

令和4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5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 第2報

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 寛 .....

### 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 文献レビュー・基盤に関する調査、支援機関・支援者向け e-learning 構築

研究分担者 江口 尚 .....

### 7 医療機関における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 .....

#### 7.1 医療機関の情報基盤実態調査 第2報

研究代表者 立石 清一郎

研究分担者 原田 有理沙 .....

#### 7.2 医療機関及び事業場の人材基盤実態調査 第2報

研究代表者 立石 清一郎

研究分担者 原田 有理沙

研究分担者 永田 昌子 .....

- 8 医療機関及び事業場の人材基盤実態調査 質問紙調査  
研究分担者 永田 昌子 .....
- 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4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4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。海外の情報を踏まえ、我が国における情報基盤は比較的整備され、人材基盤を構成する要素も十分である可能性があるが、両立支援の進展具合に関する世間一般の感触と乖離があることも示唆されている。もっとうまくいっている部分にも焦点をあてていくことも必要であると考えられる。がん、脳卒中、心疾患について、予後因子などの整理されとともに介入手法などについてもスコーピングレビューが進んだ。多くの介入は、すでに両立支援実臨床で実施されているものが多く、目新しい対応課題は少なかったが、復帰に関するプレッシャーや認知能力の低下、うつ状態に対するアプローチができる人材の養成が必要である可能性が示唆されている。

『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。井上らの主張する両立支援 10 の課題は普遍性があるので今後の人材育成のベースになることが期待される。また、医療機関と企業における支援人材のコンピテンシーに差異があったことも注目される。効率的な教育を行うことに資すると考えられる。支援機関には必ずしも医師常駐でない機関も多いことから、今回作成された教育資材はここドル良いものであると考えられる。

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。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できたと考えられる。

#### 研究分担者

- 佐伯 寛 (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)  
村上 武史 (産業医科大学病院 リハビリテーション部 理学療法士)  
杉本 望 (産業医科大学病院リハビリテーション部 理学療法士)  
渡邊 萌美 (産業医科大学病院 両立支援科 修練医)  
古江 晃子 (産業医科大学病院 両立支援科 修練医)  
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)  
堀 諒子 (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)  
田島 浩之 (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と考えられる。

『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 医療機関の人材基盤実態調査
  - 7.1 医療機関の情報基盤実態調査
  - 7.2 医療機関及び事業場におけるコンピテンシーに着目した人材基盤実態調査
- 8 事業場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 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

## 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、R4 年度は研究 12 テーマが選定され、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ので、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。

### 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

国外における治療と仕事の両立支援について、情報基盤を整理することである。令和3年度には、アメリカおよびイギリスにおける現状について調査を実施した。令和4年度では、アメリカおよびイギリスにおける治療と仕事の

両立支援に関する情報のアップデート、その他の欧米諸国における治療と仕事の両立支援に関する情報の収集を実施した。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。アメリカでは、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。ガイドラインの疾患リストはアップデートされており、Long COVID に関するものがあつた。英国では、これまで一般臨床医が中心となって発行していたフィットノートを、2022 年 7 月以降、看護師、作業療法士、薬剤師、理学療法士が発行可能となった。その他の国では、国家レベルの制度として定着した、明らかな制度はみられなかった。我が国では、他国と比べて労働者の治療と仕事の両立支援に関する制度は比較的進んでいると考えられたが、制度の活用が十分でない現状がある。米国や英国から学び、疾患ごとに職場で支援を提供する情報基盤や、医師以外の医療専門職も参加可能なシステムの構築が必要だと考えられた。将来、日本の高齢化と外国人労働者増加に伴い、病気をもちながら働く労働者が増加することが見込まれるため、治療と仕事の両立支援の重要性が高まり、既存の制度を拡充する取り組みが必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

現代医療の発展により、がんは長期的な慢性病となり、就労継続できる患者が増えている。

日本ではがん患者への就労支援がいち早く開始され、他疾患に先駆けて研究も進んでいる。本研究では、がんにおける治療と仕事の両立支援についての情報基盤を整備することを目的とし、文献調査を実施した。令和 3 年度の肺がん、脳腫瘍、大腸がんに加え、本年度はさらに 5 種類のがん各々について、体系的レビューを実施した。また、がんにおいて両立支援となりうる支援や介入について探索的レビューを行った。

I. 各がんの体系的レビュー：頭頸部がん、肝がん、血液がん、乳がん、婦人科がんについて PubMed で英文文献を検索及び選別し、エビデンステーブルを作成した。

II. 支援の探索的レビュー：がんにおいて両立支援となりうる支援や介入について PubMed で英文文献を検索及び精読し、エビデンステーブルを作成した。

本レビューによって、各がん種における介入研究の情報が整理された。しかしながら、各支援の有効性に関するエビデンスは未だ不足しているため、今後の知見蓄積が望まれる。がんにおける治療と仕事の両立支援は、1. 個別課題の明確化支援 Support for clarifying personal problems、2. 情報支援 Informational support、3. 感情支援 Emotional support、4. 職場適合支援 Assistance with fitting into a job、5. 実践的支援 Instrumental support の 5 種類の支援に分類されることが明らかになった。本レビューによって、各がん種における介入研究の情報が整理された。今後は、包括的な取り組みによって、がんにおける 5 種類の両立支援が網

羅的に提供されることが望まれる。

#### 4. 疾患毎の両立支援に関する文献レビュー：

##### 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。令和4年度においては、令和3年度に実施した文献検索で得られた文献情報から情報を抽出し分類整理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を取りまとめ整理をした。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：

##### 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。前年度調査以降、新たに発表された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。昨年度の調査以降、本年新たに発表されたもので、基準に適合した学術論文は英文6件のみであり、和文・ガイドラインおよびステートメントはなかった。

虚血性心疾患において既に多くの報告がある復職に関連する要因について、成人先天性心疾患や心不全、頸動脈解離などの新たな対象疾患での研究がなされていた。さらに、復職に対する心理的プレッシャーなど昨年度の調査でみとめられなかった視点での検討が報告されており、実務上参考になるエビデンスが追加されている。

#### 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、昨年度の成果である支援者に求められるコンピテンシー30項目（「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」) についての e-learning 教材を作成することを目的とし、資料を 6 つのコンピテンシー、動画を 3 つのコンピテンシーについて作成した。今後は、30 項目のコンピテンシーについて資料、動画を作成したのちに、支援者向けのユーザビリティ調査を行い、内容の改善を行う必要がある。

## 7. 事業場の人材基盤実態調査

治療と仕事の両立支援を提供する際に特に必要な情報は「具体的な支援方策の考え方」と「豊富な対応事例」である。これまでに両立支

援の「事例集（事業場より 428 事例収集）」が公開されていた（立石清一郎, 2018）。今回は、医療機関で両立支援を行う上で必要な情報基盤の構築を目指し、医療機関の症例も追加で収集すべく、医療機関の支援経験者に対しインタビュー調査を行った。両立支援情報基盤調査として、豊富な支援経験を持つ医療機関単位でインタビューを行い、実際に経験した症例を聴取し、個別症例と施設毎の実績及び課題についてまとめた。医療機関において両立支援を実施した個別症例について、9 施設中 4 施設から計 8 症例が収集された。患者に寄り添い長期的な支援を行った症例や、企業側に配慮することで患者に不利益が生じないように配慮した症例、企業担当者が外来診察に同席し情報共有ができたことで職場の理解が得られた症例、などが聴取された。医療現場では、個別症例ごとの持つストーリーを大切にした支援が提供されており、必要な医学的評価や介入は全ての症例で異なっていた。また、支援のゴールも単なる就労継続ではなく、本人の価値観に沿った治療と就労の両立状況として捉えられていた。今回収集された 8 症例は、経験豊富な支援者らによる語りによって、示唆に富む貴重な個別症例報告として有意義なデータと考えられた。今回収集されたデータは両立支援情報サイト (<https://www.ryoritsu.dohcuoeh.com/>) にて、公開する予定である。今後も症例収集を継続し、両立支援の大規模データの構築を図る。両立支援の情報基盤の整備が拡充され、より多くの労働者に両立支援が届けられることが期待される。本研究では、医療機関の両立支援の参考と

なる貴重なデータとして個別症例が収集された。今後さらなる個別データの蓄積によって、両立支援の情報基盤の整備が拡充され、より多くの労働者に両立支援が届けられることが期待される。

## 7.1 医療機関の情報基盤実態調査

医療機関で両立支援を行う上で必要な情報基盤の構築を目指し、両立支援に積極的に取り組む医療機関の実施状況に着目し、両立支援部門の運営に必要な情報を整理すべく、質的研究を行った。両立支援情報基盤調査として、豊富な支援経験を持つ医療機関単位でインタビューを行い、両立支援の制度や仕組み等の実施状況を抽出し、分析した。医療機関における両立支援の実施状況を 5 つの大カテゴリに整理した。；

- 1 組織（施設方針、共通目標・職種目標、部門、主担当職種、連携する職種）、
- 2 仕組み（業務フロー、役割・支援内容、情報共有）、
- 3 活動の周知（患者・経営層・現場医療職へのPR、外部への情報発信）、
- 4 立ち上げ時の重点活動  
（患者ニーズの掘り起こし、ニーズの高い部門での活動、外部機関との連携）、
- 5 効果評価

多くの医療機関では、医療職個人が両立支援に必要な個別症例を経験しているにもかかわらず、施設全体の両立支援の導入や活動展開につながっていない現状があり、チーム活動が高いハードルとなっている。両立支援のチーム活

動に取り組みやすくするため、本調査で明らかとなった医療機関の両立支援の実施状況を基に、両立支援部門運営に必要なアクション 90 個を考案し、「医療機関の両立支援部門を運営するためのアクションチェックリスト」を作成した。両立支援に積極的に取り組む医療機関の実施状況より両立支援部門の運営に必要な情報を整理し、アクション 90 個を考案した。両立支援の情報基盤としての「医療機関の両立支援部門を運営するためのアクションチェックリスト」の公開が、医療機関の両立支援部門の運営上での障壁を取り除く一助となることが期待される。

## 7.2 医療機関及び事業場におけるコンピテンシーに着目した人材基盤実態調査

両立支援を行う人的リソースを最大限に活用するための人材基盤の構築を目的として、経験豊富な支援者の行動特性に焦点を当て、両立支援に携わる支援者に必要なコンピテンシーを明らかにするために、質的研究を実施した。両立支援の人材基盤調査として、経験豊富な医療機関及び事業場単位でインタビューを行い、両立支援に携わる支援者に必要なコンピテンシーを抽出、分析した。医療機関及び事業場における両立支援に携わる支援者に必要なコンピテンシーとして、A. 個別支援に関するコンピテンシー 74 個（全過程共通 13 個、両立支援ニーズの拾い上げ 4 個、初回面接まで 4 個、面接時 36 個・医療機関と事業場との連携 10 個・職場調整及び配慮の実施 4 個・フォローアップ 7 個）、B. 活動展開に関するコンピテン



シー6個の、計80個が抽出された。一部のコンピテンシーについては、すでに当事者からの情報収集ツールや研修プログラムが開発されており、習得可能な状況にある。例えば、情報収集に関するコンピテンシー（A22-35）の習得には、当事者からの情報収集ツールの「両立支援10の質問」（森晃爾，2016）が活用できる。また、情報分析及び評価に関するコンピテンシー（A36-42）のうち、医学的な職務適性評価（A40）や就労継続への経時的影響の予測（A41）については、「科学的根拠に基づいた復職ガイダンス」（立石清一郎，2018）や「症状配慮集」（立石清一郎，2021）を用いた医師研修プログラムが活用できる。今後は、各コンピテンシーにおける適合性の高い職種や職種ごとの要求度について、量的検証が必要と考えられた。

両立支援に携わる支援者に必要なコンピテンシー80個について習得可能な研修プログラムが開発及び研修実施され、コンピテンシー習得者のネットワークが形成されることによって、両立支援の人材基盤の整備が推進されることが期待される。

## 8. 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はいえない。患者を中心に医療機関と事業場、支援機関において、情報提供や連

携する両立支援コーディネーターの役割が期待されている。各機関による両立支援コーディネーターのコンピテンシーなどは、まだ明らかにされていない。

分担研究「医療機関及び事業場におけるコンピテンシーに着目した人材基盤実態調査 第2報」で作成したコンピテンシーの妥当性と、教育コンテンツを作成する際の優先順位を明らかにすることを目的とした質問紙調査を行った。事業場は2022年ホワイト500選定された組織（499機関）を選定した。医療機関はがん拠点病院（409機関）を対象とした。回収数（回収率）は、事業場53（10.6%）、医療機関は139（33.9%）であった。事業場と医療機関の共通コンピテンシー68項目のうち27項目に事業場と医療機関の意見の差を認めた。また、医療機関の個別支援のコンピテンシー70項目のうち、11項目に職種の意見の差を認めた。

両立支援コーディネーターに対しての継続研修ならびに啓発活動においては、事業場と医療機関、職種により両立支援コーディネーターが果たす役割が異なることを前提に、情報提供や啓発をする必要があると考えられた。本調査結果は、両立支援コーディネーターの養成ならびに継続研修等を設計する際の基本資料となると考えられる。

## 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

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。

研究2年目は、北九州市内の製造業（従業員約300名）の事業所において上記対象者より参加者を募り、7名に参加いただき、アプリをインストールの後、調査開始前とアプリ導入後約半年後の時点でのアンケート調査を行った。

参加者数は少なかったが、アプリ使用による面談対応に関して、①アプリは比較的容易にインストール可能であったこと、②アプリのデザインや使い勝手はやや高評価であったこと、③アプリの取り込み頻度（使用頻度）に比例してアプリの提示頻度も増加する傾向が見られた。本アプリ使用による産業医と労働者のPHRの情報共有は、今後の両立支援の一手法として期待できると思われた。

## D. 考察

本研究において9つの研究が遂行された。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、情報基盤は、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、①両立支援啓発ツールに多くのツールが集積していた。①啓発ツールはすでに数多く存在しているので、今後はむしろ実践を助けるためのツールとして②～⑤のツールを多く開発することが望まれる。人材基盤としては、意見書を作成する支援ツールが公開されていた。国外調査については、アメリカにおける合理的配慮の追加情報が収集された。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る。また、今

回、Long COVID について新たに疾患として追加されていた。Key Accommodation として、休憩時間の確保や記憶力低下を保護するためのアプリの使用など、基本的には、本人の申出に基づく配慮の在り方、すなわち Reasonable accommodation について多く記載が割かれていた。安全配慮義務に関連しそうな記載がほとんどなかったことから、米国における配慮の大多数は Reasonable accommodation であることが示唆されている。

Fitnote はイギリスにおいて、医師以外の職種について看護師、作業療法士、薬剤師、理学療法士が発行可能となっていた。他国（フランス、オランダ、ベルギー、カナダ）における Fitnote 的な書式についても、診断書と同じレベルでの対応しかできていない実態が明らかになった。医療からスタートする両立支援はどの国においても容易でない実態が存在している。医療機関は職場の事情を踏まえた配慮を検討するには相当程度容易でない可能性が高く、むしろアメリカ的な両立支援専門職種の要請のほうが今後の戦略として適切である可能性がある。

## 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ガイドラインに記載されている留意事項について、以下のような項目が記載されている

### 【ガイドライン本体】

#### 1. 安全と健康の確保（安全配慮）

2. 労働者本人による取組（自己保健義務）
3. 労働者本人の申出
4. 治療と仕事の両立支援の特徴を踏まえた対応
5. 個別事例の特性に応じた配慮
6. 対象者、対応方法の明確化
7. 個人情報の保護
8. 両立支援にかかわる関係者間の連携の重要性

### 【がん】

1. がん治療の特徴を踏まえた対応
2. メンタルヘルス面への配慮
3. がんに対する不正確な理解・知識に伴う問題への対応

### 【脳卒中】

1. 再発等予防・治療のための配慮
2. 障害特性に応じた配慮
3. 復職後の職場適応とメンタルヘルス

### 【心疾患】

1. 心疾患の経過の特徴を踏まえた対応
2. メンタルヘルスへの配慮
3. 心疾患に対する不正確な理解・知識に伴う問題への対応

このように、総論的記載と疾病ごとの特徴に差異がある。全体として着目すべきポイントとともに疾病ごとの特徴について今回の文献レビューについて聴取した。

### ○がんについて

個別のがんごとにシステマティックレビューも行われたが、具体的に両立支援に資する論文については信頼性がそれほど高くなく採用するに至らなかった。

がん全体の支援の方策について、スコーピングレビューが挙げられた。以下の5つの支援方法について言及がなされた。

1. 個別課題の明確化支援

方法として、質問紙や面接が存在した。

2. 情報支援

方法としてパンフレット等の方法が挙げられた。

3. 感情支援

方法として、一般的な感情サポートやつながりを持つ方法が挙げられた。

4. 職場適合支援

日本における意見書に該当するものや職業リハビリテーションなどの方法論が挙げられた。

5. 実践的支援

支援機関・ジョブコーチ的な社会資源を用いた具体的適合サポート

これらの方法は、今回収集された我が国の情報基盤、人材基盤ですでに整備されている。すなわち、我が国においては、多くのサービスがすでに提供できる状況になっているが、両立支援が進んでいないと感じる人が多いという乖離状況が発生している。本件については今後も追加の分析が必要であると考えられる。

○脳卒中について

スコーピングレビューが実施されている。情報基盤に関連する情報は、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。リハビリテーションについては必ずしも医学的効果は一致していないが米国のガイドライン上は弱い推奨とされており、我が国の2021年版の脳

卒中治療ガイドラインは推奨度B（エビデンスレベル低）と2015年度版の推奨度Cより推奨レベルが上がっていることから臨床家の実感として重要度が増している可能性が高い。促進要素として、歩行速度について、職場復帰との関連性も見られているので、今後の着目点として重要であると思われる。社会的スキル向上プログラム、作業療法プログラム、ロボット補助訓練などの有用性についても指摘があることから、就業者への脳卒中治療に対し、一般的に実践されることが期待される。

阻害要素として、認知機能の低下、うつ病の合併は就労に不利であることから心理職の介入についても期待される。

人材基盤に関連する情報はほとんど見当たらなかったが、促進要因を実践できる人材育成として、リハビリテーションスタッフへの両立支援情報の啓発を行うこと、脳卒中者へのうつ病のスクリーニングおよび早期治療を行うことを教育の中に入れ込むことにより効果がみられる可能性はある。

○心疾患について

スコーピングレビューが実施され疾病ごとに情報基盤が整理された。情報基盤としては予後因子として、性別、喫煙、不安、うつ病、左室駆出率、NYHAなどの指標があることは重要な要素である。また、心理的圧力が職場復帰を妨げる可能性が挙げられたことから、両立支援人材はプレッシャーがかかりすぎないように着目しておくことが必要であると考えられた。

・心筋梗塞

職場復帰率は87.5%であり、予測因子は年齢、

性別、喫煙、不安、うつ病であった。

#### ・成人先天性心疾患

欠勤・欠席する割合と、illness identity の関連について、心臓病という観点から自分を強く定義する患者は病欠する傾向が強い。

#### ・心不全

職場復帰の関連因子として、性別・年齢・左室駆出率・慢性腎臓病の有無・New York Heart Association class として挙げられている。休日日数としては収入・雇用者のサポートやリハビリテーションの回数が挙げられており、心不全においても両立支援人材の育成が必要であると考えられる。

#### ・心疾患全般

復職の際にプレッシャーを感じる確率を検討した研究では、全体の 29.7%で復職のプレッシャーを感じており、55 歳以下の心房細動のある女性患者では 51.7%、55 歳以上の男性心房細動患者では 18.3%と、復職における心理的プレッシャーは年齢、性別、診断と関連しており、プレッシャーについても心疾患患者に注目が必要である。

### 3. 医療機関の情報基盤について

医療機関が両立支援を実践する際に備えておくべき基盤として5つの大カテゴリに整理した。

- 1 組織（施設方針、共通目標・職種目標、部門、主担当職種、連携する職種）、
- 2 仕組み（業務フロー、役割・支援内容、情報共有）、
- 3 活動の周知（患者・経営層・現場医療職への

PR、外部への情報発信）、

#### 4 立ち上げ時の重点活動

（患者ニーズの掘り起こし、ニーズの高い部門での活動、外部機関との連携）、

#### 5 効果評価

これらが実践できるための 90 項目からなる「医療機関の両立支援部門を運営するためのアクションチェックリスト」を再構成した。両立支援は義務でないことからどこから手を付けていいかわからない医療機関が多く、すべての制度を網羅的に備えられる医療機関はほとんどある。両立支援は支援行為なのでできることから仕組みを整備していくという開発思想で作成された。網羅的で対応を要求するチェックリスト方式と一線を画すため、自院にあったほうを利用することが推奨される。

### 4. PHR モデル事業について

新しい両立支援の在り方として、既存の情報基盤を用いるものではなく、パーソナルデータとしての情報を確実に医療従事者と事業者がシェアする取り組みである Personal health Records；PHR について試験的実践が行われた。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（のこすけん）」は、デジタルデータを画像、音声、文字等で記録することができるもので、個人が必要な情報のみをそれぞれの支援者に提供できる仕組みである。7 名の参加者により、採血、レントゲン撮影、CT 検査結果、薬剤処方箋情報、診断書が取り込まれたも

の意見書が収載されたものはなかった。アプリについて、フィージビリティについては一定の評価が得られていたが、満足度 3.0/5.0 点、利用希望度 3.3/5.0 点であり、評価は中立的であった。急な産業医面談などでも必要な情報を渡すことができる可能性がある反面、不意に知りえた情報についてどのように整理すべきかについて今後のさらなる検討が必要であると考えられた。

## 『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 R3 年度に整理された。R4 年度について整理された情報は以下の通り。

#### ・医療機関

熟達した両立支援担当者らの個別対応事例 8 事例をベースとした医療機関担当者らの必要な要素についてスクリプト分析を行った。

事例において、焦点となったことは

1. 業務遂行能力の低下
2. 精神的落ち込みへの対応
3. 個人の健康リテラシー
4. 社会属性
5. 職場側の要因
6. 多職種連携

であった。これは、井上らが主張する職場の 10 課題

1. 業務遂行能力の低下
2. 心理的影響
3. 健康リテラシー

4. 社会属性
5. 過程属性
6. 仕事の構造上の問題
7. 職場のシステム
8. 上司同僚のサポート
9. 多職種・多業種の連携
10. 社会資源

とほぼ同じである（Inoue S., BMC Health Service, 2022. doi: 10.1186/s12913-022-08604-z）。井上らの情報は産業医科大学病院で収集されたものであったが、他の医療機関でも再現性が得られたことから、この 10 課題をゴールドスタンダードとして医療機関両立支援人材育成基盤になりうるものが類推された。

熟達支援者のコンピテンシー分析でも医療機関及び事業場における両立支援に携わる支援者に必要なコンピテンシーとして、A. 個別支援に関するコンピテンシー 74 個（全過程共通 13 個、両立支援ニーズの拾い上げ 4 個、初回面接まで 4 個、面接時 36 個・医療機関と事業場との連携 10 個・職場調整及び配慮の実施 4 個・フォローアップ 7 個）、については 10 の課題に包含されるものであり、B. 活動展開に関するコンピテンシー 6 個については 10 の課題のうち多職種・多施設連携との関連性が強いと考えられた。

#### ・支援機関

支援機関において重要な課題となりうる「疾患に関する情報」「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」につい

て資料と動画を作成した。資料は6つのコンピテンシー、動画は3本作製されている。支援機関は、医師が常駐していないことも多いことから、高い支援スキルを要求されることが多いと考えられる。このような資料の期待値は高いものと考えられる。

## 2. 支援者ごとの必要な支援スキルの差異について

R4年度については医療機関、事業場においてR3年度に整理されたコンピテンシーを支援者事に比較することでその職種に重要なコンピテンシーを明らかにすることが計画された。

事業場のコンピテンシーは、「A2:当事者の気持ちに寄り添いながらも、冷静かつ公正な姿勢を保つことができる」が最も支持され、「A33:当事者の家族から、両立支援に必要な家族の状況(世帯事情、支援状況)を聴取できる」、「A56:当事者の働きやすさを考慮し、治療の調整・リハビリテーション・栄養指導・薬剤指導等の介入を検討できる」の2項目は最も低い支持であった。医療機関は、「A10:当事者が継続的に相談できる関係を築けるよう、良好なコミュニケーションをとれる」の指示が高く、「A40:当事者の職務適性を医学的に評価できる」が低かった。すなわち、事業場の支援者においては、本人を中心としつつも公正が中核的コンピテンシーであり、本人周辺の事情である生活基盤を守るための行動となる家族や治療行動に対してはあまり支持が得られない。一方、医療者のコンピテンシーは職業という部分の着目から離れており、両者の対比が明確に出たと考えられる。それ以外にも医療機関と事業場の乖離 27

項目のみならず、医療機関職種同士の乖離(看護職とソーシャルワーカーの乖離11項目)も見られており興味深い情報である。職種ごとの人的基盤育成プロジェクトに資する情報であろう。

### 『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料を集めた「教育資料・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。本ポータルサイトにより、現状我が国に存在している情報として、情報収集を確実に(情報基盤)、必要な情報を自己学習することができ(人的基盤)、本研究の目的を達成できたと考えられる。一方で、海外との比較調査を行った結果、我が国の両立支援整備体制は遜色のない状況であることが判明している。必要な情報と人材育成に必要な要素(すなわち情報基盤)が明確になっているにもかかわらず、両立支援がいまだ進んでいないと感じる関係者が多い。このような問題を解決するために、コンピ

テンシーとして知識レベルの課題解決を促す啓発資材やマニュアルの作成よりも、実践レベル、動機付けレベルの問題解決が進んでいないことが考えられる。両立支援においては、1 例目の壁があるとされている。1 例目の対応をうまく踏み出せず、そのまま両立支援の優先順位が下がっていくとされている。1 例目の壁を減らすよう、ロールプレーや事例検討などの拡充、外部サポートチームを養成するとともに、これらの教材をイーラーニング化し、多くの両立支援人材が実務レベルで学ぶことができる資材の作成が必要であると考えられる。

## 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が作成された。

## F. 引用・参考文献

- なし

## G. 学会発表

- 永田昌子、原田有理沙、石上紋、篠原弘恵、古江晃子、渡邊萌美、橋本博興、細田悦子、樋口周人、舩津康平、立石清一郎. SanRISE Study: 治療と仕事を両立している人に対する職場での配慮に与える影響～医療機関からの意見書の影響～. 第 96 回日本産業衛生学会、2023 年 5 月宇都宮、口演発表（予定）
- 原田有理沙、石上紋、篠原弘恵、古江晃子、渡邊萌美、橋本博興、細田悦子、樋口周人、舩津康平、立石清一郎、永田昌子. SanRISE

Study: 治療と仕事の両立支援の効果指標の検討. 第 96 回日本産業衛生学会、2023 年 5 月宇都宮、口演発表（予定）

- 渡邊萌美、原田有理沙、石上紋、篠原弘恵、古江晃子、橋本博興、細田悦子、樋口周人、舩津康平、立石清一郎、永田昌子. SanRISE study: 労働機能障害を生じやすい疾患を治療中の労働者の特性. 第 96 回日本産業衛生学会、2023 年 5 月宇都宮、口演発表（予定）
- 古江晃子、原田有理沙、石上紋、篠原弘恵、渡邊萌美、橋本博興、細田悦子、樋口周人、舩津康平、立石清一郎、永田昌子. SanRISE Study: 治療と仕事の両立についての情報不足と精神的苦痛との関連. 第 96 回日本産業衛生学会、2023 年 5 月宇都宮、口演発表（予定）
- 橋本博興、原田有理沙、石上紋、篠原弘恵、古江晃子、渡邊萌美、細田悦子、樋口周人、舩津康平、立石清一郎、永田昌子. SanRISE Study: Study: 産業医科大学病院における治療と仕事の両立支援活動の患者満足度調査. 第 96 回日本産業衛生学会、2023 年 5 月宇都宮、口演発表（予定）
- 石上紋、原田有理沙、古江晃子、渡邊萌美、橋本博興、細田悦子、篠原弘恵、樋口周人、舩津康平、立石清一郎、永田昌子. SanRISE Study: 医療機関からの治療と仕事の両立支援と患者の困りごとの変化との関連. 第 96 回日本産業衛生学会、2023 年 5 月宇都宮、口演発表（予定）
- 細田悦子、原田有理沙、石上紋、篠原弘恵、古江晃子、渡邊萌美、橋本博興、樋口周人、舩津康平、立石清一郎、永田昌子. SanRISE Study: 治療と仕事の両立支援を受けたがん患者と困りごととの関連. 第 96 回日本産業衛生学会、2023 年 5 月宇都宮、口演発表（予定）



8. 原田有理沙、石上紋、古江晃子、篠原弘恵、大久保直紀、船田将史、永田昌子. 膠原病により長期療養となった新入社員における治療と仕事の両立支援の一例. 第 32 回日本産業衛生学会全国協議会、2022 年札幌、一般演題
9. 石上紋、原田有理沙、篠原弘恵、近藤貴子、田嶋裕子、瀬戸山航史. 就業配慮に関する労働者と職場の合意形成に寄与した医療機関からの両立支援の一例. 第 32 回日本産業衛生学会全国協議会、2022 年札幌、一般演題
10. 青山瑤子、金城泰幸、星野香、植田多恵子、栗田智子、原田有理沙、永田昌子、吉野潔、松田晋哉. 子宮体癌に対する腹腔鏡下手術後に、就労支援を受けて早期復職した症例. 第 32 回日本産業衛生学会全国協議会、2022 年札幌、一般演題
11. 金城泰幸、青山瑤子、遠山篤史、近藤恵美、柴田英治、細田悦子、原田有理沙、永田昌子、立石清一郎、吉野潔. 周産期領域の両立支援の現状と両立支援で復職が可能となった切迫早産の一例. 第 32 回日本産業衛生学会全国協議会、2022 年札幌、一般演題
12. 富崎一向、原田有理沙、永田昌子、細田悦子、藤本直浩. 泌尿器重複癌の治療による休業からの復職に両立支援が有効であった一例. 第 32 回日本産業衛生学会全国協議会、2022 年札幌、一般演題
13. 渡邊萌美、原田有理沙、篠原弘恵、石上紋、山本淳孝、中野良昭、佐藤甲一朗、永田昌子. 症候性てんかん患者の就業配慮の検討に主治医意見書が有効であった 1 症例. 第 32 回日本産業衛生学会全国協議会、2022 年札幌、一般演題
14. 古江晃子、原田有理沙、細田悦子、荻ノ沢泰司、立田穂那美、永田昌子. うっ血性心不全患者に対し心肺運動負荷試験 (CPX) での心機能評価を基に就業上の配慮を検討した一例. 第 32 回日本産業衛生学会全国協議会、2022 年札幌、一般演題
15. 永田昌子. 両立支援における協働 産業保健職への期待. 第 32 回日本産業衛生学会全国協議会、2022 年札幌、一般演題
16. 五十嵐侑、立石清一郎、原田有理沙、松岡朱理、澤島智子、川角美佳、森晃爾. 産業医が柔軟に変更できなかった COVID-19 対策とは何か・質的調査. 第 40 回産業医科大学学会、2022 年 10 月北九州、口演発表
17. 金城泰幸、遠山篤史、青山瑤子、栗田智子、細田悦子、原田有理沙、永田昌子、立石清一郎、吉野 潔. 産婦人科領域の両立支援を希望した患者の紹介元分析. 第 37 回日本女性医学会、2022 年 11 月米子、ポスター発表
18. 樋口周人、舩津康平、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
19. 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
20. 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
21. 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

表予定

22. 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
23. 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
24. 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
25. 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
26. 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
27. 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
28. 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

29. 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
30. 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
31. 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
32. 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
33. 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
34. 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

- 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
35. 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
36. 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
37. 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
38. 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り組み。第 94 回日本産業衛生学会、2021 年 5 月松本、口演発表
39. 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
40. 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
41. 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
42. 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
43. 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
44. 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
45. 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
46. 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践、第 27 回日本乳癌学会総会、2019 年 7 月東京
47. 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

48. 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 寛: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. Harada A, Tateishi S, Ishimaru T,  
Nagata M, Eguchi H, Tsuji M, Ikegami K,  
Matsugaki R, Fujino Y; CORoNaWork  
Project. Association Between Types of  
Chronic Disease and Receiving Workplace  
Accommodations: A Cross-Sectional Study  
of Japanese Workers. *J Occup Environ  
Med.* 2023 Feb 1;65(2):93-97. doi:  
10.1097/JOM.0000000000002723.
2. Igarashi Y, Tateishi S, Sawajima T,  
Kikuchi K, Kawasumi M, Matsuoka J,  
Harada A, Mori K. What is the role of  
occupational physicians in the  
workplace during the COVID-19 pandemic  
in Japan? A qualitative interview study.  
*BMC Health Serv Res.* 2022 Oct  
27;22(1):1294. doi: 10.1186/s12913-  
022-08659-y.
3. Inoue S, Tateishi S, Harada A,  
Oginosawa Y, Abe H, Saeki S, Tsukada J,  
Mori K. Qualitative study of barriers  
and facilitators encountered by  
individuals with physical diseases in  
returning and continuing to work. *BMC  
Health Serv Res.* 2022 Oct 4;22(1):1229.  
doi: 10.1186/s12913-022-08604-z.
4. 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 May 1;64(5):e279-e283. doi:  
10.1097/JOM.0000000000002500. Epub  
2022 Jan 25.
5. 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
6. 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
7. 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
8. 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

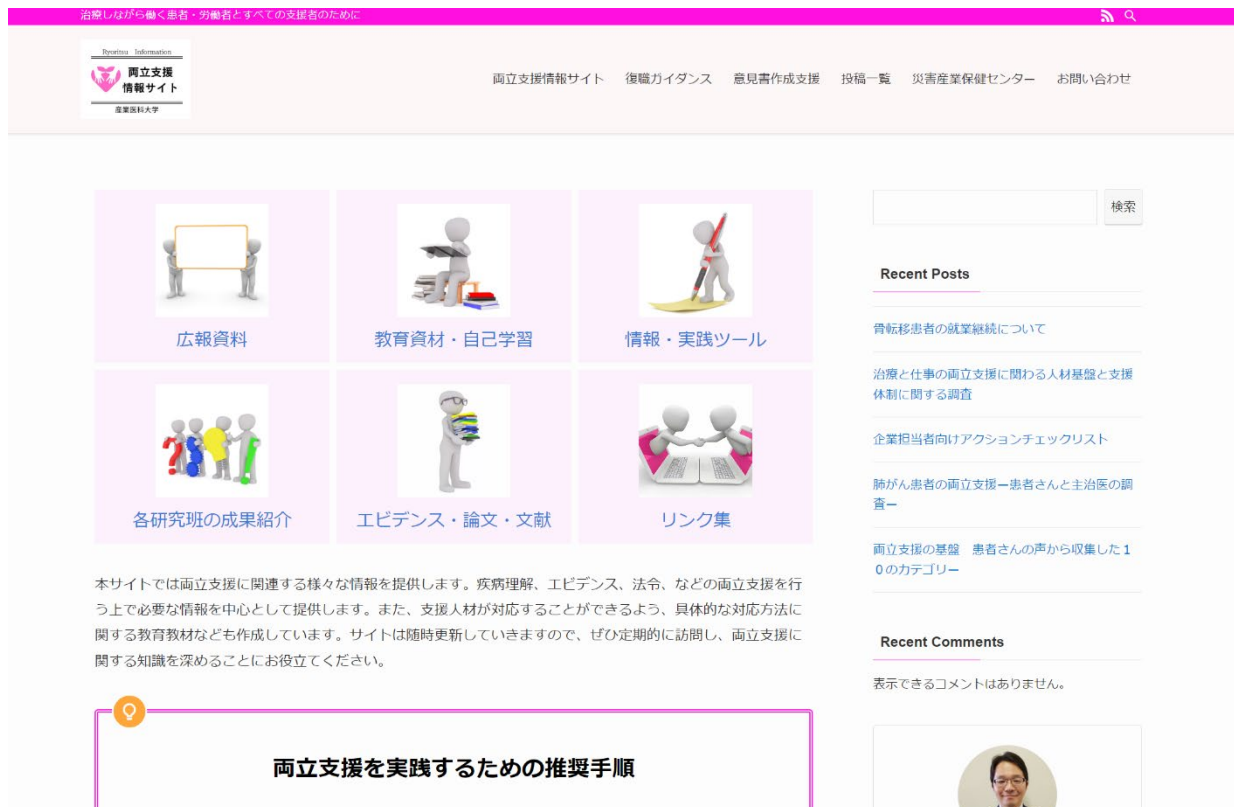
9. 原田有理沙、立石清一郎：産業医科大学における両立支援、消化器・肝臓内科 10(5):619-624、2021
10. 久米井伸介、渡邊龍之、芳川一郎、山内大夢、谷本彩、中村健太、村石純一、久米恵一郎、立石清一郎、原田大：炎症性腸疾患患者における両立支援、消化器・肝臓内科 10(5):583-589、2021
11. 蓑原里奈、小林祐一、古屋佑子、絹川千尋、廣里治奈、立石清一郎、渡邊聖二、森晃爾：治療と仕事の両立支援の手続きの中で産業医から主治医に提供された情報および助言内容の質的研究．産業衛生学雑誌 63(1):6-20、2021
12. 立石清一郎：病気の治療と仕事の両立支援－キャリア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
13. 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
14. 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
15. 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
16. 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
17. 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
18. 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
19. 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
20. 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
21. 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
22. 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

23. 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.
24. 井上堇、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
25. 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



令和4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4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**

**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:**

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、R3年度は研究12テーマが選定され、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。

## 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。

人材基盤については、その支援者の具体的スキルアップを狙って作成されている資料を抽出した。情報基盤については、両立支援を実践する上について必要な情報とし、包括的に情報を理解するような内容については情報基盤に含めることとした。

## C. 結果

スクリーニングの結果、R3で実施した12件に加え2件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以下に記す。

13. 厚労科研 立石班(20JA0601)『医療機関における治療と仕事の両立支援の推進に資する研究』（2020～2021）

### ○情報基盤

情報基盤については両立支援紹介（啓発）ツールとして、両立支援に関連する漫画が作成されていた。SLEと乳がんの事例をベースに医療機関での両立支援の流れについて主に診察室ベースでの対応と多職種連携の流れについて記

載されていた。

#### ○人材基盤

人材基盤として、医療従事者にとって①職場を理解できるための職場ビデオ、②両立支援診療事情が理解できる動画、③症状をベースに配慮を検討するためのシートである症状別配慮集、④症状別配慮集を使って実際の診療場面で意見書を作成するための動画、について公開されていた。

### 14. 厚労科研 立石班(19JA1004)

「中小企業等における治療と仕事の両立支援の取り組み促進のための研究」(2019～2021)

#### ○情報基盤

情報基盤として両立支援啓発ツールとして中小企業における両立支援のアニメが作成された。また、中小企業向けの研修動画と、中小企業が自ら考えてアクションを起こすためのツールである両立支援アクションチェックリストが作成された。

#### ○人材基盤

人材基盤として整理された内容は存在しなかった。

今年度調査対象になった研究について、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、両立支援を啓発するためのツール、組織を評価するためのツールが存在した。ツールの対象者は、職域と医療者であった。人材基盤については医療従事者の意見書作成能力を高めるための研修について作成されていた。意見書作成については、効果検証も行わ

れており一定の成果があると考えられた。

### D. 考察

情報基盤として、研究2テーマにより、新たに啓発ツールと組織開発のためのツールが存在していた。組織開発については、チェックリストではなくアクションチェックリストで作成されていることに新規性があると考えられた。現時点では両立支援は法的義務ではないことから、より推進したい企業に対しては使い勝手のより資料であると考えられる。一方で、網羅性がないことから、時に労働者にとって足りない制度設計になりうる可能性があるが、中小企業の課題解決のために作成された研究班の成果物であるため妥当であると考えられた。また、両立支援の啓発資料はすでに昨年の検討からもたくさん存在していることが判明している。むしろ、今後は新たな啓発資材を作成するよりも、存在している啓発資材をどのようにに活用していくかについて議論することが適切であると考えられる。

人材基盤については、両立支援の配慮を検討するための資材が作成されていた。当事者が治療と仕事の両立支援を達成するためには、①自身の生活基盤を形成すること(自助)、②就労継続をするために企業に配慮を要請すること、の2段階である。1段階目については通常、臨床的アプローチであり、2段階目は産業保健的アプローチである。これらが理解しやすいように整理することが必要であると考えられる。

### E. 結論

昨年度の検討も加えると厚労科研の研究は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. 永田昌子、原田有理沙、石上紋、篠原弘恵、古江晃子、渡邊萌美、橋本博興、細田悦子、樋口周人、舩津康平、立石清一郎. SanRISE Study: 治療と仕事を両立している人に対する職場での配慮に与える影響～医療機関からの意見書の影響～. 第96回日本産業衛生学会、2023年5月宇都宮、口演発表（予定）
2. 原田有理沙、石上紋、篠原弘恵、古江晃子、渡邊萌美、橋本博興、細田悦子、樋口周人、舩津康平、立石清一郎、永田昌子. SanRISE Study: 治療と仕事の両立支援の効果指標の検討. 第96回日本産業衛生学会、2023年5月宇都宮、口演発表（予定）
3. 渡邊萌美、原田有理沙、石上紋、篠原弘恵、古江晃子、橋本博興、細田悦子、樋口周人、舩津康平、立石清一郎、永田昌子. SanRISE study: 労働機能障害を生じやすい疾患を治療中の労働者の特性. 第96回日本産業衛生学会、2023年5月宇都宮、口演発表（予定）
4. 古江晃子、原田有理沙、石上紋、篠原弘恵、渡邊萌美、橋本博興、細田悦子、樋口周人、舩津康平、立石清一郎、永田昌子. SanRISE Study: 治療と仕事の両立についての情報不足と精神的苦痛との関連. 第96回日本産業衛生学会、2023年5月宇都宮、口演発表（予定）
5. 橋本博興、原田有理沙、石上紋、篠原弘恵、古江晃子、渡邊萌美、細田悦子、樋口周人、舩津康平、立石清一郎、永田昌子. SanRISE Study: 産業医科大学病院における治療と仕事の両立支援活動の患者満足度調査. 第96回日本産業衛生学会、2023年5月宇都宮、口演発表（予定）
6. 石上紋、原田有理沙、古江晃子、渡邊萌美、橋本博興、細田悦子、篠原弘恵、樋口周人、舩津康平、立石清一郎、永田昌子. SanRISE Study: 医療機関からの治療と仕事の両立支援と患者の困りごとの変化との関連. 第96回日本産業衛生学会、2023年5月宇都宮、口演発表（予定）
7. 細田悦子、原田有理沙、石上紋、篠原弘恵、古江晃子、渡邊萌美、橋本博興、樋口周人、舩津康平、立石清一郎、永田昌子. SanRISE Study: 治療と仕事の両立支援を受けたがん患者と困りごととの関連. 第96回日本産業衛生学会、2023年5月宇都宮、口演発表（予定）
8. 原田有理沙、石上紋、古江晃子、篠原弘恵、大久保直紀、船田将史、永田昌子. 膠原病により長期療養となった新入社員における治療と仕事の両立支援の一例. 第32回日本産業衛生学会全国協議会、2022年札幌、一般演題
9. 石上紋、原田有理沙、篠原弘恵、近藤貴子、田嶋裕子、瀬戸山航史. 就業配慮に関する労働者と職場の合意形成に寄与した医療機関からの両立支援の一例. 第32回日本産業衛生学会全国協議会、2022年札幌、一般演題
10. 青山瑤子、金城泰幸、星野香、植田多恵子、栗田智子、原田有理沙、永田昌子、吉野潔、松田晋哉. 子宮体癌に対する腹腔鏡下手術後に、就労支援を受けて早期復職した症例. 第32回日本産業衛生学会全国協

議会、2022 年札幌、一般演題

11. 金城泰幸、青山瑤子、遠山篤史、近藤恵美、柴田英治、細田悦子、原田有理沙、永田昌子、立石清一郎、吉野潔. 周産期領域の両立支援の現状と両立支援で復職が可能となった切迫早産の一例. 第 32 回日本産業衛生学会全国協議会、2022 年札幌、一般演題
12. 富崎一向、原田有理沙、永田昌子、細田悦子、藤本直浩. 泌尿器重複癌の治療による休業からの復職に両立支援が有効であった一例. 第 32 回日本産業衛生学会全国協議会、2022 年札幌、一般演題
13. 渡邊萌美、原田有理沙、篠原弘恵、石上紋、山本淳孝、中野良昭、佐藤甲一朗、永田昌子. 症候性てんかん患者の就業配慮の検討に主治医意見書が有効であった 1 症例. 第 32 回日本産業衛生学会全国協議会、2022 年札幌、一般演題
14. 古江晃子、原田有理沙、細田悦子、荻ノ沢泰司、立田穂那美、永田昌子. うっ血性心不全患者に対し心肺運動負荷試験 (CPX) での心機能評価を基に就業上の配慮を検討した一例. 第 32 回日本産業衛生学会全国協議会、2022 年札幌、一般演題
15. 永田昌子. 両立支援における協働 産業保健職への期待. 第 32 回日本産業衛生学会全国協議会、2022 年札幌、一般演題
16. 五十嵐侑、立石清一郎、原田有理沙、松岡朱理、澤島智子、川角美佳、森晃爾. 産業医が柔軟に変更できなかった COVID-19 対策とは何か・質的調査. 第 40 回産業医科大学学会、2022 年 10 月北九州、口演発表
17. 金城泰幸、遠山篤史、青山瑤子、栗田智子、細田悦子、原田有理沙、永田昌子、立石清一郎、吉野 潔. 産婦人科領域の両立支援を希望した患者の紹介元分析. 第 37 回日本女性医学会、2022 年 11 月米子、ポスタ

一発表

18. 樋口周人、舩津康平、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、ポスター発表
19. 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、ポスター発表
20. 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 5 月高知、ポスター発表
21. 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 5 月高知、ポスター発表
22. 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 5 月高知、ポスター発表
23. 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 5 月高知、口演発表
24. 五十嵐侑、立石清一郎、原田有理沙、日野亜弥子、辻真弓、大神明、森晃爾、松垣

