけいぞくするうえでひつようなじょうほうはべつにありませんこれから体調が悪くなった場合は産業医に相談をしたいとおもいます

性別	年齢	疾患名	あなたが仕事を継続する上で、必要な情報、役立つ情報についてできるだけ詳しくご回答ください。
男性	44	高血圧	有給休暇の完全取得、 勤務時間の前や後での通院や整体施設利用 産業医との定期面談や体調管理アドバイス
女性	45	気分障害 糖尿病	産業医さんの情報が知りたいです。 職場の上司だけにでも自分の身体の状態を伝えるべきかどうか考えます。
男性	62	高血圧症	病状に関する最新の研究。休みをとるために必要な手続き、申請方法の相談者の存在。同じ病状者の対応例など具体例。
男性	47	うつ病	労働基準法を遵守している上で、従業員に対するケアがきちんと出来ているか。 コンプライアンスを重視して、パワハラ、セクハラ、モラハラなどが行われていない健全な会社についての情報が必要。
女性	36	適応障害	2021.06~2021.02.21まで休職していました。先日から復帰をしています。その際に職位を下げてもらう意見を私から打診しました。
男性	57	高血圧症	無理をしないで、仕事するように気をつけている。現在は薬さえ飲んでいれば、血圧値は安定している。血圧計を利用している。
男性	55	糖尿病 躁うつ障害	無理せず気楽に仕事をする 気楽に相談する 無理をしない 気楽に話しかける しんどい時は無理をせずに指導員に話す
女性	26	適応障害	病気や不安定な体調の人が長く働けるように上司・上長の理解が得られるようなセミナー、勉強会の機会 また、そういった環境が整っている転職先の情報
女性	42	うつ病、メヌエル症	就業規則の記載内容(体調不良で通院した場合、後から有給休暇に振り替えられるかどうかや休暇が設けられているかどうかなど、どのような対応が用意されているか)
男性	39	心筋梗塞	支援とかやり方分からないです 役所とか主治医は、聞かないと教えてくれないため もっとこの病気は、何が支援とかしてもらえるか 知りたいです
男性	43	高血圧症	激しい業務は肉体的にも厳しいので、自分の健康状態や体調などに合わせた、業務量を与えて欲しい。自分が何か有った時の代わりに育成しておいて、いざ！という時には備えておいて欲しい。
女性	35	統合II型、アスペルガー症候群	現在の仕事においては十分な配慮をいただいております、これからも長く勤めたいと思う職場のため特に情報は必要としておりません。ただ、障害を公的にフォローして貰える事業があることを知らずに辛い思いをしている人が多いことを知りました。もっと公的な支援事業が行われていることをより多くの人に知って欲しいと感じます。
女性	56	がん	病院での診察、治療を朝一番早い時間に入れてもらう。病院にもよるが、ほぼ毎日通う時は週払いで会計をしてもらうことができたので会計の待ち時間を省いて会社に行ける。
男性	33	過敏性腸症候群	定期的上司との面談やストレスチェック、定期健診、体力測定などがあると良い。健康に関して医療機関からアドバイスがあると良い。
男性	47	糖尿病	給料が上がると病院の通院を増やせる、眼科に通いたいがお金がないので無理です、糖尿病治療だけでも、病院にツケで通院してる現状を打破したいです。
女性	45	アレルギー性皮膚炎	すぐ産業医に相談できる体制が出来ている、窓口への連絡手段が複数あるので在宅勤務でも相談できる、コロナ禍でも以前とかわりない

性別	年齢	疾患名	あなたが仕事を継続する上で、必要な情報、役立つ情報についてできるだけ詳しくご回答ください。
男性	56	高血圧	各種研修に出席を求められるが障害がありきつい。また、障害が治ると思われることに心理的プレッシャーがある。
女性	62	大腸癌	今は病状も安定して3ヵ月に一度の診察なので職場の休日に合わせて診察予約を決めて頂いてるので特に何も有りません。
男性	65	高血圧	休暇のとりやすい環境と はやしやすい環境 相談しやすい環境 交代しやすいルーティン 未来への見通し 将来像 漠然としてでも 欲しい 具体例があれば
男性	63	糖尿病 高血圧 睡眠時無呼吸症	私が仕事を継続する役立つ情報は持っていない。 上司や回りの理解。なるべく健康でいたい。早く病気を直したい。
女性	65	高血圧	職場で定期的な健康診断を受けられ、直ぐに対処できる環境にあるかどうかを事前に確認してから就労を決める必要がある
男性	43	対人恐怖症など	病院で書面を作成してもらい、医療費、薬が1割負担になる事。今の病院にかかるまで知らなかった。もっと早く知っていたら年金が支給されていた。誰も教えてくれなかった又は知らなかった。初診日のカルテが必要だった。全くそんな制度は知らなかった。もっと、こういう大事な事は早く知らせて欲しいし、広めたいが悪用されるのも考えものだと思う。

令和3年度労災疾病臨床研究事業費補助金

治療と仕事の両立支援に関する基盤整備および拡充に資する研究  
(210301-1)

分担研究報告書

事業場の人材基盤実態調査

研究分担者

永田 昌子  
(産業医科大学 医学部 両立支援科学 准教授)

令和3年度 労災疾病臨床研究事業費補助金  
治療と仕事の両立支援に関する基盤整備および拡充に資する研究

医療機関の人材基盤実態調査

研究分担者 永田 昌子 (産業医科大学 医学部 両立支援科学 准教授)

**研究要旨:**

平成 28 年に「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」が発出され、行政を中心として啓発活動が行われてきた。企業および医療機関は試行錯誤しながら取り組みを進めており、仕事と治療の両立支援が必要な労働者に対して、十分に支援が行き届いているといえるとはいえない。

職場の中で中心的な役割を担う人に関しての情報提供ならびに啓発活動がさらに必要である。そこで、先進的な企業からの事例収集をもとに、職場の中で中心的な役割を担う人に必要なコンピテンシーを明らかにし、教育コンテンツに盛り込んでいくことが有用と考えられる。

そこで、本分担研究では、事業所の中で中心的な役割を担っている人にインタビューを行い、コンピテンシーを明らかにすることを目的とし、インタビュー調査を行った。

職場の支援者に 1.必要な知識 2. 必要な態度／適切な態度、3.必要な行動／望まれる行動抽出することが出来た。次年度本調査結果をもとに、質問紙調査を実施する予定である。

**A. 目的**

平成 28 年に「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」が発出され、行政を中心として啓発活動が行われてきた。企業および医療機関は試行錯誤しながら取り組みを進めており、仕事と治療の両立支援が必要な労働者に対して、十分に支援が行き届いているといえるとはいえない。企業の中で中心的な役割を担う人に関しての情報提供ならびに啓発活動がさらに必要である。そこで、先進的な企業からの事例収集をもとに、企業の中で中心的な役割を担う人に必要なコンピテンシーを明らかにし、教育コンテンツに盛り込んでいくことが有用と考えられる。

そこで、本分担研究では、事業所の中で中心的な役割を担っている人にインタビューを行い、コンピテンシーを明らかにすることを目的とし、インタビュー調査を行った。

**B. 方法**

①インタビュー対象者の選定

健康系銘柄保有企業や両立支援に取り組んでいることをホームページ等で公表している企業、並びに両立支援に積極的に取り組んでいる企業を推薦してもらうことで対象企業を選定した。また、企業は業種が偏らないように配慮した。

対象企業を選定後、企業の中で中心的に活躍している人を推薦いただいた。

## ②インタビュー方法

研究趣旨の説明文書をメールで送信し、同意が得られた場合、ウェブ会議システムを利用し再度研究趣旨を口頭で説明、同意を得たのち、インタビューをオンラインで実施した。インタビューの逐語録を作成し、まとめを作成した。まとめを作成後、回答の趣旨が合っていたか、インタビュー対象者に確認し、まとめを完成させた。