- 竜太郎、藤野善久. CORoNaWork : 体調不良を抱える労働者への配慮と労働機能障害との関連. 第 95 回日本産業衛生学会、2022 年 5 月高知、口演発表
25. 五十嵐侑、立石清一郎、松岡朱理、澤島智子、川角美佳、菊池広大、原田有理沙、森晃爾. COVID-19 流行における産業医の役割 COVID-19 への対応インタビュー調査を踏まえ. 第 39 回産業医科大学学会、2021 年 10 月北九州、口演発表
26. 菊池広大、五十嵐侑、澤島智子、松岡朱理、川角美佳、原田有理沙、立石清一郎、森晃爾. ウィズコロナ時代の産業保健 新興感染症流行における産業医の役割 COVID-19 への対応インタビュー調査を踏まえて. 第 75 回日本交通医学会総会、2021 年 9 月オンライン開催、シンポジウム
27. 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
28. 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
29. 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
30. 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
31. 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
32. 近藤貴子、立石清一郎、井上俊介、細田悦子、篠原弘恵. 日常生活に戻りたい 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
33. 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
34. 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り組み. 第 107 回日本消化器病学会、2021 年 4 月東京、ミニオーラル
35. 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
36. 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
37. 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

38. 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
39. 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
40. 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
41. 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り組み．第94回日本産業衛生学会、2021年5月松本、口演発表

## H. 論文業績

1. Harada A, Tateishi S, Ishimaru T, Nagata M, Eguchi H, Tsuji M, Ikegami K, Matsugaki R, Fujino Y; CORoNaWork Project. Association Between Types of Chronic Disease and Receiving Workplace Accommodations: A Cross-Sectional Study of Japanese Workers. *J Occup Environ Med.* 2023 Feb 1;65(2):93-97. doi: 10.1097/JOM.0000000000002723.
2. Igarashi Y, Tateishi S, Sawajima T, Kikuchi K, Kawasumi M, Matsuoka J, Harada A, Mori K. What is the role of occupational physicians in the workplace during the COVID-19 pandemic in Japan? A qualitative interview study. *BMC Health Serv Res.* 2022 Oct 27;22(1):1294. doi: 10.1186/s12913-022-08659-y.
3. Inoue S, Tateishi S, Harada A, Oginosawa Y, Abe H, Saeki S, Tsukada J, Mori K. Qualitative study of barriers and facilitators encountered by individuals with physical diseases in returning and continuing to work. *BMC Health Serv Res.* 2022 Oct 4;22(1):1229. doi: 10.1186/s12913-022-08604-z.
4. 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 May 1;64(5):e279-e283. doi: 10.1097/JOM.0000000000002500.
5. 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
6. 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
  7. 立石清一郎、原田有理沙：両立支援の実際ーがん「医療機関における治療と仕事の両立支援・4」、総合リハビリテーション 49 巻 11 号、1087-1093、2021
  8. 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
  9. 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
  10. 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
  11. 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
  12. 立石清一郎：病気の治療と仕事の両立支援ーキャリアをあきらめないためにー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
- I. 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



表13. 厚労科研 立石班(20JA0601)『医療機関における治療と仕事の両立支援の推進に資する研究』（2020～2021）

大カテゴリー	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
支援者向けツール	医療従事者	医療機関	職場ビデオ（映像コンテンツ）	動画教材	立石班 意見書研修	医療従事者が職場で働く労働者がどのような職業性のストレスやリスクにさらされているか、について紹介している。現在プラントオペレーター、鉄鋼業、などが公開されており順次拡大予定	13.1	産業医科大学両立支援科学YouTubeチャンネル	<a href="https://www.youtube.com/playlist?list=PLGMS8EnkL4iseCmJ9g4Gq4eEQrDG3dTy6">https://www.youtube.com/playlist?list=PLGMS8EnkL4iseCmJ9g4Gq4eEQrDG3dTy6</a>
支援者向けツール	医療従事者	医療機関	両立支援診察動画（映像コンテンツ）	動画教材	立石班 意見書研修	医師が両立支援の診察を行っている場面の映像。情報の聴き取り方、患者への共感の示し方などを学ぶことができる。良好診察と、NG診察が収録されている。	13.2	産業医科大学両立支援科学YouTubeチャンネル	<a href="https://www.youtube.com/playlist?list=PLGMS8EnkL4ivCuzbzFI38zqVgCPid9fno">https://www.youtube.com/playlist?list=PLGMS8EnkL4ivCuzbzFI38zqVgCPid9fno</a>
支援者向けツール	医療従事者	医療機関	症状別配慮集	ツール	立石班 意見書研修	臨床医が症状をベースに配慮を検討することができるツール。エクセル等で構成されている。配慮を安全配慮とReasonable accommodationに分けて対応している。	13.3	両立支援意見書作成支援サイト	<a href="https://www.ryoritsu.dohcuoeh.com/shojohairyo/">https://www.ryoritsu.dohcuoeh.com/shojohairyo/</a>
支援者向けツール	医療従事者	医療機関	症状別配慮集をベースとした意見書作成のイーラーニング	動画教材	立石班 意見書研修	症状別配慮集をベースとしてStep by Stepで両立支援の主治医の意見書を作成することができるよう教育設計されている。14本の解説および動画で構成されている。	13.4	両立支援意見書作成支援サイト	<a href="https://www.ryoritsu.dohcuoeh.com/shojohairyo-jikogakushu/">https://www.ryoritsu.dohcuoeh.com/shojohairyo-jikogakushu/</a>
両立支援紹介ツール	医療従事者	医療機関	両立支援漫画	ツール	立石班 意見書研修	医療機関で実践する両立支援について、主に医師の立場から、多職種でのかかわり方も含めて実際の流れを理解することができる。	13.5	両立支援意見書作成サイト	<a href="https://www.ryoritsu.dohcuoeh.com/shojohairyo-jikogakushu/">https://www.ryoritsu.dohcuoeh.com/shojohairyo-jikogakushu/</a>

14. 厚労科研 立石班(19JA1004)「中小企業等における治療と仕事の両立支援の取り組み促進のための研究」(2019～2021)

大カテゴリー	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
組織評価ツール	企業担当者	職域	両立支援アクション チェックリスト	アクションチェッ クリスト	立石班 中小企業	両立支援は法的義務でないことから、事業者にとっては何をどこまで備えておくことが悩ましいという意見を受けて作成された資料。チェックリストのように組織の両立支援達成度を示すようなものではなく、組織においてどの項目を伸ばしていくか、考えていくための資材。	14.1		<a href="https://www.ryoritsu.dohcuoeh.c&lt;br/&gt;om/%e4%b8%ad%e5%b0%8f%e4&lt;br/&gt;%bc%81%e6%a5%ad%e3%81%ae&lt;br/&gt;%e7%94%a3%e6%a5%ad%e4%bf&lt;br/&gt;%9d%e5%81%a5%e3%81%ab%e9&lt;br/&gt;%96%a2%e3%81%99%e3%82%8b&lt;br/&gt;%e7%a0%94%e7%a9%b6%ef%bc&lt;br/&gt;%88%e7%ab%8b%e7%9f%b3%e7&lt;br/&gt;%8f%ad%ef%bc%89/">https://www.ryoritsu.dohcuoeh.c om/%e4%b8%ad%e5%b0%8f%e4 %bc%81%e6%a5%ad%e3%81%ae %e7%94%a3%e6%a5%ad%e4%bf %9d%e5%81%a5%e3%81%ab%e9 %96%a2%e3%81%99%e3%82%8b %e7%a0%94%e7%a9%b6%ef%bc %88%e7%ab%8b%e7%9f%b3%e7 %8f%ad%ef%bc%89/</a>
両立支援紹介ツール	企業担当者	職域	中小企業の両立支援ア ニメーション	動画	立石班 中小企業	中小企業における両立支援は専門職が不在であることから、担当者の思い込みで良かれと思い対応することが本人にとってデメリットになる可能性について言及し、本人の希望ベースの両立支援を実践すること、企業側の無理のない範囲での配慮を提供することの意義について解説している。	14.2	産業医科大学両立支援科学YouTubeチャ ネル	<a href="https://youtu.be/lcYovuclaXA">https://youtu.be/lcYovuclaXA</a>
両立支援紹介ツール	企業担当者	職域	両立支援 概論 中小 企業向け研修	動画	立石班 中小企業	両立支援の概論についてガイドラインベースで解説している。ベースとなった資料は、中小企業向け両立支援研修を実施し、一定の効果があつたものをイーラーニング教材に転化している。	14.3	産業医科大学両立支援科学YouTubeチャ ネル	<a href="https://youtu.be/MZDvQwiQFGc">https://youtu.be/MZDvQwiQFGc</a>

令和4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4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】本研究の目的は、国外における治療と仕事の両立支援について、情報基盤を整理することである。令和3年度には、アメリカおよびイギリスにおける現状について調査を実施した。令和4年度では、アメリカおよびイギリスにおける治療と仕事の両立支援に関する情報のアップデート、その他の欧米諸国における治療と仕事の両立支援に関する情報の収集を実施した。

【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】アメリカでは、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。ガイドラインの疾患リストはアップデートされており、Long COVID に関するものがあつた。英国では、これまで一般臨床医が中心となって発行していたフィットノートを、2022年7月以降、看護師、作業療法士、薬剤師、理学療法士が発行可能となった。その他の国では、国家レベルの制度として定着した、明らかな制度はみられなかった。我が国では、他国と比べて労働者の治療と仕事の両立支援に関する制度は比較的進んでいると考えられたが、制度の活用が十分でない現状がある。米国や英国から学び、疾患ごとに職場で支援を提供する情報基盤や、医師以外の医療専門職も参加可能なシステムの構築が必要だと考えられた。将来、日本の高齢化と外国人労働者増加に伴い、病気を持ちながら働く労働者が増加することが見込まれるため、治療と仕事の両立支援の重要性が高まり、既存の制度を拡充する取り組みが必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. 背景と目的

本研究の目的は、国外における治療と仕事の両立支援について、情報基盤を整理することである。令和3年度には、アメリカおよびイギリスにおける現状について調査を実施した。

米国では、障害者差別禁止法である Americans with Disabilities Act (ADA) が 1990 年に制定され、障害者への合理的配慮や両立支援がなされている。2008 年には、ADA Amendments Act (ADAAA) で障害の定義が拡大され、身体的または精神的な impairment があることが要件となった。一方で、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。米国の労働省により、ADA 順守についての情報提供機関である Job Accommodation Network (JAN) が設立され、Accommodation and Compliance Series by Disability が公開されている。それぞれのガイドは、障害の制限性質、職務遂行への影響、適正配置、職場で可能な対応策やリソース、従業員との対話、対応策の評価や追加、監督者のトレーニングなどを考慮して整理されている。非医療職である事業主や企業の担当者がこれらのガイドを参考にして、就業配慮を行う方針が現状である。

英国では、健康問題で休業している労働者に対して、一般開業医 (General Practitioner, GP) が発行する「フィットノート」があり、適切な配慮をすれば休業をする必要がない場合に復職が可能とされる。事業場に産業医がいる場合は、フィットノートの内容が確認され

て就業上の配慮が決定されるが、産業医が不在の場合は GP が提供する産業保健サービスが利用される。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は事業者には課せられていないが、雇用主と労働者で判断することが重要とされている。

以上の背景から、令和4年度では、①アメリカおよびイギリスにおける治療と仕事の両立支援に関する情報のアップデート、②その他の欧米諸国における治療と仕事の両立支援に関する情報の収集を実施した。

## 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>

- その他欧米諸国については、各行政等ホームページ

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) 米国の情報アップデート

JAN が提供する Accommodation and Compliance Series by Disability の疾患リストは、令和 5 年 3 月時点で 100 疾患となっており、令和 3 年度調査時から 4 疾患追加となり、以下の通りである。

◆ Accommodation and Compliance Series by Disability ガイドの疾患(追加されたもののみ抜粋)

- Allergies
- : Chronic Fatigue Syndrome
- Postural Orthostatic Tachycardia Syndrome (POTS)
- Long COVID

上記の通り、ガイドが追加されるとともに、新たに重要な(有病率が高い)疾患について追加されている現状が推測された。

例として、Long COVID ガイドの、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のうち、④職場で可能な対応策やリソースについて、下記に示す。この結果から分かる通り、職場において非医療職がチェックリスト的に使用することによって、疾病に罹患する労働者に対して、就業上の配慮を検討するような内容になっている。

◆Long COVID ガイド:職場で可能な対応策やリソース(抜粋)

息切れや呼吸困難

- 代替マスクの提供
- 適切なタイミングでマスクの取り外しを許可する
- 身体的な負担を軽減する
- 休憩時間を確保する
- 職場のトリガーを減らす
- ネブライザーや吸入器の使用など、医療行為のための時間を確保する
- 限界的な職務を取り除くために職務を再構築する
- 急な増悪に対応するための行動計画を立てる
- テレワークを許可する
- 治療のための休暇を許可する

疲れやすい、倦怠感がある

- 休憩時間を確保する
- 人間工学に基づいたワークステーションを提供する
- フレキシブルなスケジュールを可能にする
- 限界的な職務を取り除くために職務を再構築する
- テレワークを許可する

思考や集中力が低下する(「ブレインフォグ」と呼ばれる)

- 静かなワークスペースを提供する
- ノイズキャンセリングやホワイトノイズを使用できるようにする
- 中断されない作業時間を提供する
- フローチャートやチェックリストなどの

記憶補助ツールを提供する

- 集中力、記憶力、整理整頓のためのアプリの利用を許可する
- 休憩時間を確保する
- 本質的な職務に集中できるように、限界的な機能を取り除くために職務を再編成する
- テレワークを許可する

うつ病や不安症

- フレキシブルなスケジュールを可能にする
- 休憩時間を確保する
- 症状を管理するための休憩所やプライベートな空間を提供する
- サポートアニマルを許可する
- サポート要員を許可する
- 職場の誘因を特定し、軽減する
- 治療のための休暇を許可する

不眠症

- すぐに昼寝ができるように休憩時間を確保する
- フレキシブルなスケジュールを可能にする
- ワークステーションの温度は低めに保つ
- ワークステーションに冷たい飲み物を置くことを許可する
- テレワークを許可する

心臓の鼓動が速い、またはドキドキする  
(動悸と呼ばれる)

- 休憩時間を確保する
- ワークステーションの温度管理
- 人間工学に基づいたワークステー

ションを提供する

- ワークステーションでの飲み物を許可する
- 突然の増悪に対応するための行動計画を立てる
- テレワークを許可する
- 治療のための休暇を許可する

関節や筋肉の痛み

- 休憩時間を確保する
- 身体的な負担を軽減する
- 人間工学に基づいたワークステーションを提供する
- フレキシブルなスケジュールを可能にする
- 限界的な職務を取り除くために職務を再構築する
- テレワークを許可する
- 治療のための休暇を許可する

頭痛

- 職場のトリガーを減らす
- 代替照明を用意する
- グレア(眩しさ)を抑える
- フレキシブルなスケジュールを可能にする
- テレワークを許可する

なお、実際の活用度については、文献調査の性質から、情報収集することはできなかった。

## 2) 英国における両立支援

英国における治療と仕事の両立支援の制度については、R3 報告書および背景に示した通りである。

新たな情報として、2022 年 7 月から、Fit note の発行者を、医師に加えて、看護師、作業療法士、薬剤師、理学療法士が発行可能となった。その際のキーマッセージとして、下記の注意事項が述べられている。

- 患者が仕事に適しているかどうかの評価は、患者の仕事に対する適性全般に関するもので、職務に特化したものではないこと。
- 患者の仕事への適性が健康状態によって損なわれていないと評価した場合、患者さんは仕事に適しており、フィットノートは必要ないこと。
- 患者がどのような仕事にも適さないとアドバイスする前に、患者が何らかの仕事をすることができるかどうかを常に考えること。労働に適さないことを伝える際には、仕事をしないことによる長期的な健康リスクを考慮すること。
- フィットノートを使って、患者の状態が仕事への適性全般に及ぼす機能的影響についてアドバイスすること。職場や労働衛生に関する専門的な知識を持つ必要はなく、患者の職場や仕事に対する可能な変更を提案する必要はないこと。
- 患者が仕事に適している可能性がある」と述べた場合、アドバイスに関連する職場復帰の欄にチェックを入れること。コメント欄には、さらに詳しい情報を記入すること。産業保健の専門的な知識を持っている場合、可能な適応についてさらに詳しく説明すること。
- GP の IT システムにアクセスできる場合は、フィットノートを完成させてデジ

タルで送信したり、コピーを印刷して患者に手渡したりすること。必要であれば、事務用フィットノートのパッドやシートは専門の注文サイトを通じて注文することができること。

- 国民健康サービス法の下で一次医療サービスを提供する医療従事者は、社会保障法の下で、臨床的ケアを提供する患者に対してフィットノート(就労適性証明書)を無償で発行することが義務付けられていること。

上記の注意事項以外にも、医師以外の医療職が発行する際のマニュアルが示されている。なお、フィットノート発行における具体的なコメント欄の記載を調査した結果、精神疾患に関しては、6 割程度に留まっている現状が示されていた。

### 3)その他の国における両立支援

我が国のように、産業保健活動が比較的整っていると考えられた欧米諸国(フランス、オランダ、ベルギー、カナダ)に関して、治療と仕事の両立支援制度に関する文献調査を行ったが、英国型のフィットノートを模範した様式の存在は、ウェブサイトベースではみられたものの、国家レベルの制度として定着した、明らかな基盤はみられなかった。それら諸国の“フィットノート”でも、我が国での医師の診断書の内容にとどまっていた。ただしフランスで紹介されていたものでは、就労不能率を数値で示すものがあつた。



**CERTIFICAT MEDICAL D'ARRET DE TRAVAIL**

Le médecin soussigné, certifie que la capacité de travail de

M. /Mme..... né(e)  
le.....

Est de 0% dès le..... jusqu'au.....

Est de ...% dès le..... jusqu'au.....

Est de 100% dès le.....

Maladie ☐ Accident ☐

..... le.....

Signature et timbre:

## D. 考察 及び E. 結論

米英およびその他の欧米諸国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、JAN を中心とした、疾患毎のガイドラインを提供する試みがなされている。英国では、既存のフィットノートの制度を、医師だけでなく非医師の医療職が発行できる制度の拡充がなされていた。その他の国では、国家レベルの治療と仕事の両立支援に関する制度は明らかではなかった。

我が国では、診療報酬制度に導入されるなど、国外と比較して労働者の治療に関する両立支援基盤は進んでいると考えられる。一方で、各種統計値から明らかのように、その制度の活用は十分になされていない現状がある。米国と英国から学ぶこととして、①職場において活用が容易な疾患ごとの両立支援の情報基盤を整備すること、②制度の活用を拡充させるために医師以外の医療専門職も参画可能なシステムを構築すること、が労働者の支援に重要であると考えられる。

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。

今後、日本人労働者の高齢化と、外国人労働者の増加が見込まれる我が国の産業構造において、疾病に罹患した労働者が増加していくことは明らかであり、限られた人的資源で産業を維持するためには、治療と仕事の両立支援の重要性はますます高まると考えられる。現存する制度を維持しつつ、活用しやすい内容に拡充していくことが望まれる。

## F. 引用・参考文献

1. Job Accommodation network (US) : <https://askjan.org/>
2. Fit note (UK) : <https://www.gov.uk/government/collections/fit-note>

## G. 学会発表

なし

## H. 論文業績

なし

## I. 知的所有権の取得状況

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

令和4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2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4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2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:**

【目的】現代医療の発展により、がんは長期的な慢性病となり、就労継続できる患者が増えている。日本ではがん患者への就労支援がいち早く開始され、他疾患に先駆けて研究も進んでいる。本研究では、がんにおける治療と仕事の両立支援についての情報基盤を整備することを目的とし、文献調査を実施した。令和3年度の肺がん、脳腫瘍、大腸がんに加え、本年度はさらに5種類のがん各々について、体系的レビューを実施した。また、がんにおいて両立支援となりうる支援や介入について探索的レビューを行った。

**【方法】**

I. 各がんの体系的レビュー：頭頸部がん、肝がん、血液がん、乳がん、婦人科がんについて PubMed で英文文献を検索及び選別し、エビデンステーブルを作成した。

II. 支援の探索的レビュー：がんにおいて両立支援となりうる支援や介入について PubMed で英文文献を検索及び精読し、エビデンステーブルを作成した。

【結果・考察】本レビューによって、各がん種における介入研究の情報が整理された。しかしながら、各支援の有効性に関するエビデンスは未だ不足しているため、今後の知見蓄積が望まれる。がんにおける治療と仕事の両立支援は、1. 個別課題の明確化支援 Support for clarifying personal problems、2. 情報支援 Informational support、3. 感情支援 Emotional support、4. 職場適合支援 Assistance with fitting into a job、5. 実践的支援 Instrumental support の5種類の支援に分類されることが明らかになった。

【結論】本レビューによって、各がん種における介入研究の情報が整理された。今後は、包括的な取り組みによって、がんにおける5種類の両立支援が網羅的に提供されることが望まれる。

**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）
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）
村上 武史	（産業医科大学病院 リハビリテーション部 理学療法士）
永田 昌子	（産業医科大学 医学部 両立支援科学 准教授）
橋本 博興	（産業医科大学 医学部 両立支援科学 修練医）
渡邊 萌美	（産業医科大学病院 両立支援科 修練医）
古江 晃子	（産業医科大学病院 両立支援科 修練医）

## A. 目的

現代医療の発展によって、平均寿命は延び、がんは長く付き合う慢性疾患となった。日本人の 2 人に 1 人は生涯でがん罹患しており、がんの治療を続けながら就労する人が増えている。本邦におけるがん患者への就労支援は、平成 19 年の国内調査からスタートし、平成 22 年度以降がんと就労に関する研究班が複数立ち上がった。このように、がんは、治療と仕事の両立支援(以下、両立支援)がいち早く国家的に取り組みされてきた疾患と言える。しかし、その支援の有効性については、がん種の多様性もあり、未だエビデンスが不十分な状況である。

本研究では、がんにおける治療と仕事の両立支援についての情報基盤を整備することを目的に、文献調査を実施した。令和 3 年度は、肺がん・脳腫瘍・乳がん・大腸がんにおける有効な両立支援を明らかにすべく、英文文献を対象とした体系的レビューを実施した。令和 4 年度は、頭頸部がん・肝がん・血液がん・乳がん・婦人科がんについても同様のレビューを追加実施した。

さらに、「がんにおいてどのような支援や介入が両立支援となりうるのか」というリサーチクエスションに答えるため、英文文献を対象とし探索的に調査した。

## B. 方法

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。

### I. 各がんの体系的レビュー

#### 1) 検索式・検索日・選別

##### a. 頭頸部がん：

((Head and Neck Neoplasms) OR (head) OR (neck) OR (esophagea) OR (facial) OR (mouth) OR (tongue) OR (otorhinolaryngologic) OR (laryngeal) OR (pharyngea) OR (thyroid) OR (tracheal) 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))

- ・ 検索日：2022 年 3 月 25 日
- ・ 検索式でヒット 1125 件、タイトル・要約全文での選別で、最終的に 15 件に絞った。

#### b. 肝がん：

((Liver Neoplasms) OR (liver) OR (hepatic) OR (hepatocellular) (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))

- ・ 検索日：2023 年 1 月 1 日
- ・ 検索式でヒット 469 件、タイトル・要約全文での選別で、最終的に 1 件に絞った。

#### c. 血液がん：

((Hematologic Neoplasms) OR (Leukemia) OR (Lymphoma) OR (leukemia\*) OR (leucocythemia\*) OR (leucocythaem\*) OR (lymphoma\*) OR (germinoblast\*) (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))

- ・ 検索日：2022 年 1 月 2 日
- ・ 検索式でヒット 1199 件、タイトル・要約全文での選別で、最終的に 19 件に絞った。

#### d. 乳がん：

((Breast Neoplasms) OR (breast) OR (mammary) (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))

- ・ 検索日：2023年1月2日
- ・ 検索式でヒット1907件、タイトル・要約全文での選別で、最終的に16件に絞った。

#### e. 婦人科がん：

((Genital Neoplasms, Female) OR (gynecologic\*) OR (gynaecologic\*) OR (ovarian) OR (fallopian tube) OR

(uterine) OR (cervical) OR (endometrial) OR (vulvar) OR (vaginal) 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))

- ・ 検索日：2022年1月3日
- ・ 検索式でヒット865件、タイトル・要約全文での選別で、最終的に8件に絞った。

#### 2) 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

### 3) 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

## II. 支援の探索的レビュー

### 1) 検索式:

検索語は、「がんを表すワード」・「就労に関するワード」・「両立支援におけるキーワード」を組み合わせて作成した。

((Neoplasms[mh] OR Cancer survivors[mh]) OR (cancer\*[tiab] OR tumor\*[tiab] OR tumour\*[tiab] OR neoplasm\*[tiab] OR carcinoma[tiab]))

AND

((Employment[mh:noexp] OR Occupations[mh] OR Occupational Groups[mh:noexp] OR Work[mh:noexp] OR Workplace[mh] OR "Return to Work"[mh]) OR (employment[tiab] OR occupation[tiab] OR occupations[tiab] OR employee\*[tiab] OR workplace[tiab] OR "return to work"[tiab] OR "back to work"[tiab]))

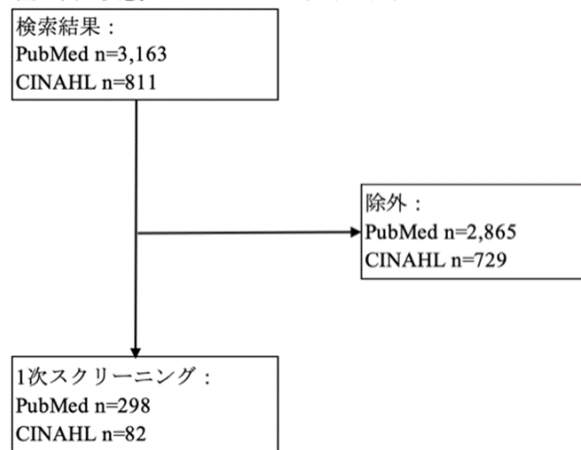
AND

("Decision Making, Shared"[mh] OR "Patient Education as Topic"[mh] OR "Patient Participation"[mh] OR "Cognitive Behavioral Therapy"[mh] OR "Rehabilitation, Vocational"[mh] OR "Physician-Patient Relations"[mh] OR "shared decision making"[tiab] OR "patient education"[tiab] OR "patient participation"[tiab] OR "cognitive behavioral therapy"[tiab] OR "acceptance and commitment therapy"[tiab] OR "risk communication"[tiab] OR assertiveness[tiab] OR "work goal"[tiab] OR readiness[tiab] OR "work ability"[tiab] OR "ability to work"[tiab])

2) 検索日: 2022年10月4日

3) 検索式でヒット3163件、タイトルでの選別で380件に絞った。

図. 両立支援レビュー フローダイアグラム



4) 包含基準：

- ・ 就労継続を阻害しているがん患者側の要因について記載がある。
- ・ 就労継続をする上で必要な上記に該当する両立支援について記載がある。
- ・ 研究対象に 18 歳以上、60 歳未満（労働年齢）を含む文献である。

5) 除外基準：

- ・ Abstract の記載がない文献である。
- ・ レター等の一般的な論文の体裁の整っていない文献である。
- ・ レビュー論文である。
- ・ AYA 世代のがん等、元々就労能力を獲得できていない患者にアプローチした論文である。
- ・ 年齢や性別、人種、病期など単に復職や仕事の継続に及ぼす要素についての論文である。レター等の一般的な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

## C. 結果

### I. 各がんの介入レビュー

#### a. 頭頸部がん

頭頸部がんのエビデンステーブルについて、添付 1 に示す。

#### b. 肝がん

肝がんのエビデンステーブルについて、添付 2 に示す。

#### c. 血液がん

血液がんのエビデンステーブルについて、添付 3 に示す。

#### d. 乳がん

乳がんのエビデンステーブルについて、添付 4 に示す。

#### e. 婦人科がん

婦人科がんのエビデンステーブルについて、添付 5 に示す。

## II. 支援の探索

がんにおける治療と仕事の両立支援となりうる支援として、以下の 5 種類に分類整理された。

### 1. 個別課題の明確化支援

Support for clarifying personal problems

(方法)

- ・ 問診票、質問紙
- ・ 面接、対話

### 2. 情報支援 Informational support

(方法)

- ・ 対面での質問への回答、提案
- ・ 情報資料の提供（配布資料、パンフレット、小冊子）

(情報の種類)

- ・ がん・治療に関する情報
- ・ 経済的支援や給付の情報



- 仕事に関する助言や指導：  
（職場の人とのコミュニケーション、仕事タスクの要求と調整、休暇の取り方）

### 3. 感情支援 Emotional support

（内容）

- 一般的な感情サポート
- つながり
- メンタルヘルスサポート（うつスクリーニング、専門家への紹介）

### 4. 職場適合支援

Assistance with fitting into a job

（内容）

- 医学的な職務適性評価
- 職業リハビリテーション
- 投薬管理、疼痛管理、栄養管理
- 仕事を鑑みた治療選択
- 職場配慮

### 5. 実践的支援 Instrumental support

（内容）

- 統合サービス
- 支援機関・サービスへの紹介
- 医療機関と事業場とのやりとり
- 施設間のやりとり

## D. 考察

### I. 各がんの介入レビュー

本レビューによって、各がん種におけ

る介入研究の情報が整理された。しかし、各支援の有効性に関するエビデンスは未だ不足しているため、今後の知見蓄積が望まれる。

## II. 支援の探索

今回の研究により、がんにおける治療と仕事の両立支援が、以下の 5 種類に分類整理されることが明らかになった。

### 1. 個別課題の明確化支援

Support for clarifying personal problems

### 2. 情報支援 Informational support

### 3. 感情支援 Emotional support

### 4. 職場適合支援

Assistance with fitting into a job

### 5. 実践的支援 Instrumental support

これは実務経験者の意見と一致していた。

両立支援は、行政、医療機関、事業場、支援機関の各々より包括的に行われるべきである。現在、医療機関からの両立支援としては、医療情報の提供や感情支援が主となっている。一方、事業場は最終的な職場適合支援を担っている。支援機関では、感情支援に加え、実践的支援の促進が求められている。本調査結果を踏まえ、各施設からの支援をより充実させていく必要があると考えられた。

また、支援者養成も間接的には実践的支援に含まれると考えられるが、今回の研究では患者への直接的な支援のみを対象としたため、支援者養成は本結果には

含まれていない。

今後は、包括的な取り組みによって、がんにおける 5 種類の両立支援が網羅的に提供されることが望まれる。

## E. 結論

本レビューによって、各がん種における介入研究の情報が整理された。今後は、包括的な取り組みによって、がんにおける 5 種類の両立支援が網羅的に提供されることが望まれる。

## F. 引用・参考文献

別紙参照

## G. 学会発表

1. 永田昌子、原田有理沙、石上紋、篠原弘恵、古江晃子、渡邊萌美、橋本博興、細田悦子、樋口周人、舩津康平、立石清一郎. SanRISE Study：治療と仕事を両立している人に対する職場での配慮に与える影響～医療機関からの意見書の影響～. 第 96 回日本産業衛生学会、2023 年 5 月宇都宮、口演発表（予定）
2. 原田有理沙、石上紋、篠原弘恵、古江晃子、渡邊萌美、橋本博興、細田悦子、樋口周人、舩津康平、立石清一郎、永田昌子. SanRISE Study：治療と仕事の両立支援の効果指標の検討. 第 96 回日本産業衛生学会、2023 年 5 月宇都宮、口演発表（予定）
3. 渡邊萌美、原田有理沙、石上紋、篠原弘恵、古江晃子、橋本博興、細田悦子、樋口周人、舩津康平、立石清一郎、永

田昌子. SanRISE study：労働機能障害を生じやすい疾患を治療中の労働者の特性. 第 96 回日本産業衛生学会、2023 年 5 月宇都宮、口演発表（予定）

4. 古江晃子、原田有理沙、石上紋、篠原弘恵、渡邊萌美、橋本博興、細田悦子、樋口周人、舩津康平、立石清一郎、永田昌子. SanRISE Study：治療と仕事の両立についての情報不足と精神的苦痛との関連. 第 96 回日本産業衛生学会、2023 年 5 月宇都宮、口演発表（予定）
5. 橋本博興、原田有理沙、石上紋、篠原弘恵、古江晃子、渡邊萌美、細田悦子、樋口周人、舩津康平、立石清一郎、永田昌子. SanRISE Study：産業医科大学病院における治療と仕事の両立支援活動の患者満足度調査. 第 96 回日本産業衛生学会、2023 年 5 月宇都宮、口演発表（予定）
6. 石上紋、原田有理沙、古江晃子、渡邊萌美、橋本博興、細田悦子、篠原弘恵、樋口周人、舩津康平、立石清一郎、永田昌子. SanRISE Study：医療機関からの治療と仕事の両立支援と患者の困りごとの変化との関連. 第 96 回日本産業衛生学会、2023 年 5 月宇都宮、口演発表（予定）
7. 細田悦子、原田有理沙、石上紋、篠原弘恵、古江晃子、渡邊萌美、橋本博興、樋口周人、舩津康平、立石清一郎、永田昌子. SanRISE Study：治療と仕事の両立支援を受けたがん患者と困りごととの関連. 第 96 回日本産業衛生学会、2023 年 5 月宇都宮、口演発表（予定）
8. 原田有理沙、石上紋、古江晃子、篠原弘恵、大久保直紀、船田将史、永田昌

- 子. 膠原病により長期療養となった新入社員における治療と仕事の両立支援の一例. 第32回日本産業衛生学会全国協議会、2022年札幌、一般演題
9. 石上紋、原田有理沙、篠原弘恵、近藤貴子、田嶋裕子、瀬戸山航史. 就業配慮に関する労働者と職場の合意形成に寄与した医療機関からの両立支援の一例. 第32回日本産業衛生学会全国協議会、2022年札幌、一般演題
  10. 青山瑤子、金城泰幸、星野香、植田多恵子、栗田智子、原田有理沙、永田昌子、吉野潔、松田晋哉. 子宮体癌に対する腹腔鏡下手術後に、就労支援を受けて早期復職した症例. 第32回日本産業衛生学会全国協議会、2022年札幌、一般演題
  11. 金城泰幸、青山瑤子、遠山篤史、近藤恵美、柴田英治、細田悦子、原田有理沙、永田昌子、立石清一郎、吉野潔. 周産期領域の両立支援の現状と両立支援で復職が可能となった切迫早産の一例. 第32回日本産業衛生学会全国協議会、2022年札幌、一般演題
  12. 富崎一向、原田有理沙、永田昌子、細田悦子、藤本直浩. 泌尿器重複癌の治療による休業からの復職に両立支援が有効であった一例. 第32回日本産業衛生学会全国協議会、2022年札幌、一般演題
  13. 渡邊萌美、原田有理沙、篠原弘恵、石上紋、山本淳孝、中野良昭、佐藤甲一朗、永田昌子. 症候性てんかん患者の就業配慮の検討に主治医意見書が有効であった1症例. 第32回日本産業衛生学会全国協議会、2022年札幌、一般演題
  14. 古江晃子、原田有理沙、細田悦子、荻ノ沢泰司、立田穂那美、永田昌子. うっ血性心不全患者に対し心肺運動負荷試験(CPX)での心機能評価を基に就業上の配慮を検討した一例. 第32回日本産業衛生学会全国協議会、2022年札幌、一般演題
  15. 永田昌子. 両立支援における協働 産業保健職への期待. 第32回日本産業衛生学会全国協議会、2022年札幌、一般演題
  16. 五十嵐侑、立石清一郎、原田有理沙、松岡朱理、澤島智子、川角美佳、森晃爾. 産業医が柔軟に変更できなかったCOVID-19対策とは何か・質的調査. 第40回産業医科大学学会、2022年10月北九州、口演発表
  17. 金城泰幸、遠山篤史、青山瑤子、栗田智子、細田悦子、原田有理沙、永田昌子、立石清一郎、吉野 潔. 産婦人科領域の両立支援を希望した患者の紹介元分析. 第37回日本女性医学会、2022年11月米子、ポスター発表
  18. 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、ポスター発表
  19. 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、ポスター発表
  20. 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5月高知、ポスター  
発表
21. 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5月高知、ポスター  
発表
  22. 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5月高知、ポ  
スター発表
  23. 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5月高知、口演発表
  24. 五十嵐侑、立石清一郎、原田有理  
沙、日野亜弥子、辻真弓、大神明、森  
晃爾、松垣竜太郎、藤野善久.  
CORoNaWork：体調不良を抱える労働者  
への配慮と労働機能障害との関連.  
第95回日本産業衛生学会、2022年5  
月高知、口演発表
  25. 五十嵐侑、立石清一郎、松岡朱理、  
澤島智子、川角美佳、菊池広大、原田  
有理沙、森晃爾. COVID-19 流行におけ  
る産業医の役割 COVID-19 への対応  
インタビュー調査を踏まえ. 第39回  
産業医科大学学会、2021年10月北九  
州、口演発表
  26. 菊池広大、五十嵐侑、澤島智子、  
松岡朱理、川角美佳、原田有理沙、立  
石清一郎、森晃爾. ウィズコロナ時代  
の産業保健 新興感染症流行におけ  
る産業医の役割 COVID-19 への対応  
インタビュー調査を踏まえて. 第75  
回日本交通医学会総会、2021年9月オ  
ンライン開催、シンポジウム
  27. 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
  28. 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
  29. 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
  30. 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
  31. 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
32. 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
  33. 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
  34. 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り組み. 第 107 回日本消化器病学会、2021 年 4 月東京、ミニオーラル
  35. 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
  36. 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
  37. 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
  38. 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
  39. 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
  40. 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
  41. 中藤麻紀、濱田学、橋本博興、加藤徳明、立石清一郎、佐伯寛. 脳卒中の両立支援における当院の両立支援科の取り組み. 第 94 回日本産業衛生学会、2021 年 5 月松本、口演発表

## H. 論文業績

1. Harada A, Tateishi S, Ishimaru T,

- Nagata M, Eguchi H, Tsuji M, Ikegami K, Matsugaki R, Fujino Y; CORoNaWork Project. Association Between Types of Chronic Disease and Receiving Workplace Accommodations: A Cross-Sectional Study of Japanese Workers. *J Occup Environ Med.* 2023 Feb 1;65(2):93-97. doi: 10.1097/JOM.0000000000002723.
2. Igarashi Y, Tateishi S, Sawajima T, Kikuchi K, Kawasumi M, Matsuoka J, Harada A, Mori K. What is the role of occupational physicians in the workplace during the COVID-19 pandemic in Japan? A qualitative interview study. *BMC Health Serv Res.* 2022 Oct 27;22(1):1294. doi: 10.1186/s12913-022-08659-y.
  3. Inoue S, Tateishi S, Harada A, Oginosawa Y, Abe H, Saeki S, Tsukada J, Mori K. Qualitative study of barriers and facilitators encountered by individuals with physical diseases in returning and continuing to work. *BMC Health Serv Res.* 2022 Oct 4;22(1):1229. doi: 10.1186/s12913-022-08604-z.
  4. 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 May 1;64(5):e279-e283. doi: 10.1097/JOM.0000000000002500.
  5. 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
  6. 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
  7. 立石清一郎、原田有理沙：両立支援の実際ーがん「医療機関における治療と仕事の両立支援・4」、総合リハビリテーション 49 巻 11 号、1087-1093、2021
  8. 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
  9. 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
  10. 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

11. 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
12. 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