## ③インタビュー内容

両立支援の成功事例（うまくいった事例）の事例対応をされた担当者の方に必要な知識や態度、行動についての意見

1. 必要な知識
2. 必要な態度／適切な態度
3. 必要な行動／望まれる行動
4. 企業の担当者が行う両立支援が目指すもの

## C. 結果

インタビューは製造業2社、金融1社、派遣会社1社実施した。職種は医師2名、看護師2名であった。

### 1. 必要な知識

- 標準治療の内容、後遺症、予後の見通し、配慮の期間。それぞれの腫瘍のクリティカルパス、標準治療を理解したうえで、おおよその配慮期間や、生存率。どの程度どれくらいの配慮が必要かという見通しが建て

られる。

- 高額医療費制度等の社会制度
- 休職制度などの社内制度
- 本人が元々行っていた業務内容に加え、その部署内に存在する業務
- 症状と業務の相性

### 2. 必要な態度／適切な態度

- 病気で辛いという感情に寄り添いながらも、常に冷静で現実的な話をする。
- 安易にその場しのぎの耳障りのいい言葉でごまかさない。
- 周囲の理解が得られていないような約束をしない。
- えこひいきをしない。相手によって態度を変えない。
- 制度は曲げない、曲げる必要があるなら制度そのものを変える。（そうでないと受け入れる職場側が振り回されることになる）
- 病人だからと仕事を（いきなり）取り上げない
- 会社としてできることはするが、当事者にもすべきことには取り組んでもらう

### 3. 必要な行動／望まれる行動

- 合理的な配慮ができるよう、エビデンス（主治医・産業医等）を確認する。
- 本人の、三年後、五年後のキャリアを見据えたうえで助言する。
- 情報の開示範囲は本人と十分に話し合ったうえで決める。

- 周囲に過度な不公平感を抱かせないように調整する。

#### 4. 企業の担当者が行う両立支援が目指すもの

- 病人だからと仕事を取り上げるだけではなく、その人の人生そのものがよりよいものになるよう助力すること。
- 企業全体にダイバーシティの概念を浸透させ、柔軟な働き方の選択ができるようにすることで、どんな人材でも働きやすい環境を作ること。
- 躍動して過ごせること。
- ゴールが見えず困ることはある。どうすればいいのか、何が適切かわからないことあり。社員それぞれの中

で何がいいかは分からない。復職を押し付けではなく、本人のやりたいことをと支援して、会社ができることはする、そこまでしかできない。

#### D. 考察

職場の支援者（両立支援コーディネーター）に必要なコンピテンシーについてインタビューを通じて抽出することができた。次年度、質問紙調査を実施予定である。

#### E. 引用・参考文献

なし

個票①

① インタビュープロフィール・両立支援の取り組み概要（組織の中の位置づけ等）

所属企業名	化学工業
職種（資格） 経験年数等	入社～2020年10月、本社勤務で産業保健業務や全社的な施策運用、両立支援など複数業務を担当。2020年10月～工場勤務に異動し本社の両立支援業務は兼務。人事プロジェクトやガンサロンの運営にも携わっている。 職歴：病院勤務（炎症性腸疾患）の後、進学しその分野の専門性を身につけ再び臨床に戻る。その後高齢者の福祉医療等を担う地域包括支援センターで1年半経験を積み、地域資源や地域、医療、人との繋がりを学んだ。 アフラックではガン患者専門カウンセラーを4年間、治療選択やどのように病気と生きて行くか様々な可能性を考え提案するといった業務を経験し、特にこの経験が現在の産業保健業務に大いに役立っている。
両立支援の 部署名称と概要	（部署名称詳細なし） 従業員にはそれぞれの事業所単位で支援相談するようアナウンス。 厚生労働省のガイドラインを参考にし「治療と仕事の両立ハンドブック」を作成した。そこで昨年4月私傷病を事由とした短日数短時間勤務制度が拡充され、働き方の選択肢が増えた。

② 両立支援成功事例サマリー

支援対象者 プロフィール	（具体的な事例なし）
支援内容	「育児・介護・治療の両立支援を多様な人材の活躍支援の一環として支援する」という意味合いの支援が会社の目指すところである。 現状両立支援に関する相談は少なく難しい事例はあまり生じていない。 →所得補助や休業に関する制度が整備されていて大事にならず済んでいる、休業の結果退職せざるを得ない状況である、また周りに知られたくない思い等の複数の理由から相談事例が少ないと予測される。 特に本社内でガンを患う従業員を見かけない為、実態を知り接触する目的でガンサロンの運営を始めた。少しずつ利用者やリピーターが増え、現在はガンになっても当たり前になる環境や会社の風土作りに活動が展開されつつあり、今後はコラボヘルスについても軌道に乗せたい。
苦労したこと 気を付けたこと	自信を持って従業員に寄り添うためには、病気に関する知識を蓄え、先を予測しさらに仕事面だけでなく従業員の生活や背景にも思いを寄せた声掛けや支援が必要。また従業員が必要としているであろう/必要になるかもしれない情報を自分なりに解釈し提供している。 「治療と仕事の両立支援」のPRに力を入れているが、「可哀想、大変そう」という感情が独り歩きするのは目指すところではない。決して特別なものではな

	<p>く、多様性のひとつにガンがあり全ての人に応じた働き方を提供するという意味合いで推進して行きたい。ガンサロンという名称であるがその他の病も同じように支援することも合わせて周知していく。</p>
--	--

③ 両立支援成功要因

- ・従業員の背景に目を向けた支援をし、従業員の思いに寄り添う声掛け、必要な情報を推測し提供した（子供がいる場合「ホープツリー」を紹介する等）。
- ・ガン患者への理解を促す運営をするために、ガンサロンの間口を広げた（本人のみならず、家族や上司、同僚等がガンの場合でも参加歓迎、匿名可）。

④ その他補足・追加質問

- ・生命保険会社とガンサロンを運営していて、活動が社外に広がり、合同プロジェクトを立ち上げた。同じ課題を抱えるものが企業を越えて集まり、それぞれ自分の体験や考えを語り合い支え合っている。
- ・ガンサロン利用者は「自分の経験が誰かの役に立てられれば」の思いがあり、今後はエピソードをシェアする場をアウトプットしていく仕組みを現在皆で考えている。
- ・勤務情報提供書は会社の仕組みの一つとして「治療と仕事の両立ハンドブック」に入れ込まれている。記入方法や送付までの一連の流れを定め、書類作成を負担に思わない仕組みにしている。

⑤ ヒアリング所見

- ・ガンや難病による両立支援を特別なものと捉えず、多様な働き方の一つと定義して支援している＝協力はするが特別扱いをしない、がポイント。
- ・さらに相談事例が少ないことにまで問題意識を持ち、当事者本人の関係者（家族・上司・同僚）にまで枠を広げて定期的なサロン開催などの啓蒙活動を実施、「難病による両立支援は特別なことではない、多様な働き方の一つ」を社内に文化として定着させることで、より本人が周囲に相談しやすい環境づくりにも取り組んでいる。
- ・医療職・看護職は、資格系の協会等で勤務先の枠を超えたネットワークを持ちやすいが、それを活かした企業縦断型のプロジェクトを立ち上げていることも、産業医療の今後の在り方として参考になるのでは。

個票②

① インタビュープロフィール・両立支援の取り組み概要（組織の中の位置づけ等）

所属企業名	製造業
職種（資格） 経験年数等	保健師。日頃は産業看護職として社員の健康増進業務を行っている。両立支援コーディネーター研修修了。
両立支援の 部署名称と概要	各事業所の健康管理部門に看護師や保健師が常勤しており、両立支援の相談窓口として機能している。また社内ポータルサイトのトップ画面に「こころと身体の健康相談窓口」を掲載しており、具体的な相談事例（「のどの痛みが続き心配だ」、「ガン治療と働き方について」等）が数例、さらに各事業所の窓口担当の内線やメールアドレスが記載されている。  安全・健康は会社の経営方針の最優先事項。疾病休業した社員の事後措置に力を入れているため、本人発信の相談よりも社内（上司や人事）から情報が上がってくることが多い。