**I. 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

添付1. 頭頸部がん																						
PMID	Author	Journal	Year	study design	Country	purpose / aim	I(E) group n	I(E) group Age (mean ±SD)	C group n	C group Age (mean ± SD)	place	population / patient / participant	Intervention / Exposure	control	primary outcome	secondary outcome	type of outcome	result	result 2	measurement	statistical analysis	summary
34285958	Grace L. Smith	Int J Particle Ther	2021	RCT	USA	中咽頭癌（OPC）患者を対象に、化学放射線療法（CRT）を強度変調陽子線治療（IMPT）と強度変調光子線治療（IMRT）にその効果を推定すること。	69	59.4(9.1)	78	58.7(9.1)	医療機関	2014-2018行われたstage II -IVBに対する化学放射線療法のRCTの第2相試験のデータを用いた。中咽頭の扁平上皮癌患者とした。18歳以上のECOGPSが0-2の患者。			復職率 WPAI質問紙票 就労継続率		復職に直接的	IMPTで治療された患者はCRT前の60％、1年後に71％から2年後に78％と、復職する割合が有意に増加した(p<0.025)。IMRT群の群内分析ではCRT前で57％、1年後に54％、2年後に52％であった (p<0.47)。	がん治療中、患者はアブセンティーイズム、プレゼンティーイズム、生産性スコアが最低になった。また、CRT 後 6 ヶ月から 2 年間のフォローアップ期間中に、これらの指標の中央値は有意かつに改善した。アブセンティーイズムスコアの改善はIMPT群で変化量が40であったが、IMRT群では変化量が8であった。1年後のComposite work impairment scoreはIMPT群では+38、IMRT群では+23であった (p=0.05)。2年後はIMPT群では変化量が+45、IMRT群では+9であった (p=0.04)。	復職率 Composite work impairment score WPAI(アブセンティーイズム、プレゼンティーイズム)	ウィルコクソン検定 多変量解析 (p,0.25もしくは臨床的mに有意な変数)	CRTを受けた中咽頭癌患者はかなりの割合で治療後に復帰できず、復職していた患者でもアブセンティーイズムやプレゼンティーイズムの低下によって障害が持続することが示された。IMPTを行った患者は復職率、生産性ともに高い傾向があった。
	A. van der Hout	Acta Oncologica	2020	RCT	オランダ	オンココンパスがHRQOL、症状、患者の活性化に及ぼす効果について、社会人口統計学的因子、臨床的因子、個人的因子、HRQOL、症状、支持療法の必要性などの潜在的な緩和因子を調査することである。最適ながんサバイバースhipケアのためのeHealth自己管理介入をさらに強化するために使用する。	320	63.2(11.2)	305	63.7(10.1)	医療機関	3ヶ月～5年前に頭頸部がん、結腸・直腸がん、乳がん、リンパ腫（高・低悪性度非ホジキンリンパ腫、ホジキンリンパ腫）の根治治療を受けた成人がんサバイバーを参加者とした。除外基準は、インターネットにアクセスできない、または電子メールアドレスを持たない、重度の認知障害、オランダ語の習得が不十分、アンケートに回答することができない、乳がんサバイバーで性別が男性である患者であった。	Oncokompasとはがんサバイバーが自分のHRQOLとがん全般および疾患特異的な症状の管理を支援するeHealth自己管理アプリケーションである。アプリケーションには生物心理社会モデルに基づいた身体的・心理的・社会的・ライフスタイル・現実的な問題についてのトピック、並びにがん種特有のトピックも含まれている。アプリは測定・学習・行動の要素で構成されており、患者報告アウトカムや希望に沿ってオーダーメイドの指示面方が提供される。		健康関連QOL（HRQOL） Patient Activation measure(PAM)		復職に間接的・病状指標	OncokompasのHRQOLの効果は自己効力感が影響していた。自己効力感が低いほど介入の効果が高くなっていた。また、ヘルスリテラシーが高い患者ほどHRQOLが早期に高くなりOncokompasの効果が高くなった。頭頸部がん生存者において、Oncokompasは女性に対し口の中の痛みの軽減に有効であったが (F(3,154)=5.107、p=0.02)、男性ではそうではなかった (F(3,269)=0.441、p=0.072)。	Oncokompasは、パートナーのいない頭頸部がんサバイバーの社会的摂食の改善に有効であったが (F(3,70)=3.547、p=0.019)、パートナーのいるサバイバーには効果が認められなかった (F3,352)=2.055、p=0.11)。	EORTC QLQ-C30 PAM	線形混合モデルによる分析 Intention to treat解析	自己効力感が低いか中程度であるがんサバイバー、自己管理能力が高い人、およびヘルスリテラシーが高い人は、オンココンパスのHRQOLへの恩恵が大きいが示された。さらに、オンココンパスは、症状負担の高い頭頸部がんや大腸がんのサバイバーにおいて、腫瘍特異的な症状の改善に特に有効であることがわかりました。これらのサブグループを対象とすることで、eヘルス自己管理介入の介入効果の向上につながる可能性がある。
33287597	Christina M. Stapelfeldt	Acta Oncologica	2020	非RCT	デンマーク	がんサバイバーにおける復職への個別言語リハビリテーションの復職への効果を明らかにすること。	83	48.2(44.4-55.6)	264	50.0(43.7-54.6)	医療機関もしくは自治体	中央デンマーク地域の住民で、オーフス大学病院腫瘍科で乳がん、結腸・直腸がん、頭頸部がん、甲状腺がん、精巣がん、卵巣がん、子宮頸がんの治療を受けている18-60歳、かつ参加時に永続的な雇用もしくは一時的に雇用されている者とした。	ジョブコンサルタントによるAcceptance and Commitment Therapy (ACT)。認知行動療法を応用したもので、現在の価値観やニーズを認識し心理的柔軟性を高めることを目的とした介入である。介入は1 復職するまでとし最長で1年間とした。	通常の傷病手当金などの支援を受けた。	1年以内の復職率(定義：パートタイムの傷病手当金や仕事の変更に関連した手当金を除く、社会的給付が連続4週間ないこと)	併存疾患指数と教育年数の違いによる復職率の差	復職に直接的	有意差のない小さな効果が認められた (RR 1.08 (95% CI 0.98-1.19) )。CCI (p = 0.70) または教育 (p = 0.99) については、有意な相互作用の効果はみられなかった。乳がんの参加者のみについて分析を繰り返したところ、介入の有意な効果が示された (RR 1.12 (95% CI 1.01-1.23) )。CCI (p=0.87) および教育 (p=0.34) のいずれも、介入の効果を修飾しなかった。		CCI 教育歴	Pseudo value methodを用いて効果を解析した。また、CCI、教育歴による相互作用を用いたモデルで解析した。	早期の個別対応型職業リハビリテーション介入にさらされてから1年以内のRTW効果については、通常の自治体のRTW管理と比較して、がん診断の違いによる統計的な差は見られなかった。
30562195	Farahnaz Waissi	Farahnaz Waissi	2019	RCT	オランダ	ファーストトラックプロトコル、すなわち甲状腺切除術後1週間のrhTSH補助RITは、術後4～6週間のrhTSH補助RITの標準治療と比較して、病気休暇の有意な減少をもたらすと仮定している。このことは、社会的コストの削減と、治療中の患者	20	NA	11	NA	医療機関	甲状腺全摘術または全摘術を予定しているT1-3 N0-1 M0-x期のDTCが確認された患者であり、週12時間以上の有給の仕事を持ち、オランダ語の質問表を理解し、日記をつけることができる患者を対象とした。	手術後早期のRITを行うこと。手術後1週以内にrhTSHを用いたRITを実施した。	対照群では術後4～6週目にrhTSH補助RITを受けた	手術時を起点とした病気休暇の日数	Short-Form Health and Labour Questionnaire EQ-5D	復職に間接的・生産性指標	平均病欠時間は両群で有意差があった。標準群では280時間 (±136) であったのに対し、ファストトラック群では114.7時間 (±58) であった (P = 0.02)。	生産性損失に関連するコストに有意差があり、標準群では平均コストが7827.23ドルだったのに対し、ファストトラック群では3290.61ドルだった (P = 0.02)。表1に示すように、仕事中の健康問題による生産性損失時間を比較しても、有意な差は見られなかった。EQ-5D、EQ-VASの比較では両群には差がなかった。	EQ-5D EQ-VAS 病欠時間	多変量解析 (それ以上の情報なし)	術後すぐからRITを行うファストトラック治療は病気休暇と生産性低下に伴う損失が有意に減少した。ファストトラック治療が推奨される。
30101951	Li-Fang Huang	Medical science monitor	2018	RCT	中国	上咽頭がん患者におけるリソースフルネスが局所合併症や利益発見に対する効果は十分に明らかになっていない。上咽頭がん患者のリソースフルネス・利益発見・症状苦痛を調査しこれらの関係を分析した。また、リソースフルネストレーニングがリソースフルネス・利益発見・症状苦痛に与える影響を検証すること。	44	NA	44	NA	医療機関	2015年10月1日から2016年3月30日まで、華南大学第一付属病院内科-腫瘍科、華南大学第二付属病院、湖南省腫瘍病院で放射線治療を受けているNPC患者304名を募集した。組み入れ基準は以下の通り。(a) 年齢25-70歳 (b) 病理組織学的にNPCと診断された (c) 放射線治療を予定している (d) 質問票に単独で回答できる (e) 精神疾患や他の悪性腫瘍を有していない。	RSトレーニングは、通常の健康教育と比較して、「NPC患者が自己制御（パーソナルRSの一語）を用いて関連情報を広げる」、「患者自身が開口訓練、首訓練、感情制御技術を習得する」、「患者の悪い認識を修正する」など、患者の主体性を養うものであることが確認された。患者への指導には、問題解決策、合併症、その他の解決策も含まれた。RSトレーニングの介入は週2回、30～45分間行われた。	両群とも通常の健康教育を行った。日常健康教育には、NPC関連知識の口腔教育、心理看護、食事看護が含まれた。放射線治療による副作用のある患者には、それに対応した治療知識と看護を提供した。		復職に間接的・病状指標	RS訓練前、2群間のRS、LRS、SRS、利益発見の諸次元、SD、症状の重症度、交感神経の干渉の平均得点は有意ではなかった (P>0.05)。対照群におけるNPC患者のRS、LRS、SRS、および利益発見の様々な次元の平均得点は、介入前後で比較した場合、統計学的に有意ではなかった (P>0.05)。2ヶ月間のRS訓練後、介入群のRS、LRS、SRSの平均レベルは、対照群およびRS訓練前の介入群より有意に高かった (P<0.05)。介入群の個人的成長、社会的関係、健康行動、受容、BFの平均レベルは、対照群およびRS訓練前に比べて顕著に高かった (P<0.05)。介入群の家族再関係の平均レベルは、対照群よりも明らかに高かった (P<0.05)。	benefit-finding Resourcefulness symptom distress	検定、変量解析、重回帰、線形相関を実施	放射線治療中の上咽頭がん患者では症状苦痛が非常に多く、QOLに深刻な影響を与え、リハビリテーションの過程を阻害している。年齢、教育レベル、職業、世帯月収、医療費支払い方法、組織型は、RSとBFに大きく影響する要因である。患者のBFと症状苦痛はRSと相関がある。リソースフルネストレーニングはRSとBFのレベルを向上させ、症状苦痛を改善し、疾患のリハビリテーションを促進することができる。		
29492348	Yueh-Hsia Chen	Peer J	2018	single arm pre post study	台湾	口腔癌再建マイクロサージェリー後の早期介入プログラム（漸進的抵抗運動、軟部組織マッサージ、関節可動域運動、疼痛管理、機能訓練）の成果を身体診察、QoLアンケート、職場復帰状況により探索的に評価することを目指すとした。	65	Early stage 50.7 ± 9.9 Advanced stage 51.8 ± 10.6	なし	なし	医療機関	対象基準は、口腔扁平上皮癌（SCC）切除後に再建マイクロサージェリー後のサバイバーであること、年齢が20歳以上65歳未満であることである。患者は形成外科医の紹介で募集される。認知機能障害、遠隔転移や再発が確認された場合、または質問票を伝えることができない場合、患者は除外された。	再建マイクロサージェリー後、早期に介入を開始した。参加者全員が介入プログラムの各要素を受け、疼痛管理、瘢痕管理、顎関節（TMJ）運動、肩・首の運動、ドナー部位とレシビエント部位の機能訓練からなり、口腔と身体の機能回復を図った。介入プログラムは3つの段階に分けられた。(1) 早期（術後1ヶ月以内）、（2）中期（術後1～3ヶ月）、（3）後期（術後3ヶ月以上）。	なし	EORTC-QLQ-30 EORTC-QLQ-H&N35	DASH score ROM MMT 累積復職率	復職に直接的	EORTC QLQ-H&N35尺度の結果を示している。他のすべての症状尺度は、全体モデルおよびグループモデルにおいて、6ヵ月後のテストスコアとベースラインスコアの間に有意差 (p<0.05) を示したが、感覚（味、匂い）に関する尺度は、早期ステージグループにおいて6ヵ月間の有意差を示さなかった。また、3ヵ月後のテストでは、口腔内の痛み、嚥下、発話の各スコアが、6ヵ月後のテストと比較して、上級群では有意差 (p<0.05) を示した。口が開く、口が渴く、唾液がネバネバする、咳が出るの単項目得点は、歯と性欲の得点を除き、ベースライン得点と6か月得点、3か月得点と6か月得点に有意差を認めた (p<0.05) が、早期群と進行群両方において得点を維持していた。	復職率は、術後3カ月で34.7％、6カ月で63.0％、1年で80％であることがわかった。対数順位検定の結果、早期ステージと進行ステージでは、職場復帰の時期に有意な差があった (p = 0.032)。早期ステージのグループでは、術後1年後に約80％が復職すると予測されたが、進行ステージのグループでは約50％が復職すると予測された（図4）。さらに、職業別では、退職者・失業者で71.4％、自営業者で86.7％、専門職で80％、管理職で33.3％、サービス職で81.8％、半熟練・熟練者で87.5％の復職率が示された。	DASH score ROM MMT 累積復職率 EORTC-QLQ-30 EORTC-QLQ-H&N35	t-tests chi-squared tests log rank tests	6ヶ月間の包括的な介入プログラムを受けただけであるが、全員が口腔、上肢、下肢の機能、社会的役割の回復（職場復帰）に継続的な改善を示した。口腔癌生存者に対する今後の研究および臨床試験において、早期かつ統合的な介入と、再建手術後少なくとも6ヶ月間のフォローアップを行うことを提案する。ただし、放射線療法を受けた患者に対しては慎重であるべきである。
29288289	Anaeze C. Offodile II	Ann Surg Oncol	2018		台湾	複合顎骨欠損の再建には軟組織と骨皮フリーの同時フラップが優れた結果をもたらすとされていますが、これを支持する比較研究はほとんどない。術前患者カウンセリングに重要な影響を与え、臨床的意思決定を支援するための正確な機器の設計を促進すること。	31	54.3 ± 10.3	31	52.0 ± 12.4	医療機関	腫瘍切除後に複合顎骨欠損の微小血管再建術を受けた連続160名。JewerのC型 (n = 5) を有する患者は、下顎の骨皮弁再建によって得られるまた、記録に不備のある患者 (n=1) および術後経過観察が不十分な患者 (n=5)（6カ月未満と定義）も除外した	大腿前外側フラップとブリッジングプレートによる顎骨欠損再建術	軟組織と血管角化骨フラップの同時再建術	術後のプレート露出の割合、タイミング	復職に間接的・病状指標	DFF群は、シングルフラップ群に比べ、軟組織と骨の欠損が有意に大きかった。プレート露出がない5年確率は、ダブルフラップ群で45.5％、シングルフラップ群で47.4％であった (p = 0.186)。ALTのみの群では、創感染率が有意に高かった (38.7% vs. 12.9%、p = 0.02)。フラップ欠損、再置換、入院死亡率、プレート破損、合併症、全生存率に有意な差はなかった。痛みの平均スコアはALTのみの群で有意に悪かったが (75.2 vs. 88.5、p <0.001)、その他のQoL評価（美容、飲み込み、仕事、言語）は同等であった。		ICU材質日数 在院日数 死亡率 QOL	傾向スコア マッチング	顎骨複合再建術におけるダブルフリーフラップの使用は、軟組織フラップおよびプレートと比較して、感染性合併症の減少および長期疼痛発生率の減少と関連していた。しかし、入院中の死亡率、内科的合併症、長期的なプレートの被覆率、全生存率、および残りのQoL評価（言語、嚥下、外観、雇用）は、両群間で同等であることが指摘された。これらの結果は、これらの再建アプローチの有効性の比較について重要な洞察を与えとともに、生存率や長期的な機能的結果についての期待に関して、術前カウンセリングを導くための正確な手段を作成することを可能にするものである。	



PMID	Author	Journal	Year	study design	Country	purpose / aim	I(E) group n	I(E) group Age (mean ±SD)	C group n	C group Age (mean ±SD)	place	population / patient / participant	Intervention / Exposure	control	primary outcome	secondary outcome	type of outcome	result	result 2	measurement	statistical analysis	summary
23295073	V. D' Souza	Oral Oncology	2013	非RCT	カナダ	がんに関する日常的な情報を受け取る同様のグループと比較して、がんの診断直後にがんに関するマルチモーダルなテラーメイドの情報を取得する頭頸部がん患者の不安および抑うつレベルを前向きに調査することを目的とした。	50	57.9 ± 11.1	53	61.7 ± 14.6	医療機関	(1)頭頸部がんで新たにステージIIIまたはIVの原発・再発がんと診断された患者 (2)18歳以上 (3)英語またはフランス語を話す (4)認知的・身体的に参加および自己報告式アンケートに記入できること。認知障害の既往や診断がある場合、また、すでにがん治療を開始している場合は、参加候補者から除外した。	Multimode Comprehensive Tailored Information Package (MCTIP) MCTIPは5つのパートから成っている。 1. 患者用小冊子 2. インタラクティブ・コンピュータ・ブース - 求めた情報を得ることができるもの。 3. コンピュータ・アニメーション - がんについてや治療方法についての情報があるもの。 4. DVD - 患者教育を目的とした嚥下などの補助的な情報を含むもの。家族も情報収集に参加した。 5. データベース -	対照の介入は日常的な情報提供は行われたが頭頸部がんの特異的な情報は含まなかった。面談はNurse Pivotによって臨機応変に行われた。Nurse Pivotは口頭で情報を提供し、しばしばカナダがん協会からのパンフレットで補足された。	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	なし	復職に間接的・病状指標	テスト群はコントロール群に比べ、不安 (p=0.001) および抑うつ (p=0.089) レベルが低かった。不安は雇用形態と有意な関連を示した (p = 0.04)。失業中の参加者は、就業中または退職中の参加者よりも高いレベルの不安を有していた。うつ病は年齢 (p = 0.04) および雇用形態 (p = 0.02) と有意に関連し、若年者および無職の対象者はより高いレベルのうつ病を有していることが示された。	なし	HADS	一般化線形混合モデルを用いて共変量（年齢、性別、言語背景、雇用形態、教育レベル、生活環境、がんの旅の慣りになる人がいるか）を調整した。	MCTIPを受けた被験者はControl群に比べ、有意に不安のレベルが低いことがわかった。仮説は部分的にしか支持されなかったが、我々の知見は、異なる様式を用いたテラーメイドの情報提供介入が、H&N癌ケアにおいて支持されるという予備的証拠を提供するものである。
23119850	G. K. Bachher	Indian Journal of Otolaryngology and Head and Neck Surgery	2002	single arm	インド	舌癌の治療法 舌の切除は嵩を減らすだけでなく、顕著な障害となる可能性があります。残った筋肉組織の可動性、特に口唇期における構音障害と嚥下障害	25	NA	なし	NA	医療機関	舌癌の外科的治療として舌部分切除術を受ける予定の 25 名の患者が無作為に選ばれた。	言語療法が平均25-30分間毎日行われた。2週間後には週3回に減らし4週目には週2回となった。	なし	滑舌 舌の可動性 嚥下能力	なし	復職に間接的・病状指標	3ヵ月後の結果では、舌小帯切除術を受けた患者さんの発話と嚥下が改善された。	滑舌 舌の可動性 嚥下能力	統計解析なし	嚥下のリハビリテーションは、社会生活において重要な役割を果たす。嚥下障害患者の発声・嚥下を改善するためには、言語療法が不可欠である。	
21863077	Hisham El Fattah	Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2	2012	非RCT		口腔癌患者のリハビリテーションの一環として、上顎骨切除時の補綴前処置が補綴後の向上に及ぼす影響について検討した。	24	55.0 ± 10.31	42	52.9 ± 8.38	医療機関	2003年から2008年の間にカイロ大学国立癌研究所で治療を受け、癌治療の一環として悪性腫瘍を除去するための上顎摘出手術後に即時補綴再建を行った患者66名を対象に実施された。患者は、補綴物再建前の外科的準備によってグループに分けられた。	補綴物再建前の外科的準備によってグループに分けられた。上顎の切除後、補綴前処置を行う。	上顎の切除後、補綴前処置を行わない。	会話の滑舌 咀嚼能力	復職と社会交友	復職に間接的・病状指標	A群（7.5 ± 2.09日）に比べ、B群は10.26 ± 3日と有意に入院期間が長かった (P = 0.001)。B 群の患者は、A 群の患者と比較して、固形食の摂取、言語理解、鼻腔分離が良好であったと報告した。A 群と比較した場合 (p< 0.001)。しかし、顔面輪郭と社会性スコアはグループAの患者はより低いスコアで、より良い結果を示した。	この集団では、社会化のレベルと職場復帰の状況も調査された。すべての患者が家庭の外で社会的であった。頻繁に (A群79.2%、B群54.8%)、または時々 (A群12.5%、B群12.5%)。または時々 (A群12.5%、B群33.3%)。なし (A群8.3%、B群7.1%) であった。B群では7.1%)。再建時に障害者や退職者でなかった患者全員 (100%)再建時に障害者や退職者でなかった患者 (100%) は、全員仕事に復帰した。	嚥下能力 外見 会話	解析なし	顎顔面腫瘍治療の一環として行われる上顎骨切除術により生じた上顎欠損の補綴修復を改善するために顎顔面腫瘍の治療の一環として行われる上顎切除術は、上顎切除時の前処置と補綴技術の組み合わせが有用な可能性がある。
23851810	Liting Liu	J Craniofac Surg	2013	不明	中国	QOLは治療成績の重要な指標と考えられているが、これまでのところ、上顎摘出術を受けた患者さんのQOLを根拠的、保存的に比較する情報はほとんど存在しない。目的は、進行した上顎洞癌患者に対して、保存的上顎摘出術が生存率およびQOLの面で根治的上顎摘出術に優るかどうかを評価することである。	34	51 (21 ± 74)	27	50 (32 ± 73)	医療機関	2004年から2006年の間に、中国のWeifang People's Hospitalで根治的または保存的な上顎摘出術を受けたものである。このうち、根治的上顎摘出術は27例、保存的上顎摘出術は34例であった。	34例の保存的手術のうち、眼窩内容物、歯槽骨、硬口蓋、頬骨は可能な限り保存した。	上顎全摘出術	QOL HADS		復職に間接的・病状指標	保存的上顎摘出術群と根治的上顎摘出術群の術前、術後6ヵ月、12ヵ月、18ヵ月におけるUW-QOLでは術前の複合得点と個別項目得点に2群間の有意差は認められなかった (P 9 0.05)。保存的上顎摘出術群の2年生存率、3年生存率、5年生存率はそれぞれ66.67%、53.68%、42.95%。根治的上顎摘出術群は67.65%、58.11%、44.97% と、保存的上顎摘出術群の方が生存率が高かった。保存的手術群の複合スコアは根治的手術群よりかなり高く (P < 0.01)、外観、活動、レクリエーション、咀嚼のスコアも同様であった (すべて P < 0.01)。嚥下と発声のスコアは同じ傾向であったが、P < 0.05であった。痛み、就労、肩のスコアは2群間で有意差はなかった (P = 0.05)。	Global Quality of Lifeスコアは、外科的アプローチの方が機能的転帰がわずかに良好であることを示唆した。大半のICFカテゴリ（81/93、87%）では、2つの治療アプローチ間で機能的転帰に差は見られなかった。残りの12のICFカテゴリでは、MVFF群ではn=3の身体構造がより影響を受け、RCT群ではn=3の身体機能、n=6の活動/参加がより問題となった、この中には、口腔嚥下機能、体重維持機能、社会的関係、仕事の獲得、経済的自立が含まれていた。さらに、9つの文脈的環境要因がRCT群の方がより関連していた。	生存率 UW-QOL HADS	Kaplan-Meier解析 反復測定分散分析	進行上顎洞癌に対する保存的上顎摘出術は、術前の放射線治療と併用しても、根治的上顎摘出術と同等の全生存率であった。しかし、保存的上顎摘出術を受けた患者のQOLは、根治的上顎摘出術を受けた患者のQOLよりもはるかに良好であった。したがって、術前の放射線治療と保存的上顎摘出術の併用は、進行した上顎洞癌の治療法として最優であることが強く示唆された。
21643935	Uta Tschiesner	Eur Arch Otorhinolaryngol	2012	不明	ドイツ	進行した腫瘍ステージにおいて、(a) 広範な腫瘍切除と微小血管フリーXapによる再建、および放射線化学療法による外科的アプローチ、(b) 放射線化学療法による非外科的アプローチ、それぞれの機能的転帰を総合的に評価・比較することである。	27	62 (41–80)	22	56 (31–81)	医療機関	(a) 進行性腫瘍ステージII/III (AJCC)、(b)腫瘍が口腔内または口腔粘膜に局在していること。口腔内または咽頭への腫瘍の局在、(c) 外科的切除および(c)外科的切除と微小血管自由形状Xapによる再建、または一次放射線化学療法法のいずれかによる治療を受けていることを包含基準とした。	腫瘍切除 および微小血管の 再建	Primary radiochemotherapy	QOL		復職に間接的・病状指標	Global Quality of Lifeスコアは、外科的アプローチの方が機能的転帰がわずかに良好であることを示唆した。大半のICFカテゴリ（81/93、87%）では、2つの治療アプローチ間で機能的転帰に差は見られなかった。残りの12のICFカテゴリでは、MVFF群ではn=3の身体構造がより影響を受け、RCT群ではn=3の身体機能、n=6の活動/参加がより問題となった、この中には、口腔嚥下機能、体重維持機能、社会的関係、仕事の獲得、経済的自立が含まれていた。さらに、9つの文脈的環境要因がRCT群の方がより関連していた。	HRQOL	t検定	進行した頭頸部がんに対しては、機能的転帰の観点から、どちらの治療法も適切であると思われる。治療法の決定は、患者さんの個々のニーズに合わせて行う必要があります。	
12803787	Alison R. Perry	The Journal of Laryngology & Otolology	2003		オーストラリア	頭頸部がん患者の治療後12ヶ月の死亡率および罹患率（嚥下および言語アウトカム）について報告することである。	293	62.5 ± 12.1	なし	なし	医療機関	1997年4月から1999年4月にかけて、ビクトリア州の8つのセンターに通う293人の患者（女性64人、男性229人）のデータが言語病理医によって収集された。116人の患者は以前にも診察を受けていたが、再発後に「新たな」問題を抱え言語病理学に再来院し、さらにがん治療を受けた。177人は、がん治療の既往がなく紹介された。このうち71人は喉頭全摘術を受け、59人は口腔癌、28人は咽頭癌、14人は喉頭癌であったが喉頭全摘術は受けてず、他の部位に癌があった人は1人である	言語聴覚療法 詳細なし	なし	HRQOL		復職に間接的・病状指標	頭頸部がん患者の多施設共同研究において、言語聴覚士と患者からデータを収集した、この種の研究では初めてのものである。我々は、機能的転帰の報告および比較のための良い基準点となり得る、6ヶ月における機能的最適な回復を示すデータを提示する。			言語聴覚士が頭頸部がん治療後の機能的転帰を詳述するために、患者から多施設のデータを収集した初めてのものである。この研究では、ビクトリア州で治療を受けた患者のがん診療と機能的転帰を監査し、そのうちのいくつかはさらなる調査が必要であることを明らかにした。すべての患者の発話と嚥下の結果は治療後6ヶ月で最適であり、これは機能的結果を報告し比較するための良い基準時点であると思われる。	
11596029	Clara L. M. Yu,	CANCER	2001	前向きコホート	香港	NPC患者の放射線治療後のQoLにおいて、診察時に与えられた情報に対する満足度が重要な決定要因であるかどうかは不明である。そこで本研究では、NPC患者を対象に、放射線治療終了直後の診察時に医師が提供した情報に対する満足度が、4ヵ月後のQoLを予測するかどうかを、医学的、人口動態的、心理社会的変数で調整した後に検討した。	211	49.7 ± 12.2	なし	なし	医療機関	中国香港の5つの地域病院の臨床腫瘍科の外來部門から新たに紹介された中国人NPC患者で、1996年から1997年の間に大規模な精神腫瘍学的QoL研究に参加し、1996年から1998年の間に追跡調査されたものである。すべての患者は18歳から85歳であった。	観察のみ	なし	HRQOL PSQ-9		復職に間接的・病状指標	PSQ-9による総合的な患者満足度、楽観性、家族への心配、怒り、食事能力、主観的健康状態、家族収入、FU1での職業、ベースラインとFU1の間の治療、ベースライン後の疾患再発の調整後、FU1での5項目MISSはFU2の患者QoLを有意に予測した (0.21, P 0.01)。ベースラインのQoLと病期を調整しても、この関係は変わらないようであった (0.20, P 0.01)。	一元配置分散分析	治療終了直後の中国人NPC患者の診察時に、医師が情報提供を行うスキルを向上させる必要性を補強し、治療終了後もサポートや情報提供を継続する必要性があることを示唆している。この支援と情報の源は、専門家である必要はないかもしれない。自助グループや患者支援グループが適切な代替手段となりうるが、この集団では専門家の意見が好まれると思われる。		

PMID	Author	Journal	Year	study design	Country	purpose / aim	I(E) group n	I(E) group Age (mean ±SD)	C group n	C group Age (mean±SD)	place	population / patient / participant	Intervention / Exposure	control	primary outcome	secondary outcome	type of outcome	result	result 2	measurement	statistical analysis	summary
9142514	Louis B.	HEAD & NECK	1997	前向きコホート	アメリカ	一次RT療法による臓器温存戦略を受けた舌根部の患者コホートについて、QOL評価を大幅に拡大した。Performance status、機能的状態、症状の有病率、がんとその治療による社会経済的影響など、広範なQOL結果に対する長期的な影響を評価した。	36	58	なし	なし	医療機関	1981年から1990年にかけて、我々は舌根部の扁平上皮癌に対して一次RTを行った36人の患者を管理した。	原発部位と頸部への外部照射（45-54Gy）、次に頸部リンパ節への電子線ブースト（60Gyまで）、次に原発部位へのイリジウム-192注入ブースト（20-30Gy）を受けている。リンパ節転移のある患者には、頸部郭清も行った。	なし	症状指標 QOL		復職に間接的・病状指標	30％以上の患者、および特定の症状の結果として中等度から重度の苦痛を報告した。口腔乾燥は最も一般的な症状でありすべての患者から報告されている。この症状を持つ患者の89％が、中程度から重度の苦痛をもたらすと報告している。嚥下困難（76％）およびエネルギー低下（48％）もよく見られる症状でした。味覚の変化は34％しか報告されていないが、この症状を持つ患者の70％が中等度から重度の苦痛を訴えた。ほとんどの患者さんが仕事に復帰し、その生活を維持できていた。前述のように、フルタイム勤務への復帰率72％、パートタイム勤務への復帰率83％であった。	多次元的なQOL指標であるFACTは、総得点と下位尺度の得点を提供する。評価時、総合的な幸福を反映する平均（SD）総スコアは、97.1（SD、10.5）であった。下位尺度の平均点は、身体的幸福が24.6（SD、3.6）、感情的幸福が17.3（SD、2.8）、社会的幸福が24.1（SD、4.7）、機能的幸福が23.8（SD、3.2）、治療関係の満足度が7.4（SD、1.1）であった。これらの機能は、人間の社会生活において基本的なものであり、特に舌癌患者にとっては重要である。評価時のPSSスコアの平均は、人前での食事が90点、会話の理解力が96点、食事の正常性が68点であった。			進行した舌根部がんに対する一次放射線照射後、圧倒的多数の患者が優れた機能状態およびQOLを達成し、診断前の所得可能性および雇用形態を維持することができた。

添付2. 肝がん

PMID	著者	発行年	国	目的	研究デザイン	対象 / がん種	包含基準 / Incursion criteria	除外基準 / Excrusion criteria	年齢 (全体平均)	男女比 (全体に占める男性の割合)	職種	サンプルサイズ	介入群 N	比較群 N	介入提供者 / Provider	介入を行った場所	データ収集を行った場所	インタビューを行った場所	研究に家族が関与	研究に職場が関与	研究に医療者も対象として含まれる	介入手段として挙げがったものの	比較群への介入手段	両立支援の分類 (研究実施者のみ記載)	主要アウトカム / Primary outcome	測定方法/インタビュー方法	副次アウトカム / Secondary outcome	結果 / Result	考察 / Discussion	結論 / Conclusion
35641979	Wang S	2022	China	本研究の第一の目的は、意思決定の対立を分析することであり、第二の目的は、意思決定の準備、意思決定の自己効力、意思決定の満足度、PLCに関する知識、および退院後3ヶ月の患者の意思決定の後悔を調査することであった。	無作為化対照試験	原発性肝がん	インフォームド・コンセントを受けたPLC患者のインクルージョン基準は以下の通りであった。(1)PLCと予備診断された者、(2)診断インフォームドコンセントを受け、研究参加に同意した者、(3)18歳以上、(4)研究目的を知り、研究に同意した者、(5)医師のスクリーニングによりBCLCで0/A/Bである早期または中期のPLC、(6)リテラシーとデジタルスキルを有する、(7)smartphone を持っている者	(1) 転移性肝癌 (2) 試験中に重篤な変化が生じた場合 (3) 患者またはその家族から辞退の申し出があった場合	mean age 50.6	men 77.2%	記載なし (勤労者 73.3%)	180	90	90	医師・看護師	医療機関	医療機関	未実施	No	No	No	Shared Decision Makingに基づいたアプリケーションによる治療方針の決定	通常ケア		Decisional Conflict Scale	自己記入式	1.Decision preparation 2.Decision self-efcacy 3.Satisfaction with decision-making 4.Knowledge of Primary Liver Cancer treatment 5.Decision regret	介入後の両群の結果 主要評価項目 介入群と対照群の主要評価項目の平均点の差は介入群：16.89±8.80 vs. コントロール群：26.75±9.79、 P<0.05) であった。また、コントロール群は介入群より有意にDCSスコアが高いことが示された。二次アウトカム 二次アウトカムの介入群と対照群の平均得点の差を表3に示す。介入群は対照群に比べ、意思決定の準備、自己効力感、満足度のスコアが有意に高かった (P<0.05)。また、介入群は対照群に比べ、知識得点が14.52±1.91と有意に高いことが示された (P<0.05)。3ヶ月後のフォローアップでは、両群間で意思決定の後悔に有意な差は認められなかった (P>0.05)。介入後にPLC治療ナレッジセンターの各モジュールを閲覧した介入群の患者の頻度を示したものである。その結果、手術 (12.36%)、漢方治療 (11.01%) の頻度が最も高かった。		



PMID	著者	発行年	国	目的	研究デザイン	対象 / がん種	包含基準 / Incrusion criteria	除外基準 / Excrusion criteria	年齢 (全体平均)	男女比 (全体に占める男性の割合)	職種	サンプルサイズ	介入群 N	比較群 N	介入提供者 / Provider	介入を行った場所	データ収集を行った場所	インタビューを行った場所	研究に家族が関与	研究に職場が関与	研究に医療者も対象として含まれる	介入手段として挙げたもの	比較群への介入手段	両立支援の分類 (研究実施者のみ記載)	主要アウトカム / Primary outcome	測定方法 / インタビュー方法	副次アウトカム / Secondary outcome	結果 / Result	考察 / Disscussion	結論 / Conclusion
34656299	Ingrand I	2022	France	これらの若者が直面した困難や期待など、若年成人の最初の仕事を探す際の小児がんと青年期のがんの影響を研究することです。二次的な目的は、小児がんまたは青年期のがんの特異性に関する雇用専門家の知識を研究し、これらの若年成人に対する彼らの態度を分析することです。	観察研究	小児がん			23.5	男女比1	不明	254	無	無	無	無			無	無	不明	無	無		30の専門家の個人面接とグループ面接を組み合わせた量的・質的混合順次アプローチ			これらの若者は、最初の就職に際しての苦労が一般人よりも少なかったと考えられる (33% vs. 44%)。若い女性、学校を早く中退したと考えている若者、後遺症 (主に心理的・神経認知的なもの) について言及した若者は、より困難に直面していた。このような背景から、最初の仕事に就くためには、面接時に提供される情報が重要な役割を果たすことが、質的段階から明らかになった。		本研究では、次のような主軸を持つすべての関係者に対する情報提供、コミュニケーション、トレーニングの必要性が示された。i) 若者：自己紹介の仕方、話し方や姿勢の工夫、健康や障害に関する状況を明らかにする義務がないことの認識。
20623820	Lindbohm ML	2011	England	がんによる労働状況の変化頻度を調査し、身体的に厳しい仕事、上司・同僚・産業保健サービスからの社会的支援、疾患関連要因と、がんによる勤務先の変化との関連を分析する。	観察研究	乳がん、精巣癌、前立腺がん、リンパ腫						688	無	無	無	無	無	無	無	あり	不明	無	無		仕事上の要因、仕事労働状況の変化や頻度	アンケート		全体として、がんサバイバーの5〜10%が雇用主、職業、または仕事のタスクを変更し、5%が失業し、9%ががんのために退職した。以前の仕事の身体的要求は、癌の後に雇用主を変える背後にある最も重要な理由でした。女性では、監督者や産業保健従事者からの支援が弱いため、がんによる転職のリスクが高まった。		がんサバイバーの少数派は、がんのために雇用主、職業、または仕事を変えた。身体的に負担のかかる仕事を軽くし、仕事の計画を立てる際に病気を考慮するという形で監督者の支援、および職場での対処に関する医療従事者のアドバイスは、サバイバーが仕事を維持するのに役立つ可能性があります。
36527483	Wittwer A	2022	Germany	本研究では、血液悪性腫瘍の治療を受けた若年成人サバイバーにおける心理社会的苦痛と満たされていないニーズについて調査する。	観察研究	血液学的悪性腫瘍	患者は、再発の証拠がなく、定期的なフォローアップを受けていることが必要であった。他の場所に移った生存者や外来でのフォローアップに参加した生存者も、イエナ大学病院でのアフターケア予約に少なくとも1回出席している限り、参加するよう求められた	同意書を提出しない場合やドイツ語が話せない場合は、研究参加から除外	35	43		85	無	無	無	無	無	無	無	無	不明	無	無		QOL (EORTC QLQ-C30)、心理社会的ストレス (PHQ-S)、進行の恐れ (PA-F-KF)、がん関連疲労 (EORTC QLQ-FA12)、不安 (GAD-7) またはうつ (PHQ-9) の症状に関する一連の標準的質問紙が採用	自己報告式の質問票		若年成人がんサバイバー47名から回答があった。4分の1 (26%) が抑うつ症状、15%が不安、36%が進行の恐れ、21%が心理社会的ストレスの増加を報告した。一般集団と比較してQoLが低く、すべての単項目および複数症状尺度において転帰が悪いと報告された。雇用は、心理社会的苦痛、不安、疲労のレベルの低下、QoLの改善と有意に関連していた。	AYAがん生存者は、集団ベースの対照と比較して倦怠感を発症するリスクが高くなります (Murnane et al.2021;Poort et al. 2017)。BMIが25kg/mを超える場合2がん生存者では、臨床的に有意ながん関連の疲労と関連している (Gerber et al. 2011;Meeske et al. 2007)。さらに、疲労症状の重症度はBMIの上昇と関連しています (Meeske et al.2007)。AYA、特にALLまたはリンパ腫の人は、がんの生存中に太りすぎまたは肥満になるリスクがあります (van der Haak et al.2021)。本研究では、参加者の26%が抑うつ症状を経験し、15%が中等度または重度の不安症状を経験していると報告しました。これは、すべての主要な腫瘍実体にわたる疫学研究の結果と一致しています。その研究では、AYAの29.5%がうつ病の症状を訴え、20.8%が不安に苦しんでいました	若年成人がん生存者は、心理社会的苦痛に対する高い体質を示した。彼らは、日常生活における過剰な要求や仕事の再開を報告した。しかし、このパイロット研究の結果を確認するためには、若年成人がんサバイバーを対象とした縦断的研究が必要である。将来的には、精神腫瘍学的支援と社会的支援が若年成人がんサバイバーのアフターケアに内在するようになる必要がある。
34449050	Kurosawa S	2022	United States	本研究では、診断時に雇用されていたものを対象に、治療経過に伴う退職や復職 (RTW) などの就労・就労状況の変化を確認した。	観察研究	血液がん	allo-HCTを受け、診断時に雇用および勤務していた人、調査時に20〜64歳で、再発せずに2年以上生存した人		50歳	0.61	屋内・軽作業が45%、屋内・肉体的労働が31%、屋外・軽作業が12%、屋外・肉体的労働が11%であった。	1048	無	無	無	無	無	無	無	無	不明	無	無		(1)病気の診断後、少なくとも一度は仕事を辞めた (雇用契約を解除した) かどうか、(2)辞めた場合はその時期や理由 (最初の退職の場合)、を記入してもらいました。その他のエンドポイントとしては、(3)特別な配慮の有無にかかわらず、all-HCT後の最初のRTWの時期、(4)一度復職した後の再発の有無などを質問	質問紙		解析対象者は1048名であった (回答率60%)。all-HCT後の中央値は、調査時点で5年 (範囲: 2-30) であった。診断後、治療期間中に退職した人は41%であった。最初の退職のタイミングは「HCT後の退院後」が46%と最も多く、次いで「診断から初回治療まで」が27%であった。退職と有意に関連する要因は、女性、高齢、非正規雇用であった。有利な要因としては、職場に産業保健スタッフがいる、勤続年数が10年以上、自営業・フリーランスが挙げられた。退職後の職場復帰率は、HCT後5年では76%であったが、職場復帰なしは52%であった。	allo-HCTと診断された時点で退職した人のほとんどは、自分で退職することを決めており、最も多い理由は「治療計画に基づく」でした。18つのがんセンターで調査を行った高橋ら[23]は、退職の主な理由として「職場の負担になりたくない」、「仕事の体力不足が予想される」、「仕事と治療の両立に自信がない」などと報告した。HCT後の退院後の退職理由は、主に「体調」と「職場からの推奨」であり、HCT前と比べると状況が異なっていた。職場の職員は、all-HCT生存者に特有の問題や警告に精通していなかった可能性があり、「退職の勧告」につながる可能性があります。医療従事者と職場の関連部門 (産業保健スタッフを含む) の両方が、個々の生存者の特定のニーズと状態に関する情報のより頻繁な交換に焦点を当てる必要があります。	退職率は全体で41%であり、退職のタイミングはHCT後の退院後が最も多く、退職者の約半数 (46%) を占めていた。職場復帰率は、職場の配慮により52%から76%に上昇した。



[illegible]

PMID	著者	発行年	国	目的	研究デザイン	対象 / がん種	包含基準 / Incrusion criteria	除外基準 / Excrusion criteria	年齢 (全体平均)	男女比 (全体に占める男性の割合)	職種	サンプルサイズ	介入群 N	比較群 N	介入提供者 / Provider	介入を行った場所	データ収集を行った場所	インタビューを行った場所	研究に家族が関与	研究に職場が関与	研究に医療者も対象として含まれる	介入手段として挙げがったもの	比較群への介入手段	両立支援の分類 (研究実施者のみ記載)	主要アウトカム / Primary outcome	測定方法/インタビュー方法	副次アウトカム / Secondary outcome	結果 / Result	考察 / Discussion	結論 / Conclusion
32746763	Leuteritz K	2021	United States	がん患者さんの就労問題に影響を与えることは多いが、思春期・若年成人 (AYA) がんサバイバーの就労状況の変化については、ほとんど知られていない。	観察研究				29.7			355	無	無	無	無	無	無	無	無	不明	無	無		仕事に関する特徴 (職業上の地位、週労働時間、雇用契約のタイプ)	自己報告式の調査票		合計505人のAYA (診断時の平均年齢29.7歳) がアンケートに回答した。診断から平均2年後、診断時に就業していた人 (n = 355) のうち83.4%が復職し、2.8%が職業訓練中、4.5%が失業中、4.2%が労働能力低下による障害、5.1%がその他の理由で無職であった。505人のAYAsのうち158人 (31.3%) は、診断後に雇用形態が変化していた。仕事に関する特性の有意な変化は、1週間の労働時間 (Matdiagnosis = 35.8; standard deviation [SD] = 7.4; Mt2 = 34.7; SD = 8.2; p = 0.004) に見られた。RTW患者の24%、RTWでない患者の68%が、がん関連の経済的苦痛を報告した。血液がんや肉腫などの併存疾患を持つ患者は、RTWになる可能性が低かった。		ほとんどのAYAsは中期的に仕事に復帰しており、その多くは過当たりの労働時間を短縮している。AYAsはRTW後もがんに関連した経済的苦痛が大きいため、経済的支援と職業カウンセリングを提供することが特に適切であると思われる。
33557789	Hernæs KH	2021	England	1. HDT-ASCT 後のリンパ腫生存者の労働参加に影響を与える要因を調査します。 2. 搬送者 (診断時に雇用されていたが、HDT-ASCT の前ではない患者) と非搬送者の作業能力と労働時間を比較します。 3. 搬送に関連する収入の経済的損失を評価します。																										
16402234	Taskila T	2006	Germany	本研究の目的は、第一に、がんサバイバーが職場 (同僚、上司) や産業保健サービス (産業保健師、医師) から受けた社会的支援の量を調べ、第二に、より多くの感情的支援や実践的支援が必要であるかどうかを調べることであった。第三に、疾患に関連する変数 (がん種、治療) や社会人口学的背景変数 (性別、診断時の年齢、婚姻状況、学歴、職業) が、受けたサポートや必要なサポートと関連するかどうかを調査した。最後に、様々な支援源間で、受けた支援や必要な支援の量に差があるかどうかを調査した。	横断研究		1997年から2001年の間に乳がん、リンパ腫、精巣がん、前立腺がんがんと診断された患者さん1,000名を、2003年春にヘルシンキ大学病院腫瘍科の患者登録リストから選びました。選ばれた患者は、予後が良好で、診断時の年齢が25〜57歳であることが条件とされた。その他の参加基準は、がんの既往がないこと、細胞賦活剤による治療を継続していないこと、母国語のフィンランド語またはスウェーデン語を話すこと、フィンランドのヘルシンキおよびウシマー病院区の住民であることであった。	過去6年間 (1997年〜2003年) に有給の仕事をしていない人、およびがん診断後に仕事をしていない人は、分析から除外した (146人)。さらに、一人で仕事をしている人、職場の誰にも病気のことを話していない人 (39人) も除外された。	男性 29-35歳 56人、女性 29-35歳 81人 男性 40-49歳 41人、女性 40-49歳 180人、男性 50歳以上 65人 女性 50歳以上 217人	0.253	議員、専門職、上級職、管理職、技術者、準専門家、事務職、介護職、販売職、クラフトワーカー、ブランド、機械オペレーター、組立工	640	該当なし	該当なし	上司同僚・産業保健職	職場・医療機関	医療機関	未実施	未実施	該当なし	該当なし	上司同僚からのサポート・産業保健職からのサポート	該当なし		、特に疾患特異的な社会的ネットワークと深刻な身体障害や慢性疾患を持つ人々が受ける社会的支援を測定するために開発された構造的-機能的社会的支援尺度 (SFSS	アンケート調査		がんサバイバーは、同僚から最も多くの支援を受けており、特に産業医療従事者からのさらなる支援を望んでいました (女性の39%、男性の29%)。リンパ腫を患っていたり、化学療法を受けていたり、教育レベルが低かったりする男性は、より多くのサポートを必要としていました。産業保健担当者からの実地的なサポートの必要性は、化学療法を受けた人と受けていない人の5倍以上も病気休暇が多いことが示されています [ 22 ]。さらに、がん治療へのアクセス障壁は、社会経済的地位が低い患者ほど大きいことが指摘されている [ 17 , 40 ]。	私たちの結果は、教育が低く、職業的地位が低い男性は、地位が高い男性よりもサポートの必要性が高いことを示しています。以前の研究では、より高い職業的地位にあり、高等教育を受けた人々は、教育を受けておらず、より低い地位にある人々よりも健康であり、仕事関連のストレスが少ないことが報告されています [30]。さらに、学歴や職歴が低い人は、地位が高い人よりも病気休暇が多いことが示されています [ 22 ]。さらに、がん治療へのアクセス障壁は、社会経済的地位が低い患者ほど大きいことが指摘されている [ 17 , 40 ]。	がんサバイバーの間では、特に産業保健担当者から、仕事生活からの追加の社会的支援が明らかに必要です

PMID	著者	発行年	国	目的	研究デザイン	対象 / がん種	包含基準 / Inclusion criteria	除外基準 / Exclusion criteria	年齢 (全体平均)	男女比 (全体に占める男性の割合)	職種	サンプルサイズ	介入群 N	比較群 N	介入提供者 / Provider	介入を行った場所	データ収集を行った場所	インタビューを行った場所	研究に家族が関与	研究に職場が関与	研究に医療者も対象として含まれる	介入手段として挙げがったもの	比較群への介入手段	両立支援の分類 (研究実施者のみ記載)	主要アウトカム / Primary outcome	測定方法/ インタビュー方法	副次アウトカム / Secondary outcome	結果 / Result	考察 / Discussion	結論 / Conclusion	
24087985	Freycon F	2014	England	我々は、12GyのfTBIを条件とするa-HSCTを受け、前大脳放射線治療を受けなかった白血病の小児生存者59人の均質な集団ベースコホートにおいて、学業成績と雇用におけるfTBIの役割を確認するために、化学療法のみで条件付けられたa-HSCT患者19人の我々の他の集団ベースコホートの結果と比較して、教育と職業のレベルを明らかにしようと試みた。	縦断研究		ローヌ・アルプ地域小児がん登録（ARCERRA）において、1988年3月25日から2011年12月26日の間に、白血病または骨髄異形成症候群に対して12Gy fTBI 条件で a-HSCT を受けた、リヨン、グルノーブル、サンティエンヌで移植された148例を確認した（図1）。白血病は、フランスのRhône-Alpes 地域に住む15歳未満の小児で1987年1月1日以降に診断されたというレジストリの要件に従い、1987年5月18日から2010年2月2日の間に診断されました。148人の患者のうち63人だけが、A-HSCT後3年以上生存し、追跡調査時に少なくとも18歳であった。21トリソミーの男児1名と、12～18Gyの線量で頭蓋または頭蓋脊髄放射線療法を受けたことのある患者3名を除外した後、最終的に59名（女児32名、男児27名、表1）を本研究に参加させた（すなわち、2010年11月19日の時点で生命状態に関するフォローアップデータが59名すべてで得られていた）。		介入群 23.0 (18.0–38.2) 比較群 20.8 (18.0–29.3)	介入群のみ記載あり 49.1%	記載なし	78	59	19	医療従事者	医療機関	医療機関	未実施	未実施	該当なし	該当なし		同種造血幹細胞移植 (a-HSCT) と分割全身照射 (fTBI)	化学療法 + a-HSCT		学業遅延と雇用状況	アンケート調査		調査時点で、fTBIコンディショニングを受けた59名のうち、女子10名、男子8名がまだ学生または無職であり、女子22名、男子19名が就職していた。職業分布は一般人口と大きな違いはなかったが、看護師、教師、技術職などの中級職業に就いている女子が一般人口で予想される数より有意に多かった（表5）。化学療法コンディショニングを受けた若いコホート19人のうち、仕事を持っていたのは9人（男4人、女5人）	fTBIを受けた小児では、10年目（French class Troisième）`と13年目（French class Terminale）の開始時およびその間の学業遅延が一般集団よりも有意に大きいことが観察されたが、これらの遅延は移植時の年齢と相関がなかった。この遅延は、化学療法によるコンディショニングを伴うa-HSCTを受けた患者の遅延よりも有意に高くはなかった。おそらく、化学療法コホートのサイズが中程度（n = 19）であり、fTBIコンディショニング時の年齢中央値が高い（10.5年対6.6年）ためである。3歳以前にfTBIを受けた被験者は2名のみであった。中等教育修了証書（バカロレア）の取得は、一般集団と比較して男児で有意に低く（女児では低くなかった）、6歳以前に移植を受けた患者では有意に低かったが、後者のグループでは有意に低くなかった。fTBIに関連した学業困難はほとんど報告されていない[4, 6]。Ferryは、TBIまたは化学療法で治療されたa-HSCTを受けた112人の小児のうち69人に学業困難があることを指摘した [6]。Matthes-Martin氏らは、a-HSCTを受けた58人の小児の26%で、読解問題の増加と学業成績の回復を報告した [4]。TBIまたは化学療法を受けたa-HSCTの生存者214人を対象としたQOL研究において、Sandersは、14%が学校教育中に特別な教育クラスを必要としたのに対し、対照群の4%であったと指摘した [5]。これらの学業上の困難は、a-HSCTまたはTBIのいずれかと関連している可能性がある。化学療法のみを受けた者では、fTBIよりも10年目までの学業の遅れが少ないことが観察されたが、その差は有意ではなかった。対照的に、移植後3～6年目に実施されたいくつかの報告されている前向きIQ研究は、より安心できるものであり、おそらく3歳以前に移植を受けた子供でTBI後にかなり重要なでない低下がある以外は、これらの患者におけるIQの低下を示していない [7-10]。しかし、Simmの研究では、移植後2～6年経過した子供の学力、特に読解力の低下を両親が指摘することがあった[8]。このように、学業上の困難は、遅れることもあれば、時間が経ってから認識されることがもある [18]。さらに最近では、3歳以前にfTBIでa-HSCTを受けた15人の小児のうち、Mulcahy [19] は、9人の言語・音声の遅れ、3人の注意障害、2人の学習障害、4人の一般発達の遅れを指摘し、ベイリー・スコアは6例でフォローアップ時に正常、3人で70～84に低下、1人で55と低くなった（この子は22Gyの頭部放射線療法を受けていた）。fTBIの小児期生存者において、職業上の転帰は研究されていないと考えている。しかし、米国の小児がん生存者研究（CCSS）のがんおよび白血病コホートでは、小児がんの成人生存者は、兄弟姉妹の仕事よりも低いスキルを必要とする仕事に就いている [11]。私たちのコホートでは、女子は看護師や教師などの中級レベルの職業に著しく偏っています。	fTBI後は学業困難が多く、一般集団に比べ遅れが顕著である。6歳までに移植を受けた子どもは、高校（バカロレア）を卒業した子どもが少ないが、その差は有意ではない。職業分布は一般集団と大きな差はないようだが、中級職業に就いている女子は一般集団で予想される数より有意に多い。2つのコホートの規模が小さすぎて十分な比較ができなかったため、これらの結果に対するfTBIの寄与を確認することはできなかった。しかし、学業成功のために必要な教育的支援を提供し、小児がん生存者の職業的統合を改善するためには、学校教育を綿密に監視する必要がある。
27532508	Lee SJ	2016	United States	非血縁ドナー移植後5年の生存者において、骨髄は末梢血よりも患者報告アウトカムを改善することを検証すること	無作為化比較試験		16歳以上で、英語またはスペイン語でコミュニケーションができ、電話を利用できる場合、患者報告エンドポイントサブスタディに参加することができた。除外基準には、認知的、言語的、感情的な問題によりインタビューに参加できないこと、現在コントロールされていない精神疾患であることが含まれた。		全体で40歳以下が245人	全体で男性が221人	記載なし	395	199	196	医療従事者	医療機関	医療機関	未実施	未実施	該当なし	該当なし	骨髄移植	末梢血幹細胞移植		FACT-G、TOI	自己記入式評価用紙		FACT-Trial Outcome Index（TOI）、MHI Psychological Well-Being、cGVHD症状スケールスコアは、単変量比較ではPB患者に比べてBM患者ですべて有意に良好であるが、多重検定調整後も後者2つだけが有意である	この大規模な多施設共同無作為化試験では、非血縁のBMを投与する群に無作為化された人と、PBを投与する群に無作為化された人の間で、2年および5年生存率がほぼ同じであった。5年間を通じて参加者から収集したPROを分析したところ、BMのレシビエントはPBのレシビエントと比較して、心理的ウェルビーイングが良好で、慢性GVHD症状の負担が少なく、フルタイムまたはパートタイムの仕事に復帰する可能性が50%高いことが確認されました。患者さんが報告するエンドポイントでは、PBが優れている項目はありませんでした。BMレシビエントの自己報告による健康と幸福が改善された理由は不明である。	血縁関係のないドナー BM のレシビエントは、移植後 5 年で PB のレシビエントよりも心理的健康状態が良好で、慢性 GVHD 症状の負担が少なく、仕事に戻る可能性が高かった。骨髄は、これらのタイプの移植手順の標準治療であるべきです。	