② 両立支援成功事例サマリー

支援対象者 プロフィール	40代・男性  同僚に運動失調を指摘され病院を受診、神経系の難病と診断。 診断前は通勤や出張で車を運転することが多い働き方をしていた。
支援内容	疾病の進行により業務に支障が出ると予測されたため、本人や産業医、保健師と病状や今後の働き方について話し合いを重ねた。  体が動く限りは働きたいし職種変更も受け入れる、という意思を尊重し営業職から総務系業務への変更を産業医から会社へ打診。営業会社のため在宅勤務制度が整っていなかったが、徐々に始まった歩行障害（転倒や骨折）や新型コロナの影響もあり在宅勤務の選択肢が出てきていた。  障害者手帳の取得に関して、本人の心理的なハードルがあったが働き続けること自体にメリットがあるとして検討するよう勧めた。結果的に障害者手帳の取得により合理的配慮という意味合いでの在宅勤務が認められ現在は在宅で資料作成や出退勤入力作業をしている。  その他、要介護認定の申請など行政の支援や相談窓口の積極的な活用を勧め、様々な機関に繋げることで生活環境を整える面での支援も達成した。  現在大きな支障はなく勤務しているが、今後進行する症状に合わせ必要な支援や就体制を考えるために1～2ヶ月に一度オンラインで面談をしている。
苦労したこと 気を付けたこと	要介護認定＝高齢者という先入観や、障害者手帳への抵抗感があったが、焦らず気持ちを傾聴した。プライベートな部分でもあるためじっくり本人との関係性を築き、自分の口から思いを発するのを待った。時には困り事等を本人に自覚してもらえようような声掛けを行った。

### ③ 両立支援成功要因

- ・ 疾病自体や治療、予後をしっかりと理解した。また事例性を考慮しながら上司や人事担当への報告・確認を並行し支援内容を検討した。
- ・ 社内ルールや就業規則、休暇制度を正しく把握し支援内容の検討に活かした。
- ・ 使える支援制度や社会資源を調べて、本人に紹介した。
- ・ 本人の気持ちを傾聴し、関係性を作ったうえで、本人がするべきことも指摘した。
- ・ 何よりも本人がきちんと治療に取り組むことを守ってもらった。

### ④ その他補足・追加質問

- ・ 今後、従業員の高齢化や病氣治療をしながら働く人が増えると思われる。両立支援は決して特別なものではなく誰もが経験する可能性があるため、多くの人が働きやすい職場環境を作るという意識で手助けをしていきたい。
- ・ 医療機関は治療が優先になりがちで患者のその後の生活やバックグラウンドについて考慮しない場面がある。病院側から仕事についての声掛けがあるだけで、患者はその後の生活を想像することができるのではないか。一方で企業に属する側は、医師－患者のやりとりや治療に臨む思いまで把握し、社内のことだけでなく様々な面からその人を見て支援内容に繋げる必要があると考える。
- ・ 医療機関－産業医間で連携し、就業時の配慮や必要な支援についての意見収集が出来れば良い。
- ・ 両立支援の実現に向けて、問題点を人事部門と共有する場は現在ない。働きやすい職場作りの実現のためにはそのような仕組みも必要だと感じる。
- ・ 両立支援コーディネーター研修の受講以降、研修機会や情報共有する場が少ない。知識を深め経験を共有できる機会があると有難いし、円滑な支援に繋がる。

### ⑤ ヒアリング所見

- ・ 両立支援を特別なものとせず、社内ダイバーシティの一環として取り組んでいるのがポイント。

（「両立支援」という枠ではなく、「誰もが働きやすい職場づくりの一環」というとらえ方。社内における情報発信もなされており、社風もあって周囲からも情報が上がってきやすい）

- ・ そのため当事者に対しても一貫して「会社としてできることはするが、当事者にもすべきことには取り組んでもらう」という対等な態度を保っており、結果として全員が当事者意識をもって前向きに取り組めたのでは。

- ・ 具体的支援内容に関しては、個別性が高い。また、両立支援コーディネーター受講後の情報のアップデートがしづらいという現状もある。

医療機関側からも可能な範囲で公的支援や団体等の情報を取りまとめ、提供する仕組みや、両立支援コーディネーター受講者同士で定期的な情報交換ができる場があると良いのでは。

### 個票③

#### ① インタビュープロフィール・両立支援の取り組み概要（組織の中の位置づけ等）

所属企業名	金融関係
職種（資格） 経験年数等	本社の産業医。内科医。 専属 10 年。大学で外来も務めている。
両立支援の 部署名称と概要	人事：復帰するときの最初の窓口、制度的なことがら。 自分：復帰するとき人事から話がある。カウンセリング。 健康経営を推進する課：不妊治療の補助、がんの先進医療、休みやすい工夫、ウィッグの補助金などを含め、いろいろなものを作っている。

#### ② 両立支援成功事例サマリー

支援対象者 プロフィール	※化学療法を受けている人が復帰できている事例あり。 (会社としてバックアップしている)
支援内容	—
苦勞したこと 気を付けたこと	—「仕事の制限をいっぱいしてほしい」といった、よく分からない連絡がきたりするが、自分の仕事ではないものはできないので、その辺りの線引きはしなくてはならない。

#### 両立支援成功要因

- ・システムがあることを周知、以前より上司も本人も相談しやすい雰囲気になっている。
- ・ウィッグの補助金を出している。
- ・健康経営銘柄に選ばれ続けていることで、会社側もメリットを大きく感じ、熱心になっている面も。
- ・北海道から沖縄まで、大きい支店には嘱託の先生がいるが、全国オンラインでつながっているので、困っている本人たちから、自分（本社の産業医）と話がしたいと連絡がくるようになってきた。
- ・ただ、両立支援は、ゴールが見えず困ることはある。どうすればいいのか、何が適切かわからないことあり。社員それぞれの中で何がいいかは分からない。復職を押し付けではなく、本人のやりたいことをと支援して、会社ができることはする、そこまでしかできない。

#### ③ 勤務情報提供書の記載について

- ・医療機関から求められたことはない。記載することはそれほど負担に感じないと思う。

#### ④ その他

- ・両立支援への理解があるのは、女性役員が多く女性社員のパワーがある会社である可能性もあると思う。

個票④

⑥ インタビュープロフィール・両立支援の取り組み概要（組織の中の位置づけ等）

所属企業名	人材派遣会社
職種（資格） 経験年数等	産業医
両立支援の 部署名称と概要	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 人事部の休職手続等を案内する部門</li> <li>・ 産業医：診断書もしくは療養計画書、（音声不明瞭）を通し、ほぼ全件面談した上でアドバイスをする。両立支援では中心的な役割を担っている。</li> </ul>

⑦ 両立支援成功事例サマリー

A	支援対象者 プロフィール	<p>ステージ4 がんの再発の末期2名。</p> <p>1名(①)は抗がん剤治療でオプシーボなども毎週投与。就労は可能だが無理はできない。現在は歩行もできず、電車にも乗れないが、働きたいという本人の希望がある。</p> <p>もう1名(②)は抗がん剤治療で体の負担が大きいことを派遣先の上司に伝えたところ、上司側から在宅で業務を軽減すると提案があった。</p>
	支援内容①	以前は営業職で訪問などもあったが、職場と話し合いながら、完全在宅勤務の営業補佐に変更。
	支援内容②	派遣先就労だが、完全在宅ができ、同じ会社からの同僚も多い派遣先に変更した。①②とも6か月間一度も出勤なし。
B	支援対象 プロフィール	<p>乳がんの初期。</p> <p>術後放射線治療中で、毎日低用量で照射が必要なため、治療時間が必要。</p>
	支援内容	<p>放射線療法が始まった時点で完全在宅勤務とフレックスを活用。</p> <p>自宅近くの病院への通院に便利なように在宅勤務とし、通院後からの始業時間にできるように、フルフレックスを適用し対応。</p> <p>業務変更は行ってはいないが、がフルフレックス・フル在宅を推進しており、それを利用している。また、職場の配慮で業務を少し軽減し、残業がないようにしている。</p>

⑧ 両立支援成功要因

1. 必要な知識

- ・ 標準治療の内容、後遺症、予後の見通し、配慮の期間。それぞれの腫瘍のクリティカルパス、標準治療を理解したうえで、おおよその配慮期間や、生存率。どの程度どれくらいの配慮が必要かという見通しが建てられる。
- ・ 高額医療費制度等の社会資源。
- ・ 休職制度などの社内資源。