PMID	著者	発行年	国	目的	研究デザイン	対象 / がん種	包含基準 / Inclusion criteria	除外基準 / Exclusion criteria	年齢 (全体平均)	男女比 (全体に占める男性の割合)	職種	サンプルサイズ	介入群 N	比較群 N	介入提供者 / Provider	介入を行った場所	データ収集を行った場所	インタビューを行った場所	研究に家族が関与	研究に職場が関与	研究に医療者も対象として含まれる	介入手段として挙げがったもの	比較群への介入手段	両立支援の分類 (研究実施者のみ記載)	主要アウトカム / Primary outcome	測定方法/ インタビュー方法	副次アウトカム / Secondary outcome	結果 / Result	考察 / Discussion	結論 / Conclusion
22095929	Molgaard-Hansen L	2011	United States	この研究では、AML生存者の自己申告による医療サービスの利用、健康経験、社会的成果、生活行動を、兄弟姉妹の対照群と比較しました。	前向きコホート研究		1984年7月以降、北欧諸国（デンマーク、フィンランド、アイスランド、ノルウェー、スウェーデン）でAMLと診断されたすべての小児が登録され、NOPHO-AMLプロトコルに従って治療を受けています。登録は、15歳以下の患者さんについては人口ベース、15〜18歳の患者さんについては地域の慣習に従って行われています。1984年7月1日から2003年12月31日までに診断された患者をデータベースで確認した。NOPHO-AML-84、-88、-93プロトコルに従った治療を完了し、2007年6月30日までに生存していた全患者を本研究の対象とした。	ダウン症骨髄性白血病、ファンコニー貧血、コストマン症候群、先行骨髄異形成症候群、治療関連AML、同種または自家造血幹細胞移植を受けている患者、2007年6月30日までに再発した患者、二次悪性腫瘍を有する患者は除外されました。	0-9歳 31人、 10-14歳 55人、 15-19歳 40人、 20-29歳 47人、 30歳以上 15人	0.398	なし	188	102	86	医療従事者	医療機関	医療機関	未実施	未実施	該当なし	該当なし	化学療法	対照群は健康な兄弟なので介入はなし		AML生存者の自己申告による医療サービスの利用、健康経験、社会的転帰、生活習慣	本人聴取・アンケート調査	特定のアウトカムに言及されていない	過去12ヶ月以内に週30時間以上勤務したことがあると定義された正社員数は、20歳の回答者では兄弟姉妹よりも有意に少なかった（39％対62％、P ¼ 0.03）。その理由として、兄弟姉妹よりもAML生存者の方が学生である傾向があることが考えられる（33％対15％、P ¼ 0.07）。フルタイムで働いていない生存者には、週30時間未満の勤務（n ¼ 4）、家族の介護（n ¼ 3）、無職（n ¼ 1）、学生（n ¼ 12）が含まれていた。生存者のうち2人は病気や障害のために退職し、1人はAMLの診断とは無関係の重度の学習障害のためであった。20歳以上の兄弟姉妹のうち、病気や障害のために退職せざるを得なかったり、働けなかったりした人の数に、有意差は認められなかった（6％対8％、P ¼ 0.2）。病歴を理由に民間企業、軍隊、警察や消防署への就職を断られたことについては、AML生存者と兄弟姉妹の間に差は見られなかった。20歳では、結婚または同様の頻度は、AML生存者と兄弟姉妹の間で差はなかった（39％対37％）。	我々の研究では、以前のAMLやその治療に関して深刻な不安を訴えた生存者はわずかであった。その理由として、健康上の問題がほとんどなく、全体的な健康状態も良好であると評価されたことが考えられる。大多數の被爆者は、前疾患があるにもかかわらず、教育中や就職活動中に問題を感じたことはなかった。北欧諸国では、医療サービスを自由に利用できるため、不安になるような心配が少ないのかもしれない。喫煙は、一般集団における重篤な罹患者および死亡率のリスクを高め、小児がん生存者における有害な後遺症のリスクを高める可能性がある。	造血幹細胞移植を行わず、NOPHO-AMLプロトコル(化学療法)で治療した子どもの自己申告による健康状態は良好であり、医療サービスの利用は限定的であった。報告された健康および社会的転帰は、その兄弟姉妹と同等であった。生存者の多くが喫煙しており、晩期障害のリスクを高める可能性がある。
33345659	van der Hout A	2021	England	本研究の目的は、HRQOL、症状、患者の活性化に対するOncokompasの効果について、社会人口学的要因、HRQOL、症状、支持療法の必要性などの潜在的な調整因子を調査することであった。臨床現場において、がんサバイバーのどのサブグループが、HRQOLや症状、患者の活性化という点で、オンココンパスのようなeヘルス自己管理アプリケーションの恩恵を最も受けやすいかを知ることが興味深いことです。この知識は、最適ながんサバイバースUPPORTのためのeHealth自己管理介入をさらに調整するために使用することができます。	無作為化比較試験	様々ながん種	頭頸部がん、大腸直腸がん、乳がん、またはリンパ腫（高悪性度・低悪性度非ホジキンリンパ腫、ホジキンリンパ腫）の治療を目的とした治療を3カ月から5年前に受けた成人がんサバイバーは、（元）担当医からRCTへの参加を依頼された。	除外基準は、インターネットにアクセスできない、または電子メールアドレスを持たない、重度の認知障害、オランダ語の習得が不十分、アンケートに答えることができない、乳がんサバイバーの性別が男性である、であった。生存者は、2016年10月12日から2018年5月24日の間にオランダの14の病院からリクルートされた。	介入群のみ 63.2 ± 11.2	men 51%	記載なし	625	320	305	アプリケーション	その他	その他	未実施	No	No	No	自己管理アプリケーション	No intervention	なし	なし	確定的な記載はなし	調査した症状に対するOncokompasの効果については、その腫瘍特異的症状のベースライン・スコアが効果を調節していた（表3）。データの可視化により、ベースライン時にある程度の症状負担があるすべてのサバイバーがオンココンパスの恩恵を受け、症状負担が高いほど介入効果が大きくなることが示唆された（例：補足付録図4の口の中の痛み）。頭頸部がん生存者では、口の中の痛み、社会的な食事、嚥下、咳、三叉神経痛（EORTC QLQ-H&N43） [23]、大腸がん生存者における体重（EORTC QLQ-CR29） [24]、高グレード非ホジキンリンパ腫生存者における情動的影響（EORTC-SQLQ-NHL-HG29） [25] である。EORTCのすべての尺度および単一項目のスコアは、0から100の範囲である（スコアが高いほど、症状の負担が大きいことを示す）。分析量を制限するために、これらの下位尺度のみが選択された。患者の活性化は、患者の自己管理に関する知識、技能、自信のレベルを測定するPatient Activation Measure（PAM）を用いて測定された。PAMのスコアは0から100までの範囲で、スコアが高いほど患者の活性化レベルが高いことを示す [11]。	オンココンパスのHRQOLへの効果は、自己効力感が低〜中程度であるがんサバイバー、自己管理能力が高いサバイバー、健康リテラシーが高いサバイバーの間で長く持続するようであった。症状の軽減において、オンココンパスは、症状負担の大きい頭頸部および大腸がん生存者においてより効果的であった。頭頸部がん生存者では、女性（口の中の痛みについて）、パートナーのいない生存者（社会的な食事の問題および三叉神経症について）、高齢生存者（三叉神経症について）でより効果が高かった。患者の活性化に関しては、オンココンパスが他のグループよりも有益であると思われる特定のサブグループは見つからなかった。我々は、情報を調整し、文章量を抑えるようにすることで、多くのがんサバイバーに適した使いやすいウェブベースのアプリケーションの開発を目指しましたが、健康リテラシーは依然として、健康リテラシーが高いサバイバーを支持して、HRQOLの効果を緩和することが明らかにされました。健康リテラシーは、eHealthの介入において重要な因子であることが知られており [34]、HRQOLと正の相関があることが分かっている [16,35,36]。例えば、ビデオ、ポッドキャスト、インフォグラフィックなどのマルチメディア要素やゲーミフィケーションの要素を加えるなどして、健康リテラシーの低い人たちの効果を高めるための適応が必要である [37]。しかし、これらの適応にもかかわらず、このグループは他のタイプの介入、例えば対面またはグループ介入からより恩恵を受けられるかもしれない。興味深いことに、オンココンパスは自己効力感が低〜中程度のがんサバイバーにおいてより効果的であるようである。	www.DeepL.com/Translator（無料版）で翻訳しました。	www.DeepL.com/Translator（無料版）で翻訳しました。

添付4. 乳がん

PMID	著者	発行年	国	目的	研究デザイン	対象 / がん種	包含基準 / Inclusion criteria	除外基準 / Exclusion criteria	年齢 (全体平均)	男女比 (全体に占める男性の割合)	職種	サンプルサイズ	介入群 N	比較群 N	介入提供者 / Provider	介入を行った場所	データ収集を行った場所	インタビューを行った場所	研究に家族が関与	研究に職場が関与	研究に医療者も対象として含まれる	介入手段として挙げたもの	比較群への介入手段	両立支援の分類 (研究実施者のみ記載)	主要アウトカム / Primary outcome	測定方法 / インタビュー方法	副次アウトカム / Secondary outcome	結果 / Result	考察 / Discussion	結論 / Conclusion	
	van der Hout A	2021	England	この研究は、がん生存者のどのサブグループがOncokompasから特に恩恵を受ける可能性があるかを調査することを目的としています。	RCT	頭頸部がん、結腸直腸がん、乳がん、またはリンパ腫		インターネットにアクセスできない、または電子メールアドレスがない、重度の認知障害、オランダ語の習得が不十分、質問票に回答できない身体的能力、および男性の性別の乳がん生存者	63	0.49		625	320	305		医療従事者	自宅	自宅	未実施	なし	なし	不明	Oncokompasは、がん生存者がHRQOLおよびがんジェネリクスおよび腫瘍固有の症状を監視することをサポートするeHealth自己管理アプリケーション	No intervention		RQOL、症状、および患者の活性化を測定するアウトカムに関するデータは、選択時(ベースライン(T0))、介入後1週間(T1)、および3か月(T2)および6か月(T3)のフォローアップ後に収集	質問票		HRQOLに対する介入効果は、自己効力感が低から中等度のがん生存者、個人的コントロールの高い者、ヘルスリテラシーの高い生存者の間で最も大きかった。ベースライン症状スコアが高いがん生存者は、頭頸部(口の痛み、社会的食事、嚥下、咳、開口障害)、および結腸直腸がん(体重)固有の症状に対してより多くの恩恵を受けました。	HRQOLに対するOncokompasの効果は、自己効力感が低いから中等度のがん生存者、個人的コントロールが高い生存者、およびヘルスリテラシーが高い生存者の間でより長く持続するようである。症状の軽減において、Oncokompasは、症状負荷が高い頭頸部がんおよび結腸直腸がん生存者においてより効果的であった。頭頸部がんサバイバーの中で、オンココンパは女性(口の痛み)、パートナーのいないサバイバー(社会的食事と開口障害の問題)、および高齢のサバイバー(ディスマス)でより効果的でした。患者の活性化に関しては、Oncokompasから他のサブグループよりも多くの利益を得る可能性のある特定のサブグループは見つかりませんでした。	この研究は、がん生存者を対象とした将来のeHealth自己管理介入の有効性を改善するための貴重な情報を提供します。自己効力感が低いがんサバイバー、個人的コントロールが高いがんサバイバー、ヘルスリテラシーが高いがんサバイバーは、オンココンパのHRQOLベネフィットが大きかった。さらに、Oncokompasは、症状負荷の高い頭頸部がんおよび結腸直腸がんの生存者の腫瘍特異的症状を改善するのに特に効果的です。生存者のこれらのサブグループをターゲットにすることは、eHealth自己管理介入の介入効果の改善につながる可能性がある。
	Smith TM	2021	United States	この研究は、(a)標準的なコンピューター支援認知トレーニング(CACT)プログラムの効果を音楽で強化されたCACTプログラム(CACT+A)と比較して、BCSの記憶、認知、生活の質(QOL)、および日常生活への参加への集中力と集中力を向上させることを目的	定量的手法と定性的手法の要素を組み合わせたRCT	乳がん	BCSであること、乳がん治療に起因する認知問題を自己申告していること	英語が読めない、理解できない人、または、大精神障害、中枢神経系障害、アルツハイマー病、認知症、発達遅延、外傷性脳損傷、脳事故など認知に影響を及ぼす可能性のある障害があると自己申告した人	53.44	女性	不明	25	16	9	不明	自宅	医療機関	医療機関	なし	なし	不明	CACT+Aグループの参加者には、ヘッドフォンと、一般に公開されている2時間30分の集中力を高めるとされる音楽アルバムの入ったUSBが配布されました	配布	FACT-Cog、質的データは、半構造化された自由形式質問面接で収集	自記式		CACTグループは、作業記憶、QOL、および日常生活への参加を測定する人間の職業スクリーニングツールのモデル(MOHOST)CACT群は、作業記憶、QOL、および日常生活への参加を測定するMOHOST (Model of Human Occupation Screening Tool) の3つの下位尺度について、試験前から試験後にかけて有意な改善を示した。CACT+A群では、FACT-Cogの認知機能下位尺度4項目と総得点に有意な改善がみられた。インタビューから5つのテーマが浮かび上がった。認知スキル」「学習した戦略」「変化なし」「QOL要因」「日常生活への参加」。CACT+A群では、より多くの割合で改善が見られ、特に記憶とQOL要因の改善が顕著であった。のサブスケールについて、テスト前からテスト後のスコアが大幅に改善されたことを実証しました。CACT+A群では、FACT-Cog認知機能サブスケールと合計スコアで有意な改善が見られた。インタビューの結果、認知能力、戦略学習、変化なし、QOL要因、日常生活への参加の5つのテーマが浮かび上がった。CACT+Aグループは、特にメモリとQOL要因の改善率が高いと表明した	MOHOST処理サブスケールスコアも、認知能力の向上と関連するCACT+Aグループで有意に改善されました。両グループが同じコンピュータ運動訓練を受けたことを考えると、外部ヘッドホンの使用により、日常生活への参加意欲や環境が低下し、CACT+AグループのQOLがわずかに増加した可能性があります。	ACT+Aは、認知の問題を自己報告するBCSにとって縁起の良い介入オプションです。自宅で参加するのが便利で、必要に応じてBCSが安全に自己隔離することができます。		
	MacVicar MG	1989	United States	ステージIIの乳がんの治療のために化学療法を受けている10人の女性の機能的能力(V02Lmax)に対する45週間の有酸素インターバルトレーニングサイクルエルゴメータープロトコルの効果	RCT	乳がん				女性		10										実験(EX)、プラセボ(PL)、および対照(CO)グループにランダム化。EX被験者は、10週間、週に3回の運動トレーニングプログラムを完了しました。PL被験者は、10週間の非有酸素ストレッチと柔軟性のエクササイズに参加しました。	通常の活動を維持				EX群は、PL群およびCO群と比較して、試験前および試験後のVO05Lmaxならびに作業負荷および試験時間において有意な改善(pが2未満)を示した。	インターバルトレーニング運動介入は、補助化学療法を受けているステージIIの乳がん患者の機能的能力の改善に有効であった。			

PMID	著者	発行年	国	目的	研究デザイン	対象 / がん種	包含基準 / Incrusion criteria	除外基準 / Excrusion criteria	年齢 (全体平均)	男女比 (全体に占める男性の割合)	職種	サンプルサイズ	介入群 N	比較群 N	介入提供者 / Provider	介入を行った場所	データ収集を行った場所	インタビューを行った場所	研究に家族が関与	研究に職場が関与	研究に医療者も対象として含まれる	介入手段として挙げがったもの	比較群への介入手段	両立支援の分類 (研究実施者のみ記載)	主要アウトカム / Primary outcome	測定方法/インタビュー方法	副次アウトカム / Secondary outcome	結果 / Result	考察 / Discussion	結論 / Conclusion	
	Gordon LG	2005	Netherlands	非介入群と比較して、乳がん生存者に対する36つのリハビリテーション介入に関連する自己申告による健康関連生活の質(HRQoL)を推定しました。		乳がん	原発性乳がんと診断された女性で英語を話し、認知機能に問題がなく、年齢が25〜74歳の女性	介入に参加したことある女性は除外		女性	不明	275	36、31	208		理学療法士	在宅、病院	自宅	自宅	なし	なし	不明	個別の運動処方、グループセッション	非介入		HRQoLに関する質問票	自記式質問票		介入前/介入後の測定を比較すると、診断後6〜12か月でDAARTサービスを完了した参加者の腕の罹患率や上半身障害の減少など、機能的幸福に対する利益が明らかでした。対照的に、診断後約20か月のSTRETCHグループの介入前/介入後の測定の間に最小限の変化が観察されました。全体として、平均HRQoLスコア(年齢、化学療法、ホルモン療法、高血圧、職業タイプで調整)は、診断後40か月から12か月の間にすべてのグループで徐々に改善し、顕著な差は見られませんでした	約3分の1の女性（全グループ）は、HRQoLが低下しており、HRQoLが変化しない、または改善した女性よりも統計的に有意に低いスコアでした。このことは、乳がんを患う女性の体験が多様であり、個人差があることを強調しています。HRQoLが不変の女性は診断後6ヶ月までにHRQoLのプラトーに達していたが、相当数の女性は診断後6ヶ月から12ヶ月の間に同様の高いレベルまで改善し、さらに一部の女性は同年代の高いレベルに到達するのに苦労していた。	手術後の早期理学療法は、短期的な機能的、身体的、および全体的なHRQoLの利益をもたらす可能性があります。
	Tamminga SJ	2020	Netherlands	診断時に雇用された2つのがん生存者の雇用状況の変動と、がん診断後3、5、および65年の生活の質との関連を探ること	記述統計と縦断的マルチレベル分析	乳がん、婦人科がん	1)18〜60歳のがん患者であること、2)参加している病院部門の3つで治療目的で治療されていること、4)有給の仕事をしていること	1)病気休暇中であった。オランダ語の話、読み、または書き込みが十分にできず、重度の精神障害またはその他の重度の併存疾患があり、癌の一次診断が2か月以上前に行われた患者	46.9〜48.0	0.01	肉体労働35名、その他不明	102				医師、看護師	医療機関	医療機関	医療機関	なし	なし	不明	未介入			雇用されているかどうか	アンケート	SF-36、障害年金の受給、失業手当の受給、自発的失業、ボランティア活動、退職、研修を受けた者については、無雇用者	適格ながん生存者102人のうち63人が参加し、主に乳がんと診断された(5%)。がんと診断されてから63年後と97年後には、それぞれ48人(81%)と5人(7%)の参加者が雇用された。3年経過後でも雇用されない理由としては、失業手当の受給(3%)、任意失業(3%)、障害給付の受給(5%)、早期退職(3%)などが挙げられた。縦断的マルチレベル解析では、雇用されたがん生存者は、雇用されていないがんと比較して、5年の追跡時点で概して統計的に有意に良好な生活の質のアウトカムを報告したことが示された。	前向きコホート研究を採用したが、雇用されることは生活の質を向上させるかもしれないが、働くためにはある程度の生活の質(身体機能など)が必要であるため、生活の質と雇用の関係の方向性は多面的である可能性がある。生活の質と雇用の関係を解きほぐそうができるようにするために、我々は、長い追跡期間で非常に定期的に生活の質と雇用状況に関するデータを収集するためのさらなる研究を推奨する。	就業率は高く、雇用形態の変動も少なかった。雇用率の最も急激な低下は、診断の最初の2年後に発生します。雇用された参加者は、より良い生活の質の結果を報告した。したがって、サバイバシップケアは、診断後2年以内にリスクのある集団に焦点を当てる必要があります
	Lee MS	1992	England									70																不安や抑うつ等の症例の有病率は治療開始前は高く、保護群では症例は少なかったが、3カ月または12カ月時点で新規症例数、社会的適応、職場復帰能力に有意差はなかった。治療に対する態度はグループ間で有意差を示し、保存グループのより多くの女性が通常の服を着ることができ、ほとんどの女性が美容結果を高く評価しました。患者は、乳房切除術後に性的介入を完全に停止する可能性が高かった。		効果的な温存技術は、早期乳がんの選択された女性が利用できる魅力的な治療法の選択肢であるべきである	

PMID	著者	発行年	国	目的	研究デザイン	対象 / がん種	包含基準 / Incrusion criteria	除外基準 / Excrusion criteria	年齢 (全体平均)	男女比 (全体に占める男性の割合)	職種	サンプルサイズ	介入群 N	比較群 N	介入提供者 / Provider	介入を行った場所	データ収集を行った場所	インタビューを行った場所	研究に家族が関与	研究に職場が関与	研究に医療者も対象として含まれる	介入手段として挙げたもの	比較群への介入手段	両立支援の分類 (研究実施者のみ記載)	主要アウトカム / Primary outcome	測定方法/ インタビュー方法	副次アウトカム / Secondary outcome	結果 / Result	考察 / Discussion	結論 / Conclusion
	Burak WE	2002	United States	本研究は、これらの問題に関してSLNBとALNDの手法を比較するために実施された。		乳がん	(1)オハイオ州立大学内部審査委員会に従って得られたインフォームドコンセント。(2)術前測定で腫瘍の大きさが4cm以下。(3)単巣性疾患、および(4)乳癌に対する化学療法または放射線療法の既往がない	センチネル結節が特定されなかった患者	59.5～55.7歳	恐らく女性、記載なし	記載なし	96	48	48	医師	病院	医療機関	医療機関	なし	なし	不明	手術方法	SLNB（リンパ節生検）の違い。グループAは、SLNBが陰性で、ALNDを完了しなかった患者。グループBは、SLNBを受けALNDが完了。	上腕二頭筋中央部、肘前窩、両腕の手首、腫脹	外来診療所	腕や肩の痛みやしびれなどの主観的愁訴,抗生物質投与が必要な感染症の件数,手術による仕事や日常生活の欠席時間	平均追跡期間が96か月(範囲15～8)の29人の患者からデータが得られた。腕の愁訴と腕のしびれの主観的測定に有意差が見られました(P<0.001)、グループAで報告された苦情は少ない。上腕二頭筋中窩と肘前窩の円周の違いは、手技アームと非手順アームの比率を差し引くときに有意でした(P<0.003 およびP<それぞれ0.016)グループAを支持し、グループA患者の88%で外来手術として腋窩手術が行われたのに対し、グループBでは15%(P<0.001)。さらに、グループA患者の71%が4日以内に「通常の活動」に戻ったのに対し、グループBの7%(P<0.001)。	リンパ浮腫は腋窩郭清のよく知られた合併症であり、その割合は10%から20%の範囲です。これらの研究のほとんどは臨床的に有意な腫脹を報告していますが、注意深い腕の測定により、最大30%の患者の腕のサイズの違いが検出されます[15]。これが長期的な問題につながるかどうかは不明ですが、患者は残りの生涯を通じてリンパ浮腫のリスクがあることが知られています。本研究のデータは、センチネルリンパ節生検が上腕二頭筋中部と肘前窩の腫れが少ないことを示しています。前腕中央部または手首に差は見られなかったが、これは通常、より重度のリンパ浮腫を表しており、おそらくより長いフォローアップが必要である。このデータは、Schrenkら[16]によって報告された研究とほぼ類似しており、センチネルノードグループに有利な上腕と前腕の両方の周囲長に違いが見られました。主観的な腕の愁訴は腋窩節郭清を受けた患者によく見られ、ほとんどの患者は上腕の重さや鈍い膨満感を訴え、これはより一般的に一過性であり、長期的な後遺症をもたらさなかった。腕のしびれは腋窩結節郭清後にもよく見られましたが、センチネルリンパ節生検後ははるかに頻度が低かったです。腋窩結節郭清を行う際、無作為化試験では術後症状に差が見られなかったため、肋間上腕神経を温存する試みは行われなかった[17]。センチネルリンパ節生検でも、本研究ではセンチネル結節の最も頻繁な位置は下腋窩であり、おそらく本研究のしびれ患者の17%を占めるため、この神経または下部肋間皮膚神経を損傷する可能性があります。	本研究の結果から,センチネルリンパ節生検は術後の入院期間が短くなり,日常生活や仕事に復帰するまでの時間間隔が短くなり,術後リンパ浮腫が少なくなることが示された	

PMID	著者	発行年	国	目的	研究デザイン	対象 / がん種	包含基準 / Incrusion criteria	除外基準 / Excrusion criteria	年齢 (全体平均)	男女比 (全体に占める男性の割合)	職種	サンプルサイズ	介入群 N	比較群 N	介入提供者 / Provider	介入を行った場所	データ収集を行った場所	インタビューを行った場所	研究に家族が関与	研究に職場が関与	研究に医療者も対象として含まれる	介入手段として挙げたもの	比較群への介入手段	両立支援の分類 (研究実施者のみ記載)	主要アウトカム / Primary outcome	測定方法/ インタビュー方法	副次アウトカム / Secondary outcome	結果 / Result	考察 / Discussion	結論 / Conclusion	
	Battaglia TA	2022	United States	これまでのナビゲーション研究は、社会的ニーズを体系的に対象としていません。患者から報告された社会的な障壁に対処するために、私たちはプロジェクトサポートを設計しました	RCT	乳がん、肺がん	研究期間中に新たに乳がんまたは非小細胞肺癌と診断され、英語、スペイン語、またはハイチクレオール語を話す	1)がんの診断から30日>経過、2)過去5年間のがんの病歴、または3)認知症やせん妄などの認知障害	55.1歳	0.041	記載なし	220	113	107		医療従事者	自宅	医療機関	医療機関	なし	なし	不明	サポートサービス	標準的なサポートのみ		社会的障壁に対する質問	電話または直接あって	無	患者の51%が黒人、22%がヒスパニック、20%がスペイン語、8%がハイチクレオール語、73%が公的健康保険に加入し、77%が1つ以上の社会法上の障壁を報告し、最も一般的なのは住居と雇用への障壁でした。乳がん患者の73%、肺がん患者の90%が0日以内に治療を開始した。乳がん参加者(オッズ比、88.95:0%CI、17.4-52.4)または肺がん参加者(オッズ比、00.95:0%CI、35.45-4.<>)では、タイムリーな治療を受ける上でナビゲーション増強の有意な効果は認められなかった。患者報告アウトカムに治療群間で差は認められなかった。	都市のセーフティネット病院でケアを求める患者の>75%が、新しいがん診断時に1つ以上の社会的障壁を認識しているという私たちの発見は、価値に基づくケアを提供しようとしている私たちの医療提供システムにとって重要なメッセージです。特に、最も差し迫った障壁は、それらに対処するための利用可能なリソースが最も少ない障壁、つまり住宅の不安定性です。これらの高いレベルの懸念にもかかわらず、LLNを評価するために強化されたナビゲーション参加者の間で実施された詳細なスクリーニングでは、認識された障壁の25%がケアに対する社会的な障壁を構成していないことがわかったことに注意することが重要です。そして、存在する場合、ケアに対する社会的障壁の大部分はレベル1(基本的な法的問題)であり、法律擁護者とナビゲーターの間の単一の相互作用のみを必要とし、法的情報は追加のフォローアップなしで参加者に送信されました。これは、よく訓練されたナビゲーターがほとんどの患者のニーズをサポートできる可能性があることを示唆しています。	法律相談とサポートへのアクセスによって強化されたナビゲーションは、タイムリーな治療、患者の苦痛、または患者のニーズに影響を与えませんでした。ほとんどの患者は社会的法的な障壁を報告しましたが、ナビゲーターが対処できない集中的な法的サービスを必要とする患者はほとんどいませんでした。
	Zhu H	2020	Canada	介入群に無作為化された女性の使用期間とログイン頻度を評価することにより、BCSプログラムの使用データを調べることでした。第2の目的は、利用データと人口統計学的および医学的特性との関連を調査することでした。(介入群だけを解析)	RCTの二次データ解析	乳がん	(1)乳がんと診断され、(2)化学療法を受け、(3)BCSプログラムに12週間アクセスできる	重篤な身体疾患または慢性精神疾患を併発した女性	46.2±8.5歳	男性0%	記載なし	57	57	0		医療従事者	自宅	医療機関	無し (おそらく医療機関)	なし	なし	不明	アプリケーションツールによる相談	なし	アプリの使用期間とログイン頻度	アプリより	無	一般線形モデルでは、年齢、教育、家族の月収、および雇用がBCSの使用期間および/またはログイン頻度と関連していることが示されました。年齢 (F1,45=10.09, P=.003, B=115.34, 95%CI 42.22-188.47)および教育レベル (F1,45=7.22, P=.01, B=1949.63, 95%CI 487.76-3411.50)は、BCSプログラムの全体の使用期間と正の関連があった。家族の月収はラーニングフォーラムの利用期間と正の関連があった (F1,45=11.85, P=.001, B=1488.55, 95%CI 617.58-2359.51) およびBCSプログラムの全体のログイン頻度 (F1,45=4.50, P=.04, B=-971.87, 95%CI -1894.66 to -49.07) およびユアストリーフォーラム (F1,45=5.36, P=.03, B=-640.71, 95%CI -1198.30 から -83.11) であり、BCS プログラム全体のログイン頻度と正の関連 (F1,45=10.86, P=.002, B=192.88, 95%CI 75.01-310.74)。BCS使用データとがんの病期、BMI、併存疾患、手術の種類、または化学療法のサイクルとの間に統計学的差は認められなかった。	女性はBCSへの12週間のアクセス中にラーニングフォーラムとディスカッションフォーラムを最も多く使用しました。研究によると、がん患者はmHealthを情報リソースとして、また感情的なサポートとして使用しています[11,29,30]。ラーニングフォーラムは、症状を管理するためのエビデンスに基づく情報と戦略を提供し、女性が乳がんによりよく対処するのに役立ちました[26]。したがって、情報サポートサービスはmHealthの使用に貢献する可能性があります[30,31]。一方、ディスカッションフォーラムは、仲間や医療専門家のモデレーターとの詳細な議論のためのマルチインタラクションチャンネルを提供し、これらの女性に特にアピールしました[11、18、26、32、33]。私たちの調査結果は、女性がアプリですべてのモジュールを使用するのではなく、代わりにアプリを引き付けるモジュールを好む傾向があるという他の研究の結果と一致しました	この調査から得られた洞察により、アプリベースの健康介入の設計とコンテンツのさらなる進歩のための推奨事項を提供できます。全体として、この研究は、アプリベースの介入の使用にかなりのばらつきがあることを示しました。医療従事者が乳がん女性の日常的なケアにアプリベースの介入を組み込む場合、アプリの学習およびディスカッション機能を強化して、エンゲージメントを促進する必要があります。さらに、年齢、教育レベル、収入、雇用状況などの乳がん女性の特性を考慮して、特定のニーズに対応し、アプリへのエンゲージメントを向上させるカスタマイズされたアプリを開発する必要があります。	



PMID	著者	発行年	国	目的	研究デザイン	対象 / がん種	包含基準 / Inclusion criteria	除外基準 / Exclusion criteria	年齢 (全体平均)	男女比 (全体に占める男性の割合)	職種	サンプルサイズ	介入群 N	比較群 N	介入提供者 / Provider	介入を行った場所	データ収集を行った場所	インタビューを行った場所	研究に家族が関与	研究に職場が関与	研究に医療者も対象として含まれる	介入手段として挙げたもの	比較群への介入手段	両立支援の分類 (研究実施者のみ記載)	主要アウトカム / Primary outcome	測定方法/ インタビュー方法	副次アウトカム / Secondary outcome	結果 / Result	考察 / Discussion	結論 / Conclusion
	Loubani K	2022	Switzerland	短期職業ベースの遠隔リハビリテーション介入が日常の参加、健康関連の生活の質、乳がん関連の症状に及ぼす可能性と影響を検討し、COVID-19パンデミック時の毎日の参加と症状を管理するための戦略に関する女性の視点を理解することを目的とした。	定量的(シングルアームプレボスト)と定性的研究デザインを組み合わせた方法	乳がん	浸潤性癌のステージIからIIIの女性で、(a)乳がん手術(乳房切除術または乳腺腫瘍摘出術、片側または両側)の少なくとも3か月後であり、腋窩郭清の有無にかかわらず、(b)化学療法と放射線療法を完了し、(c)以前に健康であった。	自己報告によると、日常の機能に影響を与える重度の障害(例: 重度の神経学的または整形外科的状态)	48.71歳	男性0%	記載なし	14	14	14	作業療法士	自宅・医療機関	医療機関	無し (おそらく医療機関)	なし	なし	不明	インタビューと質問紙による調査	遠隔リハと病院リハ		カナダ職業パフォーマンス測定(COPM)	インタビュー	アクティビティカードソート(ACS)、FACT-B、自己申告の症状重症度質問票、BRIEF-A	86人(14%)の参加者は乳がんの診断前に働いており、その半数は研究中に仕事に復帰しませんでした。コンプライアンスは高く、15人の参加者のうち14人がプロトコル全体を完了し、オンラインセッション中に技術的な問題は発生しませんでした。女性は、COPM、ほとんどのACS活動ドメイン、自己申告による実行機能、および健康関連の生活の質における有意義な活動への毎日の参加を大幅に改善しました。質的調査の結果、乳がんとCOVID-19の脅威の下での日常生活、(3)課題を克服するための女性自身の戦略、MaP-BCの貢献の3つの主要なテーマが明らかになりました。	女性の毎日の参加の有意な改善は、定量的アウトカム指標に反映され、質的所見によって確認された。これらには、HRQOLの大幅な増加、自己申告による実行機能、および乳がんとCOVID-19の課題に対処するためのメタ認知および自己管理戦略を生成する能力が伴いました。しかし、自己申告による身体的または感情的な症状の重症度の有意な改善は伴わなかった。この研究では、対照群のない小さなサンプルを使用し、テクノロジーとインターネットにアクセスできる女性だけが参加できました。したがって、結果は慎重に一般化する必要があります。COVID-19の制限により、自己申告の結果指標のみが使用されました。今後の研究では、パフォーマンスベースでセラピストの観察を含む追加のアウトカム指標を含める必要があります。	COVID-19パンデミック時に職業ベースの遠隔リハビリテーションプログラムを提供することは、コンプライアンスと技術的側面の観点から実行可能です。乳がん後の女性の毎日の参加を改善し、COVID-19感染のリスクを減らす可能性があります。女性の優先的な活動に焦点を当て、機能的ニーズに合わせて介入を調整し、戦略の使用を促進することで、自己申告による身体的および感情的な症状の改善がないにもかかわらず、追加の日常活動、実行機能、およびHRQOLの改善が拡大する可能性があります。
	Tamura S	2019	United States	本研究は、外来化学療法を受けている乳癌患者の就業状況による懸念度の違いを明らかにすることを目的とした。	横断研究	乳がん	乳がんと診断された患者、31～69歳(労働年齢)、ステージI～IIIの乳がん、パフォーマンスステータス(PS)が0または1であり、研究の説明を受け、参加に同意した患者	記載なし	55.1±1.8歳	男性0%	記載なし、雇用状況記載	28	無	無	無	無	医療機関	無し (おそらく医療機関)	なし	なし	不明	質問紙による調査	無し	CCRS (化学療法懸念評価尺度)	質問紙		外来化学療法を受けている乳がん患者28名を募集した。患者の臨床的特徴は、雇用状況に従ってグループ化され、テーブル 1.参加者は全員女性で、全体の平均年齢は(55.1歳±1.8歳)でした。参加者の半数(50%)が雇用されていました。75例(0.25%)が既婚,0例(17.9%)が独身であった。主婦は23人(82.1%)のみで、主婦は15人(53.6%)ではなかった。CCRSの調査結果によると、3つのパラメータが3つのグループ間で異なっていた:「私はいつも自分の病気について考えています」(雇用対失業者、P = 0.005)、「私は仕事ができない(家事/学業)」(フルタイムで雇用されている対,part時間、P = 0.045)、および「自己存在」サブスケール(雇用対失業者、 P = 0.024)。	本研究では、「疾患の進行度」サブスケールと「常に疾患のことを考えている」の得点は採用群で最も高かった。働いていた患者は、家族に責任を感じ、家族や自分の将来を心配していました。一般に、がん患者は常に再発と転移の恐れがあり、雇用グループの患者はしばしば自分の病気とその治療が彼らの仕事と織り交ぜられていると見なしていました。「働けない(家事・学業)」の得点は採用群で最も高かった。堀井ら[27]は、がん患者は身体的に働けないときは働くことせず、仕事と家事のバランスをとる努力をしたと報告した。彼らは、意志力や体力の低下や疲労で働くことは不可能であることに気づきました。働く患者は、期待どおりに働けないことに不満を感じる日を過ごすかもしれません。項目「自己存在」の得点は雇用群で最も高かった。働いている患者さんは、将来の生活に不安を感じたり、常に家族のことを心配しているかもしれません。CCRSの結果によると、雇用グループは「常に病気のことを考えている」、「仕事(家事/学業)ができない」と感じ、「自己存在」に不安を感じていた。私たちの研究は、病気の管理を通して癌患者の精神状態を評価することの重要性を示しています。	本研究により、乳がん患者の就業状況に応じた懸念の特徴が明らかになった。働き続けることができることは、これらの患者の社会的健康を高めると考えられています。雇用された患者の深刻な懸念を予測し、関連する情報を収集することは、早期の看護介入の視点を提供するのに役立ちます。	

PMID	著者	発行年	国	目的	研究デザイン	対象 / がん種	包含基準 / Incrusion criteria	除外基準 / Excrusion criteria	年齢 (全体平均)	男女比 (全体に占める男性の割合)	職種	サンプルサイズ	介入群 N	比較群 N	介入提供者 / Provider	介入を行った場所	データ収集を行った場所	インタビューを行った場所	研究に家族が関与	研究に職場が関与	研究に医療者も対象として含まれる	介入手段として挙げがったもの	比較群への介入手段	両立支援の分類 (研究実施者のみ記載)	主要アウトカム / Primary outcome	測定方法 / インタビュー方法	副次アウトカム / Secondary outcome	結果 / Result	考察 / Disscussion	結論 / Conclusion
	Stapelfeldt CM	2021	England	がん生存者におけるRTWへの準備態勢を改善することを目的とした、早期の個別対応型言語リハビリテーション介入による職場復帰 (RTW) 効果を研究すること。	無作為化対照試験	乳がん 大腸がん 子宮がん 精巣がん 頭頸部がん	治療を目的とした放射線療法や化学療法を受ける患者で、SilkeborgまたはRanders (この地域の19のコミュニティのうちの2つ) に居住し、18歳から60歳で、参加時に永久雇用または一時雇用 (契約期間が少なくとも6ヶ月残っている) されていた者	主治医が参加を非倫理的と判断した場合、または参加者がデンマーク語を読んだり話したりできない場合	mean age 48.2	men 8.4%	教育・指導・健康 61.5 文化・娯楽・サービス 7.2 職業サービス 商社・運輸 4.8 鉱業・採石業 13.3	347	83	264	ソーシャルワーカー	医療機関	医療機関	なし	なし	なし	なし	ソーシャルワーカーによる復職計画・目標設定についてのミーティング (雇用主との関係、阻害因子、業務変更の合意有無など)	通常の疾患管理	RRTW-DK (復職への準備の指標)	質問紙		介入群69名 (83.1%)、対照群215名 (81.4%) がそれぞれ職場に復帰した。統計的効果は認められなかった (RR 1.08 (95% CI 0.98-1.19) )。乳がん女性におけるRTWへの効果は興味深いものである。これらの女性は、一般的な男性よりもこの特別な介入に傾倒し、心地よさを感じているのかもしれない。SWとの密接な関係がRTWの目標設定を促進し、雇用の関与もまた、職場における仕事の要求に直面し、適応する仕事を支援したのかもしれない	がん診断全体では有意差のない小さな効果、および乳がん生存者における有意な効果は、研究プロトコルのコンプライアンス不良に起因するものではないことがわかった。しかしながら、本研究に参加した雇用者の一部から得られた定性的データでは、介入中にサポートされていないと感じていたことが示されており [37]、今後の介入研究ではこの点について検討する必要がある。乳がん女性におけるRTWへの効果は興味深いものである。これらの女性は、一般的な男性よりもこの特別な介入に傾倒し、心地よさを感じているのかもしれない。SWとの密接な関係がRTWの目標設定を促進し、雇用の関与もまた、職場における仕事の要求に直面し、適応する仕事を支援したのかもしれない	様々な癌の診断について分析したところ、税金を財源とする社会保障制度における通常の自治体のRTW管理は、オーダーメイドの職業リハビリテーションと比較してRTWを促進する上で同等の効果があることが証明された。統計的検出力が限られていたため、学歴と合併症の修飾効果については結論が導き出されなかった。しかし、ボストホック分析では、介入群の乳がん女性は、治療終了後1年以内にRTWに移行する可能性が有意に高いことが示された。	
	van Egmond MP	2016	England	失業したCSにテラーメイドの復職プログラムを提供することで、現在Social Security Agency (SSA)が提供している通常のケアと比較して、これらのCSのRTWまでの期間が大幅に改善されると仮定した。本研究の目的は、この仮説を検証し、失業したCSの持続可能なRTWまでの期間に対するテラーードRTWプログラムの有効性を評価することであった。	無作為化対照試験	乳房がん 肺がん 婦人科がん 大腸がん 消化器がん 頭頸部がん 前立腺がん 血液がん 脳腫瘍	SSAに登録されている、病気登録者、がんによる傷病手当金受給者、無職者、労働年齢 (18〜60歳) であること	転移性癌と診断された場合、妊娠している場合、オランダ語が流暢に話せない場合、あるいは現行のプログラムや研究に参加するために署名した場合	mean age 48.4	men 31.0%	固定的な雇用 29.3% 臨時雇用者 56.9% 臨時代理人業務 12.6% その他の契約形態 1.2%	171	85	86	Social Security Agency	就労支援機関	就労支援機関	なし	なし	なし	なし	(1)本人の合意に基づくオーダーメイドのRTW計画の策定 (2)RTWの障害と可能性を見出すためのコーチング (3)実際の職場への復帰 (治療) の可能性の追求	通常の疾患管理	持続可能なRTWまでの日数 (28日以上継続した復職の初日)	倦怠感 FACIT QOL EORTC-QLQ C 30		持続可能なRTWまでの期間のハザード比 (HR) は 0.86 (95%CI 0.46-1.62; p> 0.642) であった。調整モデルでは、介入群では対照群と比較して持続可能なRTWまでの期間がわずかに、しかし統計的に有意ではない改善を示した (HR 1.16; 95% CI 0.59-2.31; p> 0.663) 。本プログラムは、副次的なアウトカム指標には有意な効果を示さなかった。	本研究のCSがベースライン時にすでに1年間の病気休職をとっていたことを考えると、派遣前研究のRTW率はかなり低かったと思われる。第一に、派遣前調査の対象者は、RTWを阻害する健康問題に苦しんでいた可能性があることを考慮する必要がある。すなわち、本調査のCSは、ベースライン時に疾病または障害給付を受けている場合にのみ参加できたので、これらの被爆者には健康問題や障害があったことが分かる。実際、本研究の多くの被爆者、すなわち、12ヵ月間病気休職していた被爆者には、研究参加直前に傷病手当金の再審査を受けていた。さらに、RCTと並行して行われたプロセス評価では、健康問題がCSがインターベンション・プログラムから脱落する重要な理由であることが確認された (unpub. obs.)。したがって、本調査のCSは健康問題に苦しんでおり、それが仕事への (復帰) 能力を低下させた可能性が高い。このことが、CSを対象とした他の調査と比較して、本調査のRTWの割合が低いことの一因であると思われる。	本研究で提供された失業したCSのためのテラーメイドRTWプログラムは、通常のケアと比較して、持続可能なRTWまでの期間に有意な改善をもたらさなかった。今後、失業したCSの数が増加することを考慮すると、これらの生存者に対する新たな就労支援方法を特定することが不可欠である。	

PMID	著者	発行年	国	目的	研究デザイン	対象 / がん種	包含基準 / Incrusion criteria	除外基準 / Excrusion criteria	年齢 (全体平均)	男女比 (全体に占める男性の割合)	職種	サンプルサイズ	介入群 N	比較群 N	介入提供者 / Provider	介入を行った場所	データ収集を行った場所	インタビューを行った場所	研究に家族が関与	研究に職場が関与	研究に医療者も対象として含まれる	介入手段として挙げがったもの	比較群への介入手段	両立支援の分類 (研究実施者のみ記載)	主要アウトカム / Primary outcome	測定方法/ インタビュー方法	副次アウトカム / Secondary outcome	結果 / Result	考察 / Discussion	結論 / Conclusion
	Tamminga SJ	2019	Netherlands	(1)がん患者に対する病院ベースの就労支援介入の2年間の追跡調査における有効性を調べること (2)どの早期要因が2年間の追跡調査においてRTWまでの時間を予測するかを明らかにすること	無作為化対照試験	乳がん 子宮頸がん 卵巣癌 外陰癌 その他	(1) がん患者であること (2) 年齢が18歳から60歳であること (3) 参加病院のいずれかの診療科で治療を目的として治療を受けていること (4)有職者であること (5)病気休職中であること	オランダ語の会話、読み書きが十分にできない、重度の精神障害やその他の重度の併存疾患がある、がんの初期診断が2ヶ月以上前に下された患者	mean age 47.1	men 2%	健康管理 22% 教育 16% 事務系 8% 販売 6% その他 47%	106	49	57	作業療法士	医療機関	医療機関	なし	なし	なし	なし	(1) がん専門看護師または医療ソーシャルワーカー（以下、看護師）による病院での患者教育・支援、1 回 15 分のミーティングを 4 回。 (2) 担当医と産業医間のコミュニケーション改善、がん患者の診断・治療に関する情報を含む手紙を産業医に少なくとも 1 通送る。これは、オランダの法律で、主治医から産業医に医療情報が送られることに患者が同意した場合のみ行われた。 産業医には、患者と雇用主との間でRTW計画を策定するための会議を開くよう依頼しました。	通常の疾患管理		RTWまでの日数 QOL SF-36	Work ability index Work limitation questionnaire	2年間のフォローアップデータがある106名の無作為化患者のRTW率（完全または部分）は、介入群84%、対照群90%であった（p=0.27）。介入群対対照群の職場復帰（完全復帰または部分復帰）の相対リスクは、0.60（95%CI 0.19-1.8）であった。最初の病気休職から完全なRTWまでの時間の中央値は、介入群で363日（範囲19～832）、対照群で344日（範囲136～922）だった（対数順位検定：p=0.062）。最初の病気休職から部分的な職場復帰までの時間の中央値は、介入群で307日（範囲136-922）、対照群で435日（範囲357-768）であった（log rank test; p= 0.077）。	乳がん生存者に関する大規模な集団ベースの研究（71%対87%）と比較して高い職場復帰率を示したことから [33]、病院と患者を選別して研究に参加させたと結論付けている。精神腫瘍学的ケアの一環として就労支援介入を実施する意欲のある病院は、積極的に参加した。このため、対照群と介入群のコントラストが少なく、看護師は対照群の患者にも仕事に関連した支援を行うことに強い意欲を持っていた。さらに、研究に参加する患者の選別は広く報告されている問題であり、過去数年にわたり増加している [34]。一般に、高学歴、高齢、既婚、ネイティブの人が研究に参加しやすい傾向がある [34]。私たちの研究分野では、教育水準が低く、社会経済統計（SES）が低いことが失業の予測因子であり [35]、若いことが乳がんサバイバーにおける失業の予測因子である [36] ため、これはさらに問題視されている。したがって、この種の研究では、代表的なサンプルか、失業の危険性が高い人口を選択することが最も重要である。今回の結果では、介入が有効でないのか、病院や患者の選択的参加によって群間差が生じなかったのか、確信が持てないということである。	全国的な登録ベースの研究と比較して高い復帰率を示したこと、また、群間差は認められなかったことから、今後の研究では、リスク群に到達することに焦点を当てるべきである。リスク群は、化学療法を受けている患者、教育レベルが低い患者、診断時の労働能力が低い患者で構成されている可能性がある。	
	Mijwel S	2019	United States	乳がん女性において、化学療法開始12ヶ月後（介入終了9ヶ月後）の主要アウトカムであるがん関連疲労と副次的アウトカムである健康関連QOL（HRQoL）、症状、生理機能、職場復帰に対するオプティレーニング運動介入の効果を調査・比較すること	無作為化対照試験	乳がん	(i) 18～70歳の女性 (ii) I～IIIa期乳がんと診断 (iii) アジュバント化学療法を受ける予定であること	記載なし	mean age: RT-HIIT52.7 AT-HIIT54.4 UC52.6	men 0%	記載なし	240	RT-HIIT 74 AT-HIIT72	60	クリニックに勤める医療者	医療機関	医療機関	なし	なし	なし	なし	Supervised HIIT exercise	通常の疾患管理		Cancer related fatigue	筋力、心肺機能、体格、HRQoL、症状、職場復帰	RT-HIITとAT-HIITは、CRF全体（ES = - 0.34; ES = - 0.10）、感情/情動CRF（ES = - 0.60; ES = - 0.39）、行動/日常生活CRF（ES = - 0.76; ES = - 0.50）においてUCより優位であった。AT-HIITは、認知CRFの増加を打ち消した（ES = - 0.13） 下肢筋力と EORTC-QLQ-C30 で評価した CRF（r = - 0.25, p = 0.008）および PFS で評価した CRF（r = - 0.20, p = 0.035）には、変化に関する有意な負の相関がみられた。さらに、心肺機能は PFS で評価される CRF と負の相関を示した（r = - 0.25、p = 0.005）。	これらの知見は、化学療法中の監視下高强度運動が、化学療法後数カ月後の乳がん患者の健康状態を改善し、病気休職の長期化に伴う社会的コストを削減する有益な効果を持つことを強調するものである。		
	Grunfeld EA	2019	England	ワークプランの介入とデータ収集資料を試用し、資料が参加者に受け入れられるかどうか、参加者が十分な回答ができるかどうかを判断することであった。その目的は以下の通りである。 1. 教材と介入が受容可能で理解しやすいものであったかどうかを確認する。 2. 募集目標が達成可能であったかどうかを判断し、最も成功した再募集の方法	無作為化対照試験	乳がん 婦人科がん 前立腺癌 大腸がん	(A) 乳がん、婦人科がん、前立腺がん、大腸がんの診断を受けた者 (B) 転移性疾患または再発と分類されていない者 (C) 治療開始後2週間以上経過した者 (D) 18-70歳 (E) 診断時に働いていた者 (F) 採用時に働いていないが復職の意思がある者	記載なし	mean age 50.8	men 26%	記載なし	68	38	30		医療機関	医療機関	医療機関	なし	なし	なし	ワークブックを基本とした患者へのガイダンスとサポート	通常の疾患管理		6ヵ月後および12ヵ月後のフォローアップにおける復職までの期間と復帰率	不明/ 個別インタビュー	気分、職場復帰への満足度、職場復帰プロセスへの満足	離職から復職までの日数については、通常ケア群と介入群の間に有意差はなかった（通常ケア平均308日（SD74）に対し、介入群平均333日（SD153））。6ヵ月後のフォローアップでは、フルタイムまたはパートタイムの仕事に復帰していたのは、通常ケア群の30%に対し、介入群では43%であった。12ヵ月後では、47%（通常ケア）、68%（介入）であった。参加者全体のスコアが低く、スコアのばらつきが少ないという床効果の可能性があった。	ワークプランのワークブックは、表現的な文章を書くためのものではありませんでしたが、参加者が自分のがんや仕事、組織的な面（サポートやシフトパターン）を含む職場環境に関する考えや感情を探ることができ、このプロセスは参加者にとって支えになり楽しいと感じられるものでした。ワークプランのような、患者さんの復職計画を支援し、仕事のタスクや役割（責任）、継続的な医療や治療（受診や治療と仕事の条件を合わせること）に関連する潜在的な問題を克服する方法を考えるための介入の必要性が明らかになりました。	本研究では、がん患者の職場復帰を支援するためのワークブックベースの介入について、RCTを実施することの可能性を調査した。初期結果は有望であり、介入は好評であり、がん治療後の職場復帰を支援する上で参加者に有益であることを示唆した。



PMID	著者	発行年	国	目的	研究デザイン	対象 / がん種	包含基準 / Inclusion criteria	除外基準 / Exclusion criteria	年齢 (全体平均)	男女比 (全体に占める男性の割合)	職種	サンプルサイズ	介入群 N	比較群 N	介入提供者 / Provider	介入を行った場所	データ収集を行った場所	インタビューを行った場所	研究に家族が関与	研究に職場が関与	研究に医療者も対象として含まれる	介入手段として挙げたもの	比較群への介入手段	両立支援の分類 (研究実施者のみ記載)	主要アウトカム / Primary outcome	測定方法/ インタビュー方法	副次アウトカム / Secondary outcome	結果 / Result	考察 / Discussion	結論 / Conclusion
	Greidanus MA	2021	England	MILES介入の効果に関する将来の決定的なRCTの実現可能性を、募集、到達、試験プロトコルの受容性の観点から評価することであった。副次的な目的は以下の通りである。1) がんサバイバーの RTW 成功に対する MILES 介入の有効性に関する予備的な結果を得ること、および 2) MILES 介入の有効性に関する将来の決定的な RCT に必要なサンプルサイズを決定すること	無作為化対照試験	乳がん 大腸がん その他（血液、前立腺、婦人科）	18歳から63歳、がんと診断されて2年未満、フルタイム、パートタイム、フレックスタイム制の臨時雇用（残り6ヶ月以上）または永久雇用契約、現在1年未満で完全または部分的に病氣登録されている、今後6ヶ月間に3回のアンケートに回答できる（現在の健康状態と将来の健康予測に基づき専門医が査定）、アンケートに記入できるほどオランダ語を理解、会話、読み取りできること	癌の診断を雇用主に知らせていない癌生存者	18–49 29% 50–59 54% 60–63 17%	men 0~9%	記載なし	35	24	11		医療機関	医療機関	医療機関	なし	雇用主への介入を実施している	なし	雇用主を対象としたオンラインのツールボックス。ツールボックスは、雇用者とがんサバイバーが選んだRTWを成功させるための最も重要な雇用者の行動を対象としている。	通常ケア		T0, T1,T2時点の復職率	不明	RCTの実施可能性	主要および副次的な結果測定の結果は、表3に示されている。T0、T1、T2におけるRTW率は、介入群でそれぞれ58、79、92%、対照群で55、80、100%であった。T2における介入群と対照群の復職率RRは0.92（95%CI：0.81-1.03）であった。研究プロトコールに関する事前定義された基準および被験者維持率に関する基準は共に達成された。	今回の無作為化フィジビリティ・トライアルから得られた知見は、がん患者の就労成果に対する雇用者に基づく介入の有効性に関する確実なトライアルを開発するための貴重な情報を提供するものである。	がん生存者のRTW成功に対するMILES介入の有効性に関する将来の決定的なRCTは実行不可能である。なぜなら、生存者の募集があらかじめ定義された実行可能性のための最低数に満たなかったからである。有害な労働転帰のリスクが低い生存者への選択バイアスがあり、結果の一般化可能性を低下させた。MILES介入の有効性を調査するためには、別の研究デザインが必要である。
	Tamminga SJ	2013	United States	がん患者に対する病院での就労支援介入が、職場復帰とQOLに与える効果を明らかにすること	無作為化対照試験	乳がん 頭頸部がん 婦人科がん	6つの病院診療科のいずれかで治療を目的とした治療を受けた18歳以上60歳未満のがん患者で、有給の仕事を持ち、病氣休暇中の者。治療を目的とした治療とは、1年生存率が80%程度と予想されるものとした。	オランダ語を十分に話す、読む、書くことができない、重度の精神障害やその他の重度の共同罹患がある、がんの初期診断が2ヶ月以上前に下された患者	mean age Age (years) 47.5	men 1%	ヘルスケア 38% 管理系 9% 営業 5%	133	65	68	看護師	医療機関	医療機関	医療機関	なし	なし	なし	1) 通常の精神腫瘍科診療の一環として病院で患者教育・支援を行う 2) 主治医と産業医のコミュニケーションを改善する 3) がん患者、産業医、雇用主が協力して具体的かつ段階的な復職計画を立案する	通常ケア		12ヶ月後の復職率 QOL	不明	Work ability, 生産性, 及び費用	12ヵ月時点の追跡データがある無作為化された患者128人全員の職場復帰率（完全または部分）は、介入群で79%、対照群で79%（p = 0.97）であり、追跡期間内に死亡した患者または余命数ヵ月である患者を除くと、この率はそれぞれ86%と83%（p = 0.61）であった。介入群と対照群の復職（完全または部分）の相対リスクは、1.03（95%CI 0.84-1.2）であった。	んと仕事に関する誤解に対処するための患者教育および支援の結果、自己評価による労働能力が向上することによって、職場復帰が増加するというのが介入の基本的な前提であった。その結果、自己評価による作業能力は時間の経過とともに有意に増加したが、群間で有意差はなかった。これらの誤解に対処するためには、より強力な介入が必要であった可能性があり、また、我々が看護師に提供したトレーニングが十分でなかった可能性もある。どのような誤解が職場復帰を妨げ、どのような誤解に対処すべきかは、正確にはわからない。一方、多くの看護師が、職場復帰のためのアドバイスを自分の能力に完全には納得していないと述べたことから、この後の可能性も示唆されました。私たちの半日トレーニングコースは、看護師が患者の復職に関する誤解に適切に対処するために必要な知識を得るには、短すぎたのかもしれませんが。これらの理由から、がんと仕事に関するある種の誤解が持続し、介入効果が得られない結果となった可能性がある。	この介入は、通常の精神腫瘍学的ケアに容易に導入でき、高い職場復帰率を示した。職場復帰の成果やQOLのスコアについては、群間差を示すことができなかった。介入のどの部分が有用で、どの部分が改善が必要かを検討するために、さらなる研究が必要である。

PMID	著者	発行年	国	目的	研究デザイン	対象／がん種	包含基準 / Incrusion criteria	除外基準 / Excrusion criteria	年齢 (全体平均)	男女比 (全体に占める男性の割合)	職種	サンプルサイズ	介入群 N	比較群 N	介入提供者 / Provider	介入を行った場所	データ収集を行った場所	インタビューを行った場所	研究に家族が関与	研究に職場が関与	研究に医療者も対象として含まれる	介入手段として挙げたもの	比較群への介入手段	両立支援の分類 (研究実施者のみ記載)	主要アウトカム / Primary outcome	測定方法 / インタビュー方法	副次アウトカム / Secondary outcome	結果 / Result	考察 / Discussion	結論 / Conclusion
	Ibrahi m M	2017	United States	非転移性乳がんの18歳から45歳の女性を対象に、放射線照射後の12週間の段階的な運動プログラムが、遅延性放射線障害症、残留痛、上肢機能障害の発生を最小限に抑える効果を評価することであった。	無作為化対照試験	乳がん	(1) 病理学的にI〜III期のBCと診断 (2) 年齢が18〜45歳 (3) 術後補助療法（化学療法及び／又は放射線療法を含む）を受ける予定で (4) ECOGのパフォーマンススケータスが0から1である者	(1)診断時に転移性（ステージIV）であること (2)重大な心臓、肺、代謝の合併症があること (3)同側または対側のBC診断と治療の経験があること (4)患側の術後リンパ浮腫（上肢間の差2cm以上） (5)術後の被膜炎、腱炎、その他の胃炎症性合併症 (6) あらゆる種類の身体活動への参加が禁じられること	mean age 39.2	men 0%	記載なし	59	29	30	理学療法士	医療機関	医療機関	医療機関	なし	なし	なし	上肢の可動性、筋力、持久力を開発・維持するためのプログレッシブプログラムを合計12週間	介入なし		Disability of Arm, Shoulder and Hand (DASH)		活動量、復職率	コントロール群とインターベンション群のDASHスコアに統計的な有意差はほとんど認められなかった。ベースライン（手術後、放射線照射前、介入前）において、参加者は、対照群で13.98（SD = 14.59）、介入群で11.57（SD = 11.24）の平均スコアで定量化される軽度の上肢機能障害を記録していた。放射線照射後12-18ヵ月の時点で、身体活動への関与は、対照群（平均14.6 MET-時間/週、SD = 13.1）に比べて介入群（平均23.7 MET-時間/週、SD = 23.4）の参加者で最も高かった。大多数（86％）が職場復帰を報告し、89％が以前の仕事と責任を再開した。しかし、治療中に予想されたように、77％が欠勤を報告し、平均30.63週の病気休暇を取り、平均10.13時間/週（SD = 15.66）勤務したのに対し、診断前は38.86時間/週（SD = 13.43）だった。さらに、治療後12-18ヶ月では、このコホートの平均労働時間は30.43時間/週（SD = 14.47）であった。	DASHスコアで測定される上肢機能では対照群の方が良好であるという所見は、乳房切除および再建手術の割合が低いため、偶然に生じたものであり、私たちが患者を手術介入の程度で層別化できなかったことによって説明できる可能性がある。我々の長期的な結果は、我々の介入群の若いBC患者は、時間の経過とともに上肢機能に関して対照群よりも良好でなかったことを示す。放射線照射中に実施される監視下の運動およびストレッチプログラムの効果を検討した他の研究でも、同様に患者の転帰に統計的に有意な結果は得られていない [31、38]。標準的な臨床実践（SD = 13.43）だった。さらに、治療後12-18ヶ月では、標準的な運動プログラムの実施が早すぎる可能性を示す可能性があるため、さらなる研究が必要である。	短期間の目標運動プログラムは放射線照射後の長期的な上肢機能に影響を与えなかったが、そのタイミングとプログラムの特異性は、放射線照射後の組織治療と手術の種類を考慮する必要があるかもしれない。参加者の大半は仕事に復帰したが、診断前の労働時間には戻らなかった。
	Hubbard G	2013	England	乳癌女性に対する既存の症例管理 Vocational Rehabilitationサービスの実現可能性と受容性を評価し、より大規模な無作為化比較試験（RCT）の開発に役立てること	無作為化対照試験	乳がん	(1) 18歳から65歳 (2) 有給または自営業 (3) 英国スコットランドのロージアン州またはテイサイド州に居住または勤務 (4) 浸潤性乳がん腫瘍または乳管内がん（DCIS）と診断 (5) 最初に手術による治療を受けた女性患者である	記載なし	mean age 50.5	men 0%	ヘルスケア 16.7% 教育 22.2% サービス 16.7% 社会福祉 11.1% 小売 11.1% エンターテインメント 5.6% 公務員 11.1% メディア 5.6%	18	7	11	理学療法、作業療法、産業保健師、産業保健医、カウンセラー	医療機関	医療機関	なし	なし	なし	なし	・ケースマネジメントによって個人のニーズを評価 ・心理療法、補完療法など、必要に応じて様々な支援サービスの案内、紹介により仕事の継続や復帰を可能にするもの	医療機関復職に関する冊子を渡す		休職期間	自己申告	FACIT-B	介入群の参加者は、対照群の参加者に比べて術後6ヵ月間に53.1日少ない病気休暇を報告した。介入群の参加者は、6ヵ月後のフォローアップで、対照群の参加者（98.9、SD = 21.39）よりも全体的に高いQOL（FACT-B；109.0、SD = 17.90）を報告しました。しかし、この差は統計的に有意でなかった（p = 0.333）。	有給の雇用は、経済的な安定や精神的な幸福など、さまざまな理由で重要です。したがって、乳がん患者の職場復帰を支援するVRは、がんサバイバーシップ計画の重要な構成要素である。研究デザインに影響を及ぼす医療政策や臨床的背景の要因があると思われるが、がんサバイバーにおけるVR介入の有効性に関する実用的な試験の実施は、実現可能かつ許容可能であるが、VR介入の正確な構成要素と有効性を測定するためのアウトカムの選択について、より多くの研究が必要である。	がんサバイバーにおけるVR介入の有効性に関する実用的な試験を実施することは、実現可能かつ許容可能であるが、VR介入の正確な構成要素と有効性を測定するためのアウトカムの選択について、より多くの研究が必要である。
	Jong MC	2018	United States	化学療法中のヨガプログラムが、乳がん女性の疲労およびQOLに及ぼす影響について、標準治療（SC）とSCとのみの比較で検討するために開始された。標準治療（SC）に追加した場合、SCのみと比較して、乳がん女性の疲労とQOLに及ぼす効果を調査するために開始された。	無作為化対照試験	乳がん	18歳から70歳までのステージI-IIIの乳癌で、（ネオ）アジュバント化学療法を予定している女性	細胞増殖阻害剤による治療歴のある女性、転移や他の悪性腫瘍の存在、切除不能な腫瘍、聴覚障害、重篤な精神疾患や認知障害、他のヨガやストレス軽減プログラムの参加にしていることであった。	mean age 51	men 0%	記載なし	83	47	38	看護師	医療機関	医療機関	なし	なし	なし	なし	週1回のセッション20分間の呼吸法とリラクゼーションのエクササイズ	介入なし		Multi- dimensional Fatigue Inventory	自己記入式	EORTC-QLQ-C-30	T0からT1にかけて全身疲労の有意な増加が観察されたが、ヨガ群では観察されなかった（p = 0.175）。しかし、T1では、全身倦怠感に群間有意差は認められなかった（表3）。T2では、全身疲労はSCで高いままであった。MFIとFQLの他の次元に関しては、両群はT0において同等であった。疲労の領域（MFIとFQLの両方）については、T1またはT2において、T0と比較して、群内で有意な差が認められた（表3）。しかし、これらの他の疲労下位尺度については、T1またはT2において、群間で有意な差は観察されなかった。QOLは両群ともT0からT1まで減少し、T2ではベースラインのレベルに戻り、化学療法後の女性のQOLが回復していることが示された。ヨガ群の女性は、T1（p=0.045）およびT2（p=0.001）において、情動機能で有意な改善を示した。認知的・社会的機能に関しては、両群とも変化は見られなかった。	プログラムでは、SCと比較してより多くの女性が十分な緩和を経験したという事実は、6ヵ月後にSC（23％）と比較してYBSRプログラムではかなり多くの女性が仕事に再転向した（53％）という観察を説明できるかもしれない。しかし、これらの知見は、人数が少なく、一部の参加者のデータが欠落しているため、慎重に解釈する必要がある。乳がん生存者の職場復帰に対するヨガの効果については、ほとんど知られていない。36したがって、職業リハビリテーションにおけるヨガの有益な効果の可能性に関するさらなる研究が推奨される。	ヨガプログラムは、疲労に対する有意な有益性を示すことができなかった。乳がん生存者の吐き気や嘔吐、早期職場復帰に対するヨガプログラムの好ましい効果の可能性については、さらなる研究が必要である。
	Salonen P	2011	England	乳がん患者の介入群と対照群におけるQOLの変化をモニターすることであった。本研究のリサーチエディションは以下の通りである。 1 乳がん患者の2群で、QOLは6ヶ月以内にどのように変化したか？ 2 両群のQOLの悪化を予測する要因は何か？	無作為化対照試験		年齢18-75歳、新たに乳癌と診断され手術を受けた患者、およびフィンランド語の読み書きができること	記載なし	mean age 56.7	men 1%	記載なし	164	85	79	理学療法士	医療機関	医療機関	なし	なし	なし	なし	理学療法における患者教育を中心とした、個々のニーズに基づいたサポートと情報の提供に焦点を当てた介入	通常ケア		QLI	自己記入式	EORTC-QLQ-BR-23	QOLの経時的変化は両群で同じ一般的パターンに従っていた。術後6ヵ月後、介入群（p=0→001）および対照群（p=0→007）において、身体イメージは有意に低下した。系統的な副作用についても、介入群（p=0→001）および対照群（p=0→003）で否定的な変化がみられた。腕の症状、乳房の症状は両群とも6ヵ月以内に有意に減少した（p ≤ 0→001）。将来の展望は、6ヶ月間のフォローアップで対照群では有意に改善したが（p ≤ 0→001）、介入群では改善しなかった。性的機能については、6ヶ月以内に有意な変化は見られなかった。QLI-CVの4つの下位尺度とグローバルQLIの中央値は、6か月間で有意な変化はなかった（表3）。Mann-Whitney U-testによると、将来の見通しでは、対照群で変化が大きく、群間の変化の大きさに有意差が認められた（p = 0→014）（表2、3）。	6ヶ月以内のQOL 両群とも、術後1週間から6ヶ月にかけて、乳房や腕の症状は明らかに減少する傾向がみられた。これらの知見は、乳房の症状、系統的治療の副作用、患者の将来の見通しが時間の経過とともに有意に改善すると結論づけたMontazeriら（2008）の知見と一致するものであった。	本研究の結果は、乳がん患者さんのQOLの変化を把握し、がんサバイバーとしての適応に困難を抱える女性に注意を払うことの重要性を強調しています。

添付5. 婦人科がん

PMID	著者	発行年	国	目的	研究デザイン	対象 / がん種	包含基準 / Inclusion criteria	除外基準 / Exclusion criteria	年齢 (全体平均)	男女比 (全体に占める男性の割合)	職種	サンプルサイズ	介入群 N	比較群 N	介入提供者 / Provider	介入を行った場所	データ収集を行った場所	インタビューを行った場所	研究に家族が関与	研究に職場が関与	研究に医療者も対象として含まれる	介入手段として挙げたものの介入手段	比較群への介入手段	両立支援の分類 (研究実施者のみ記載)	主要アウトカム / Primary outcome	測定方法/ インタビュー方法	副次アウトカム / Secondary outcome	結果 / Result	考察 / Discussion	結論 / Conclusion
	Tamminga SJ	2019	Netherlands	(1)2年間のフォローアップでのがん患者と病院ベースの作業支援介入の有効性を研究することです (2)どの初期要因がRTWまでの時間を予測するかを特定する	無作為化比較試験	乳がん、子宮頸がん、卵巣がん、外陰がん	(1)癌と診断されている。(2)18歳以上60歳未満。(3)参加病院の1つで治癒の意図を持って治療	病気休職中であること。オランダ語を話す、読む、または書くことが十分にできず、重度の精神障害またはその他の重度の併存疾患	47.1〜47.8	0.01	肉体労働37名	106	49	57		医師	医療機関	医療機関	未実施	なし	あり	不明	病院での就労支援介入		SF-36、復職率ベースライン時およびフォローアップの6、12、18、および24か月	質問紙	作業能力および作業機能	RTW率は、介入群と対照群で90%および2%であった。いずれのアウトカムについても群間の差は認められなかった。化学療法を受けている(HR = 43.95, 1%CI 59.3-73.0 p < 0.01.1)、低レベルの教育(HR = 65.95, 1%CI 076.2-52.0 p = 0.2.1)および低い作業能力(HR = 09.95 [1%CI 04.1-17.0] p = 02.<>)は、完全なRTWまでの時間が長くなったことと関連していた	年間の追跡時点でのがん患者に対する病院ベースの作業支援介入の有効性を研究し、どの初期要因が2年間のフォローアップでRTWまでの時間を予測するかを特定することでした。RTW率が高く、患者間でRTWまでの時間に大きなばらつきがあることがわかりました。介入群と対照群の間に、RTWまでの時間通りの差やRTW率、副次的アウトカムのいずれにも差は認められなかった。さらに、化学療法を受けた人は、教育レベルが低く、全体的な作業能力が低い人は、RTWまでの時間が長くなるリスクがあることがわかりました。	国家登録に基づく研究と比較してRTW率が高く、群間に差は認められなかった。したがって、今後の研究では、化学療法を受け、教育レベルが低く、診断時の作業能力が低い患者で構成されるリスクのあるグループに到達することに焦点を当てる必要があります。
	Tamminga SJ	2013	United States	多施設ランダム化比較試験において、女性のがん患者に対する介入の有効性を通常のケアと比較した研究を行った	無作為化比較試験	乳がんおよび婦人科がん	(1)癌と診断されている。(2)18歳以上60歳未満。(3)参加病院の2つで治癒の意図を持って治療	病気休職中であること。オランダ語を話す、読む、または書くことが十分にできず、重度の精神障害またはその他の重度の併存疾患	47.6歳、47.6	0.01	医療、行政、営業、他 (肉体労働32、40%)	138	65	68		医師、看護師	医療機関	医療機関	なし	なし	あり	含まれる	病院での就労支援介入		ベースライン時と6か月および12か月のフォローアップ時。復職率、SF-36	質問紙	作業能力、作業機能、およびコスト	フォローアップ時に死亡した、または平均余命が数か月の患者86人を除外した場合、介入群および対照群の職場復帰率は86%および83%(p = 6.8)であった。最初の病気休職から部分的な職場復帰までの期間の自己評価された作業能力の向上によって職場復帰が増加するというものでした。その結果、自己評価による作業能力は経時的に有意に増加したが、群間で有意差は認められなかった。これらの誤解に対処するには、より強力な介入が必要だったか、看護師に提供したトレーニングが十分ではなかった可能性があります。どの誤解が職場復帰を妨げ、どれに対処すべきかは正確にはわかりません。一方、この後者の可能性は、多くの看護師が職場復帰のアドバイスを提供する能力を完全には確信していないと述べたことから示されました。	介入は通常の精神腫瘍学的ケアで容易に受け入れられ、患者は介入に特に満足していることがわかりました [34]。これらの理由から、がん患者の職場復帰に取り組むことは、通常の精神腫瘍学的ケアにとって非常に関連性が高い。両群とも職場復帰アウトカムと生活の質スコアは類似していた。グループ間に統計学的有意差がないことについては、いくつかの考えられる説明があり、介入内容と研究デザインで求めることができる。介入の背後にある基本的な仮定は、がんの仕事に関する誤解に対処する患者教育と支援の結果として、自己評価された作業能力の向上によって職場復帰が増加するということでした。その結果、自己評価による作業能力は経時的に有意に増加したが、群間で有意差は認められなかった。これらの誤解に対処するには、より強力な介入が必要だったか、看護師に提供したトレーニングが十分ではなかった可能性があります。どの誤解が職場復帰を妨げ、どれに対処すべきかは正確にはわかりません。一方、この後者の可能性は、多くの看護師が職場復帰のアドバイスを提供する能力を完全には確信していないと述べたことから示されました。	介入は通常の精神腫瘍学的ケアに容易に実施され、高い職場復帰率を示した。職場復帰アウトカムと生活の質のスコアについて、グループ間の差は示されなかった。介入のどの側面に改善する必要があるかを研究するには、さらなる研究が必要である。
	Capon MA	1980	United States		無作為化比較試験																									
	Zegers AD	2021	England	病院の医療従事者が仕事関連の問題についてがんサバイバーとどの程度会話しているか、(b)がんサバイバーがこれらの会話を有益として経験するかどうか、(c)がんサバイバーが自分の仕事を早期に話し合うことの経済的影響の可能性を探ることを目的とした。	観察研究	婦人科がん、乳がん、血液がん、リンパ腫	不明	不明	56歳	0.29	不明	2482	無	無	無	無	無	無	なし	なし	不明	無	無		仕事関連に買いする会話	オンラインアンケート		仕事上の問題に関する会話の発生と、がんの経済的影響および/またはその治療を負担として経験することとの間に統計的に有意な関連はなかった。	仕事関連の問題に関する会話は、>55歳のCSよりも≤55歳のCSでより頻繁に行われることを示しました。これについて考えられる説明の29つは、医療従事者が有給雇用を年配のCSよりも若いCSに関連性があると見なす可能性があることです。高齢はCSの早期退職の予測要因として特定されていますが、高齢のCSが働きたい、または仕事関連のガイダンスを必要とすることを妨げるものではありません。たとえば、私たちのサンプルでは、55>CSの30%が、仕事関連の問題について会話する必要があることを示しました。定年が上昇しており、雇用がCSの健康関連の生活の質に貢献できることを考えると、<>医療専門家はすべての年齢のCSの仕事関連のニーズに注意を払うことが適切です。	仕事関連の問題についての会話は、一般的にがんサバイバーにとって有益であると経験されているが、病院環境での仕事関連の心理社会的がん治療への早期アクセスはまだ体系的に提供されていない。

PMID	著者	発行年	国	目的	研究デザイン	対象 / がん種	包含基準 / Incrusion criteria	除外基準 / Excrusion criteria	年齢 (全体平均)	男女比 (全体に占める男性の割合)	職種	サンプルサイズ	介入群 N	比較群 N	介入提供者 / Provider	介入を行った場所	データ収集を行った場所	インタビューを行った場所	研究に家族が関与	研究に職場が関与	研究に医療者も対象として含まれる	介入手段として挙げがったもの	比較群への介入手段	両立支援の分類 (研究実施者のみ記載)	主要アウトカム / Primary outcome	測定方法/インタビュー方法	副次アウトカム / Secondary outcome	結果 / Result	考察 / Discussion	結論 / Conclusion
	Nachreiner NM	2013	Netherlands	米国の婦人科がんサバイバーが、がんや治療が仕事のタスクに与える影響についてどのように認識しているかを説明すること	観察研究	婦人科がん	がん診断時に就労していた、大学にある女性医療クリニックで治療を受けていた、過去24カ月に診断された、英語を話す成人婦人科がんサバイバー			0		104	無	無	無	無	自宅	自宅			不明	無	無		仕事業務遂行に関するアンケート	記述アンケート		15%の女性が化学療法と放射線治療を受け、48%が化学療法のみ、9%が放射線治療のみ、28%がどちらも受けていない。生存者は、「激しい集中力」、「データの分析」、「重い荷物を持ち上げる」など、7つの職務を行う頻度について説明した。放射線治療を受けた女性は、肉体的な仕事の制限を示す傾向が強く、化学療法を受けた女性は、より分析的な仕事の制限を示す傾向が強かった。雇用主の方針によって職場復帰が容易になったと回答した女性は29%にとどまった。		がんと治療は、仕事のパフォーマンスに重要な影響を及ぼし、治療の種類によって異なる可能性がある。コミュニケーションの改善や仕事上の配慮に焦点を当てた雇用主ベースの方針は、職場復帰のプロセスを改善する可能性がある。
	Tamminga SJ	2020	Netherlands	診断時に雇用されていた65名のがんサバイバーにおいて、がん診断後2年、3年、5年後の雇用状態の変動とQOLとの関連性を探る。	観察研究	乳がん、子宮頸がん、卵巣がん、外陰がん	1) 18歳から60歳までのがん患者であること、2) 参加した病院のいずれかの診療科で治療を目的とした治療を受けていること、3) 有給の仕事があること、4) 病気休職中であること	オランダ語の会話、読み書きが十分にできない患者、重度の精神障害やその他の重度の併存疾患を持つ患者、がんの初期診断が2ヶ月以上前になされた患者は除外	46.9歳	0.01	肉体労働25名	65名	無	無	無	無	無	無	無	無	不明	無	無		ベースライン、2、3、および5年間のフォローアップで、参加者は仕事、がん、およびSF-36	質問紙		対象者102名のうち65名が参加し、主に乳がんと診断された（63%）がんサバイバーであった。がん診断から2年後と5年後、それぞれ63名（97%）と48名（81%）の参加者が就職していました。5年後に雇用されていない理由は、失業手当の受給（7%）、自発的な失業（3%）、障害者手当の受給（3%）、早期退職（3%）であった。縦断的なマルチレベル分析の結果、雇用されているがんサバイバーは、雇用されていないサバイバーと比較して、5年間の追跡調査において一般的に統計的に有意にQOLが向上していることが報告された。	前向きコホート研究を採用したが、雇用されることは生活の質を向上させるかもしれないが、働くためにはある程度の生活の質(身体機能など)が必要であるため、生活の質と雇用の関係の方向性は多面的である可能性がある。がんサバイバーの高い割合が雇用されていることがわかったので、仕事の成果を支援する介入は、リスクのある集団にのみを絞るべきである。2年後に雇用されている人の大部分が雇用されたままであったことから、我々の結果に基づくそのような介入のタイミングは、がん診断後の最初の2年間である可能性があります。また、ほとんどの患者が病院で専門の看護師や医師と定期的にフォローアップミーティングを行い、医療専門家による仕事に関するアドバイスを受けていることから、このような介入の設定はサバイバーシップケアの一部として行うのが最適かもしれない。	就業率が高く、就業状態の変動が少ないことがわかった。雇用率が最も急降下するのは、診断から2年後である。雇用された参加者は、より良いQOL（生活の質）を報告した。したがって、生存者ケアは、おそらく診断後最初の2年以内にリスクのある集団に焦点を当てるべきである。
	Roelen CA	2011	England	がんの生存率は改善しているが、がん後の職場復帰(RTW)に関するデータはまばらに公開されている。したがって、この研究では、癌後のRTWを分析しました。	観察研究	乳がん、胃がん、肺がん、皮膚がん、血液がん、性器がん	がんによる欠勤。18〜60歳。診断時の常勤有給雇用。		47.7	0.36	不明	5074	無	無	無	無	ネットワークシステム	無	無	無	不明	無	無		復職	ネットワークシステム		3701人（73%）の従業員が、がんの診断から2年後に完全なRTWを実現し、637人（13%）が障害年金を支給された（表1）。433人（8%）の従業員が病気休職中に退職し、303人（6%）が診断後2年以内に死亡した。これらの従業員のデータは、退職または死亡した瞬間に右打ち切られた。性器癌の女性の33%が6ヶ月以上、17%が12ヶ月以上欠勤したのに対し、性器癌の男性の46%と25%は6ヶ月以上欠勤した。皮膚がんの従業員の29%が6か月以上、14%が12か月以上欠勤しています。	がん後の病気欠勤の期間と経過は、がんの部位に依存することがわかりました。性器がんや皮膚がんの生存者は、性器がんの診断から2年後に88%、皮膚がんの診断から2年後に87%の従業員が完全なRTWを得ており、RTWの予後が最も良好です。乳がん、消化器がん、肺がん、血液の悪性腫瘍と診断された患者の完全なRTW率は、我々の研究集団では45〜76%の間で変動しており、これはヨーロッパにおけるがんの生存率3、27と、フィンランドのがん生存者の雇用統計が40〜74%の範囲にあることと一致します17、18。	ほとんどの勤労者は、がんの診断後2年以内に完全なRTWを発症し、RTWまでの時間は年齢や性別に大きく依存していませんでした。

[illegible]



PMID	著者	発行年	国	目的	研究デザイン	対象 / がん種	包含基準 / Incrusion criteria	除外基準 / Excrusion criteria	年齢 (全体平均)	男女比 (全体に占める男性の割合)	職種	サンプルサイズ	介入群 N	比較群 N	介入提供者 / Provider	介入を行った場所	データ収集を行った場所	インタビューを行った場所	研究に家族が関与	研究に職場が関与	研究に医療者も対象として含まれる	介入手段として挙げられたもの	比較群への介入手段	両立支援の分類 (研究実施者のみ記載)	主要アウトカム / Primary outcome	測定方法/インタビュー方法	副次アウトカム / Secondary outcome	結果 / Result	考察 / Discussion	結論 / Conclusion
	Grunfeld EA and Cooper AF	2012	England	本研究の目的は、婦人科がんサバイバーの治療後1年間の仕事に関する変化とその要因を探るだけでなく、サンプルの態度や行動がこの期間中も変わらないかどうかを確認するために、定性的縦断的アプローチが選択された。	質的研究		婦人科がんの生存者は、年齢が18歳から65歳で、英語を話し、進行性疾患や再発の証拠がなく、診断時に有給の仕事をしていたことを条件に、研究に参加することができた。	記載なし	47(range 24-63)	すべて女性	ホワイトカラー 69%   ビンクカラー 20%   ブルーカラー 11%	55	該当なし	該当なし	該当なし	該当なし	医療機関	医療機関	該当なし	該当なし	該当なし	時短勤務	該当なし		半構造化面接での参加者の語り	半構造化面接	該当なし	復職後は疲れが溜まりやすく、集中力が持続しないことが多かったが、勤務時間を短縮することで働くということに自信がついてきた	治療中および治療後、患者は職場から離れ、職場に戻っても支持されない別の見解を形成することがある。慣れ親しんだ環境や役割に戻ることで、達成感や統制感が得られ、自己意識が再確認されるのかもしれない。実際、診断後に転職などの大きな変化を起こすがん患者はほとんどおらず、そのような変化が起こったとしても、通常は全体的な適応度の低下と関連している。参加者は大企業や中堅企業に勤めているため、小規模な組織や自営業者の経験を反映していない可能性がある。さらに、サンプルは、英国全体と比較して、高等教育を受けている参加者やホワイトカラーの職業に就いている参加者に多く見受けられた。このことは、女性が自分の病気に対するスティグマについて報告した信念に関連している可能性がある。労働者階級の患者は病気の結果として内的スティグマを報告する可能性が高いことを示唆する証拠があり [38]、したがってこの研究ではこの問題は軽視されていたかもしれない。	従業員は、継続的な疲労などの残存症状のために、あるいは治療終了すぐに完全雇用に戻るという非現実的な期待の結果として、困難を経験する可能性があります。この結果は、婦人科がんサバイバーが長期の残存症状に対処し、職場復帰への期待を管理するための介入の必要性を強調しています。

添付6. 肺がん

PMID	Author	Journal	Year	study design	Country	purpose / aim	I(E) group p n	I(E) group Age (mean ±SD)	C group n	C group Age (mean±SD)	follow up	place	population / patient / participant	Intervention / Exposure	control	primary outcome	secondary outcome	type of outcome	result	result 2	measurement variable	measurement	statistical analysis	summary
28707168	Cheng CS	Support Care Cancer	2017	QN	中国	本研究では、鍼灸治療がCRFの管理に有効な治療法であるかどうかを、治療中および治療終了後の症状や主観的幸福感の改善を測定することで、予備的に評価することを目的としています。	14	58(5.2)	14	62(4.3)	6w	医療機関	肺がん患者・労働者であるかは不明	鍼治療	プラセボ	BFI-C	FACT-LCS	復職に間接的・病状指標	BFI-C intervention group 4.5(0.3) vs control group 7.1(0.3) p<0.001	FACT-LCS intervention group 98.0(1.6) vs control group 89.3(1.9) p=0.002	・ BFI-C ・ FACT-LCS	質問紙票	student-t検定 (ITT解析)	短期間ではあるものの、鍼治療はがん関連疲労を低下させるよう
29366911	Wagner JG	J. Pain Symptom Management	2018	QN	アメリカ																		二次解析であるため該当しない	
26489835	Brocker BC	Eur J Cardiothorac Surg	2016	QN	デンマーク	術後の吸気筋トレーニングが肺がん手術後のハイリスク患者の酸素化を改善することができるか検証すること	34	69.7(7.9)	34	70.5(7.5)	2w	医療機関	肺がん患者・労働者であるかは不明	吸気筋トレーニング+理学療法	理学療法	ベースラインから術後2週までの吸気筋力の変化	・術後肺合併症、肺活量、PS、呼吸困難のレベル(6分間程度試験後)、酸素飽和度	復職に間接的・病状指標	手術後のPOD5および2週間の時点では、IGとCGの間に有意な差はありませんでした。	呼吸筋力、肺活量、身体能力、呼吸困難のレベル、SpO2 2週間後の平均値と比較して、変化なし	術後肺合併症、術後5日と2週間時点での酸素飽和度	PPCの発生率は、術後2週間後に、PPCの発生を知らない心療内科医がレトロスペクティブに評価した 患者の無作為化割り付けを知らない心臓外科医によって 患者の無作為化割り付けを知らない心臓外科医が、術後2週間後に遡って評価した。表1は、本研究で用いたPPC基準 本研究で使用したPPC基準は、Kroenkeら[18]およびHulzebosら[19]から変更したものである。およびHulzebosら[19]を参考にした。PPCは1（軽度）から3（重度）に分類され（重度）に分類され、臨床的に意義のあるPPCは、グレード1の合併症に2つ以上の項目がある場合と定義された。臨床的に重要なPPCとは、グレード1の合併症に2つ以上の項目がある場合、またはグレード2または3の合併症に1つの項目がある場合とした 2または3の合併症と定義しました。末梢の酸素飽和度（SpO2）は 末梢酸素飽和度（SpO2）は、患者を担当する看護師によって測定されました。患者の担当看護師が測定した。測定 測定は毎朝、術後 5日目までに行われた。低酸素血症は、2日連続でSpO2が90％未満と定義した。	連続変数にはMann-Whitney U-testを、名目または順序付きのカテゴリー変数にはMantel-Haenszel $\chi^2$ 検定を用いた。各セルに5例未満の二分法変数にはFisherの正確検定を、それ以外には $\chi^2$ 検定を用いた。グループ内の経時的変化の解析には、Wilcoxon signed-rank testを用いた。(ITT解析)	吸気トレーニング+理学療法群では主要かつ二次的アウトカムに改善をもたらさない