- ・ 本人が元々行っていた業務内容に加え、その部署内に存在する業務。
- ・ 症状と業務の相性。

## 2. 必要な態度／適切な態度

- ・ 病気で辛いという感情に寄り添いながらも、常に冷静で現実的な話をする。
- ・ 安易にその場しのぎの耳障りのいい言葉でごまかさない。
- ・ 周囲の理解が得られていないような約束をしない。
- ・ えこひいきをしない。相手によって態度を変えない。制度は曲げない、曲げる必要があるなら制度そのものを変える。(そうでないと受け入れる職場側が振り回されることになる)
- ・ 病人だからと仕事を(いきなり)取り上げない。

## 3. 必要な行動／望まれる行動

- ・ 合理的な配慮ができるよう、エビデンス(主治医・産業医等)を確認する。
- ・ 本人の、三年後、五年後のキャリアを見据えたうえで助言する。
- ・ 情報の開示範囲は本人と十分に話し合ったうえで決める。
- ・ 周囲に過度な不公平感を抱かせないように調整する。

## ⑨ 「企業の担当者が行う両立支援が目指すもの」とは。

- ・ 病人だからと仕事を取り上げるだけでなく、その人の人生そのものがよりよいものになるよう助力すること。
- ・ 企業全体にダイバーシティの概念を浸透させ、柔軟な働き方の選択ができるようにすることで、どんな人材でも働きやすい環境を作ること。
- ・ 躍動して過ごせること。

令和3年度労災疾病臨床研究事業費補助金

治療と仕事の両立支援に関する基盤整備および拡充に資する研究  
(210301-1)

分担研究報告書

医療機関の人材基盤実態調査、  
個別事例収集および分析

第1報

研究代表者

立石 清一郎  
(産業医科大学 産業生態科学研究所 教授)

研究分担者

原田 有理沙  
(産業医科大学 医学部 両立支援科学 助教)

令和3年度 労災疾病臨床研究事業費補助金  
治療と仕事の両立支援に関する基盤整備および拡充に資する研究

医療機関の人材基盤実態調査、個別事例収集および分析 第1報

研究代表者 立石 清一郎（産業医科大学 産業生態科学研究所 教授）

研究分担者 原田 有理沙（産業医科大学 医学部 両立支援科学 助教）

**研究要旨：**

医療機関で両立支援を行う上での重要な情報、人的リソース、実践する上での促進要因や阻害要因を明らかにする。

情報基盤として、医療機関における個別事例収集および分析を行った。医療機関単位にインタビューを行い、個別事例を収集し、組織としての制度・仕組みの中でどのような個別事例対応を行ったか、分析した。

人材基盤として、医療機関における支援者に必要なコンピテンシー調査を行った。医療機関単位にインタビューを行い、支援者に必要なコンピテンシーを抽出し、分析した。

医療機関毎（8施設）にオンラインインタビューを実施し、両立支援の制度や仕組み、実際の両立支援症例、支援者に必要な能力や行動を聴取した。

医療機関の支援者に必要な能力や行動について、以下の12点が聴取された。1）多種多様な疾患への深い理解や知識、2）緩和ケア、3）職場情報の理解、4）職場事情に配慮、5）背景職種・配置、6）看護師教育、7）多職種連携のサポート・ハブ、8）病院方針の理解、9）診療科の特徴の把握、10）収益性・コストパフォーマンスの視点、11）病診連携に係る行動、12）支援施設との連携

医療機関の両立支援取り組みパターンについて、1）「先行モデル」を参考に導入、2）自院の「既存の仕組み」を拡張、3）自院の「方針」の中で充実、4）自院内での対応ではなく、「外部支援機関」につなぐ、4パターンが聴取された。

両立支援経験のある医療機関における支援者コンピテンシーについて聴取された。次年度、詳細に分析し整理していく。

**研究協力者**

橋本 博興（産業医科大学 医学部 両立支援科学 修練医）

石上 紋（産業医科大学病院 両立支援科 保健師）

## A. 目的

医療機関で両立支援を行う上での重要な情報、人的リソース、実践する上での促進要因や阻害要因を明らかにする。

情報基盤として、医療機関における個別事例収集および分析を行った。医療機関単位にインタビューを行い、個別事例を収集し、組織としての制度・仕組みの中でどのような個別事例対応を行ったか、分析した。

人材基盤として、医療機関における支援者に必要なコンピテンシー調査を行った。医療機関単位にインタビューを行い、支援者に必要なコンピテンシーを抽出し、分析した。

## B. 方法

医療機関毎（8施設）にオンラインインタビューを実施し、両立支援の制度や仕組み、実際の両立支援症例、支援者に必要な能力や行動を聴取した。

### ・ 聴取対象施設：

支援実績のある医療機関について機縁法で選抜し、研究協力を得られた8施設を対象とした。

8施設：特定機能病院 4施設（大学附属病院2施設、がん専門病院1施設、その他1施設）、地域医療支援病院 2施設（労災病院1施設、その他1施設）、診療所・クリニック 2施設

### ・ 聴取対象者：

各施設の両立支援担当者 1～4名

### ・ 聴取方法：

オンライン、施設毎に約1時間

### ・ インタビュアー：

40例以上の両立支援実務経験のある医師2名、20例以上の両立支援実務経験のある保健師1名

### ・ 聴取内容：

経験した事例を通して、

- 1) 両立支援に関わっている職種
- 2) 両立支援相談窓口
- 3) 支援者の両立支援の能力・技能の獲得方法
- 4) あなたにとっての両立支援の成功症例・経験
- 5) 今後もっと充実させたい両立支援の取り組み
- 6) 他の医療機関で同様の取り組みを目指す場合に必要なこと
- 7) 医療機関の担当者が行う両立支援の目指すもの

## C. 結果

### 個別事例収集

個別事例を収集した。一部を提示する。

【事例1】血液疾患で免疫抑制剤の減量段階で復職を検討した事例。

（経過）

両立支援外来として、血液内科看護師同席で診察し、意見書発行した。主治医は事務仕事がほとんどだと言っていたが、ボイラーの暑熱現場や不衛生なゴミ捨て場へ行くこともあり、本人も免疫抑制状

態であることの不安があった。休職を使い切るので半年後には復職しなければならない状況だったが、対応過程で職場理解も得られ復職につながった。2回目治療の際には、1回目以降問題なく経過していたので支援不要だった。

(振り返り)

最初、主治医は介入の必要性について半信半疑であった。患者も別の外来へ行くことを面倒に思っていたが、細かいことを聞いてくれると理解が得られた。利用してよかったという声があった。

【事例2】乳がん(stageⅣ)で就労継続可能な治療を希望した事例。

(経過)

抗がん剤治療を提案、承諾された。勤務先の産業医に連絡を取り、連携し対応した。具体的には、3か月毎に抗がん剤投与時の採血データを患者に渡すと、勤務先の保健師が面談を行い、産業医に情報共有されていた。抗がん剤を変更時は、職場に今後の治療方針について連絡、職場からは仕事内容についての連絡というやりとりをした。抗がん剤で疼痛軽減し、日常生活も支障なく過ごすことができ、亡くなる2か月前まで就労継続することができた。

(振り返り)

職場の産業医と臨床医がうまく連携出来た症例だと思う。医療機関データの取り扱いについて、検査結果は本人に伝える義務があり、すべて印刷して渡してい

る。治療内容の変更時や適切な配慮をお願いする時は文書を作成する。

【事例3】ストーマ増設での休職で、意見を契機に職場が就業規則を見直した事例。

(経過) 主に病院看護師が対応した。意見書で定期通院が必要なことを伝えたら、それまで職場では積立有給休暇が連続でないととれなかったのが通院1日でもとれるようになった。通院加療継続できた。

(振り返り)

患者が安心できる仕組みづくりにつながり良かったと思う。医療機関は本人しか見えず本人の利益を考慮するので、会社に与える影響は悩みながら行っている。会社に迷惑をかけなかったという話が聞けるとよかったと感じる。

【事例4】前立腺がん、外来放射線治療が必要な事例。

(経過)

仕事と通院の都合がなかなか合わず、なんらかの支援が必要と考えられたが、患者が「病院に相談していることを会社に知られるだけでクビにされる」と、職場に相談したくない状況だった。医師としてもどうしたらよいかわからず、それ以上話を進めることができなかった。また、外来では放射線治療についての説明に時間を要し、支援する時間が足りなかった。結局、通院・治療時間を患者の都合に合わせたので、治療自体は問題なく遂行でき