PMID	Author	Journal	Year	study design	Country	purpose / aim	I(E) group p n	I(E) group Age (mean ± SD)	C group n	C group Age (mean ± SD)	follow up	place	population / patient / participant	Intervention / Exposure	control	primary outcome	secondary outcome	type of outcome	result	result 2	measurement variable	measurement	statistical analysis	summary
28337821	Schellekens MPJ	Psychoncology	2017	QN	オランダ	本研究の目的は、肺がん患者および／またはそのパートナーの心理的苦痛を軽減するために、CAUにMBSRを追加した場合の効果を、CAU単独の場合と比較して検討することであった。副次的なアウトカムには、QOL、介護者の負担、人間関係の満足度、マインドフルネス・スキル、セルフ・コンパッション、反芻、および心的外傷後ストレス症状が含まれた。さらに、性別、病期、ベースラインの苦痛レベル、パートナーとの参加の有無による潜在的な調整効果を検討しました。また、マインドフルネススキル、自己慈愛、反芻、心的外傷後ストレス症状の潜在的な媒介効果についても検討しました。	31	60.6(6.8)	32	57.0(8.5)	3M	医療機関	肺がん患者・労働者かは不明		care as usual	患者およびパートナーの主要評価項目は、心理的苦痛を評価するために開発された14項目の質問票「HADSこれは、体調不良の患者さんの心理的苦痛を評価するために開発された14項目の質問票です。この質問票には、不安と抑うつ のサブスケールが含まれており、20 不安と抑うつ のサブスケールが含まれており、がん患者を含む一般の医療関係者において良好な精神測定特性を示しています。腫瘍患者を含む一般の医療従事者において良好な精神測定特性を示している21。本研究では、内的整合性は、患者で.90、パートナーで.89であった。	患者の副次的成果としては、QOL (European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire-Global Quality of Life subscale22)、パートナーの介護負担 (Self-Perceived Pressure from Informal Care23)。患者とパートナーの関係満足度 (Investment Model Scale-Satisfaction subscale24)、マインドフルネススキル (Five Facet Mindfulness Questionnaire25)、セルフコンパッション (Self-Compassion Scale26)、反芻 (Ruminative Response Scale-Brooding subscale27)、心的外傷後ストレス症状 (Impact of Event Scale28)。すべての質問票は、患者およびパートナーにおいて、許容範囲内から優れた内部一貫性 (.70～.93) を示した。評価は、ベースライン (T0)、介入後 (T1)、T1後3 カ月 (T2) に行われた。17 介入期間中の患者の医療行為の頻度と内容に関する情報は、月1回の自己申告による医療日誌で収集しました。質問項目は、医療従事者への訪問や心理社会的プログラムへの参加などでした。	復職に間接的・病状指標	治療目的の分析では、介入後およびフォローアップ時に、CAU + MBSRとCAUのパートナーの間で、心理的苦痛やその他の副次的な結果に違いは見られなかった (表3)。しかし、CAU + MBSR後には、CAUと比較して関係満足度が低下する傾向が見られた (p = 0.055、d = 0.63)。パープロトコル分析 (n = 32) およびCC (n = 31) とLOCF (n = 44) に基づく感度分析の結果、同様の結果が得られた		HADS	質問紙表	GPowerを用いて、独立サンプルt検定に必要なサンプルサイズを算出した。検出力分析では、 (1 + (n-1)*(CC) 29という係数を用いてクラスターリングを補正し、 ((1 + ρ)/2- ρ 0 2) という係数を用いて反復測定とベースラインの苦痛を補正した30. なお、被験者の募集が予想よりも遅かったため、募集期間を2年から3年半に延長し、患者63名、パートナー44名を対象としました。患者とパートナーのデータは別々に分析した。すべての解析は、 (1) ITT (intention-to-treat) サンプル (すなわち、T0とT1および／またはT2スコアを有する全症例) と (2) PP (per-protocol) サンプル (すなわち、CAUでMBSRセッションを4回以上受けた症例+CAUでMBSRに参加しなかった症例) を用いて行った。線形混合モデルを用いて、個人内で入れ子になっているT1スコアとT2スコアをグループ間で比較した。31 グループ×時間の交互作用が見られなかった場合、交互作用項は結果変数に関する分析から除外した。MBSR群のランダム効果はごくわずかであったため、群をランダム効果とせずに分析を行った。Cohenのd効果量は、プールされたグループ平均 (T1とT2) の差をプールされたベースライン標準偏差で割った値に基づいている。最終観察日線越 (LOCF) および完全症例 (CC；T0、T1、T2を完了した症例) に基づく感度分析を行った。予測因子とその群との交互作用をモデルに加えることで、モデレーションを検討した。予測因子としては、性別、病期 (治療期／緩和期)、ベースラインの心理的苦痛、パートナーとの参加／不参加を用いた。媒介分析は、PPサンプルについて、Preacher & Hayesの多重媒介モデルを用いて行った32。潜在的な媒介因子 (マインドフルネス・スキル、セルフ・コンパッション、反芻、心的外傷後ストレス症状) のT0→T1の変化が、心理的苦痛のT0→T2の変化を媒介するかどうかを検討した。 無料版のDeepL翻訳 (www.DeepL.com/Translator) で翻訳しました。	マインドフルネス介入はHADSを改善させない

PMID	Author	Journal	Year	study design	Country	purpose / aim	I(E) group p n	I(E) group Age (mean ±SD)	C group n	C group Age (mean ±SD)	follow up	place	population / patient / participant	Intervention / Exposure	control	primary outcome	secondary outcome	type of outcome	result	result 2	measurement variable	measurement	statistical analysis	summary	
30985930	Fauser D	Cancer	2019	QN	ドイツ	本研究の目的は、ドイツのがん患者を対象に、従来のMR（care us usual）と比較して、WMR(仕事に関連したリハビリテーションプログラム)を終了した3カ月後の効果をクラスター無作為化試験で検証することであった。3ヵ月後の追跡調査では、WMRを受けた参加者が、従来のMRに参加した患者と比較して、健康関連のQOL（生活の質）が向上し、仕事に復帰する可能性が高いかどうかを検証した。リハビリテーション終了時の結果は、WMRが生活の質、自力での作業能力、病気への対処を改善したことを示した	229	50.8(7.1)	255	50.3(7.9)	3M	医療機関	乳がん・消化器系がん・リンパ腫関連・女性生殖器のがん患者/労働者												対象に肺がん患者が含まれていないため不採用
31255586	Mosher CE	J. Pain Symptom Manage	2019	QN	アメリカ	このパイロット試験では、症状のある進行性肺がん患者とその家族介護者が苦痛を感じている場合に、電話ベースのアクセプタンス・コミットメント・セラピー（ACT）の実施可能性と予備的有效性を検討した。主要なアウトカムは、機能に対する患者の症状の干渉、患者と介護者の苦痛このパイロット試験では、症状のある進行した肺がん患者とその苦痛を感じている家族介護者に対する、電話ベースのアクセプタンス&コミットメント・セラピー（ACT）の実施可能性と予備的な有効性を検討しました。主要評価項目は、患者の機能障害、患者と介護者の苦痛。	25	63.20(1.7)	25	62.0(13.13)	6w	医療機関	肺がん患者・労働者かは不明	ACTの介入は、マインドフルネス、視点の取り方、認知的反省、受容、価値観の明確化、献身的な行動など、行動変容のACTモデルのすべてのプロセスを対象とした（35、37）。介入では、マインドフルネスのスキルを身につけ、個人の価値観に沿った行動をとることが重視された。例えば、多くの患者さんは、より多くの休息をとり、症状の経験を避けようとすることで症状に対処していますが、残念ながら、これらの善意の対処戦略は、患者さんが価値ある活動から撤退することにつながります。ACTは、患者がこれらの活動に実現可能な形で参加することを支援する。さらに、患者と介護者は、困難な思考や感情にACTのスキルを適用しました。各患者および介護者には、セッションのトピックをまとめた資料と、マインドフルネスの実践のために開発されたCDが郵送された。表1は、介入の構成要素をまとめたものである。	がん患者と介護者の二人組に対する他の心理社会的介入試験（32、59）と同様に、比較群は教育/支援条件であった。この介入では、支持的な傾聴と、患者および介護者に実用的な健康情報および心理社会的支援のためのリソースを案内することが行われた。表1は、教育/支援の構成要素の概要を示したものである。セッションでは、医療機関や治療チームに関するオリエンテーション、患者や介護者が経験する一般的なQoLに関する教育、心理社会的支援、健康情報、経済的支援のためのリソースについての話し合いが行われた。また、セラピストは、書籍、雑誌、ウェブサイトに掲載されている健康情報を批判的に評価するためのヒントも提供しました。患者と介護者には、セッションのトピックをまとめたプリントが郵送され、自宅で復習するよう求められました。セッションは参加者に合わせてカスタマイズされたものではなく、参加者に関係のないトピックは省略された。どちらのセラピストも支持的傾聴を行ったが、具体的な介入内容は試験条件によって重複しなかった。	(1)MD Anderson Symptom Inventoryの6項目のグローバル症状干渉サブスケール(50)、(2)Fatigue Symptom Inventoryの7項目の干渉サブスケール(51)、(3)痛みの干渉に関する4項目のPROMISスケール(52)、(4)呼吸困難に関連するタスク回避を評価する1つのPROMIS項目(53, 54)。最後に、患者と介護者の病気に対する受容性は、7項目のStruggle with Illnessサブスケールと5項目のPeaceful Acceptanceサブスケールを含むPEACE質問票で測定した（56）。	(1) 4項目のPROMIS疲労度測定、（2）4項目のPROMIS睡眠障害測定、（3）3項目のPROMIS疼痛強度測定（53、54）。さらに、患者の息苦しさは Memorial Symptom Assessment Scale の4項目で評価した（55）。最後に、患者と介護者の病気に対する受容性は、7項目のStruggle with Illnessサブスケールと5項目のPeaceful Acceptanceサブスケールを含むPEACE質問票で測定した（56）。	混合効果モデル解析の結果、患者の症状干渉の指標（全体的な症状干渉、疲労の干渉、痛みの干渉、呼吸困難のタスク回避など、表3）にはグループ×時間効果は見られなかった。これらの群×時間効果の効果量は小さかった（prs=.02-.10）。また、混合モデル解析では、患者や介護者の抑うつ症状、不安、全般的苦痛に対するグループ×時間効果は認められなかった（prs=.02.05）。また、時間による有意な主効果も見られなかったことから、主要なアウトカム変数は研究期間中に平均して変化していないことが示唆された。全般的な苦痛については、グループ×時間×役割の相互作用が有意に認められたが（pr=.21）、研究グループや役割にかかわらず、ベースラインからの全般的な苦痛の平均変化は両追跡調査で小さかった。	混合モデル解析では、患者の身体症状（疲労、痛み、睡眠障害、息苦しさなど）の重症度に対するグループ×時間効果は見られず、効果量は小さい範囲にとどまった（prs=.04-.13）。また、患者と介護者の闘病生活と病気の受容については、グループ×時間効果は見られなかった（prs=0.12、0.08、表3）。しかし、闘病生活に対する時間の主効果は有意であり（pr=.26）、これは両グループの参加者が平均して、調査期間中に闘病生活が少し減少したと報告したことを示している。さらに、病気の受け入れには、役割による有意な主効果が見られ、平均して、患者の方が介護者よりもレベルが高かった（pr=.38）。	MD Anderson Inventory・Fatigue Symptom Inventory・PROMISスケール	質問紙表	実現可能性を検討するために記述統計を計算した。各連続変数について、正規性と線形性の仮定を検討した。抑うつ症状、不安、病気の受け入れに関する変数の外れ値にWinsorization変換を適用した後、すべての歪度と尖度の値は許容範囲内であった(60)。試験条件のベースライン比較は、t-テスト（またはフィッシャーの正確検定）を用いて、患者と介護者で別々に行った。潜在的な性差も評価した。SPSSの線形混合モデル反復測定分析を用いて、ACTの予備的な有効性を検討した。これらの分析は、入手可能なすべてのデータを使用するため、intent-to-treatアプローチである。患者および介護者から報告された結果については、同一ダイアドのメンバーから得られたデータの非独立性を考慮したアプローチである、ダイアドデータのマルチレベルモデリングが用いられた（61、62）。モデルには、研究グループ、時間、役割（患者または介護者）の主効果と、すべての交互効果（例：グループ×時間、グループ×時間×役割）を含めた。これらのモデルでは、グループ間および時間間の平均差に焦点を当てて分析するために、研究グループと時間とはともにカテゴリー変数とした。治療効果は、研究グループと時間の間の有意な相互作用によって証明された。グループ×時間×役割の有意な交互作用は、治療効果が患者と介護者で異なることを示している。患者または介護者のみが報告した結果については、研究グループと時間の主効果およびグループ×時間の交互作用をモデルに含めた。各解析において、F値と自由度(63)を用いて、効果量統計である偏相関係数(pr)を算出した。両側p値<0.05を統計的に有意とした。	パイロットスタディである		
30971205	Davis SN	BMC Cancer	2019	QN	アメリカ																		研究設計に関する報告であり、結果もないため不採用		
31280363	Xiu D	Support Care Cancer	2020	QN	中国	本研究では、無作為化比較試験を採用し、文化的に適合した心理社会的介入が、肺がん患者の家族介護者の生活の質（QoL）の複数の側面に及ぼす影響を比較しました。																	患者家族を対象とした研究であるため不採用		
32146876	Lau BHP	J. Psychosoc. Oncol.	2020	QN	中国	この論文は、肺がんの中国人患者の患者介護者並行グループにおける統合的身体-精神-精神介入（I-BMS）と認知行動療法（CBT）の有効性の比較を報告します	76	58.6(8.5)	81	61.4(10.3)	24w	医療機関	肺がん患者・労働者かは不明	統合的身体的・精神的介入	CBT(認知行動療法)	FACT-G,QLQ-30,HADS,DFAS	N/A	復職に間接的・病状指標	I-BMSは、CBTよりも全体的なQoLとスピリチュアルセルフケアの大幅な増加、およびうつ病の減少をもたらしました。		FACT-G,QLQ-30,HADS,DFAS	質問紙表	ITT解析	グループ間の効果量が比較的小さいにもかかわらず、I-BMSはQoLの多様なドメインに対してより効果的であり、CBTは感情的な幸福に対してより効果的でした。	

[illegible]

PMID	Author	Journal	Year	study design	Country	purpose / aim	I(E) group p n	I(E) group Age (mean ± SD)	C group n	C group Age (mean ± SD)	follow up	place	population / patient / participant	Intervention / Exposure	control	primary outcome	secondary outcome	type of outcome	result	result 2	measurement variable	measurement	statistical analysis	summary	
19756773	Navari RM	Support. Care Cancer	2010	QN	アメリカ																			食思不振がアウトカムであり復職関連のアウトカムとしてはやや離れすぎているか	
19759966																								パイロットスタディのため不採用	
26304900	Nicolai je KA	J. Clin. Oncol.	2015		オランダ	本研究は、自動的に作成された生存者ケアプラン（SCP）が、日常的な臨床診療において患者が報告するアウトカムに与える影響を縦断的に評価するために実施された。主要評価項目は、情報とケアに対する患者の満足度であった。副次的な成果は、病気の認識と医療の利用であった。																		患者満足度が復職に関連するかは不明であるため不採用	
25465642	Higginson IJ	Lancet Respir Med	2014			本研究では、新しい短期息切れサポートサービスを開発し、評価しました。本研究では、新しい短期息切れサポートサービスを開発し、評価しました。このサービスは、患者のアクセスポイントを1つにし、緩和ケアと呼吸器内科を連携させ、通常よりも早い段階でのケアの共有を求める声に応えたものです10,11。																		サポートサービスの評価に関する研究であり、不採用	
31587707	Fauser D	Dtsch. Arztebl. Int.	2019	QN	ドイツ	本研究では、腫瘍性疾患から回復した人を対象に、仕事に関連した医療用リハビリテーションの効果を医療用リハビリテーションと比較して評価することを目的とした（17）。リハビリテーション期間の終了時と3ヵ月後には、仕事に関連した医療リハビリテーションにわずかな利益が一貫して見られた（18、19）。我々の研究では、このようなリハビリテーション対策の完了後1年後の結果を示している。我々は、CONSORT（Consolidated Standards of Reporting Trials）およびクラスター無作為化試験の報告に関する推奨事項に従って原稿をまとめた（eTable）（20）。	229	50.8(7.1)	255	50.3(7.9)	1Y	医療機関	消化器癌・リンパ腫・乳がん・婦人科系がん												肺がんが含まれていないため不採用
30670507																								肺がんが含まれていないため不採用	
23717406	Tamminga, SJ	PloS one	2013			女性のがん患者を対象に、通常のケアと比較した介入の有効性を多施設共同無作為化対照試験で検討すること。							女性癌患者												肺がん含まれず
23355273	Gustafson, DH	Cancer	2013	QN	アメリカ	非小細胞肺癌ん患者の身体的症状の苦痛を和らげる上で、オンライン支援システム（Comprehensive Health Enhancement Support System [CHESS]）とインターネットの有効性を検討すること。	122（患者61）	60.5(10.6)	122（患者61）	63.5(10.5)	25ヵ月間または患者の死後13ヵ月間のうち、いずれか短い期間		対象となる二人組は、英語を話す成人のステージIIIA、IIIB、IVのNSCLC患者と、本研究に参加する意思のある患者本人のブライマリーケアリスト	インフォーマルな介護者と患者の二組が、標準的なケアに加えて、インターネットと肺がんに関するインターネットサイトのリストの使用に関するトレーニングとCHESS（CHESS群）を最大25ヵ月間受ける	インフォーマルな介護者と患者の二組が、標準的なケアに加えて、インターネットと肺がんに関するインターネットサイトのリストの使用に関するトレーニングとアクセス（インターネット群）を最大25ヵ月間受ける	患者の苦痛	N/A	2	CHESS群の介護者は、インターネット群の介護者に比べて、一貫して患者の身体的症状の苦痛が低いと報告した。4ヵ月後（P 14.031；Cohen d 14.42）と6ヵ月後（P 14.004；d 14.61）に有意な差が認められた。2ヵ月後（P 14.051、d 14.39）および8ヵ月後（P 14.061、d 14.43）にも同様の効果が認められたが、わずかに有意であった。	N/A	苦痛：修正エドモントン症状評価尺度	質問紙表	IBM SPSS 20（SPSS Inc., Chicago, Ill）を用いて、ESASスコアの繰り返しで線形混合モデル回帰を行い、試験前のESASスコアと部位、介護者と患者の関係、人種をコントロールして、患者の症状の苦痛を両群間で比較した。さらに、モデルには、アーム（CHESS対インターネット）、月（介入開始から2、4、6、8ヵ月後）、アームと月の交互作用の効果が含まれていた。繰り返し測定には、一次自己回帰共分散構造を用いた。固定効果は、再厳格な最尤推定を用いて算出し、各時点で推定限界平均値のアーム間検定を行った。		

PMID	Author	Journal	Year	study design	Country	purpose / aim	I(E) group p n	I(E) group Age (mean ± SD)	C group n	C group Age (mean ± SD)	follow up	place	population / patient / participant	Intervention / Exposure	control	primary outcome	secondary outcome	type of outcome	result	result 2	measurement variable	measurement	statistical analysis	summary
27549145	van Egmond, MP	Acta oncologica	2016	QN	オランダ	仕事を失った癌サバイバーの持続的なRTWまでの期間に対するプログラムの効果を評価すること	85	47.9 (8.5)	86	48.8 (8.7)	12ヶ月		SSAに登録されている「病氣リスト」、「がんによる病気や障害の給付を受けている」、「無職」、「18歳から60歳の労働年齢」であることが必要である。具体的には、病気で休職していた期間が12ヵ月以上、最長36ヵ月のCSを対象	個別のRTWプログラム+SSAの専門家による通常のケア	SSAの専門家による通常のケアのみ	持続可能なRTWまでの期間	RTW率、疲労度、生活の質、社会参加	1	持続的RTWまでの期間に関する粗いハザード比（HR）は0.86（95%CI 0.46-1.62、p 14 0.642）であった。調整モデルでは、介入群は対照群に比べて、持続可能なRTWまでの期間をわずかに改善したが、統計的には有意ではなかった（HR 1.16、95%CI 0.59-2.31、p 14 0.663）。	副次的なアウトカム指標には有意な影響を及ぼさなかった。	RTW率（介入群および対照群の参加者のうち、仕事に復帰した人の割合）、疲労度（FACIT-Fatigue Scale（Version 4）[14]で評価）、生活の質（European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire（EORTC QLQ C-30 version 3.0）[15]で評価）、その他の項目であった。0）[15]）、および社会参加（コトレヒト再評価・参加評価尺度（USER-P）（頻度、制限、満足度の3つの尺度）	追跡調査&質問紙表	介入群と対照群の間の特性的な違いを説明するために、記述的分析、t検定、v2 検定を用いた。報告されたp値はすべて、両側検定の結果である。主要評価項目である持続的RTWまでの期間は、まずKaplan-Meier推定値とlog rank検定を用いて評価した。次に、Cox回帰分析を用いて、持続的RTWまでの期間のハザード比（HR）を推定した。すべての解析はintention-to-treatの原則に基づいて行われ、個人レベルで実施された。さらに、意図したとおりに入介を受けなかった介入群の参加者を補正するために、2つの別個の分析において、per-protocolの原則を適用した。最初のパープトコール分析では、RTWプログラムを実際に開始しなかった介入群のすべての人を分析から除外した。2回目のper-protocol分析では、RCTと並行して事前に実施したプロセス評価の結果に基づき、プロトコル通りに介入を受けなかった介入群のすべての人を分析から除外した	
24246508	Brocki, BC	Lung cancer (Amsterdam, Netherlands)	2014	QN	デンマーク	肺がんの根治手術を受けた患者を対象に、監督付きグループエクササイズトレーニングが健康関連のQOLと身体能力に及ぼす短期および長期の効果を評価すること。	41	64 (10)	37	65 (9)	12ヶ月	医療機関	LCの根治手術を受けた18歳以上の患者	週に1回1時間、10週間にわたり、指導付きの外來運動トレーニングセッションに参加。セッションでは、作業能力の60〜80%の強度を目標とした有酸素運動、レジスタンストレーニング、呼吸困難の管理が行われた。対照群（CG、n = 37）は、運動トレーニングの個別指導を1回受けた。	介入群、対照群ともに、自宅での運動（週に2回以上の筋力トレーニング、ボルグスケールで11〜12の強度の毎日30分のウォーキングまたは自転車走行）を指導した[22]。自宅でのトレーニングの遵守状況を記録するために、トレーニングダイアリーが使用された。対照群では、自宅でのエクササイズに関する指導は個別に行われ、術後3週間後に1時間行われた。	健康関連のQOL、6分間歩行テスト、肺機能	N/A	2	両群とも、ベースライン時の人口統計学的特性とアウトカム値は同等であった。4ヵ月後には、SF36の身体的疼痛領域で統計的に有意な効果が認められ、推定平均差（EMD）は15.3（95%CI：4〜26.6、p = 0.01）、役割身体機能（EMD 12.04、95%CI：-1〜25.1、p = 0.07）と身体成分要約（EMD 3.76、95%CI：-0.1〜7.6、p = 0.06）で介入が有利な傾向が見られた。12ヵ月後には、この傾向は逆転し、CGの方が全体的にわずかに良い結果を示した。また、6MWTや肺活量については、いずれの時点においても介入の効果は認められなかった。	N/A	健康関連のQOL（SF36）、6分間歩行テスト（6MWT）、肺機能（スパイロメトリー）	質問紙表&身体機能検査	介入効果は、反復測定一般化推定方程式（GEE）線形回帰モデルを用いて評価した。	
23238118	Stigt, JA	Journal of thoracic oncology: official publication of the International Association for the Study of Lung Cancer	2013	QN	オランダ	主要目的は、集学的なリハビリプログラムが生活の質（QOL）に及ぼす影響を評価することであり、副次的目的は、痛みや運動能力への影響、およびリハビリテーションと補助化学療法法の併用の可能性を明らかにすること	23	63.6 ± 10.2	26	63.2 ± 10.3	12ヶ月	医療機関	肺がんのために胸腔鏡手術を受けた患者	リハビリテーションは、退院1ヵ月後から週2回のトレーニングを12週間行い、痛みの専門家への定期的な訪問、医療ソーシャルワークを行った。	通常のケア	QOLと疼痛	N/A	2	QOLは両群間で有意差はなかったが、介入群では3ヵ月後と6ヵ月後の痛みが強く、3ヵ月後の身体的問題による制限が多かった。介入群では、6分間の歩行距離が術前のベースラインから35m改善したのに対し、対照群では59mの減少が見られた（差はp=0.024）。アジュバント化学療法を受けた患者では、トレーニングセッションへの出席率が低下した。	N/A	QOL：St.George's respiratory questionnaire（SGRQ）14 肺機能検査（PFT）と運動能力（6MWD）	質問紙表&身体機能検査	1ヵ月後、3ヵ月後、6ヵ月後、12ヵ月後のSGRQ totalの平均変化スコアにおける両群間の差は、共分散分析（ANCOVA）を用いて検証された。	

PMID	Author	Journal	Year	study design	Country	purpose / aim	I(E) group p n	I(E) group Age (mean ± SD)	C group n	C group Age (mean ± SD)	follow up	place	population / patient / participant	Intervention / Exposure	control	primary outcome	secondary outcome	type of outcome	result	result 2	measurement variable	measurement	statistical analysis	summary
25065540	Morano, MT	BMC pulmonary medicine	2014	QN	ブラジル	肺切除を控えた肺がん患者で、炎症性肺疾患の既往がある場合に、肺リハビリテーション（PR）と胸部理学療法（CPT）がフィブリノーゲンとアルブミンの値に及ぼす影響を比較すること。	12	65 ± 8	12	69 ± 7	4週間	医療機関	肺切除の適応となるNSCLC患者で、肺疾患の既往があり、スパイロメトリーを用いて呼吸機能が低下していること	肺リハビリテーション（PR）群 上肢（UL）および下肢（LL）のストレッチ運動、ウォームアップ運動、ULの強化運動、エアロビクス・コンディショニング、および吸気筋トレーニングを行った。ULの強化は、予備テスト時のピーク作業能力の50％から開始し、バーベルを用いたPNF（Proprioceptive Neuromuscular Facilitation）対角線運動を用いて行った。有酸素運動は、トレッドミルを用いて、持久力テストで測定したピーク時の作業能力の80％で行った。	胸部理学療法（CPT）群 肺活量を増やす技術（持続的な最大吸気、分画吸気、呼吸法、唇をすぼめた呼吸、流量式のインセンティブ・スパイロメーター（Respiron®, NCS, Brazil）の使用）を含む病院のルーチン・プロトコルに従った。	臨床評価、フィブリノーゲンとアルブミンのレベルの測定、スパイロメトリー、6分歩行テスト（6MWT）、QOL調査、不安・抑うつ尺度	N/A	2	フィブリノーゲン値には時間（介入前と後）とグループ（PRとCPT）の間に有意な相互作用があり（F（1, 22）= 0.57、p<0.0001）、時間の主効果は有意であった（F（1, 22）= 0.68、p=0.004）。アルブミン値の変化は、時間と群との交互効果（F(1, 22) = 0.96, p = 0.37）、時間の主効果（F(1, 22) = 1.00, p = 1.00）と群の主効果（F(1, 22) = 0.59, p = 0.45）に対して、統計的に有意ではなかった。被験者間の混合ANOVAでは、支持されていない上肢運動のピーク仕事率（F(1, 22) = 0.77, p = 0.02）、持久時間（F(1, 22) = 0.77, p = 0.02）、時間とグループの間に有意な交互効果が見られた。02）、持久時間（F（1, 22）=0.60、p=0.001）、不安度（F（1, 22）=0.60、p=0.002）と抑うつ度（F（1, 22）=0.74、p=0.02）、SF-36身体要素要約（F（1, 22）= 0.83、p=0.07）について、時間とグループの間に有意な相互作用が認められた。	N/A	フィブリノーゲンとアルブミンの血清レベルの検査分析、および肺機能検査による評価を行った。また、身体能力、QOL（生活の質）、不安や抑うつレベルも評価した。血清中のフィブリノーゲンとアルブミンの濃度は、使い捨てのVacutainerチューブで採取した血液を用いて測定した[12,13]。肺機能は、国際的なガイドライン[14]に従い、ブラジル人の参考値[15]を用いてスパイロメトリーで評価した。正常な肺機能は、以下のようなスパイロメーターを用いて定義した。強制呼気量（FEV1）と強制肺活量（FVC）の比が0.70以上で、FVCおよびFEV1が予測値の80％以上であること。身体能力は、無支持上肢運動負荷試験（UULEX）、耐久試験、6分間歩行試験（6MWT）を用いて測定した。6MWTは、米国胸部外科学会（ATS）のガイドラインに従って、30mの廊下を2回歩いて実施した[16,17]。QOLは、Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey（SF-36）[18]を用いて評価した。SF-36は、8つの領域に分けられた36項目からなる。SF-36の結果をグループ化して、身体的要素の要約（PCS）と精神的要素の要約（MCS）を作成した。不安と抑うつレベルは、不安尺度（HDAS-A）と抑うつ尺度（HADS-D）に分けられた14の質問で構成されるHospital Anxiety and Depression Scale（HADS）[19]を用いて決定した。	質問紙表 & 身体機能検査 & 血液検査	データは、絶対度数、相対度数、またはその両方で、正規分布しているデータの場合は平均値±標準偏差、正規分布していないデータの場合は中央値（四分位間値）で表した。また、術前と術後の変動（デルタ）は、平均値（信頼区間、CI 95％）で示した。ベースラインにおける両群間の連続変数の比較には、Mann-Whitney U検定を用いた。時間の関数としての連続変数の値は、被験者間の混合ANOVAを用いて両群間で比較した。P <0.05は統計的有意性を示す。	
24276777	Wagner, EH	Journal of clinical oncology	2014	QN	アメリカ	乳がん、大腸がん、肺がんの診断を受けたばかりの人を対象に、ナースナビゲーターの介入によって、QOL（生活の質）や患者のケア経験が向上するかどうかを明らかにすること	133	60.4(12.2)	118	64.4(11.3)	12ヶ月	医療機関	乳房、結腸、直腸、肺の悪性病変を有する18歳以上の患者	「心理社会的健康サービスの提供に関するモデル」8および「がん患者とうつ病患者に対する看護師の介入」を参考にした、4ヵ月間の看護師によるサポート	通常のケア	QOL	N/A	2	FACT-Gスコアにグループ間の有意差はなかった。ナースナビゲーターの患者はPACICのスコアが有意に高く、ケアに関する問題、特に心理社会的ケア、ケアコーディネーション、情報に関する問題が有意に少なかったことがPicker測定器で測定された。診断後の累積費用はグループ間で有意な差はなかったが、肺がんの費用はナース・ナビゲーターの患者で6,852ドル少なかった。	N/A	Functional Assessment of Cancer Therapy-General（FACT-G）Quality of Lifeスケール、Patient Assessment of Chronic Illness Care（PACIC）の3つのサブスケール、およびPicker Instituteの患者経験調査をがんに適応したものから選択したサブスケール	質問紙表	主要分析では、4ヵ月後のFACT-G全体、PACICサブスケールおよびサマリスコア、Pickerサブスケールの介入群と対照群との差を評価した。PACICサマリスコアは、3つのサブスケールの10項目の平均スコア（1〜5点）を計算して作成した。二次解析では、12ヵ月後の群間のスコアの差を評価した。無作為化グループがFACT-GとPACICの平均総合スコアに及ぼす影響を、線形回帰法を用いて推定した。一次医療機関における患者の入れ子状のクラスタリングと、患者の縦断的な測定を考慮して、残差に基づいて、ロバストな共分散調整を行った独立作業相関構造を仮定した一般化推定方程式を用いた。医療機関ごとの患者数が比較的小なかったため、クラスサイズが小さい場合は推定値を調整した。すべての解析はintent-to-treatで行った。	



PMID	Author	Journal	Year	study design	Country	purpose / aim	I(E) group p n	I(E) group Age (mean ±SD)	C group n	C group Age (mean ±SD)	follow up	place	population / patient / participant	Intervention / Exposure	control	primary outcome	secondary outcome	type of outcome	result	result 2	measurement variable	measurement	statistical analysis	summary
29266524	Mihuta, ME	Psycho-oncology (Chichester, England)	2018	QN	オーストラリア	がんサバイバーを対象に、ウェベースの認知リハビリテーション療法プログラム（eReCog）を、待機リスト対照群と比較して評価すること。	32	55.1 (9.2)	33	56.9 (9.2)	3ヶ月		中枢神経系腫瘍を除く成人発症のがんと診断され、18歳以上で、記憶力や集中力に関する認知的な訴えを報告し、少なくとも6か月前に一次治療を完了し（ホルモン治療を除くが、継続中の場合もある）、登録時に無病息災であり、英語を流暢に読み書きできることとした。除外基準は、現在一次治療中であること、外傷性脳損傷や神経疾患の既往歴があること、不安や抑うつつの管理が不十分であること、英語力が不十分であること	プログラムには4つのモジュールが含まれており、それぞれに心理教育、リラクゼーション、戦略トレーニング、他の人の匿名の回答を見ることができるディスカッションの質問、および宿題が含まれている。モジュールのトピックは、(1)加齢、健康、がん、認知機能、(2)記憶、(3)注意、(4)疲労、感情、認知である。	待機リスト対照群	認知機能	副次的な認知機能、客観的な認知機能、および心理社会的変数の追加測定	2	介入群は待機群に比べて、前向き記憶の失敗がより減少したと報告し、日常生活の道具的活動の指標である自己報告の前向き記憶において、有意な相互作用が認められた。	知覚的認知障害（P＝0.089）と実行機能（P＝0.074）にも相互作用の傾向が認められた。その他の客観的認知機能や心理社会的変数については、有意な相互作用は認められなかった。	Functional Assessment of Cancer Therapy-Cognitive Function version 3	質問紙表	主な分析には、2（グループ）×3（時間）反復測定分散分析を用いた。ベースライン時のアウトカム変数にはグループ間で統計的に有意な差がなかったため、ベースラインスコアは共変量として用いなかった。参加者3名（待機者2名、介入者1名）については、治療後のスコアを繰り上げることで、3か月後のスコアの欠損のインビュテーションを行った。結果はインビュテーションを行っても行わなくても変わらなかったため、このインビュテーションを行ったデータも結果に含めた。Mauchlyの検定で球形性の仮定の違反が指摘された場合は、Huynh-Feldtの補正を行った。時系列でのグループ内計画比較を計算した。グループ内効果量（Cohen's d）は、ベースラインから治療後、およびベースラインから3か月後のフォローアップまでの2つの平均値の間の相関をコントロールして計算された [35] 。	対象が白血病と乳がんのみであり不採用
30661019	Brims, F	Thorax	2019	QN	イギリス、オーストラリア	新たにMPMと診断された患者に早期のSPCを定期的に行うことで、標準治療と比較して無作為化後12週間のHRQoLが改善するかどうかを判断すること	87	72.1 (66.7, 77.7)	87	72.8 (69.0, 78.9)	24週間	医療機関	悪性中皮腫（MPM）の組織学的または細胞学的確認 欧州協同腫瘍グループ（ECOG）のパフォーマンススコア（PS）が0～1（0は無症状、1は症状があるが歩行可能）。過去6週間以内に受けたMPMの診断英語でのインフォームドコンセントが可能であり、試験手順に従うことができる者	定期的な早期SPCに無作為に割り付けられた参加者は、割り付け後3週間以内に緩和ケア医によるレビューを受け、介護者の同行が奨励された。SPCの訪問は4週間ごと（±7日以内）に、少なくとも24週間、死亡または試験終了まで続けられた。異なる施設間でSPC受診の標準的なアプローチを確保するために、すべての参加者の初回受診時にSheffield Profile for Assessment and Referral to Care（SPARC）ツール22と改訂版Edmonton Symptom Assessment System（ESAS-r）23を使用した。したがって、SPCの各診察では、参加者の身体的、心理的、社会的、精神的なニーズを評価し、必要に応じて追加の治療法を提供したり、追加のサポートサービスを紹介した。	通常のケア	無作為化後12週間のHRQoLの変化	24週時点での参加者のHRQoL（EORTC QLQ-C30を使用）、EORTC QLQ LC-13肺がんモジュールサブリメントを使用した参加者の症状、12週および24週時点での参加者の気分および全生存率、12週および24週時点での主要介護者のHRQoL、気分およびケアに対する満足度、さらに患者死亡後24週時点での満足度 介護者のHRQoL	2	12週後のHRQoLスコアに有意な群間差はなかった（平均差 1.8（95%CI：-4.9～8.5、p=0.59））。24週目のHRQoLにも差はなかった（平均差-2.0（95%CI：-8.6～4.6、p＝0.54））。	抑うつ・不安のスコアについては、12週目、24週目ともに差はなかった。介護者については、12週目、24週目ともにHRQoLや気分には差はなかったが、介護に対する嗜好は一貫して介入群が有利であった。	EORTC C30 Global Health Status（GHS）	質問紙表	intention-to-treatアプローチ（すなわち、すべての患者を無作為化されたグループに従って分析）に基づき、ベースラインを調整した線形回帰モデル（すなわち、分散分析（ANCOVA））を用いて、無作為化されたグループ間のグローバル健康状態スコアの調整平均差を算出。さらに最小化変数（施設、化学療法の計画、ECOG performance status、組織型）を調整した同じ線形回帰も行いました。我々は、早期死亡により12週目のデータが一部欠落するという仮説を立てたが、QoLは生存率と関連している可能性があるため、QoLを単独で分析するとバイアスがかかる可能性がある。このモデルには、転帰のすべての追跡測定（すなわち、4、8、12、16、20、24週目）と生存時間（生存している患者は24週目の訪問時、または24週目の訪問前に脱落した場合は最後に連絡が取れた日で打ち切られる）が組み込まれた。混合効果サブモデルの共変量は、アウトカムのベースライン測定値、治療群、測定時点、治療群-測定時点の交互作用とした。	
26111954	Yorke, J	Supportive Care in Cancer	2015	QN	イギリス	肺がん患者の呼吸困難症状群（息切れ-咳-疲労）の管理を目的とした新しい非薬理学的介入を実施可能な形で検証すること	50	67.6 (9.1)	51	67.8 (10.1)	12週間	医療機関	原発性肺がんで、3つのクラスター症状のうち少なくとも2つに「悩まされている」患者	通常のケアに加えて、2回の介入トレーニングセッションとフォローアップの電話による多要素介入	通常のケア	息切れの重症度	N/A	2	息切れ、咳、疲労の主要アウトカムにおいて臨床的に重要な差を検出するためには、各群122名の患者が必要であることが示された。	N/A	Dyspnoea-12、Manchester Cough in Lung Cancer scale、FACT-Fatigue scale、Hospital Anxiety and Depression scale、Lung Cancer Symptom Scale、EQ-5D-3L	質問紙表	統計解析には、SPSS（v20）を使用した。グループ効果、時間効果、およびそれらの相互作用を検証するために、一般化推定方程式（GEE）モデルを適用した。GEEは、相関行列を介して自動的に欠損データを扱い、相関構造の選択に対して一般的に頑健である[31,32]。また、これらのモデルから得られた結論を確認するために、感度分析として基本的なt検定も検討した。	feasibility studyのため不採用
31468059	Bhatia, C	Journal of rehabilitation medicine	2019		イギリス																		胸部外科の診療と国のガイドラインの遵守状況を評価することが目的であり、除外	
22930253	Clark, MM	Cancer	2013	QN	アメリカ	放射線治療を受けている進行がん患者の全般的なQOLを維持するために、介護者を含む6回の構造化された集学的介入と、10回の簡単な電話カウンセリングの効果を、標準治療と比較すること	65	58.7(10.6)	66	59.9(10.9)	27週間	医療機関	がんセンターで治療を受けている進行がんの成人患者で、放射線治療を受ける予定の人から募集。参加資格は、18歳、過去12か月以内にがんと初めて診断されたこと、中間～不良予後（参加者を登録した放射線腫瘍医が判断した予想5年生存率が0～50%）、Eastern Cooperative Oncology Group（ECOG）のパフォーマンスステータスが0、1、2であること、少なくとも1週間の放射線治療が予定されていること、参加に同意する介護者がいること。	介護者を含む6回の構造化された集学的介入と、10回の簡単な電話カウンセリング	通常のケア	4週目における患者のQOL	介護者QOL指標	2	研究を完了した117人の患者のうち、4週目の総合的なQOL（Functional Assessment of Cancer Therapy-General[FACT-G]で評価）は、介入群（n¼54）が標準群対照群（n¼63）に比べて有意に高かった（75.2 vs 68.7; P¼ 0.02）。10回の簡単な電話連絡はQOLに影響しないようで、27週目には両群のQOLは同じであった（平均値はそれぞれ77.6および77.7）。介護者のQOLに対する介入の効果は認められなかった。	N/A	Functional Assessment of Cancer Ther-apy-General（FACT-G）スコア 介護者QOL指標-がんスケールは、35項目、5点のリッカート尺度16で、QOLの身体的、社会的、経済的、心理的、介護者の負担、および家族の次元を評価	質問紙表	QOL スコアと社会状況変数との関連性を明らかにするために、分散分析／一般化推定方程式（ANOVA／GEE）モデリングによる補足分析を行った。さらに、統計理論の経験則と行動エンドポイントの小・中・大効果量の定義に関するCohenの研究を用いた28。このアプローチでは、試験群間の平均QOLスコアの3%、8%、12%の変化を臨床的に重要な差異と定義した。評価ごとの効果量分布の要約統計量を算出した。すべての仮説検定は、2-tailed alternatives と5%の type I エラー レートを用いて実施した。	

PMID	Author	Journal	Year	study design	Country	purpose / aim	I(E) group p n	I(E) group Age (mean ±SD)	C group n	C group Age (mean ± SD)	follow up	place	population / patient / participant	Intervention / Exposure	control	primary outcome	secondary outcome	type of outcome	result	result 2	measurement variable	measurement	statistical analysis	summary	
29497963	Kamphoff, CS	Journal of cancer survivorship	2018	QN		がんサバイバーの体力、疲労、健康関連の生活の質（HRQoL）に対する高強度（HI）運動と低～中強度（LMI）運動の長期的な効果と費用対効果を評価すること	139		138		64週間			高強度運動	低～中等度運動	心肺機能、筋力、自己申告による疲労、HRQoL、質調整生存年（QALYs）、社会的コスト	N/A	2	長期的には、役割（β = 5.9、95%CI = 0.5、11.3）および社会的機能（β = 5.7、95%CI = 1.7、9.6）に対する介入効果は、HIの方がLMI運動に比べて大きかった。体力と疲労感については、有意なグループ間の差は認められなかった。介入によってもたらされた心肺機能とHRQoLの改善は、12週目から64週目まで維持されたが、疲労については維持されなかった。社会的観点から、HIがLMI運動と比較して費用対効果が高い確率は、20,000€/QALY獲得で0.91、52,000€/QALY獲得で0.95であったが、これは主にHI試験における医療費の大幅な減少によるものである。	N/A			線形混合モデルを用いて、(a)長期におけるHI運動とLMI運動の効果の違い、(b)短期から長期へのグループ内変化、(c)社会的観点からの費用対効果を検討	肺がん含まれず	
30248943	Frensham, LJ	International journal of environmental research and public health	2018	QN	オーストラリア	がんサバイバーを対象とした12週間のオンライン・ウォーキング介入の効果を検証し、身体的健康指標およびQOL（生活の質）に与える影響を探索すること	46	65.2(9.3)	45	66.1(9.4)	6ヶ月		(a) がんの診断を受けたことがある（皮膚がんを除く）、（b）現在、手術、化学療法、放射線療法などの積極的な治療を受けていない、（c）過去1か月間の運動回数が20回未満（1回の運動時間は30分）と定義される十分な運動量がない[18]、（d）妊娠していない、または研究期間中に妊娠を予定していない。（e）参加能力を損なう身体的/精神的疾患がないこと、（f）成人用運動前スクリーニングツールのステージ1で評価した運動禁忌がないこと [19]、（g）インフォームドコンセントを提供すること、（h）インターネットのできるコンピューターにアクセスできること、（i）メディカルクリアランスを得られること。	Steps Toward Improving Diet and Exercise among Cancer survivors (STRIDE) は、社会的認知理論と自己決定理論に基づいて設計されたオンラインリソースで、個別のステップ目標設定	待機リスト対照群	生理学、体力、およびQOL	N/A	2	体力（p < 0.01）、収縮期血圧（p < 0.01）、拡張期血圧（p < 0.01）、ウエスト周囲径（p < 0.01）、精神的健康（p < 0.05）、社会的機能（p < 0.05）に改善が見られました。05）、社会的機能（p < 0.01）、一般的な健康（p < 0.01）が改善されたが、体の痛み（p < 0.01）は、ベースラインから12週目と3か月後の追跡調査で、グループ配分に関係なく増加した。	N/A		身体活動：歩数 身体測定：身長、体重、胴回り 生理的測定：血圧 体力 QOL：オーストラリア版の「Short Form (36) Health Survey」	質問紙表 & 身体機能検査	アウトカム変数であるフィットネス、BMI、ウエスト周り、血圧、およびQOLに対する介入の仮説効果を調べるために、時間に関する反復測定を用いた3因子（条件：介入、対照）、地域（大都市、地方）によるANOVAを使用した。介入群と対照群の間のこれらのアウトカムの経時的な差を調べるために、条件（介入群、対照群）による時間ごとの反復測定ANOVAを用いた。すべてのモデルで、配偶者の有無、教育水準、雇用形態、喫煙の有無をコントロールした。	肺がんは91名中1名でIntervention群に入っている。
31046719	S. Kneis, A. Wehrle	BMC Cancer	2019	QN	ドイツ	治療後のがんサバイバーのCIPN症状および身体機能に対する持久力およびバランストレーニングの効果の評価すること	18	70 (44 – 82)	19	63 (44 – 82)	12週間	医療機関	CIPNの症状を呈していること、抗腫瘍剤治療が完了していること、18歳以上であること、フライブルク大学医療センターまでの移動時間が90分以内であること、書面によるインフォームドコンセントを得ていること、	持久力トレーニングとバランストレーニング	持久力トレーニングのみ	機能的パフォーマンス	心肺機能、振動感覚、自己申告による化学療法誘発性末梢神経障害（CIPN）の症状（EORTC QLQ-CIPN20）	2	治療目的の分析（n = 41）では、介入後（主要評価項目）の半立位での動揺経路について、ベースラインを調整しても、有意な群間差（CG-IG）は認められなかった。しかし、トレーニングのコンプライアンスが70%以上であった37名の患者を対象としたper-protocol解析では、IG群では半立脚時の動揺経路が減少し（-76mm、95%CI -141 -17、CG群：-6mm、95%CI -52 -50）、不安定な面での片脚立ちの持続時間が改善し（11秒、95%CI 8-17、CG群：0秒、95%CI 0-5）、運動症状の軽減が報告された（-8ポイント、95%CI -18 -0、CG群：-2ポイント、95%CI -6 -2）。  両群とも、全体的な症状（IG：-10ポイント、95%CI -17 -4、CG：-6ポイント、95%CI -11 -1）および感覚的な症状（IG：7ポイント、95%CI -15 -0、CG：-7ポイント、95%CI -15 -0）の軽減が報告されましたが、CGのみが客観的に優れた振動感覚を示しました（Nuckle: ナックル：0.8ポイント、95%CI 0.3-1.3、IG：0.0ポイント、95%CI -1.1-0.9、パテラ：1.0ポイント、95%CI 0.4-1.6、IG：-0.8ポイント、95%CI -0.2-0.0）。さらに、心肺運動テスト時の最大出力は両群ともに増加したが（IGおよびCG：0.1W/kg、95%CI 0.0-0.2）、CGのみがジャンプの高さを向上させた（2cm、95%CI 0.5-3.5、IG：1cm、95%CI -0.4-3.2）。	両群とも、全体的な症状（IG：-10ポイント、95%CI -17 -4、CG：-6ポイント、95%CI -11 -1）および感覚的な症状（IG：7ポイント、95%CI -15 -0、CG：-7ポイント、95%CI -15 -0）の軽減が報告されましたが、CGのみが客観的に優れた振動感覚を示しました（Nuckle: ナックル：0.8ポイント、95%CI 0.3-1.3、IG：0.0ポイント、95%CI -1.1-0.9、パテラ：1.0ポイント、95%CI 0.4-1.6、IG：-0.8ポイント、95%CI -0.2-0.0）。さらに、心肺運動テスト時の最大出力は両群ともに増加したが（IGおよびCG：0.1W/kg、95%CI 0.0-0.2）、CGのみがジャンプの高さを向上させた（2cm、95%CI 0.5-3.5、IG：1cm、95%CI -0.4-3.2）。		バランス STEO sway path (mm)、 STEC sway path (mm)、 MSEO sway path (mm)、 MSEO duration (sec)、 MSEUnstable duration (sec) ジャンプ Pmax_jump (W/kg)、 Jumping height (cm) 振動覚 First metacarpophalangeal joint、Knuckle、Patella QOL Global QoL CIPN症状 心肺機能 V'O2peak (mL・min – 1・kg – 1)、Pmax_CPET (W/kg)、IAT (W/kg)	質問紙表 & 身体機能検査	主要項目はintention-to-treat解析を行い、副次的な評価項目にはper-protocol解析を実施	肺がんは37名中1名でControl群に入っている。



PMID	Author	Journal	Year	study design	Country	purpose / aim	I(E) group p n	I(E) group Age (mean ±SD)	C group n	C group Age (mean ±SD)	follow up	place	population / patient / participant	Intervention / Exposure	control	primary outcome	secondary outcome	type of outcome	result	result 2	measurement variable	measurement	statistical analysis	summary
22290823	Laurel L. Northouse	Psycho-Oncology	2013	QN	アメリカ	(i)患者と介護者の二人組（すなわちペア）が、短時間または広範囲の二人組介入（FOCUSプログラム）に無作為に割り当てられた場合、通常のケアに無作為に割り当てられた二人組よりも良好な転帰を示すかどうか、(ii) 患者の苦痛のリスクやその他の要因が、短時間または広範囲のプログラムの転帰への効果を調整するかどうかを検討	159 + 162	患者：60.5 (10.9) 介護者：56.7 (12.6)	163	患者：60.5 (10.9) 介護者：56.7 (12.6)	6ヶ月	医療機関	進行性乳がん、大腸がん、肺がん、前立腺がん（ステージIIIまたはIV）と診断され、新たな進行性がんの診断を受けてから6か月以内であること。	がん患者と介護者に一緒に情報と支援を提供する、家庭を基盤としたダイディックな介入 短期間（3セッション）または広範囲（6セッション） FOCUS：家族の関与、楽観的な態度、対処の有効性、不確実性の低減、症状の管理	通常の治療	QOL	評価変数病気と介護の評価、不確実性、絶望感	2	モデレーター効果エモティアルQOLにはグループ時間役割相互作用が見られ、F = 2.50, p = 0.042でした。単純効果では、患者については、コントロール、エクステンシブ、ブリーフの各患者で、3ヵ月後の追跡調査で感情的QOLが有意に増加していた（すべてのp値は0.05未満）。しかし、介護者については、コントロールの介護者の情緒的QOLには3ヵ月後に有意な増加が見られた（いずれもp-value < 0.01）。また、対人関係変数には、群間時間リスク相互作用が認められ、F = 2.66, p = 0.007となった。一変量効果を検討した結果、この要因は主に二人のサポートの違いによるものであることがわかったF = 2.72, p = 0.029。単純効果では、低リスクコントロールのダイアドのソーシャルサポートは、3か月後（p = 0.036）と6か月後（p = 0.003）に有意に減少した。単純効果では、リスクレベルや介入条件にかかわらず、患者の変化は見られなかった。しかし、対照群の低リスク介護者では、3か月後（p = 0.010）と6か月後（p = 0.014）にコミュニケーションが有意に減少したことがわかった。また、二人の関係のタイプ（配偶者か非配偶者か）、がんの種類（4種類）、性別が介入の効果を緩和するかどうかを検討しました。その結果、緩和効果は認められませんでした。	評価変数（病気の評価、不確実性、絶望感）と対人関係変数（コミュニケーションと家族のサポート）については、グループ間で大きな変化は見られなかった。しかし、コーピング変数には、有意なグループ時間効果があった。単変量解析では、主に回避型コーピング（F = 2.53, p = 0.039）と健康的な行動（F = 2.67, p = 0.031）に効果があった。単純効果では、対照群の回避型コーピングは、ベースラインから3ヵ月後、6ヵ月後まで有意に変化しなかった。対照的に、広範群（p = 0.001）と短期群（p = 0.033）では、ベースラインから3ヵ月後までに回避型対処の使用が有意に減少していた。この有意な効果は、6ヵ月後にブリーフグループのダイアドでのみ維持された（p = 0.045）。健康的な行動については、3ヵ月後および6ヵ月後の追跡調査で、対照群と拡張群の双子に有意な変化は見られなかった。また、セルフ・エフィカシーにはグループ時間効果があり、F = 2.84, p = 0.024であった。単純効果では、コントロールとブリーフのセルフ・エフィカシーは、ベースラインから3ヵ月後、6ヵ月後まで有意に変化しなかった。社会的QOLには有意なグループ時間効果があり、F = 4.28, p = 0.002であった。単純効果では、対照群では3ヵ月後に社会的QOLが有意に低下した（p = 0.001）のに対し、広範群とブリーフ群では3ヵ月後と6ヵ月後に社会的QOLが維持された。	Quality of Lifeは、社会的、情緒的、機能的、身体的ウェルビーイングの4つの領域でQOLを評価する、がん特有の一般的なFunctionalAssessment of Cancer Therapy（バージョン4）を用いて測定。評価変数病気と介護の評価は、Appraisal of Illness Scale（患者）およびAppraisal of Caregiving Scale（介護者）で評価した[20]。不確実性は、Mishel Uncertainty in Illness Scale[21]の簡易版を用いて測定した。絶望感 は、Beck Hopelessness Scale [22]で測定した。	質問紙表 & 身体機能検査	データ分析本研究の主要分析は、介入群別の効果を比較することであった。副次的分析では、主な指標である患者のリスクレベルの影響を調べた。介入の全体的な効果は、実験グループ（対照、短期、広範囲）時間（ベースライン、3か月、6か月）の交互作用を評価することによって評価した。	
28651827	Alexandra Ustner	Clinical Nutrition	2018	QN	スイス	消化管および肺の転移性または局所進行性腫瘍を有するがん患者を対象に、栄養と身体運動を組み合わせたプログラムの効果を検証すること	29	64 (± 11.0)	29	62 (± 9.3)	6ヶ月	医療機関	消化管または肺の転移性または局所進行性の腫瘍を有するがん患者	最低3回の標準化された個人栄養カウンセリングセッションを受け、週2回60分の運動プログラムに参加	通常の治療	QOL	身体能力、栄養状態、食事摂取量、臨床データ	2、3	悪心・嘔吐の増加は対照群に比べて介入群の方が少なかった（p<0） 介入群の方が対照群よりも悪心・嘔吐の増加が少なかった（p<0.01）。その他の機能および症状の尺度は群間で差がなかった。エネルギー摂取量、栄養状態、身体能力については統計的な差は認められなかった。	QOL（欧州がん研究治療機構QOL質問票バージョン3.0）、身体能力（握力、6分間歩行テスト、時限式座位から立位テスト、1反復最大レッグプレス）、栄養状態（体重、生体電気インピーダンス分析）、食事摂取量（3日間の食事記録）、臨床データ（予期せぬ入院日数、パフォーマンスの状態）	質問紙表 & 身体機能検査	ベースライン、3ヵ月目、6ヵ月目に収集したデータは線形混合効果モデルを用いて解析した。	肺がんの割合少なめ	
29138131	Gustafson, DH	Journal of medical Internet research	2017	QN	アメリカ	家族介護者から報告された患者の症状の著しい変化を臨床医に警告する電子医療（eHealth）システムが、がん患者の症状苦痛に及ぼす影響を評価すること	110	56.36 (13.39)	107	55.73 (13.02)	12ヶ月	医療機関	235組の進行期がん患者とその主なインフォーマルな介護者 肺がん、乳がん、前立腺癌（対象となる肺がん患者は、ステージIIIA、IIIB、またはIVの患者）	（CHESS+CR [Clinician Report]）は、CHESSも備えているが、症状が所定の重症度の閾値を超えた場合に臨床医に自動的に警告するCRを備えていた。	Comprehensive Health Enhancement Support System [CHESS]-Only	症状、苦痛	N/A	2、3	www.DeepL.com/Translator（無料版）で翻訳しました。	N/A	苦痛：修正ESAS 3つの一般的ながん症状（疲労、便秘、下痢）	質問紙表	2つの結果をグループ間で経時的に比較するために（すなわち、患者の閾値症状の改善と患者の閾値症状の割合）、グループ集計値に基づいて曲線下面積（AUC）を算出した。グループごとのAUCは、NCSS2007の台形ルールを用いて算出した[35]。AUCのグループ差は、グループAUCをグループごとの相対的な割合に変換し、比例差検定（StatXact 5, Cytel）を行うことで評価した[36]。さらに、集計された症状報告を12か月間で平均化した。これらの平均化された改善された閾値症状と閾値症状の割合の差を同じ方法で検定した。標準化統計、P値および95%CIを算出した。グループ分け後の潜在的な回答バイアスを検定するために、多標本マクネマー検定[39]を用いて、テスト前に介護者から報告された患者の閾値症状の割合を、最初のチェックイン時の割合と比較した。すべての検定は、α=.05レベルで行った。	複数がん

PMID	Author	Journal	Year	study design	Country	purpose / aim	I(E) group n	I(E) group Age (mean ±SD)	C group n	C group Age (mean±SD)	follow up	place	population / patient / participant	Intervention / Exposure	control	primary outcome	secondary outcome	type of outcome	result	result 2	measurement variable	measurement	statistical analysis	summary
21556821	Mai J. M. Chinapaw	International Journal of Behavioral Medicine	2012	QN	オランダ	Alpe d'HuZes Cancer Rehabilitation (A-CaRe) プログラムの臨床研究サブプログラムの理論的根拠と設計を示すこと					12～18週間		4つのサブグループ (a)化学療法後の運動、(b)化学療法中の運動、(c)幹細胞移植後の運動、(d)小児がん罹患中の運動	理学療法士指導の下、週2回、60分間の高強度レジスタンスおよび持久力エクササイズ (12週間)	待機リスト対照群または通常ケア群									設計に関する研究なので不採用
24566820	Bantum EO	Journal of medical Internet research	2014	QN	アメリカ	成人がんサバイバーを対象とした6週間のウェブベースの複数の健康行動変化プログラムの効果を検証すること	156	39.0 (37.0-40.9)	147	40.8 (38.9-42.8)	6ヶ月		年齢（18歳以上）、試験参加前4週間以上5年以内に一次治療が終了していること、1つのがんと診断され、再発していないこと、インターネットにアクセスできること、英語が読めること	CDSMP を応用した6週間のオンラインワークショップであった。 (CDSMPは、「同じような健康状態にある人は、お互いに健康行動を改善することができる」という基本原則を採用した患者教育コースである。)	非介入群	疲労、不眠、運動、果物と野菜の摂取、および抑うつ	N/A	2、3	ウェブベースの介入条件の参加者は、対照条件と比較して、不眠症の減少が有意に大きく、激しい運動とストレッチの週当たりの実施時間が増加した。果物と野菜の消費量やその他のアウトカムには有意な変化は見られなかった。	N/A	Brief Fatigue Inventory (BFI) Women's Health Initiative 不眠症評価尺度 (WHIIRS) 運動：Godin Exercise Questionnaire 食事：Block Food Frequency Questionnaire 抑うつ：Patient Health Questionnaire (PHQ-8)	質問紙表 & 身体機能検査	各参加者のランダムな切片項を含む混合線形モデルを用いて、条件間の時間経過によるアウトカムの差を推定し、比較した。 治療効果は、時間と介入群の固定交互作用パラメータのF検定により評価した。効果量は、6ヵ月後の調整モデルによる予測値の平均値の差を、被験者内および被験者間の分散成分から算出した差の標準偏差で割って算出した。	placeはOnlineで調査期間が適切か？
26515383	Caroline S. Kampshoff	BMC Medicine	2015	QN		化学療法を含む一次がん治療を終えたがんサバイバーの混合グループにおいて、高強度 (HI) および低～中強度 (LMI) のレジスタンスおよび持久力運動プログラムが、待機リスト対照 (WLC) グループと比較して、体力および疲労に対する効果を評価することを目的とした。	12週間のHI運動 (n = 91)、LMI運動 (n = 95)		待機リスト対照 (WLC) グループ (n= 91)			医療機関	肺がんなし		心肺機能、筋力、自己申告による疲労	健康関連のQOL、身体活動、日常生活機能、身体組成、気分、睡眠障害	1、2	HI ( $\beta = 2.2$ ; 95 % CI, 1.2-3.1) および LMI ( $\beta = 1.3$ ; 95 % CI, 0.3-2.3) 運動は、WLC に比べて peakVO2 の改善が有意に大きかった。PeakVO2の改善は、HI運動の方がLMI運動よりも大きかったが ( $\beta = 0.9$ ; 95 % CI, -0.1～1.9)、その差は統計的に有意ではなかった (P = 0.08)。握力と30秒椅子立ちテストには介入効果は認められなかった。	HIとLMIの運動は、WLCと比較して、全身および身体の疲労と活動性の低下 (MFIサブスケール) を有意に減少させたが、両介入の間に有意な差はなかった。最後に、WLCと比較して、HI運動ではグローバルQOLと不安が、HIとLMI運動では身体機能が改善され、LMI運動では仕事上の問題が減少するなどの効果が認められた。	質問紙表 & 身体機能検査	intention-to-treatの原則に基づき、マルチレベルの線形回帰分析	肺がん含まれず		
26542272	Charles E. Heckler	Support Care Cancer	2016	QN	カナダ	がんサバイバーの睡眠および日中の機能を改善するために、不眠症に対する認知行動療法 (CBT-I) と覚醒促進薬であるアルモダフィニル (A) の併用効果および比較効果を評価する	96	56 (10)	N/A	N/A	200Day		慢性的な不眠症を有するがんサバイバー (modafinilまたはarmodafinilを服用したことがある人、CBT-I療法を受けたことがある人、不安定な医学的または精神医学的疾患がある人は対象外)	96名が無作為化され、24名、23名、25名、24名の被験者が、それぞれCBT-I + プラセボ (CBT-I + P)、CBT-I + アルモダフィニル (CBT-I + A)、プラセボ、アルモダフィニルに無作為に割り付けられた。	N/A	疲労	N/A	2	ベースラインの差を調整した解析では、CBT-Iは2つの尺度で測定される疲労を改善した (BFI: P=0.002, Std.Error=0.32, Effect Size (ES)=0.46; FACIT-Fatigue: P<0.001, Std.Error=1.74, ES=0.64)。(アルモダフィニル単独では、疲労度に対して統計的に有意な効果を示さず (すべて Ps>0.40)、CBT-Iの効果にも影響を与えなかった。構造方程式分析により、不眠症の重症度の低下ががん関連疲労の改善に直接関与することが明らかになった。	N/A	Brief Fatigue Inventory (BFI) および FACIT-Fatigueスケール	質問紙表	CBT-I (Yes/No) 対A (Yes/No) の4アーム随調研究	国名不明
33186365	Ida J. Korfager	PLoS medicine	2020	QN	EU 6カ国	アドバンス・ケア・プランニング (ACP) は、患者、親族、医療従事者が患者の嗜好について考え、話し合い、それに応じてケアや治療を適応させることを支援するアプローチとして広く提唱されている。欧州では、進行がん患者に対するACPの有効性を示す証拠はほとんどない。本研究では進行がん患者におけるACPの実施を検証する。	442	平均66歳	675	平均66歳	ベースライン時、組み入れ後11～12週目 (フォローアップ評価1) および19～20週目 (フォローアップ評価2)	医療機関	進行した肺がん (ステージIIIまたはIV) または大腸がん (ステージIV) の患者で、WHO performance status 0-3、推定余命3カ月以上、同意能力のある患者	ACTION RC ACP介入 ACTION RC ACPの実施は、認定された医療従事者は、スク립ト化された会話ガイドを用いて、患者とその親族が病気についての理解を深め、目標、価値観、信念について考え、将来の治療とケアについての好みを話し合うことを支援した。	対照病院の患者さんには、ACTIONは患者さんがケアについて意思決定できるように準備することを目的としていること、そして通常のケアを受けることを伝えた。	QOLおよび症状	対処、ケアへの満足度、介入への満足度、意思決定の共有、および医療上の意思決定への患者の関与	2、3	患者のQOLの平均変化は介入群と対照群で差がなかった。(Tスコア-1.8対-0.8、p=0.59)	EORTC QLQ-C15-PAL尺度、コーピング、ケアに対する満足度、意思決定への患者の参加、および共有の意思決定については、両群間で変化スコアに差はなかった。 介入グループの患者365人 (83%) と対照グループの患者583人 (86%) の医療ファイル (EORTC QLQ-C15-PAL [22]) 対処 (COPE、Brief COPE [23-25])、ケアへの満足度 (EORTC IN-PATSAT [26]の項目)、介入への満足度 (研究で作成した9項目)、意思決定の共有 (Assessment of Patients' Experience of Cancer Care [APECC] decision-making self-efficacy scale [27])、および医療上の意思決定への患者の関与 (研究で作成した4項目)	質問紙表	2群間の変化スコアの差を比較し、治療と各アウトカム指標との関連性を、指標のベースライン値で調整したランダム切片を用いたマルチレベル回帰モデルで評価		

添付7. 脳腫瘍

PMID	Author	Journal	Year	study design	Country	purpose / aim	I(E) group n	I(E) group Age (mean ±SD)	C group n	C group Age (mean ±SD)	place	population / patient / participant	Intervention / Exposure	control	primary outcome	secondary outcome	type of outcome	result	result 2	measurement	statistical analysis	summary
2009051	Owen P	Arch Phys Med Reha	1991	Case report	USA	脳腫瘍術後の職業リハビリテーションの可能性を明らかにすること	なし	30歳	なし	なし	医療機関	右小脳の髄芽腫の摘出のため後頭蓋骨切開術を受けた30歳の左利きの歯科医	1. 神経心理プログラム 学部門が提供する認知的・知覚的再学習コースは、障害者の協調的管理の必要性に 応えるものである。神経心理学部門。 2. 協調運動障害の改善のための作業療法の実施 3. 患者が病気や障害のストレスに対処する能力を高めるための支援的な心理療法	なし	復職	なし	復職に直接的	歯科医としてのスキルを再獲得出来、復職を果たした。	なし	なし		
6643685	Rao SM	J Clin Neuropsychol	1983	Case report	USA	患者固有の認知障害に合わせた認知再教育プログラムの効果を検討すること	なし	45歳	なし	なし	医療機関	右側頭葉腫瘍を摘出した45歳の右利きの男性	・1日2回（1回30分、週14回）（1）文字、単語、数、記号の消去課題(2)トレイルメイキングテスト(3) 迷路テスト(4) Tangled Lines Test(5) Cube Counting Testの課題の自宅での練習  ・週1時間、計16回の心理療法  計4ヶ月間	なし	Wechsler Adult Intelligence Scale	妻が記録した行動変化 患者の放射線画像読影能力	復職に間接的・病状指標	WAISで表出IQが21ポイント、言語性IQが8ポイント向上した。ウェクスラー記憶尺度、顔の記憶テストでは有意な変化は見られなかった。	(1)神経心理学的検査 (2)妻が記録した行動変化 (3)患者の放射線画像読影能力	なし		
20887085	Kazushige Kobayashi	Brain Injury	2010	case report	Japan	脳腫瘍の外科的切除を受けた患者の上肢片麻痺に対する低周波rTMSと集中的な作業療法（OT）の組み合わせの実現可能性、安全性、および有効性を最初に評価することである。	なし	39歳	なし	なし	医療機関	神経膠腫を摘出した39歳の右利きの女性	rTMS + intensive OT	なし	WMFT MAS ADL	なし	復職に間接的・病状指標	FMA scoreは向上・WMFTのパフォーマンスタイムは短縮した。 WMFTのFASの合計も介入により増加した。退院時には、治療前と比較して、より少ない労力で右指を個別に動かすことができるようになり、右手の親指と人差し指で小さなものをつまむこともできるようになった。右上肢の指屈筋の修正アシュワース・スケールは0に減少し、指の動きの相乗パターンは治療前ほど頻繁には見られなかった。日常生活動作では、右上肢を使ってブラシで髪をとくす、爪を切る、箸を使う、鉛筆で文字を書くなどの動作ができるようになった。	・上肢機能 FMA score, MAS, ADL	なし		
22930253	Matthew M. Clark	cancer	2012	RCT	USA	放射線治療を積極的に受けている進行がん患者のQOLに対する介入効果を検証すること。	65	58.7	66	59.9	医療機関		理学療法 健康行動変容 症状管理教育 など集学的介入	通常ケア	FACT－G	MMSE ECOG-PS BCI- II	復職に間接的・病状指標	4週目のFACT-G総スコアは試験群間で有意差があり、介入群の方が全体的なQOLの平均値が高かった（平均74.2対68.7、p=0.02。ベースラインと比較し介入群では全体的なQOLが維持された（平均変化量=1.4、SD 24.25）のに対し、対照群では全体的なQOLが低下した（平均変化量=6.2、SD 19.93）（p=0.01）。	FACT-G Caregiver Quality of Life Index-Cancer Scale	Kruskall-Wallis or Chi-Square ITT analysis		
25251249	Yoon J, Chun	Am.J phys med rehabil	2015	RCT	Korea	脳腫瘍患者の上肢機能に対するバーチャルリアリティを用いたリハビリテーションの効果の評価すること。	20	48.6(11.3)	20	50.0(17.5)	医療機関	2011年3月1日から2012年3月1日まで、韓国ソウルのAsan Medical Centerのリハビリテーション医学科の入院患者のうち脳腫瘍によるUEの機能障害を持つ患者	VRプログラムを1日30分、週3回（9セッション）の頻度で3週間実施した。介入群の患者は、従来のOTを1日30分、週2回（6回）の頻度で3週間受け、対照群の患者は、従来のOTのみを1日30分、週5回（15回）の頻度で3週間受けた。IREXシステムのVR環境には、テレビモニター、ビデオカメラ、コンピュータ認識用グローブ、仮想オブジェクト、および複数のVRプログラムが含まれる。	同様の負荷による理学療法と作業療法	上肢機能	K-MBI	復職に間接的・病状指標	ベースライン（治療前）のBBT、MFT、FMSスコアにも有意な差は認められなかった。介入群は、対照群と比較して、BBTにおいて統計的に有意な改善を示した。MFTスコアについては、介入群は対照群と比較して、テストのS/E/Fサブセクションで有意な改善を示した。対照的に、対照群は介入群に比べて手指の器用さに有意な改善を示した。FMSスコアについても、介入群は対照群に比べてS/E/Fの項目で有意な改善を示したが、対照群は手指の項目で引き続き有意な改善を示した。	ADLs score 上肢機能	Wilcoxon's signed-rank test Mann-Whitney U test		

PMID	Author	Journal	Year	study design	Country	purpose / aim	I(E) group n	I(E) group Age (mean ±SD)	C group n	C group Age (mean ±SD)	place	population / patient / participant	Intervention / Exposure	control	primary outcome	secondary outcome	type of outcome	result	result 2	measurement	statistical analysis	summary
31148719	Douglas Ozier and Rosemary Cashman	Canadian Journal of Nursing	2016	ミクストメソッド	America	精神腫瘍学における1対1のピア・スーパーボートの介入は明らかに期待されているにもかかわらず、この分野では比較的小さい研究しか行われていない。試験的に実施したピアサポート介入の影響について報告すること。	ボランティアのベテラン患者 (VVP) 。4人のVVPがバンクーバーの脳腫瘍コミュニティから募集され、全員がPFACの活発なメンバーであり、PBTの初期治療を終えていた（表1参照）。		なし	なし	医療機関		介入は、1時間の個人面談で行われました。ミーティングは、新患が最初に診断を受けてから4～8週間後に、BCCAバンクーバーセンターの会議室で行われました。VVPは、自己紹介、新患が自由に話題を提供したり質問したりする時間、そして最後にVVPが重要な支援資源のリストを確認する短い時間を設けて、ミーティングを構成しました。VVPは、NPPが自分で質問をするのをためらっているようであれば、質問リストを利用するように訓練されました。このリストの例として、「多くの新患は治療の副作用を心配していますが、あなたはどうか？全体として、VVPは、積極的に話を聞き、精神的なサポートを提供し、成功したサバイバーとしての個人的な経験を共有することに重点を置いていました。VVPは、医学的なアドバイスをしないように明確に訓練されていました。NPPは、介入の直後に質問票を記入した。	なし	Response to Intervention Questionnaire  インタビューによる質的分析	なし	復職に間接的・病状指標	この介入は、両グループの参加者にとって実質的な価値があるように思われた。分析によると、新たに診断された患者は、希望の増大、価値ある指導、本当のことを聞く、孤独の克服、重要なことへの目覚めの言葉といったテーマに関連した、さまざまな利益を経験したことが明らかにされた。また、副作用や問題は比較的軽微であった。	Response to Intervention Questionnaire	なし		
なし	David R. Strauser	Journal of Vocational Rehabilitation	2019	ミクストメソッド	Taiwan	この研究の目的は、小児脳腫瘍を克服した4人の若年成人の雇用者のケースで、仕事と個人の適合性に関するこの「状況における人」または「文脈」の評価の適用を実証することでした。この研究の参加者が就いている仕事は、理想的には持続的なキャリアの軌道の初期段階にあるものです。そのため、職場でのアクセシビリティと必須機能の遂行に対する障壁、およびこれらの障壁を軽減または除去するために必要な調整計画について、全体的かつ文脈的な視点を採用する必要がある。	本研究のサンプルは、26歳から32歳までの男性2名と女性2名で構成されています。人種・民族は、白人が2名、アジア人が1名、そして人種・民族を明らかにしなかった人が1名いました。調査時点で3名はパートタイム、1名はフルタイムで働いていました。	26-32	なし	なし	医療機関	26歳から32歳までの男性2名と女性2名で構成されている。3名の参加者はパートタイムで雇用されており、1名はフルタイムで雇用されていた。参加者が報告した職種は、大学の臨時事務員、小売店のチームメンバー、レジ係/カスタマーサービス担当者、フェローシップ弁護士であった。参加者は、脳腫瘍の後遺症に11年から20年間対処してきた。	なし	インタビューによる質的分析	なし	復職に直接的	病気の医学的・心理社会的後遺症（特に認知障害と運動障害）に起因して、参加者は仕事の必須機能を遂行する上で、生産性に大きく影響する可能性のある様々な困難を報告している。仕事の熟練度に関する問題は、「他の人から良い仕事をしていると思われると思うこと」や「仕事をするのに必要な資源（例えば、知識、道具、消耗品、設備）があること」など、がんに関連する結果を反映したものであった。その他の仕事の習得に関して「昇進について上司と話ができる」など、特定の仕事環境における特異な側面の不安があった。	なし				

添付8. 大腸がん

PMID	Author	Journal	Year	study design	Country	purpose / aim	I(E) group p n	I(E) group Age (mean ±SD)	C group n	C group Age (mean±SD)	follow up	place	population / patient / participant	Intervention / Exposure	control	primary outcome	secondary outcome	type of outcome	result	result 2	measurement variable	measurement	statistical analysis	summary
28707168	Cheng CS	Support Care Cancer	2017	QN	中国	本研究では、鍼灸治療がCRFの管理に有効な治療法であるかどうかを、治療中および治療終了後の症状や主観的幸福感の改善を測定することで、予備的に評価することを目的としています。	14	58(5.2)	14	62(4.3)	6w	医療機関	肺がん患者・労働者であるかは不明	鍼治療	プラセボ	BFI-C	FACT-LCS	復職に間接的・病状指標	BFI-C intervention group 4.5(0.3) vs control group 7.1(0.3) p<0.001	FACT-LCS intervention group 98.0(1.6) vs control group 89.3(1.9) p=0.002	・ BFI-C ・ FACT-LCS	質問紙票	student-t検定 (ITT解析)	短期間ではあるものの、鍼治療はがん関連疲労を低下させるよう
29366911	Wagner JG	J. Pain Symptom Manage	2018	QN	アメリカ																		二次解析であるため該当しない	
26489835	Brocki BC	Eur J Cardiothorac Surg	2016	QN	デンマーク	術後の吸気筋トレーニングが肺がん手術後のハイリスク患者の酸素化を改善することができるか検証すること	34	69.7(7.9)	34	70.5(7.5)	2w	医療機関	肺がん患者・労働者であるかは不明	吸気筋トレーニング+理学療法	理学療法	ベースラインから術後2週までの吸気筋力の変化	・術後肺合併症、肺活量、PS、呼吸困難のレベル(6分間程度試験後)、酸素飽和度	復職に間接的・病状指標	手術後のPOD5および2週間の時点では、IGとCGの間に有意な差はありませんでした。	呼吸筋力、肺活量、身体能力、呼吸困難のレベル、SpO2 2週間後の平均値と比較して、変化なし	術後肺合併症、術後5日と2週間時点での酸素飽和度	PPCの発生率は、術後2週間後に、PPCの発生を知らない心療内科医がレトロスペクティブに評価した患者の無作為化割り付けを知らない心臓外科医によって患者の無作為化割り付けを知らない心臓外科医が、術後2週間後に遡って評価した。表1は、本研究で用いたPPC基準本研究で使用したPPC基準は、Kroenkeら[18]およびHulzebosら[19]から変更したものである。およびHulzebosら[19]を参考にした。PPCは1（軽度）から3（重度）に分類され、臨床的に意義のあるPPCは、グレード1の合併症に2つ以上の項目がある場合、またはグレード2または3の合併症に1つの項目がある場合とした 2または3の合併症と定義しました。末梢の酸素飽和度（SpO2）は末梢酸素飽和度（SpO2）は、患者を担当する看護師によって測定されました。患者の担当看護師が測定した。測定 測定は毎朝、術後 5 日目までに行われた。低酸素血症は、2日連続でSpO2が90％未満と定義した。	連続変数にはMann-Whitney U-testを、名目または順序付きのカテゴリー変数にはMantel-Haenszel $\chi^2$ 検定を用いた。各セルに5例未満の二分法変数にはFisherの正確検定を、それ以外には $\chi^2$ 検定を用いた。グループ内の経時的変化の解析には、Wilcoxon signed-rank testを用いた。(ITT解析)	吸気トレーニング+理学療法群では主要かつ二次的アウトカムに改善をもたらさない

PMID	Author	Journal	Year	study design	Country	purpose / aim	I(E) group p n	I(E) group Age (mean ± SD)	C group n	C group Age (mean ± SD)	follow up	place	population / patient / participant	Intervention / Exposure	control	primary outcome	secondary outcome	type of outcome	result	result 2	measurement variable	measurement	statistical analysis	summary
28419206	Karenovics W	Eur. J. Cardiothorac. Surg.	2017	QN	スイス	今回の解析では、通常の治療と比較して、術前のHIITの安全性と効果を評価することを目的としました。術後の合併症を大幅に減少させることで、生存している患者さんに持続的な機能改善をもたらすことを期待しました。術後に心血管系や呼吸器系の大きな合併症を経験した患者さんは、中期的な死亡率が高くなり、その後の合併症のリスクも高くなることが知られています。私たちは、術後1年後まで患者を追跡し、通常のケア群とHIIT群で生じた臨床的・機能的変化を比較しました。	74	64(13)	77	64(10)	1M	医療機関	肺がん患者・労働者かは不明	リハビリ群では、サイクルエルゴメーターを用いたHIITセッションを週3回まで実施し、呼吸器系理学療法士の指導を受けました。患者は、CPETで達成したピーク仕事率(WRPeak)の50%で5分間のウォーミングアップを行った後、15秒間のスプリントを10分間連続で2回行いました。その後、患者は15秒間のスプリント間隔(WRPeak、全力)を10分間で2回繰り返し、15秒間の休止を挟み、2回の間隔で4分間の休息をとった。その後、30%WRPeakで5分間のアクティブリカバリーを行ってクールダウンした。各セッションでは、一連のスプリントの終了時に最大心拍数に近い状態になるように作業率を調整した。すべての患者に、積極的な動員と危険因子の管理に関するアドバイスをを行った。肺切除は開胸手術またはビデオ支援胸腔鏡手術(VATS)で行われ、抗生物質の予防投与、体液の制限管理、胸部硬膜外鎮痛、肺保護換気などの標準的な周術期介入が行われた[6]。手術後、患者は麻酔後ケアユニットで管理され、退院基準を満たすと外科病棟に移された。術後の定期的な理学療法は、誘因性肺活量計を用いた深呼吸、咳の練習、歩行の補助などであった。	通常理学療法	今回の解析では、CPET(VO2peak、WRpeak)とPFT(FVC、FEV1)の術後の変化を主要な結果とした。術前術前および切除後1年目に、身体的パフォーマンスステータスと呼吸困難を術前および切除後1年目に、Zebraスコア(0-5スケール)およびMedical Research Councilアンケート(0-5スケール)により、身体的パフォーマンスステータスおよび呼吸困難を評価した。術前と切除後1年後に、身体機能の状態と呼吸困難をそれぞれZebraスコア(0-5スケール)とMedical Research Councilの質問票(0-5スケール)で評価した[9]。	N/A	復職に間接的・病状指標	肺がん切除後1年の時点で、合計12名の死亡が報告されたが、生存率は2群で同等であった(UC群90.9%、Rehab群93.2%、P=0.506)。図2および図3に示すように、肺機能パラメータは術前と比較して術後1年で良好に保たれており、群分けにかかわらず、FVCに有意な変化は見られなかった(UC群では平均-4.9%、95%CI -8.6~-1.2、Rehab群では平均-6.2%、95%CI -2.3~-10.1、P=0.705)、FEV1(UC群では平均-6.6%、95%CI、-3.6~-9.6、Rehab群では平均-8.3%、95%CI、-4.3~-12.0、P=0.565)、KCO(UC群では平均7.1%、95%CI、2.4~11.8、Rehab群では平均4.4%、95%CI 0.8~9.6、P=0.553)。CPETパラメータについては、術後1年で2群間に同様の変化が見られ、VO2Peak(UC群では平均-12.8%、95%CI-9.7~-15.9%、Rehab群では平均-11.5%、95%CI-4.8~-18.2)およびWRPeak(UC群では平均-12.1%、95%CI-6.8~-17.4、Rehab群では平均-10.1%、95%CI-4.2~-16)が有意に低下した(表4)。CPETパラメータとPFTの変化は、術後に化学療法・放射線療法を受けた患者と受けなかった患者で差がなかった(両治療を受けた場合はn=13、放射線療法を受けた場合はn=12、化学療法を受けた場合はn=23)。肺切除術または両葉切除術を受けた患者は、FEV1の低下が大きかった(中央値-16%、IQ25-75%、-7~-22%に対し、低位切除術では中央値-3%、IQ25-75%、-12±6%、P<0.003)、1年後のVO2peak(中央値:-17%、IQ25-75%:-25~10% vs 中央値:-10%、IQ25-75%:-19~1%；P=0.044)を示した。術後1年の時点で、呼吸困難の自覚と身体的パフォーマンスステータスの評価は変わらず、2群間で類似していた		生存率・PS・呼吸困難	追跡調査	グループ間の差は、必要に応じて、2面付けのpaired t-test、Mann-Whitney test、またはv2 testで分析した。一対一の差および反復測定の有義性は、Tukeyの多重比較検定で評価した。	





[illegible]



PMID	Author	Journal	Year	study design	Country	purpose / aim	I(E) group p n	I(E) group Age (mean ±SD)	C group n	C group Age (mean±SD)	follow up	place	population / patient / participant	Intervention / Exposure	control	primary outcome	secondary outcome	type of outcome	result	result 2	measurement variable	measurement	statistical analysis	summary
22574757	Krebber AM	BMC Cancer	2012	QN	オランダ	この研究の目的は、ここで紹介する研究の目的は、がんサバイバーの心理的苦痛を対象としたステップケア戦略の有効性を評価することです。の有効性を評価することです。																		研究設計に関する報告であり、結果もないため不採用
28343976	Takahashi T	Lancet Oncol.	2017	QN	日本																			Phase 3の臨床試験のため除外
24969260	Chambers M	Oncol. Nurs. Forum	2014	QN	オーストラリア	サポートを求めているがんヘルプラインに電話したことがある、苦痛を感じているがん患者および介護者に対する2つの低強度アプローチの有効性を比較すること。ベースラインの苦痛が介入効果の調整因子であるという仮説を立てた	345	50代	345	50代	1Y	医療機関	対象者全体で最も多かったがんの種類は、乳がん（31％）、大腸がん（9％）、前立腺がん（9％）、血液がん（8％）、肺がん（8％）、婦人科がん（7％）であった。	この群の参加者は、心理士による電話ベースのカウンセリングを5回受けることになりました。このカウンセリングでは、がんの心理的影響に関する心理教育、対処法やストレス管理のスキル、問題解決、認知療法、サポートネットワークの強化などが中核的な要素として含まれていました。セッションは、認知行動療法の原則に従って行われ、セラピストは、各参加者の治療目標に応じて、中核的要素のカウンセリングの順序と深さを柔軟に変更しました。参加者には、各コアコンポーネントについて、行動に関する宿題が与えられました。必要に応じて、特定の治療効果を得るための追加要素も含まれた（例：疼痛、睡眠障害、疲労）。看護師主導の介入と同様に、自己管理のための資料キットも提供された。	自己管理 この群の参加者は、がん専門の看護師による電話でのサポートおよび教育セッションを1回受けることになりました。この看護師は、参加者の苦痛のレベルに関するフィードバックを行い、証拠に基づいたストレス軽減のための戦略を簡単に教えました。このセッションでは、信頼関係の構築と関心事の聞き出し、関連するがん情報へのアクセスの確保、簡単な心理教育、付属のリソースキットで提供される心理的自己管理戦略の説明、そして必要に応じて参加者のニーズに合った具体的な戦略の検討が行われました。セッションに先立って参加者に郵送された自己管理資料キットには、ストレス管理スキル、がん関連の懸念に対する問題解決アプローチ、健康を促進して生活の質を最適化するための健康的なライフスタイルに関する教育、孤立感を軽減して持続的な社会的支援を求めるために個人や地域の支援ネットワークを動員するための戦略、リラクゼーションエクササイズに関するオーディオ教材CDなど、自助努力に関するアドバイスが書かれていた。先行研究に基づき、セッションコールでDT（Hegel et al., 2008年）のスコアが7以上だった参加者は、3週間後に看護師によるチェックインコールでフォローアップを行い、自殺リスクの有無を確認し、必要に応じてさらに支援を紹介しました。	BSI-18, IES, PTGI	NA	復職に間接的・病状指標	BSI-18で測定された心理的苦痛の軌跡に対する介入の効果の潜在的な調整因子として、初期のがん特有の苦痛、年齢、教育、および所得が検討された。ベースラインのがん特異的苦痛、年齢、または所得による有意な調整は認められず、これらの変数はモデルから除外された。介入と時間の間には有意な二元的クロスレベル相互作用が生じ（p = 0.046）、教育、介入の種類、および時間の間には三元的クロスレベル相互作用が生じたが、わずかに有意であった（p = 0.053）。経験的、実用的な観点から、この効果を追跡調査しました。図2に示すように、高学歴のトレスやがん特有の苦痛は、介入タイプの効果を和らげる。ベースラインから12ヵ月後までのCohenのd変化は、看護師の介入では0.6、心理士の介入では0.64であった。	BSI-18, IES, PTGI	質問紙表	マルチレベル混合モデル回帰分析	苦痛を感じているがん患者とその介護者の多くは、電話による遠隔配信が可能で、自己管理資料に支えられた看護師による心理教育介入の1回のセッションから大きな恩恵を受ける可能性がある。苦痛を唯一の指標として専門の心理学的サービスを紹介するのではなく、アルゴリズムを開発するための研究が必要である。低学歴で識字率の低い生存者や介護者は、より綿密での絞った支援を必要とする可能性がある。	
32108976	Politi MC	Oncologist	2020	QN	アメリカ																			復職に関連したアウトカムではないため不採用
19756773	Navari RM	Support. Care Cancer	2010	QN	アメリカ																			食思不振がアウトカムであり復職関連のアウトカムとしてはやや離れすぎているか
19759966																								パイロットスタディのため不採用
26304900	Nicolaije KA	J. Clin. Oncol.	2015		オランダ	本研究は、自動的に作成された生存者ケアプラン（SCP）が、日常的な臨床診療において患者が報告するアウトカムに与える影響を縦断的に評価するために実施された。主要評価項目は、情報とケアに対する患者の満足度であった。副次的な成果は、病気の認識と医療の利用であった。																		患者満足度が復職に関連するかは不明であるため不採用

PMID	Author	Journal	Year	study design	Country	purpose / aim	I(E) group p n	I(E) group Age (mean ±SD)	C group n	C group Age (mean±SD)	follow up	place	population / patient / participant	Intervention / Exposure	control	primary outcome	secondary outcome	type of outcome	result	result 2	measurement variable	measurement	statistical analysis	summary	
25465642	Higginson JJ	Lancet Respir Med	2014			本研究では、新しい短期息切れサポートサービスを開発し、評価しました。本研究では、新しい短期息切れサポートサービスを開発し、評価しました。このサービスは、患者のアクセスポイントを1つにし、緩和ケアと呼吸器内科を連携させ、通常よりも早い段階でのケアの共有を求める声に応えたものです10,11。																	サポートサービスの評価に関する研究であり、不採用		
31587707	Fauser D	Dtsch. Arztebl. Int.	2019	QN	ドイツ	本研究では、腫瘍性疾患から回復した人を対象に、仕事に関連した医療用リハビリテーションの効果を医療用リハビリテーションと比較して評価することを目的とした（17）。リハビリテーション期間の終了時と3ヵ月後には、仕事に関連した医療リハビリテーションにわずかな利益が一貫して見られた（18、19）。我々の研究では、このようなリハビリテーション対策の完了後1年後の結果を示している。我々は、CONSORT（Consolidated Standards of Reporting Trials）およびクラスター無作為化試験の報告に関する推奨事項に従って原稿をまとめた（eTable）（20）。	229	50.8(7.1)	255	50.3(7.9)	1Y	医療機関	消化器癌・リンパ腫・乳がん・婦人科系がん												肺がんが含まれていないため不採用
30670507																								肺がんが含まれていないため不採用	
23717406	Tamminga, SJ	PloS one	2013			女性のがん患者を対象に、通常のケアと比較した介入の有効性を多施設共同無作為化対照試験で検討すること。							女性癌患者											肺がん含まれず	
23355273	Gustafson, DH	Cancer	2013	QN	アメリカ	非小細胞肺癌患者の身体的症状の苦痛を和らげる上で、オンライン支援システム（Comprehensive Health Enhancement Support System [CHESS]）とインターネットの有効性を検討すること。	122（患者61）	60.5(10.6)	122（患者61）	63.5(10.5)	25ヵ月間または患者の死後13ヵ月間のうち、いずれか短い期間		対象となる二人組は、英語を話す成人のステージIIIA、IIIB、IVのNSCLC患者と、本研究に参加する意思のある患者本人のプライマリーケアリスト	インフォーマルな介護者と患者の二組が、標準的なケアに加えて、インターネットと肺がんに関するインターネットサイトのリストの使用に関するトレーニングとCHESS（CHESS群）を最大25ヵ月間受ける	インフォーマルな介護者と患者の二組が、標準的なケアに加えて、インターネットと肺がんに関するインターネットサイトのリストの使用に関するトレーニングとアクセス（インターネット群）を最大25ヵ月間受ける	患者の苦痛	N/A	2	CHESS群の介護者は、インターネット群の介護者に比べて、一貫して患者の身体的症状の苦痛が低いと報告した。4ヵ月後（P 14.031；Cohen d 14.42）と6ヵ月後（P 14.004；d 14.61）に有意な差が認められた。2ヵ月後（P 14.051、d 14.39）および8ヵ月後（P 14.061、d 14.43）にも同様の効果が認められたが、わずかに有意であった。	N/A	苦痛：修正エドモントン症状評価尺度	質問紙表	IBM SPSS 20（SPSS Inc., Chicago, Ill）を用いて、ESASスコアの繰り返しで線形混合モデル回帰を行い、試験前のESASスコアと部位、介護者と患者の関係、人種をコントロールして、患者の症状の苦痛を両群間で比較した。さらに、モデルには、アーム（CHESS対インターネット）、月（介入開始から2、4、6、8か月後）、アームと月の交互作用の効果が含まれていた。繰り返し測定には、一次自己回帰共分散構造を用いた。固定効果は、再厳格な最尤推定を用いて算出し、各時点で推定限界平均値のアーム間検定を行った。		
27549145	van Egmond, MP	Acta oncologica	2016	QN	オランダ	仕事を失った癌サバイバーの持続的なRTWまでの期間に対するプログラムの効果を評価すること	85	47.9 (8.5)	86	48.8 (8.7)	12ヶ月		SSAに登録されている「病氣リスト」、「がんによる病気や障害の給付を受けている」、「無職」、「18歳から60歳の労働年齢」である必要がある。具体的には、病気で休職していた期間が12ヵ月以上、最長36ヵ月のCSを対象	個別のRTWプログラム＋SSAの専門家による通常のケア	SSAの専門家による通常のケアのみ	持続可能なRTWまでの期間	RTW率、疲労度、生活の質、社会参加	1	持続的RTWまでの期間に関する粗いハザード比（HR）は0.86（95％CI 0.46-1.62、p 14.0642）であった。調整モデルでは、介入群は対照群に比べて、持続可能なRTWまでの期間をわずかに改善したが、統計的には有意ではなかった（HR 1.16、95％CI 0.59-2.31、p 14.0663）。	副次的なアウトカム指標には有意な影響を及ぼさなかった。	RTW率（介入群および対照群の参加者のうち、仕事に復帰した人の割合）、疲労度（FACIT-Fatigue Scale（Version 4）[14]で評価）、生活の質（European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire（EORTC QLQ C-30 version 3.0）[15]で評価）、その他の項目であった。0）[15]）、および社会参加（ユトレヒト再評価・参加評価尺度（USER-P）（頻度、制限、満足度の3つの尺度）	追跡調査＆質問紙表	介入群と対照群の間の特性の潜在的な違いを説明するために、記述的分析、t検定、v2検定を用いた。報告されたp値はすべて、両側検定の結果である。主要評価項目である持続的RTWまでの期間は、まずKaplan-Meier推定値とlog rank検定を用いて評価した。次に、Cox回帰分析を用いて、持続的RTWまでの期間のハザード比（HR）を推定した。すべての解析はintention-to-treatの原則に基づいて行われ、個人レベルで実施された。さらに、意図したとおりに介入を受けなかった介入群の参加者を補正するために、2つの別個の分析において、per-protocolの原則を適用した。最初のバートコール分析では、RTWプログラムを実際に開始しなかった介入群のすべての人を分析から除外した。2回目のper-protocol分析では、RCTと並行して事前に実施したプロセス評価の結果に基づき、プロトコル通りに介入を受けなかった介入群のすべての人を分析から除外した		