た。就労に関してはフォローしなかった  
ので不明。

(振り返り)

当時、医師側が院内の両立支援チーム  
体制をよく理解できていなかった。MSW と  
チームで対応して、より詳細に聞き取り  
ができたならよかった。患者と会社の関係  
性が良くない場合の対応の仕方は難しい。  
患者側も大げさに捉えられてしまうとい  
う、両立支援に対する認識の違いを感じ  
る。

### 支援者コンピテンシー抽出

医療機関の支援者に必要な能力や行動  
について、以下の 12 点が聴取された。

- 1) 多種多様な疾患への深い理解や知識
- 2) 緩和ケア
- 3) 職場情報の理解
- 4) 職場事情に配慮
- 5) 背景職種・配置
- 6) 看護師教育
- 7) 多職種連携のサポート・ハブ
- 8) 病院方針の理解、
- 9) 診療科の特徴の把握、
- 10) 収益性・コストパフォーマンスの  
視点
- 11) 病診連携に係る行動
- 12) 支援施設との連携

### **D. 考察**

医療機関の両立支援取り組みパターン  
について、4 パターンに分類できた。

- 1) 「先行モデル」を参考に導入： 産

業医科大学病院を見学、フローや書式を  
取り入れた。

2) 自院の「既存の仕組み」を拡張：  
退院後支援（外部支援機関との連携）、院  
内勤労者支援の仕組みを拡張した。

「患者さんから仕事の話聞くだけ聞いて  
何もできずに背中を見送る」という  
支援者の困りごとに対応した。

3) 自院の「方針」の中で充実： 病診連  
携の中でかかりつけ医に戻る取り組み、  
治療継続性（受診のしやすさ）を重視して  
いる中で活動を展開した（医療機関の売  
り）。「がん患者指導管理料」加算強化とし  
て取り組んだ（医療機関の収益）。

4) 自院内での対応ではなく、「外部支援  
機関」につなぐ：がん相談支援センター、  
ハローワーク、産業保健総合支援センタ  
ーにつなぐことを支援とした。

### **E. 結論**

両立支援経験のある医療機関における  
支援者コンピテンシーについて聴取され  
た。次年度、詳細に分析し整理していく。

### **F. 引用・参考文献**

なし

### **G. 学会発表**

1. 樋口周人、船津康平、高木絵里子、原  
田有理沙、立石清一郎、佐伯覚. 肺が  
ん患者の治療と仕事の両立支援に関  
する文献調査 介入研究に着目して.  
第 95 回日本産業衛生学会、2022 年 5

- 月高知、口演発表予定
2. 舩津康平、樋口周人、高木絵里子、原田有理沙、立石清一郎、佐伯覚. 脳腫瘍患者の治療と仕事の両立支援に関する介入 スコーピングレビュー . 第95回日本産業衛生学会、2022年5月高知、口演発表予定
  3. 原田有理沙、橋本博興、立石清一郎. 両立支援のハードルを下げるためのベタな実践要素及び行動の整理. 第94回日本産業衛生学会、2021年5月松本、口演発表
  4. 細田悦子、原田有理沙、石上紋、橋本博興、立石清一郎、永田昌子: SanRiSE Study 第1報 患者の抱える復職及び就業継続上の困りごとについての実態調査、第95回日本産業衛生学会、2022年高知、ポスター発表予定
  5. 石上紋、原田有理沙、細田悦子、橋本博興、立石清一郎、永田昌子、SanRiSE Study 第2報 主治医意見書発行を要した患者の復職及び就業継続上の困りごと、第95回日本産業衛生学会、2022年高知、ポスター発表予定
  6. 原田有理沙、立石清一郎、石丸知宏、江口尚、辻真弓、池上和範、永田昌子、松垣竜太郎、藤野義久. CORoNaWork: 労働者が抱える慢性疾患別の両立支援の実施状況、第95回日本産業衛生学会、2022年高知、ポスター発表予定
  7. 橋本博興、原田有理沙、五十嵐侑、立石清一郎、永田昌子、藤野善久. CORoNaWork: COVID-19流行下の日本における職場での配慮と心理的苦痛の関連、第95回日本産業衛生学会、2022年高知、ポスター発表予定
  8. 小倉康平、山瀧一、原田有理沙、橋本博興、立石清一郎: 医療者が患者の就業状況を知るための映像コンテンツの作成. 第31回日本産業衛生学会全国協議会、2021年三重、口演発表
  9. 細田悦子、立石清一郎、原田有理沙、近藤貴子、高倉加寿子、蟻川麻紀、篠原弘恵、古田美子、末永卓也、久原聡志. 産業医科大学病院における両立支援コーディネーターによる支援活動報告、第31回日本産業衛生学会全国協議会、2021年三重、口演発表
  10. 立石清一郎. 慢性病に罹患しても仕事をあきらめない 治療と仕事の両立支援の要点. 第16回日本慢性看護学会、2021年9月オンライン開催
  11. 立石清一郎、榎田奈保子、原田有理沙、工藤智美、高松あずみ、武花歩実. 肝疾患における治療と仕事の両立支援の職域における課題. 第107回日本消化器病学会、2021年4月東京、口演発表
  12. 篠原弘恵、立石清一郎、井上俊介、細田悦子、高倉加寿子、古田美子. 高齢者への両立支援 消化器癌患者の復職を振り返って. 第107回日本消化器病学会、2021年4月東京、ミニオーラル
  13. 近藤貴子、立石清一郎、井上俊介、細田悦子、篠原弘恵. 日常の生活に戻りたい終末期がん患者の就労支援の一考察 エンド・オブ・ライフケアの実現. 第107回日本消化器病学会、2021年4月東京、ミニオーラル

14. 井上俊介、永田昌子、永田智久、立石清一郎、藤野義久、森晃爾. 下痢腹部症状を有する労働者の生産性低下と関連する要因. 第107回日本消化器病学会、2021年4月東京、ミニオーラル
15. 篠原義剛、横山雄一、斎藤暢人、植木哲也、立石清一郎. 外来化学療法センターでの薬剤師の両立支援の取組み. 第107回日本消化器病学会、2021年4月東京、ミニオーラル
16. 井上俊介、永田昌子、原田有理沙、橋本博興、立石清一郎. 肉体労働を有する患者が治療と仕事を両立する上での困りごとの検討. 第94回日本産業衛生学会、2021年5月松本、口演発表
17. 市川富美子、大久保浩司、荻ノ沢泰司、奥谷紀子、立石清一郎、筒井保博. 治療と仕事の両立支援における施設間連携について. 第94回日本産業衛生学会、2021年5月松本、口演発表
18. 橋本博興、原田有理沙、立石清一郎. 主治医が患者の就業配慮を検討しやすくなる両立支援ツールの開発. 第94回日本産業衛生学会、2021年5月松本、口演発表
19. 立石清一郎. 両立支援における医療機関と産業現場との連携～診療報酬改訂及び新型コロナ禍によるリモートワークの中で～ 勤務情報提供書と主治医意見書から考える医療機関と職域との協働. 第94回日本産業衛生学会、2021年5月松本、講演
20. 立石清一郎. 全ての人に産業保健の光を-多様な背景により働きにくさを抱える労働者に- 身体疾患の両立支援の最前線. 第94回日本産業衛生学会、2021年5月松本、シンポジウム
21. 中藤麻紀、濱田学、橋本博興、加藤徳明、立石清一郎、佐伯覚. 脳卒中の両立支援における当院の両立支援科の取組み. 第94回日本産業衛生学会、2021年5月松本、口演発表
22. 立石清一郎. 産業医科大学の将来を語る 産業医科大学病院の今後治療と仕事の両立支援. 第37回産業医科大学学会、2020年9月北九州、口演
23. 立石清一郎: 治療と仕事の両立において心理職に期待すること、2020年度公認心理師の会年次総会産業・労働・地域保健部会シンポジウム、2020年9月、ウェブ開催
24. 井上俊介、立石清一郎. 患者が治療と仕事の両立を達成するための困りごとの企業規模ごとの検討. 第93回日本産業衛生学会、2020年5月旭川、口演発表
25. 立石清一郎. それぞれの個性を

- 生かす職場づくりを目指して 治療と仕事の両立支援の現状と課題. 第93回日本産業衛生学会、2020年5月旭川、地域交流集会
26. 立石清一郎. 両立支援における医療機関と産業現場との連携 産業医科大学病院での治療と仕事の両立支援の実践 大学病院における両立支援の実践を通して. 第93回日本産業衛生学会、2020年5月旭川、日本職業・災害医学会合同シンポジウム
27. 立石清一郎. 産業医科大学病院での治療と仕事の両立支援の実践、第59回日本肺癌学会、2019年11月東京、シンポジウム
28. 井上俊介、立石清一郎. 医療機関の両立支援スタッフが感じる3つの変化、第26回産業精神保健学会、2019年8月東京、口演発表
29. 立石清一郎. 乳がん患者の就労支援の現状と問題点 産業医の立場からの就労支援の実際、第27回日本乳癌学会総会、2019年7月東京
30. 田中文啓、黒田耕志、立石清一郎、荻ノ沢泰司、安東睦子、細田悦子、黒木一雅、近藤貴子、中藤麻紀、尾辻豊、東敏昭：早期社会復帰を目指したチーム医療の取り組み がん治療と就労の両立に向けた組織的取り組み、第60回日本肺癌学会、2019年大阪、口演発表

## H. 論文業績

1. Igarashi Y, Tateishi S, Harada A, Hino A, Tsuji M, Ogami A, Mori K, Matsugaki R, Fujino Y; CORoNaWork project. Relationship Between Support for Workers with Illness and Work Functioning Impairment in Japan During the COVID-19 Pandemic. J Occup Environ Med. 2022 Jan 25. doi: 10.1097/JOM.0000000000002500. Epub ahead of print. PMID: 35081590.
2. 立石清一郎、原田有理沙、永田昌子：仕事と治療の両立支援 UPDATE として、安全衛生コンサルタント Vo1. 22 (141) 69-72、2022
3. 立石清一郎、原田有理沙、永田昌子：治療と仕事の両立支援～支援の要諦と最近の動向、健康開発 Vo1. 26(2) 19-24、2021
4. 立石清一郎、原田有理沙：両立支援の実際－「医療機関における治療と仕事の両立支援」、総合リハビリテーション 49巻11号、1087-1093、2021
5. 原田有理沙、立石清一郎、橋本博興、井上俊介、細田悦子、篠原弘恵、高倉加寿子、古田美子、近藤貴子、蟻川麻紀、末永卓也、久原聡志、黒木一雅：2018-2020年度産業医科大学病院における両立支援の診療実績と今後の課題、産業医科大学雑誌 43(4)、445-458、2021
6. 原田有理沙、立石清一郎：産業医科大学における両立支援、消化器・肝臓内

- 科 10(5):619-624、2021
7. 久米井伸介、渡邊龍之、芳川一郎、山内大夢、谷本彩、中村健太、村石純一、久米恵一郎、立石清一郎、原田大：炎症性腸疾患患者における両立支援、消化器・肝臓内科 10(5):583-589、2021
  8. 蓑原里奈、小林祐一、古屋佑子、絹川千尋、廣里治奈、立石清一郎、渡邊聖二、森晃爾：治療と仕事の両立支援の手続きの中で産業医から主治医に提供された情報および助言内容の質的研究．産業衛生学雑誌 63(1):6-20、2021
  9. 立石清一郎：病気の治療と仕事の両立支援-キャリアをあきらめないために治療と仕事の両立支援における医育機関の役割、公衆衛生 85(1)33-37
  10. 小林清香、平井啓、谷向仁、小川朝生、原田恵理、藤崎遼平、立石清一郎、足立浩祥：身体疾患による休職経験者における職場ストレスと関連要因、総合病院精神医学 32(4):403-409、2020
  11. 立石清一郎：両立支援に欠かせない産業保健スタッフに必要な疾患の知識と最新の治療法(Part 1)両立支援のためにおさえたいポイント就業配慮を構造化して理解する、産業保健と看護 2020 春季増刊:14-17、2020
  12. 立石清一郎：両立支援に欠かせない産業保健スタッフに必要な疾患の知識と最新の治療法(Part 1)両立支援のためにおさえたいポイント両立支援におけるメンタルヘルス不調と身体疾患との相違点、産業保健と看護 2020 春季増刊:18-20、2020
  13. 立石清一郎、渡瀬真梨子、藤野義久、森晃爾：産業保健分野でのデルファイ法の応用展開、健康開発第 24 巻第 3 号、71-79、2020
  14. 立石清一郎、井上俊介、永田昌子、荻ノ沢泰司、金城泰幸：職場で取り組む治療と仕事の両立支援 治療と仕事の両立支援の現状と課題、健康開発 24(3):18-22
  15. 立石清一郎：治療と職業生活の両立支援、香川県医師会誌 71(6):73-78、2019
  16. 立石清一郎：治療関連障害でもととの仕事ができない/無理なとき 産業医からみた就労支援、緩和ケア 29(1):44-45、2019
  17. 立石清一郎、井上俊介、黒木一雅、細田悦子、近藤貴子、高倉加寿子、中藤麻紀、篠原弘恵、古田美子、荻ノ沢泰司、蓑原里奈、永田昌子、榎田奈保子、柴田喜幸：治療と仕事の両立支援研究の現在 産業医科大学における治療と仕事の両立への貢献、産業医学ジャーナル 42(4):30-37、2019
  18. 尾辻豊、立石清一郎、田中文啓、荻ノ沢泰司、黒田耕志、市来嘉伸、安東睦子、細田悦子、黒木一雅、近藤貴子、中藤麻紀、東敏昭：産業医科大学病院

における両立支援科・就学就労支援センター、日本職業・災害医学会  
67(5):369-374、2019

なし  
2. 実用新案登録  
なし  
3.その他  
なし

**H. 知的財産権の出願・登録状況:(予定を含む。)**

1. 特許取得

令和3年度労災疾病臨床研究事業費補助金

治療と仕事の両立支援に関する基盤整備および拡充に資する研究

(210301-1)

分担研究報告書

両立支援に係るPHRシステムとしての  
携帯アプリケーションの有効性に関する実証研究

研究分担者

大神 明

(産業医科大学 産業生態科学研究所  
作業関連疾患予防学 教授)

令和3年度 労災疾病臨床研究事業費補助金  
治療と仕事の両立支援に関する基盤整備および拡充に資する研究

両立支援に係るPHRシステムとしての

携帯アプリケーションの有効性に関する実証研究

研究分担者 大神 明

(産業医科大学産業生態科学研究所作業関連疾患予防学 教授)

**研究要旨:**

両立支援が事業場と医療機関の過不足のない健康診断や医療情報の受け渡しにより達成されるものであることから、個人の健康記録（パーソナルヘルスレコード；PHR）を集積し応用する仕組み、により両立支援の新たな手法の開発が必要である。本分担研究は両立支援のシステム整備に関して、携帯電話のアプリケーションを用いた、主治医—産業医—労働者間の情報流通基盤の有効性について検証する実証研究である。

本研究は、疾病を抱えながら就労している労働者を対象とし、産業医と労働者及び主治医との間での情報交換ツールとしての携帯電話（スマートフォン）アプリケーションの有効性を調査することを目的とした。また、本研究では、研究協力者として機縁法により産業医有志を募り、すでに疾病管理として事業所内で、研究協力者である産業医（以下、産業医と略）が主治医と労働者との両立支援情報の交換を行っている方を対象とした。

初年度はアプリの使用許諾や対象事業場の選定及び倫理審査などの遅延により、調査開始が大幅に遅れることとなったが、継続して同事業所内で順次参加者を増やしていく予定である。

**研究協力者**

安藤 肇 （産業医科大学 産業生態科学研究所 作業関連疾患予防学 助教）

## A. 目的

治療と仕事の両立支援は、これまで企業・医療機関への広報や各支援者向けの研修会など様々な取り組みがなされているが、平成30年の労働安全衛生基本調査では「両立支援の取り組みがある」事業者は55.8%と低調のまま推移している。産業医科大学では、事業者や医療機関向けのコンサルティング部門を設立(厚生労働科学研究19JA0401)しているが、ほとんどの問い合わせが、「何から手を付けていいかわからない」、「どこに情報があるかわからない」といったもので、両立支援の全体像が把握しがたく、対応に苦慮していることが想定される。これは、有益な情報の多くが分散しており必要な『情報基盤』が構築されていないことと、多数いる支援者の役割期待が明確化されておらず具体的な行動に落とし込むことができる『人材基盤』が脆弱であることが原因であることが考えられる。

『情報基盤』として、多くのユーザーが必要な情報は、「具体的な支援方策の考え方」と「豊富な対応事例」である。医療機関の両立支援のケースも追加で収集し両立支援を行う上での必要な情報がすべて得られる仕組みが必要である。また、今後の両立支援の展開のためには、国際的な両立支援の在り方を踏まえて我が国に適用展開できる方策を検討することが必要である。さらに、両立支援が事業場と医療機関の過不足のない健康診断や医療情報の受け渡しにより達成されるものであることから、個人の健康記

録(パーソナルヘルスレコード;PHR)を集積し応用する仕組み、により両立支援の新たな手法の開発が必要である。

本研究は両立支援のシステム整備に関して、携帯電話のアプリケーションを用いた、主治医—産業医—労働者間の情報流通基盤の有効性について検証する実証研究である。携帯電話の普及率は年々増加しており、誰でも気軽に大容量の情報を携帯し持ち運びできることが可能になっている。この携帯電話(特にスマートフォン)に装備されているアプリケーションは、既に健康管理支援ツールとして各種開発され利用されている。その中で、福岡産業保健総合支援センターで開発された「健康管理アプリ」は紙ベースの個人健康情報を画像記録して持ち運びできる構造となっている。本アプリケーションを用いた産業医と労働者のあいだの情報交換の利便性について比較検討することを目的とする。健康管理に関わる携帯電話のアプリケーションは多種開発されているが、両立支援の目的に沿ったアプリケーションはまだ少ない。PHRという概念からいえば、これまで紙ベースでの情報交換が主であったが、情報の多様化やデジタル技術の進歩により、デジタル情報として個人健康情報を管理し活用するシステムが今後開発されていくと思われる。本調査研究により、携帯電話アプリによる両立支援の可能性と有効性を評価することは、今後の健康管理システムを構築する上で有意義なことと思われる。

## B. 方法

本研究は、疾病を抱えながら就労している労働者を対象とし、産業医と労働者及び主治医との間での情報交換ツールとしての携帯電話（スマートフォン）アプリケーションの有効性を調査することを目的とした。

また、本研究では、研究協力者として機縁法により産業医有志を募り、すでに疾病管理として事業所内で、研究協力者である産業医（以下、産業医と略）が主治医と労働者との両立支援情報の交換を行っている方を対象とした。

対象者には、調査研究の概要を説明し、同意を得た方にはスマートフォンに福岡産業保健総合支援センターにて開発されたフリーウェアアプリケーション（無料配布）である、「健康・医療情報自己管理アプリ」をインストールして頂き、自身の疾患に関する受診時の検査結果、診断書など個人に手渡される情報をアプリ内に登録してもらう（ほとんどの情報は画像情報として記録される）。産業医の定期面談時に、参加者はそのアプリの情報を産業医に提示し、両立支援の情報交換を図る。

### 1) 募集方法、選択基準・除外基準・中止基準等

今回の調査は、研究協力者として後記に挙げた産業医、研究責任者および共同研究責任者（以下、産業医と略）が、すでに疾病管理として事業所内で、主治医と労働者との両立支援情報の交換を行っている

方を対象とする。対象者は、産業医が定期的に面談している疾病管理中の労働者の中から、産業医からの紹介などによって、呼びかけを行う。調査の参加希望があれば、産業医が本人に対し説明文書を渡し、本人確認の上、最終的に研究参加に同意した参加者がエントリーする。

選択基準：

- ① 研究協力産業医の嘱託先の事業場で勤務している。
- ② 疾病の種類は問わないが、就業しながら加療継続している。
- ③ 調査開始時点及び調査期間内に産業医の担当下で、産業医と主治医との間で、診療情報、投薬処方状況、検査結果、就業上の意見などに関する情報交換が行われている、以上三項目を満たす労働者とする。年齢性別は問わない。

除外基準：

携帯電話スマートフォンアプリを持たない者は除外とする。また、携帯電話やアプリケーションの使用法に慣れていないと自身で判断した者も除外とする。

### 2) 対象者の目標人数

本研究は2022年1月より6月までの期間に実施する予定であるが、参加者の募集状況により調査期間を延長する見込みである。総計で20名を目標とする。産業医の面談対象となる従業員であれば年齢性別は問わない。

### 3) 今回行うアンケート調査

今年度の調査では、アプリインストール時と調査開始 6 ヶ月後時の 2 回アンケート調査を行い、このアプリによる、両立支援に関わる PHR 情報の記録・活用の方法の有効性を検討し、さらに今後のアプリ改善並びに、情報交換方法の改善点について検討を加える予定である。

## C. 結果

図 1 に今回使用したスマートフォン端末のアプリをダウンロード出来るホームページ画面を示す。

アンドロイド端末所有の参加者はこの画面よりアプリをダウンロードしていただき iOS 端末所有の参加者はアップルストアよりアプリをダウンロードしていただく。どちらの形態も使用料金はかからない。

2022 年 3 月の時点で、北九州市内の従業員約 300 名規模の製造業において、本研究に対する許諾と研究参加同意が 3 名の方が得られた。初年度はアプリの使用許諾や対象事業場の選定及び倫理審査などの遅延により、調査開始が大幅に遅れることとなったが、継続して同事業所内で順次参加者を増やしていく予定である。アンケートについては、添付 1 (初回調査用) と添付 2 (開始 6 ヶ月後用) の 2 種類を用意した。

## D. 考察

PHR という概念からいえば、これまで紙ベースでの情報交換が主であったが、情報の多様化やデジタル技術の進歩により、デジタル情報として個人健康情報を管理し活用するシステムが今後開発されていくと思われる。本調査研究により、携帯電話アプリによる両立支援の可能性と有効性を評価することは、今後の健康管理システムを構築する上で有意義なことと思われる。

## E. 結論

本調査研究により、携帯電話アプリによる両立支援の可能性と有効性を評価することは、今後の健康管理システムを構築する上で有意義なことと思われる。

## F. 引用・参考文献

なし

## G. 学会発表

特記無し

## H. 論文業績

なし

## H. 知的財産権の出願・登録状況:(予定を含む。)

### 1. 特許取得

なし

### 2. 実用新案登録

なし

### 3. その他

なし



図1：スマートフォンアプリのウェブ上の紹介画面（Android端末はこのホームページよりアプリをダウンロードする）

## PHR (Personal Health Record) とは

PHR (パーソナルヘルスレコード)とは、自らの健康・医療情報を収集し一元的に保存し、収集した医療情報を医療機関に提供するなどして活用する仕組みです。

## 自分の医療情報をスマホで手軽に管理しよう

### 高齢の方でもカンタンに操作できる！文字入力は最低限！

数値データを入力するというような細かい作業を省きました！

あなたの健康・診療情報を写真撮影、音声録音、動画の撮影で手軽に記録できます！

これまでの健康診断・人間ドッグの結果、心電図、レントゲン写真など全て写真に撮って受診日を経年的に閲覧することが可能です。

### 診察中に診療情報を記録！

受診日ごとに写真5枚と音声、動画が記録できるので、医師の話やレントゲン写真などをその場で撮影し保存できます。(※ 医師の許可が必要です)

急な病気やケガでも大活躍！医療費も節約！

スマホに保管した健康・医療情報を日頃の健康づくりや一般・救急診療に活用できます！

旅先や出張先での急な病気やケガでも、これまでの健康・診療情報を提供することで、現在の健康状態やアレルギー歴や持病、服用中の薬などを的確に伝えることができます。

重複検査や二重投薬を減らすことが可能となり、医療費の節約に繋がります！

### 保存した写真をメールに添付して送信！

必要に応じて、保存した写真をメールに添付して、主治医などに提供することができます。(※ ただし、医療情報の収集・保管・提供は自己責任で行ってください)

### 多言語に対応！翻訳機能つき！

英語をはじめ各国の言語に対応しています。

日本にお住まいの外国人の方も母国語でご利用いただけます。(アカウント登録時に言語を設定してください)

入力した文章は日本語に翻訳できます。医療機関で医師などに見せて活用してください。

日本語で入力した文章を多言語に翻訳することも可能です。海外旅行などにお役立てください。

図2：今回使用したアプリケーションのウェブ上での説明画面

(別添1)

「健康・医療情報自己管理アプリ」に関するアンケート (1回目:調査開始時)

### 調査票への回答方法

まず、本ページ下部の各質問にお答えください。

次ページからは、健康・医療情報自己管理アプリの使い勝手や使ってみての効果などの各設問について5段階で評価をいただき、該当する番号を○で囲んでください。

**まず、あなたの個人属性についてお尋ねします。**

氏名 \_\_\_\_\_ 社員番号 \_\_\_\_\_  
性別 1. 男 2. 女  
生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生 \_\_\_\_\_ 歳

Q01, 職種をお答えください (複数回答可)。

- 1、管理的職
- 2、営業・企画職
- 3、事務職
- 4、販売・サービス職
- 5、技術職
- 6、専門職
- 7、保安職
- 8、運搬・清掃・包装等職
- 9、その他の職 ( \_\_\_\_\_ )

Q02, 現在の職種の経験年数をお答えください

\_\_\_\_\_ 年

Q1.

現在、治療中(通院・内服・リハビリ・検査)の病気は何ですか？

該当する病名があれば右の空欄に○印を付けて下さい。

代謝疾患(脂質異常症・糖尿病など)	
血液疾患(貧血・白血病など)	
脳・神経疾患(てんかん・脳出血・脳梗塞など)	
心臓・循環器疾患(高血圧症・心筋梗塞・心不全。大動脈解離など)	
腎・泌尿器疾患(腎炎・尿路結石・膀胱炎・腎不全・前立腺肥大など)	
呼吸器疾患(肺炎・気管支炎・結核・気胸・肺気腫など)	
食道・胃・十二指腸疾患(食道炎・胃炎・胃十二指腸潰瘍など)	
大腸・肛門疾患(大腸炎・痔など)	
肝・胆・膵疾患(肝炎・脂肪肝・胆石・膵炎など)	
眼疾患(白内障・緑内障・網膜剥離など)	
耳鼻咽喉疾患(鼻炎・難聴・甲状腺疾患など)	
精神・心療内科疾患(自律神経失調症・うつ病・神経症など)	
運動器疾患・リウマチ性疾患(腰痛・頸椎腰椎疾患・関節炎・骨折など)	
婦人科疾患(子宮筋腫・卵巣疾患・生理不順など)	
皮膚疾患(じんましん・アトピー性皮膚炎・帯状疱疹など)	
悪性腫瘍・がん・リンパ腫	

Q2. 治療中の疾患についてどのくらいの頻度で通院していますか？

(週に・月に・年に) \_\_\_\_\_ 回

Q3. この半年の間に何回通院しましたか？

\_\_\_\_\_ 回

Q3. 現在服用している薬は何種類ですか？

一日に \_\_\_\_\_ 種類 服用している。

Q4. この半年の間に何回産業医との面談がありましたか？

\_\_\_\_\_ 回

ご参加ありがとうございました。

(添付2)

「健康・医療情報自己管理アプリ」に関するアンケート (2回目:調査終了時)

### 調査票への回答方法

まず、本ページ下部の各質問にお答えください。

次ページからは、健康・医療情報自己管理アプリの使い勝手や使ってみての効果などの各設問について5段階で評価をいただき、該当する番号を○で囲んでください。

**まず、あなたの個人属性についてお尋ねします。**

氏名 \_\_\_\_\_ 社員番号 \_\_\_\_\_  
性別 1. 男 2. 女  
生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生 \_\_\_\_\_ 歳

Q01, 職種をお答えください (複数回答可)。

- 1、管理的職
- 2、営業・企画職
- 3、事務職
- 4、販売・サービス職
- 5、技術職
- 6、専門職
- 7、保安職
- 8、運搬・清掃・包装等職
- 9、その他の職 ( \_\_\_\_\_ )

Q02, 現在の職種の経験年数をお答えください

\_\_\_\_\_ 年

Q1.

現在、治療中(通院・内服・リハビリ・検査)の病気は何ですか？

該当する病名があれば右の空欄に○印を付けて下さい。

代謝疾患(脂質異常症・糖尿病など)	
血液疾患(貧血・白血病など)	
脳・神経疾患(てんかん・脳出血・脳梗塞など)	
心臓・循環器疾患(高血圧症・心筋梗塞・心不全。大動脈解離など)	
腎・泌尿器疾患(腎炎・尿路結石・膀胱炎・腎不全・前立腺肥大など)	
呼吸器疾患(肺炎・気管支炎・結核・気胸・肺気腫など)	
食道・胃・十二指腸疾患(食道炎・胃炎・胃十二指腸潰瘍など)	
大腸・肛門疾患(大腸炎・痔など)	
肝・胆・膵疾患(肝炎・脂肪肝・胆石・膵炎など)	
眼疾患(白内障・緑内障・網膜剥離など)	
耳鼻咽喉疾患(鼻炎・難聴・甲状腺疾患など)	
精神・心療内科疾患(自律神経失調症・うつ病・神経症など)	
運動器疾患・リウマチ性疾患(腰痛・頸椎腰椎疾患・関節炎・骨折など)	
婦人科疾患(子宮筋腫・卵巣疾患・生理不順など)	
皮膚疾患(じんましん・アトピー性皮膚炎・帯状疱疹など)	
悪性腫瘍・がん・リンパ腫	

Q2. 治療中の疾患についてどのくらいの頻度で通院していますか？

(週に・月に・年に) \_\_\_\_\_回

Q3. この半年の間に何回通院しましたか？

\_\_\_\_\_回

Q3. 現在服用している薬は何種類ですか？

一日に \_\_\_\_\_種類 服用している。

Q4. この半年の間に何回産業医との面談がありましたか？

\_\_\_\_\_回

以下の設問については5段階で評価をいただき、該当する番号を○で囲んでください。

Q5. 「健康・医療情報自己管理アプリ」のスマートフォンへのインストールは上手くいきましたか？

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5  
上手くいかなかった                      ふつう                      上手くいった

Q6. 「健康・医療情報自己管理アプリ」のデザインはどう思われましたか？

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5  
あまり良くない                      ふつう                      とても良い

Q7. 「健康・医療情報自己管理アプリ」の使い勝手はどう思われましたか？

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5  
あまり良くない                      ふつう                      とても良い

Q8. 「健康・医療情報自己管理アプリ」を使って検査結果や診断書などをどのくらいの頻度で取り込みましたか？

5. 検査結果や診断書が出るたび必ず毎回
4. 検査結果や診断書が出るたびほぼ毎回
3. 検査結果や診断書が出た後取り込んだり忘れてたり 半々くらい
2. 検査結果や診断書が出た後取り込むのを忘れがちでほとんど数回程度
1. 全く使わなかった

Q9. Q8で2. ～5. を選んだ方に伺います。

「健康・医療情報自己管理アプリ」を使って検査結果や診断書などをどのくらいの頻度で産業医に提示しましたか？

5. 面談のたび必ず毎回
4. 面談のたびほぼ毎回
3. 面談はあったが提示を忘れてたり 半々くらい
2. 面談はあったが提示するのを忘れがちでほとんど数回
1. 全く使わなかった

Q10. 「健康・医療情報自己管理アプリ」に対して総合的にどのくらい満足していますか。

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5  
不満            やや不満        どちらともいえない    やや満足            満足

Q11.

「健康・医療情報自己管理アプリ」に対して{Q9}と回答した理由をお書きください。

理由:

---

---

---

Q12.

今後も「健康・医療情報自己管理アプリ」を利用したいと思えますか。

5. 利用したい
4. やや利用したい
3. どちらともいえない
2. あまり利用したくない
1. 利用したくない

Q13.

「健康・医療情報自己管理アプリ」に対してご意見・ご要望がございましたら、ご自由にお書きください。

ご意見・ご要望

ご参加ありがとうございました。