PMID	Author	Journal	Year	study design	Country	purpose / aim	I(E) group p n	I(E) group Age (mean ± SD)	C group n	C group Age (mean ± SD)	follow up	place	population / patient / participant	Intervention / Exposure	control	primary outcome	secondary outcome	type of outcome	result	result 2	measurement variable	measurement	statistical analysis	summary
24246508	Brocki, BC	Lung cancer (Amsterdam, Netherlands)	2014	QN	デンマーク	肺がんの根治手術を受けた患者を対象に、監督付きグループエクササイズトレーニングが健康関連のQOLと身体能力に及ぼす短期および長期の効果を評価すること。	41	64 (10)	37	65 (9)	12ヶ月	医療機関	LCの根治手術を受けた18歳以上の患者	週に1回1時間、10週間にわたり、指導付きの外来運動トレーニングセッションに参加。セッションでは、作業能力の60〜80%の強度を目標とした有酸素運動、レジスタンストレーニング、呼吸困難の管理が行われた。対照群（CG, n = 37）は、運動トレーニングの個別指導を1回受けた。	介入群、対照群ともに、自宅での運動（週に2回以上の筋力トレーニング、ボルグスケールで11〜12の強度の毎日30分のウォーキングまたは自転車走行）を指導した[22]。自宅でのトレーニングの遵守状況を記録するために、トレーニングダイアリーが使用された。対照群では、自宅でのエクササイズに関する指導は個別に行われ、術後3週間後に1時間行われた。	健康関連のQOL、6分間歩行テスト、肺機能	N/A	2	両群とも、ベースライン時の人口統計学的特性とアウトカム値は同等であった。4ヵ月後には、SF36の身体的疼痛領域で統計的に有意な効果が認められ、推定平均差（EMD）は15.3（95%CI：4〜26.6、p = 0.01）、役割身体機能（EMD 12.04、95%CI：-1〜25.1、p = 0.07）と身体成分要約（EMD 3.76、95%CI：-0.1〜7.6、p = 0.06）で介入が有利な傾向が見られた。12ヵ月後には、この傾向は逆転し、CGの方が全体的にわずかに良い結果を示した。また、6MWTや肺活量については、いずれの時点においても介入の効果は認められなかった。	N/A	健康関連のQOL（SF36）、6分間歩行テスト（6MWT）、肺機能（スパイロメトリー）	質問紙表&身体機能検査	介入効果は、反復測定一般化推定方程式（GEE）線形回帰モデルを用いて評価した。	
23238118	Stigt, JA	Journal of thoracic oncology : official publication of the International Association for the Study of Lung Cancer	2013	QN	オランダ	主要目的は、集学的なリハビリプログラムが生活の質（QOL）に及ぼす影響を評価することであり、副次的目的は、痛みや運動能力への影響、およびリハビリテーションと補助化学療法法の併用の可能性を明らかにすること	23	63.6 ± 10.2	26	63.2 ± 10.3	12ヶ月	医療機関	肺がんのために胸腔鏡手術を受けた患者	リハビリテーションは、退院1ヵ月後から週2回のトレーニングを12週間行い、痛みの専門家への定期的な訪問、医療ソーシャルワークを行った。	通常のケア	QOLと疼痛	N/A	2	QOLは両群間で有意差はなかったが、介入群では3ヵ月後と6ヵ月後の痛みが強く、3ヵ月後の身体的問題による制限が多かった。介入群では、6分間の歩行距離が術前のベースラインから35m改善したのに対し、対照群では59mの減少が見られた（差はp=0.024）。アジュバント化学療法を受けた患者では、トレーニングセッションへの出席率が低下した。	N/A	QOL：St.George's respiratory questionnaire（SGRQ）14 肺機能検査（PFT）と運動能力（6MWD）	質問紙表&身体機能検査	1ヵ月後、3ヵ月後、6ヵ月後、12ヵ月後のSGRQ totalの平均変化スコアにおける両群間の差は、共分散分析（ANCOVA）を用いて検証された。	

PMID	Author	Journal	Year	study design	Country	purpose / aim	I(E) group p n	I(E) group Age (mean ± SD)	C group n	C group Age (mean ± SD)	follow up	place	population / patient / participant	Intervention / Exposure	control	primary outcome	secondary outcome	type of outcome	result	result 2	measurement variable	measurement	statistical analysis	summary
25065540	Morano, MT	BMC pulmonary medicine	2014	QN	ブラジル	肺切除を控えた肺がん患者で、炎症性肺疾患の既往がある場合に、肺リハビリテーション（PR）と胸部理学療法（CPT）がフィブリノーゲンとアルブミンの値に及ぼす影響を比較すること。	12	65 ± 8	12	69 ± 7	4週間	医療機関	肺切除の適応となるNSCLC患者で、肺疾患の既往があり、スパイロメトリーを用いて呼吸機能が低下していること	肺リハビリテーション（PR）群 上肢（UL）および下肢（LL）のストレッチ運動、ウォームアップ運動、ULの強化運動、エアロビクス・コンディショニング、および吸気筋トレーニングを行った。ULの強化は、予備テスト時のピーク作業能力の50％から開始し、バーベルを用いたPNF（Proprioceptive Neuromuscular Facilitation）対角線運動を用いて行った。有酸素運動は、トレッドミルを用いて、持久力テストで測定したピーク時の作業能力の80％で行った。	胸部理学療法（CPT）群 肺活量を増やす技術（持続的な最大吸気、分画吸気、呼吸法、唇をすぼめた呼吸、流量式のインセンティブ・スパイロメーター（Respiron®, NCS, Brazil）の使用）を含む病院のルーチン・プロトコルに従った。	臨床評価、フィブリノーゲンとアルブミンのレベルの測定、スパイロメトリー、6分歩行テスト（6MWT）、QOL調査、不安・抑うつ尺度	N/A	2	フィブリノーゲン値には時間（介入前と後）とグループ（PRとCPT）の間に有意な相互作用があり（F（1, 22）= 0.57、p<0.0001）、時間の主効果は有意であった（F（1, 22）= 0.68、p=0.004）。アルブミン値の変化は、時間と群との交互効果（F(1, 22）= 0.96、p = 0.37）、時間の主効果（F(1, 22）= 1.00、p = 1.00）と群の主効果（F(1, 22）= 0.59、p = 0.45）に対して、統計的に有意ではなかった。被験者間の混合ANOVAでは、支持されていない上肢運動のピーク仕事率（F(1, 22）= 0.77、p = 0.02）、持久時間（F(1, 22）= 0.77、p = 0.02）、時間とグループの間に有意な交互効果が見られた。02）、持久時間（F（1, 22）= 0.60、p=0.001）、不安度（F（1, 22）= 0.60、p = 0.002）と抑うつ度（F（1, 22）= 0.74、p=0.02）、SF-36身体要素要約（F（1, 22）= 0.83、p = 0.07）について、時間とグループの間に有意な相互作用が認められた。	N/A	フィブリノーゲンとアルブミンの血清レベルの検査分析、および肺機能検査による評価を行った。また、身体能力、QOL（生活の質）、不安や抑うつのレベルも評価した。血清中のフィブリノーゲンとアルブミンの濃度は、使い捨てのVacutainerチューブで採取した血液を用いて測定した[12,13]。肺機能は、国際的なガイドライン[14]に従い、ブラジルの参考値[15]を用いてスパイロメトリーで評価した。正常な肺機能は、以下のようなスパイロメーターを用いて定義した。強制呼気量（FEV1）と強制肺活量（FVC）の比が0.70以上で、FVCおよびFEV1が予測値の80％以上であること。身体能力は、無支持上肢運動負荷試験（UULEX）、耐久試験、6分間歩行試験（6MWT）を用いて測定した。6MWTは、米国胸部外科学会（ATS）のガイドラインに従って、30mの廊下を2回歩いて実施した[16,17]。QOLは、Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey（SF-36）[18]を用いて評価した。SF-36は、8つの領域に分けられた36項目からなる。SF-36の結果をグループ化して、身体的要素の要約（PCS）と精神的要素の要約（MCS）を作成した。不安と抑うつのレベルは、不安尺度（HDAS-A）と抑うつ尺度（HADSD-D）に分けられた14の質問で構成されるHospital Anxiety and Depression Scale（HADS）[19]を用いて決定した。	質問紙表 & 血液検査	データは、絶対度数、相対度数、またはその両方で、正規分布しているデータの場合は平均値±標準偏差、正規分布していないデータの場合は中央値（四分位間値）で表した。また、術前と術後の変動（デルタ）は、平均値（信頼区間、CI 95％）で示した。ベースラインにおける両群間の連続変数の比較には、Mann-Whitney U検定を用いた。時間の関数としての連続変数の値は、被験者間の混合ANOVAを用いて両群間で比較した。P <0.05は統計的有意性を示す。	
24276777	Wagner, EH	Journal of clinical oncology	2014	QN	アメリカ	乳がん、大腸がん、肺がんの診断を受けたばかりの人を対象に、ナースナビゲーターの介入によって、QOL（生活の質）や患者のケア経験を向上するかどうかを明らかにすること	133	60.4(12.2)	118	64.4(11.3)	12ヶ月	医療機関	「心理社会的健康サービスの提供に関するモデル」8および「がん患者とうつ病患者に対する看護師の介入」を参考にした、4ヵ月間の看護師によるサポート	通常のケア	QOL	N/A	2	FACT-Gスコアにグループ間の有意差はなかった。ナースナビゲーターの患者はPACICのスコアが有意に高く、ケアに関する問題、特に心理社会的ケア、ケアコーディネーション、情報に関する問題が有意に少なかったことがPicker測定器で測定された。診断後の累積費用はグループ間で有意な差はなかったが、肺がんの費用はナース・ナビゲーターの患者で6,852ドル少なかった。	N/A	FACT-Gスコアにグループ間の有意差はなかった。ナースナビゲーターの患者はPACICのスコアが有意に高く、ケアに関する問題、特に心理社会的ケア、ケアコーディネーション、情報に関する問題が有意に少なかったことがPicker測定器で測定された。診断後の累積費用はグループ間で有意な差はなかったが、肺がんの費用はナース・ナビゲーターの患者で6,852ドル少なかった。	Functional Assessment of Cancer Therapy-General（FACT-G）Quality of Lifeスケール、Patient Assessment of Chronic Illness Care（PACIC）の3つのサブスケール、およびPicker Instituteの患者経験調査をがんに適応したものから選択したサブスケール	質問紙表	主要分析では、4ヵ月後のFACT-G全体、PACICサブスケールおよびサマリースコア、Pickerサブスケールの介入群と対照群との差を評価した。PACICサマリースコアは、3つのサブスケールの10項目の平均スコア（1〜5点）を計算して作成した。二次解析では、12ヵ月後の群間のスコアの差を評価した。無作為化グループがFACT-GとPACICの平均総合スコアに及ぼす影響を、線形回帰法を用いて推定した。一次医療機関における患者の入れ子状のクラスタリングと、患者の縦断的な測定を考慮して、残差に基づいて、ロバストな共分散調整を行った独立作業相関構造を仮定した一般化推定方程式を用いた。医療機関ごとの患者数が比較的少なかったため、クラスタサイズが小さい場合は推定値を調整した。すべての解析はintent-to-treatで行った。	

PMID	Author	Journal	Year	study design	Country	purpose / aim	I(E) group p n	I(E) group Age (mean ±SD)	C group n	C group Age (mean± SD)	follow up	place	population / patient / participant	Intervention / Exposure	control	primary outcome	secondary outcome	type of outcome	result	result 2	measurement variable	measurement	statistical analysis	summary
29266524	Mihuta, ME	Psycho-oncology (Chichester, England)	2018	QN	オーストラリア	がんサバイバーを対象に、ウェーブベースの認知リハビリテーション療法プログラム（eReCog）を、待機リスト対照群と比較して評価すること。	32	55.1 (9.2)	33	56.9 (9.2)	3ヶ月		中枢神経系腫瘍を除く成人発症のがんと診断され、18歳以上で、記憶力や集中力に関する認知的な訴えを報告し、少なくとも6か月前に一次治療を完了し（ホルモン治療を除くが、継続中の場合もある）、登録時に無病息災であり、英語を流暢に読み書きできることとした。除外基準は、現在一次治療中であること、外傷性脳損傷や神経疾患の既往歴があること、不安や抑うつ の管理が不十分であること、英語力が不十分であること	プログラムには4つのモジュールが含まれており、それぞれに心理教育、リラクゼーション、戦略トレーニング、他の人の匿名の回答を見ることができディスカッションの質問、および宿題が含まれている。モジュールのトピックは、(1)加齢、健康、がん、認知機能、(2)記憶、(3)注意、(4)疲労、感情、認知である。	待機リスト対照群	認知機能	副次的な認知機能、客観的な認知機能、および心理社会的変数の追加測定	2	介入群は待機群に比べて、前向き記憶の失敗がより減少したと報告し、日常生活の道具的活動の指標である自己報告の前向き記憶において、有意な相互作用が認められた。	知覚的認知障害（P = 0.089）と実行機能（P = 0.074）にも相互作用の傾向が認められた。その他の客観的認知機能や心理社会的変数については、有意な相互作用は認められなかった。	Functional Assessment of Cancer Therapy-Cognitive Function version 3	質問紙表	主な分析には、2（グループ）×3（時間）反復測定分散分析を用いた。ベースライン時のアウトカム変数にはグループ間で統計的に有意な差がなかったため、ベースラインスコアは共変量として用いなかった。参加者3名（待機者2名、介入者1名）については、治療後のスコアを繰り上げることで、3か月後のスコアの欠損のインビューションを行った。結果はインビューションを行っても行わなくても変わらなかったため、このインビューションを行ったデータも結果に含めた。Mauchlyの検定で球形性の仮定の違反が指摘された場合は、Huynh-Feldtの補正を行った。時系列でのグループ内計画比較を計算した。グループ内効果量（Cohen's d）は、ベースラインから治療後、およびベースラインから3か月後のフォローアップまでの2つの平均値の間の相関をコントロールして計算された [35] 。	対象が白血病と乳がんのみであり不採用
30661019	Brimms, F	Thorax	2019	QN	イギリス、オーストラリア	新たにMPMと診断された患者に早期のSPCを定期的に行うことで、標準治療と比較して無作為化後12週間のHRQoLが改善するかどうかを判断すること	87	72.1 (66.7, 77.7)	87	72.8 (69.0, 78.9)	24週間	医療機関	悪性中皮腫（MPM）の組織学的または細胞学的確認 欧州協同腫瘍グループ（ECOG）のパフォーマンススコア（PS）が0〜1（0は無症状、1は症状があるが歩行可能）。過去6週間以内に受けたMPMの診断 英語でのインフォームドコンセントが可能であり、試験手順に従うことができる者	定期的な早期SPCに無作為に割り付けられた参加者は、割り付け後3週間以内に緩和ケア医によるレビューを受け、介護者の同行が奨励された。SPCの訪問は4週間ごと（±7日以内）に、少なくとも24週間、死亡または試験終了まで続けられた。異なる施設間でSPC受診の標準的なアプローチを確保するために、すべての参加者の初回受診時にSheffield Profile for Assessment and Referral to Care（SPARC）ツール22と改訂版Edmonton Symptom Assessment System（ESAS-r）23を使用した。したがって、SPCの各診察では、参加者の身体的、心理的、社会的、精神的なニーズを評価し、必要に応じて追加の治療法を提供したり、追加のサポートサービスを紹介した。	通常のケア	無作為化後12週間のHRQoLの変化	2	12週後のHRQoLスコアに有意な群間差はなかった（平均差1.8（95％CI：-4.9〜8.5、p=0.59））。24週目のHRQoLにも差はなかった（平均差-2.0（95％CI：-8.6〜4.6、p=0.54））。	抑うつ・不安のスコアについては、12週目、24週目ともに差はなかった。介護者については、12週目、24週目ともにHRQoLや気分には差はなかったが、介護に対する嗜好は一貫して介入群が有利であった。	EORTC C30 Global Health Status（GHS）	質問紙表	intention-to-treatアプローチ（すなわち、すべての患者を無作為化されたグループに従って分析）に基づき、ベースラインを調整した線形回帰モデル（すなわち、分散分析（ANCOVA））を用いて、無作為化されたグループ間のグローバル健康状態スコアの調整平均差を算出。さらに最小化変数（施設、化学療法の計画、ECOG performance status、組織型）を調整した同じ線形回帰も行いました。我々は、早期死亡により12週目のデータが一部欠落するという仮説を立てたが、QoLは生存率と関連している可能性があるため、QoLを単独で分析するとバイアスがかかる可能性がある。このモデルには、転帰のすべての追跡測定（すなわち、4、8、12、16、20、24週目）と生存時間（生存している患者は24週目の訪問時、または24週目の訪問前に脱落した場合は最後に連絡が取れた日で打ち切られる）が組み込まれた。混合効果サブモデルの共変量は、アウトカムのベースライン測定値、治療群、測定時点、治療群-測定時点の交互作用とした。		
26111954	Yorke, J	Supportive Care in Cancer	2015	QN	イギリス	肺がん患者の呼吸困難症状群（息切れ-咳-疲労）の管理を目的とした新しい非薬理学的介入を実施可能な形で検証すること	50	67.6 (9.1)	51	67.8 (10.1)	12週間	医療機関	原発性肺がんで、3つのクラスター症状のうち少なくとも2つに「悩まされている」患者	通常のケアに加えて、2回の介入トレーニングセッションとフォローアップの電話による多要素介入	通常のケア	息切れの重症度	N/A	2	息切れ、咳、疲労の主要アウトカムにおいて臨床的に重要な差を検出するためには、各群122名の患者が必要であることが示された。	N/A	Dyspnoea-12、Manchester Cough in Lung Cancer scale、FACIT-Fatigue scale、Hospital Anxiety and Depression scale、Lung Cancer Symptom Scale、EQ-5D-3L	質問紙表	統計解析には、SPSS（v20）を使用した。グループ効果、時間効果、およびそれらの相互作用を検証するために、一般化推定方程式（GEE）モデルを適用した。GEEは、相関行列を介して自動的に欠損データを扱い、相関構造の選択に対して一般的に頑健である[31,32]。また、これらのモデルから得られた結論を確認するために、感度分析として基本的な検定も検討した。	feasibility studyのため不採用
31468059	Bhatia, C	Journal of rehabilitation medicine	2019		イギリス																		胸部外科の診療と国のガイドラインの遵守状況を評価することが目的であり、除外	
22930253	Clark, MM	Cancer	2013	QN	アメリカ	放射線治療を受けている進行がん患者の全般的なQOLを維持するために、介護者を含む6回の構造化された集学的介入と、10回の簡単な電話カウンセリングの効果を、標準治療と比較すること	65	58.7(10.6)	66	59.9(10.9)	27週間	医療機関	がんセンターで治療を受けている進行がんの成人患者で、放射線治療を受ける予定の人から募集。参加資格は、18歳、過去12か月以内にがんと初めて診断されたこと、中間〜不良予後（参加者を登録した放射線腫瘍医が判断した予想5年生存率が0〜50％）、Eastern Cooperative Oncology Group（ECOG）のパフォーマンスステータスが0、1、2であること、少なくとも1週間の放射線治療が予定されていること、参加に同意する介護者がいること。	介護者を含む6回の構造化された集学的介入と、10回の簡単な電話カウンセリング	通常のケア	4週目における患者のQOL	介護者QOL指標	2	研究を完了した117人の患者のうち、4週目の総合的なQOL（Functional Assessment of Cancer Therapy-General[FACT-G]で評価）は、介入群（n¼54）が標準群対照群（n¼63）に比べて有意に高かった（75.2 vs 68.7; P¼0.02）。10回の簡単な電話連絡はQOLに影響しないようで、27週目には両群のQOLは同じであった（平均値はそれぞれ77.6および77.7）。介護者のQOLに対する介入の効果は認められなかった。	N/A	Functional Assessment of Cancer Ther-apy-General（FACT-G）スコア 介護者QOL指標-がんスケールは、35項目、5点のリッカート尺度16で、QOLの身体的、社会的、経済的、心理的、介護者の負担、および家族の次元を評価	質問紙表	QOLスコアと社会状況変数との関連性を明らかにするために、分散分析／一般化推定方程式（ANOVA／GEE）モデリングによる補足分析を行った。さらに、統計理論の経験則と行動エンドポイントの小・中・大効果量の定義に関するCohenの研究を用いた28。このアプローチでは、試験群間の平均QOLスコアの3％、8％、12％の変化を臨床的に重要な差異と定義した。評価ごとの効果量分布の要約統計量を算出した。すべての仮説検定は、2-tailed alternatives と 5%の type I エラー率を用いて実施した。	

PMID	Author	Journal	Year	study design	Country	purpose / aim	I(E) group n	I(E) group Age (mean ±SD)	C group n	C group Age (mean±SD)	follow up	place	population / patient / participant	Intervention / Exposure	control	primary outcome	secondary outcome	type of outcome	result	result 2	measurement variable	measurement	statistical analysis	summary	
29497963	Kamphoff, CS	Journal of cancer survivorship	2018	QN		がんサバイバーの体力、疲労、健康関連の生活の質（HRQoL）に対する高強度（HI）運動と低～中強度（LMI）運動の長期的な効果と費用対効果を評価すること	139		138		64週間			高強度運動	低～中等度運動	心肺機能、筋力、自己申告による疲労、HRQoL、質調整生存年（QALYs）、社会的コスト	N/A	2	長期的には、役割（β =5.9、95%CI =0.5、11.3）および社会的機能（β =5.7、95%CI =1.7、9.6）に対する介入効果は、HIの方がLMI運動に比べて大きかった。体力と疲労感については、有意なグループ間の差は認められなかった。介入によってもたらされた心肺機能とHRQoLの改善は、12週目から64週目まで維持されたが、疲労については維持されなかった。社会的観点から、HIがLMI運動と比較して費用対効果が高い確率は、20.000€/QALY獲得で0.91、52.000€/QALY獲得で0.95であったが、これは主にHI試験における医療費の大幅な減少によるものである。	N/A			線形混合モデルを用いて、(a)長期におけるHI運動とLMI運動の効果の違い、(b)短期から長期へのグループ内変化、(c)社会的観点からの費用対効果を検討	肺がん含まれず	
30248943	Frencham, LJ	International journal of environmental research and public health	2018	QN	オーストラリア	がんサバイバーを対象とした12週間のオンライン・ウォーキング介入の効果を検証し、身体的健康指標およびQOL（生活の質）に与える影響を探索すること	46	65.2(9.3)	45	66.1(9.4)	6ヶ月		(a) がんの診断を受けたことがある（皮膚がんを除く）、（b）現在、手術、化学療法、放射線療法などの積極的な治療を受けていない、（c）過去1カ月間の運動回数が20回未満（1回の運動時間は30分）と定義される十分な運動量がない[18]、（d）妊娠していない、または研究期間中に妊娠を予定していない、（e）参加能力を損なう身体的/精神的疾患がないこと、（f）成人用運動前スクリーニングツールのステージ1で評価した運動禁忌がないこと [19]、（g）インフォームドコンセントを提供すること、（h）インターネットのできるコンピュータにアクセスできること、（i）メディカルクリアランスを得られること。	Steps Toward Improving Diet and Exercise among Cancer survivors（STRIDE）は、社会的認知理論と自己決定理論に基づいて設計されたオンラインリソースで、個別のステップ目標設定	待機リスト対照群	生理学、体力、およびQOL	N/A	2	体力（p < 0.01）、収縮期血圧（p < 0.01）、拡張期血圧（p < 0.01）、ウエスト周囲径（p < 0.01）、精神的健康（p < 0.05）、社会的機能（p < 0.05）に改善が見られました。05）、社会的機能（p < 0.01）、一般的な健康（p < 0.01）が改善されたが、体の痛み（p < 0.01）は、ベースラインから12週目と3カ月後の追跡調査で、グループ配分に関係なく増加した。	N/A	身体活動：歩数 身体測定：身長、体重、胴回り 生理的測定：血圧 体力 QOL：オーストラリア版の「Short Form (36) Health Survey」	質問紙表 & 身体機能検査	アウトカム変数であるフィットネス、BMI、ウエスト周り、血圧、およびQOLに対する介入の仮説効果を調べるために、時間に関する反復測定を用いた3因子（条件：介入、対照）、地域（大都市、地方）によるANOVAを使用した。介入群と対照群の間のこれらのアウトカムの経時的な差を調べるために、条件（介入群、対照群）による時間ごとの反復測定ANOVAを用いた。すべてのモデルで、配偶者の有無、教育水準、雇用形態、喫煙の有無をコントロールした。	肺がんは91名中1名でIntervention群に入っている。	
31046719	S. Kneis, A. Wehrle	BMC Cancer	2019	QN	ドイツ	治療後のがんサバイバーのCIPN症状および身体機能に対する持久力およびバランストレーニングの効果を評価すること	18	70 (44 – 82)	19	63 (44 – 82)	12週間	医療機関	CIPNの症状を呈していること、抗腫瘍剤治療が完了していること、18歳以上であること、フライブルク大学医療センターまでの移動時間が90分以内であること、書面によるインフォームドコンセントを得ていること。	持久力トレーニングとバランストレーニング	持久力トレーニングのみ	機能的パフォーマンス	心肺機能、振動感覚、自己申告による化学療法誘発性末梢神経障害（CIPN）の症状（EORTC QLQ-CIPN20）		2	治療目的の分析（n = 41）では、介入後（主要評価項目）の半立位での動揺経路について、ベースラインを調整しても、有意な群間差（CG-IG）は認められなかった。しかし、トレーニングのコンプライアンスが70%以上であった37名の患者を対象としたper-protocol解析では、IG群では半立脚時の動揺経路が減少し（-76mm、95%CI -141 -17、CG群：-6mm、95%CI -52 -50）、不安定な面での片脚立ちの持続時間が改善し（11秒、95%CI 8-17、CG群：0秒、95%CI 0-5）、運動症状の軽減が報告された（-8ポイント、95%CI -18 -0、CG群：-2ポイント、95%CI -6 -2）。	両群とも、全体的な症状（IG：-10ポイント、95%CI -17 -4、CG：-6ポイント、95%CI -11 -1）および感覚的な症状（IG：-7ポイント、95%CI -15 -0、CG：-7ポイント、95%CI -15 -0）の軽減が報告されましたが、CGのみが客観的に優れた振動感覚を示しました（Nuckle: ナックル：0.8ポイント、95%CI 0.3-1.3、IG：0.0ポイント、95%CI -1.1-0.9、パテラ：1.0ポイント、95%CI 0.4-1.6、IG：-0.8ポイント、95%CI -0.2-0.0）。）さらに、心肺運動テスト時の最大出力は両群ともに増加したが（IGおよびCG：0.1W/kg、95%CI 0.0-0.2）、CGのみがジャンプの高さを向上させた（2cm、95%CI 0.5-3.5、IG：1cm、95%CI -0.4-3.2）。	バランス STEO sway path (mm)、 STEC sway path (mm)、 MSEO sway path (mm)、 MSEO duration (sec)、 MSEOUNstable duration (sec) ジャンプ Pmax_jump (W/kg)、 Jumping height (cm) 振動覚 First metacarpophalangeal joint、Knuckle、Patella QOL Global QoL CIPN症状 心肺機能 V O2peak (mL·min – 1·kg – 1)、Pmax_CPET (W/kg)、IAT (W/kg)	質問紙表 & 身体機能検査	主要項目はintention-to-treat解析を行い、副次的な評価項目にはper-protocol解析を実施	肺がんは37名中1名でControl群に入っている。



PMID	Author	Journal	Year	study design	Country	purpose / aim	I(E) group p n	I(E) group Age (mean ±SD)	C group n	C group Age (mean ±SD)	follow up	place	population / patient / participant	Intervention / Exposure	control	primary outcome	secondary outcome	type of outcome	result	result 2	measurement variable	measurement	statistical analysis	summary
22290823	Laurel Northouse	Psychology	2013	QN	アメリカ	(i)患者と介護者の二人組（すなわちペア）が、短時間または広範囲の二人組介入（FOCUSプログラム）に無作為に割り当てられた場合、通常のケアに無作為に割り当てられた二人組よりも良好な転帰を示すかどうか、(ii) 患者の苦痛のリスクやその他の要因が、短時間または広範囲のプログラムの転帰への効果を調整するかどうかを検討	159 + 162	患者：60.5 (10.9) 介護者：56.7 (12.6)	163	患者：60.5 (10.9) 介護者：56.7 (12.6)	6ヶ月	医療機関	進行性乳がん、大腸がん、肺がん、前立腺がん（ステージIIIまたはIV）と診断され、新たな進行性がんの診断を受けてから6ヵ月以内であること。	がん患者と介護者に一緒に情報と支援を提供する、家庭を基盤としたダイディックな介入 短期間（3セッション）または広範囲（6セッション） FOCUS：家族の関与、楽観的な態度、対処の有効性、不確実性の低減、症状の管理	通常の治療	QOL	評価変数病気と介護の評価、不確実性、絶望感	2	モデレーター効果エモティアルQOLにはグループ時間役割相互作用が見られ、F = 2.50, p = 0.042でした。単純効果では、患者については、コントロール、エクステンシブ、ブリーフの各患者で、3ヵ月後の追跡調査で感情的QOLが有意に増加していた（すべてのp値は0.05未満）。しかし、介護者については、コントロールの介護者の情緒的QOLには3ヵ月後と6ヵ月後に有意な増加は見られなかったが、エクステンシブとブリーフの介護者の情緒的QOLには3ヵ月後に有意な増加が見られた（いずれもp-value < 0.01）。また、対人関係変数には、群間時間リスク相互作用が認められ、F = 2.66, p = 0.007となった。一変量効果を検討した結果、この要因は主に二人のサポートの違いによるものであることがわかったF = 2.72, p = 0.029。単純効果では、低リスクコントロールのダイアドのソーシャルサポートは、3ヵ月後（p = 0.036）と6ヵ月後（p = 0.003）に有意に減少した。単純効果では、リスクレベルや介入条件にかかわらず、患者に変化は見られなかった。しかし、対照群の低リスク介護者では、3ヵ月後（p = 0.010）と6ヵ月後（p = 0.014）にコミュニケーションが有意に減少したことがわかった。また、二人の関係のタイプ（配偶者か非配偶者か）、がんの種類（4種類）、性別が介入の効果を緩和するかどうかを検討しました。その結果、緩和効果は認められませんでした。  www.DeepL.com/Translator（無料版）で翻訳しました。	評価変数（病気の評価、不確実性、絶望感）と対人関係変数（コミュニケーションと家族のサポート）については、グループ間で大きな変化は見られなかった。しかし、コーピング変数には、有意なグループ時間効果があった。単変量解析では、主に回避型コーピング（F = 2.53, p = 0.039）と健康的な行動（F = 2.67, p = 0.031）に効果があった。単純効果では、対照群の回避型コーピングは、ベースラインから3ヵ月後、6ヵ月後まで有意に変化しなかった。対照的に、広範群（p = 0.001）と短期群（p = 0.033）では、ベースラインから3ヵ月後までに回避型対処の使用が有意に減少していた。この有意な効果は、6ヵ月後にブリーフグループのダイアドでのみ維持された（p = 0.045）。健康的な行動については、3ヵ月後および6ヵ月後の追跡調査で、対照群と拡張群の双子に有意な変化は見られなかった。また、セルフエフィカシーにはグループ時間効果があり、F = 2.84, p = 0.024であった。単純効果では、コントロールとブリーフのセルフ・エフィカシーは、ベースラインから3ヵ月後、6ヵ月後まで有意に変化しなかった。社会的QOLには有意なグループ時間効果があり、F = 4.28, p = 0.002であった。単純効果では、対照群では3ヵ月後に社会的QOLが有意に低下した（p = 0.001）のに対し、広範群とブリーフ群では3ヵ月後と6ヵ月後に社会的QOLが維持された。  www.DeepL.com/Translator（無料版）で翻訳しました。	Quality of Lifeは、社会的、情緒的、機能的、身体的ウェルビーイングの4つの領域でQOLを評価する、がん特有の一般的なFunctionalAssessment of Cancer Therapy（バージョン4）を用いて測定。評価変数病気と介護の評価は、Appraisal of Illness Scale（患者）およびAppraisal of Caregiving Scale（介護者）で評価した[20]。不確実性は、Mishel Uncertainty in Illness Scale[21]の簡易版を用いて測定した。絶望感は、Beck Hopelessness Scale [22]で測定した。	質問紙表 & 身体機能検査	データ分析本研究の主要分析は、介入群別の効果を比較することであった。副次的分析では、主な指標である患者のリスクレベルの影響を調べた。介入の全体的な効果は、実験グループ（対照、短期、広範囲）時間（ベースライン、3か月、6か月）の交互作用を評価することによって評価した。	
28651827	Alexandra Ustner	Clinical Nutrition	2018	QN	スイス	消化管および肺の転移性または局所進行性腫瘍を有するがん患者を対象に、栄養と身体運動を組み合わせたプログラムの効果を検証すること	29	64 (± 11.0)	29	62 (± 9.3)	6ヶ月	医療機関	消化管または肺の転移性または局所進行性の腫瘍を有するがん患者	最低3回の標準化された個人栄養カウンセリングセッションを受け、週2回60分の運動プログラムに参加	通常の治療	QOL	身体能力、栄養状態、食事摂取量、臨床データ	2、3	悪心・嘔吐の増加は対照群に比べて介入群の方が少なかった（p < 0） 介入群の方が対照群よりも悪心・嘔吐の増加が少なかった（p < 0.01）。その他の機能および症状の尺度は群間で差がなかった。エネルギー摂取量、栄養状態、身体能力については統計的な差は認められなかった。	QOL（欧州がん研究治療機構QOL質問票バージョン3.0）、身体能力（握力、6分間歩行テスト、制限式座位から立位テスト、1反復最大レッグプレス）、栄養状態（体重、生体電気インピーダンス分析）、食事摂取量（3日間の食事記録）、臨床データ（予期せぬ入院日数、パフォーマンスの状態）	質問紙表 & 身体機能検査	ベースライン、3ヵ月目、6ヵ月目に収集したデータは線形混合効果モデルを用いて解析した。	肺がんの割合少なめ	
29138131	Gustafson, DH	Journal of medical Internet research	2017	QN	アメリカ	家族介護者から報告された患者の症状の著しい変化を臨床医に警告する電子医療（eHealth）システムが、がん患者の症状苦痛に及ぼす影響を評価すること	110	56.36 (13.39)	107	55.73 (13.02)	12ヶ月	医療機関	235組の進行期がん患者とその主なインフォーマルな介護者 肺がん、乳がん、前立腺癌（対象となる肺がん患者は、ステージIIIA、IIIB、またはIVの患者）	（CHESS+CR [Clinician Report]）は、CHESSも備えているが、症状が所定の重症度の閾値を超えた場合に臨床医に自動的に警告するCRを備えていた。	Comprehensive Health Enhancement Support System [CHESS]-Only	症状、苦痛	N/A	2、3	www.DeepL.com/Translator（無料版）で翻訳しました。	N/A	苦痛：修正ESAS 3つの一般的ながん症状（疲労、便秘、下痢）	質問紙表	2つの結果をグループ間で経時的に比較するために（すなわち、患者の閾値症状の改善と患者の閾値症状の割合）、グループ集計値に基づいて曲線下面積（AUC）を算出した。グループごとのAUCは、NCSS2007の台形ルールを用いて算出した[35]。AUCのグループ差は、グループAUCをグループごとの相対的な割合に変換し、比例差検定（StatXact 5, Cytel）を行うことで評価した[36]。さらに、集計された症状報告を12ヵ月間で平均化した。これらの平均化された改善された閾値症状と閾値症状の割合の差を同じ方法で検定した。標準化統計、P値および95%CIを算出した。グループ分け後の潜在的な回答バイアスを検定するために、多標本マクネマー検定[39]を用いて、テスト前に介護者から報告された患者の閾値症状の割合を、最初のチェックイン時の割合と比較した。すべての検定は、α = .05レベルで行った。	複数がん

PMID	Author	Journal	Year	study design	Country	purpose / aim	I(E) group p n	I(E) group Age (mean ±SD)	C group n	C group Age (mean±SD)	follow up	place	population / patient / participant	Intervention / Exposure	control	primary outcome	secondary outcome	type of outcome	result	result 2	measurement variable	measurement	statistical analysis	summary
21556821	Mai J. M. Chinapaw	International Journal of Behavioral Medicine	2012	QN	オランダ	Alpe d'HuZes Cancer Rehabilitation (A-CaRe) プログラムの臨床研究サブプログラムの理論的根拠と設計を示すこと					12～18週間		4つのサブグループ (a)化学療法後の運動、(b)化学療法中の運動、(c)幹細胞移植後の運動、(d)小児がん罹患中の運動	理学療法士指導の下、週2回、60分間の高強度レジスタンスおよび持久力エクササイズ (12週間)	待機リスト対照群または通常ケア群								設計に関する研究なので不採用	
24566820	Bantum EO	Journal of medical Internet research	2014	QN	アメリカ	成人がんサバイバーを対象とした6週間のウェブベースの複数の健康行動変化プログラムの効果を検証すること	156	39.0 (37.0-40.9)	147	40.8 (38.9-42.8)	6ヶ月		年齢（18歳以上）、試験参加前4週間以上5年以内に一次治療が終了していること、1つのがんと診断され、再発していないこと、インターネットにアクセスできること、英語が読めること	CDSMPを応用した6週間のオンラインワークショップであった。 (CDSMPは、「同じような健康状態にある人は、お互いに健康行動を改善することができる」という基本原則を採用した患者教育コースである。)	非介入群	疲労、不眠、運動、果物と野菜の摂取、および抑うつ	N/A	2、3	ウェブベースの介入条件の参加者は、対照条件と比較して、不眠症の減少が有意に大きく、激しい運動とストレッチの週当たりの実施時間が増加した。果物と野菜の消費量やその他のアウトカムには有意な変化は見られなかった。	N/A	Brief Fatigue Inventory (BFI) Women's Health Initiative 不眠症評価尺度 (WHIRS) 運動：Godin Exercise Questionnaire 食事：Block Food Frequency Questionnaire 抑うつ：Patient Health Questionnaire (PHQ-8)	質問紙表 & 身体機能検査	各参加者のランダムな切片項を含む混合線形モデルを用いて、条件間の時間経過によるアウトカムの差を推定し、比較した。 治療効果は、時間と介入群の固定交互作用パラメータのF検定により評価した。効果量は、6ヵ月後の調整モデルによる予測値の平均値の差を、被験者内および被験者間の分散成分から算出した差の標準偏差で割って算出した。	placeはOnlineで調査期間が適切か？
26515383	Caroline S. Kamps hof	BMC Medicine	2015	QN		化学療法を含む一次がん治療を終えたがんサバイバーの混合グループにおいて、高強度 (HI) および低～中強度 (LMI) のレジスタンスおよび持久力運動プログラムが、待機リスト対照 (WLC) グループと比較して、体力および疲労に対する効果を評価することを目的とした。	12週間の HI 運動 (n = 91)、LMI 運動 (n = 95)		待機リスト対照 (WLC) グループ (n = 91)			医療機関	肺がんなし			心肺機能、筋力、自己申告による疲労	健康関連のQOL、身体活動、日常生活機能、身体組成、気分、睡眠障害	1、2	HI (β = 2.2; 95 % CI, 1.2-3.1) および LMI (β = 1.3; 95 % CI, 0.3-2.3) 運動は、WLC に比べて peakVO2 の改善が有意に大きかった。PeakVO2の改善は、HI運動の方がLMI運動よりも大きかったが (β = 0.9; 95% CI、-0.1～1.9)、その差は統計的に有意ではなかった (P = 0.08)。握力と30秒椅子立ちテストには介入効果は認められなかった。	HIとLMIの運動は、WLCと比較して、全身および身体の疲労と活動性の低下 (MFIサブスケール) を有意に減少させたが、両介入の間に有意な差はなかった。最後に、WLCと比較して、HI運動ではグローバルQOLと不安が、HIとLMI運動では身体機能が改善され、LMI運動では仕事上の問題が減少するなどの効果が認められた。	心肺機能 (peakVO2)、筋力 (握力、30秒椅子立ちテスト)、自己申告による疲労 (Multidimensional Fatigue Inventory ; MFI)	質問紙表 & 身体機能検査	intention-to-treatの原則に基づき、マルチレベルの線形回帰分析	肺がん含まれず
26542722	Charles E. Heckler	Support Care Cancer	2016	QN	カナダ	がんサバイバーの睡眠および日中の機能を改善するために、不眠症に対する認知行動療法 (CBT-I) と覚醒促進薬であるアルモダフィニル (A) の併用効果および比較効果を評価する	96	56 (10)	N/A	N/A	200Day		がんサバイバーの睡眠および日中の機能を改善するために、不眠症に対する認知行動療法 (CBT-I) と覚醒促進薬であるアルモダフィニル (A) の併用効果および比較効果を評価する	96名が無作為化され、24名、23名、25名、24名の被験者が、それぞれCBT-I + プラセボ (CBT-I + P)、CBT-I + アルモダフィニル (CBT-I + A)、プラセボ、アルモダフィニルに無作為に割り付けられた。	N/A	疲労	N/A	2	ベースラインの差を調整した解析では、CBT-Iは2つの尺度で測定される疲労を改善した (BFI: P=0.002, Std.Error=0.32, Effect Size (ES)=0.46; FACIT-Fatigue: P<0.001, Std.Error=1.74, ES=0.64) 。) アルモダフィニル単独では、疲労度に対して統計的に有意な効果を示さず (すべて Ps>0.40)、CBT-Iの効果にも影響を与えなかった。構造方程式分析により、不眠症の重症度の低下ががん関連疲労の改善に直接関与することが明らかになった。	N/A	Brief Fatigue Inventory (BFI) およびFACIT-Fatigueスケール	質問紙表	CBT-I (Yes/No) 対A (Yes/No) の4アーム階層研究	国名不明
33186365	Ida J. Korfage	PLoS medicine	2020	QN	EU 6カ国	アドバンス・ケア・プランニング (ACP) は、患者、親族、医療従事者が患者の嗜好について考え、話し合い、それに応じてケアや治療を適応させることを支援するアプローチとして広く提唱されている。欧州では、進行がん患者に対するACPの有効性を示す証拠はほとんどない。本研究では進行がん患者におけるACPの実施を検証する。	442	平均66歳	675	平均66歳	ベースライン時、組み入れ後11～12週目 (フォローアップ評価1) および19～20週目 (フォローアップ評価2)	医療機関	進行した肺がん (ステージIIIまたはIV) または大腸がん (ステージIV) の患者で、WHO performance status 0-3、推定余命3ヵ月以上、同意能力のある患者	ACTION RC ACP介入 ACTION RC ACPの実施は、認定された医療従事者は、スクリプト化された会話ガイドを用いて、患者とその親族が病気についての理解を深め、目標、価値観、信念について考え、将来の治療とケアについての好みを話し合うことを支援した。	対照病院の患者さんには、ACTIONは患者さんがケアについて意思決定できるように準備することを目的としていること、そして通常のケアを受けることを伝えた。	QOLおよび症状	対処、ケアへの満足度、介入への満足度、意思決定の共有、および医療上の意思決定への患者の関与	患者のQOLの平均変化は介入群と対照群で差がなかった。(Tスコア-1.8対-0.8、p=0.59)	EORTC QLQ-C15-PAL尺度、コーピング、ケアに対する満足度、意思決定への患者の参加、および共有の意思決定については、両群間で変化スコアに差はなかった。 介入グループの患者365人 (83%) と対照グループの患者583人 (86%) の医療ファイルを分析した。入院後12カ月の時点で、介入群の患者の37の医療ファイル (10%) にADが含まれていたのに対し、対照群では15 (3%、p<0.001) であった。個人的な代理人が任命されたという表示は、介入グループの患者の医療ファイルでより頻繁に見られた (33回対7回、p<0.001)。12ヵ月間の追跡調査では、介入グループの患者の61%、対照グループの患者の56%が入院した (p=0.14)。平均入院日数は、それぞれ15日と14日であった (p = 0.5、表3)。介入群では、緩和ケアの専門家によるサービスを利用した患者が比較的多かった (n = 134 [37%] 対 n = 160 [27%]; p = 0.002; 表3) 。	欧州がん研究治療機構 (EORTC) の感情機能項目バンクの10項目で評価したQOL[19-21]および症状 (EORTC QLQ-C15-PAL[22]) ☑ 対処 (COPE、Brief COPE [23-25])、ケアへの満足度 (EORTC IN-PATSAT [26]の項目)、介入への満足度 (研究で作成した9項目)、意思決定の共有 (Assessment of Patients' Experience of Cancer Care [APECC] decision-making self-efficacy scale [27])、および医療上の意思決定への患者の関与 (研究で作成した4項目)	質問紙表	2群間の変化スコアの差を比較し、治療と各アウトカム指標との関連性を、指標のベースライン値で調整したランダム切片を用いたマルチレベル回帰モデルで評価		



令和4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： 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4年度労災疾病臨床研究事業費補助金研究  
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 寛（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。令和4年度においては、令和3年度に実施した文献検索で得られた文献情報から情報を抽出し分類整理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を取りまとめ整理をした。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）
堀 諒子	（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）
田島 浩之	（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）
杉本 望	（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

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ている（図 1）。令和 4 年度の本分担研究においては、令和 3 年度に実施した文献検索（一次および二次スクリーニング）で得られた文献情報から情報を抽出し分類整理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. 方法

令和 3 年度に実施した文献検索では、317 件（2016/5/1 ～2021/6/30）の論文を抽出し、アブストラクトを収集した。その後、アブストラクトをもとに、一次スクリーニングで 39 文献（F. 参考文献）を抽出し、下表の文献情報を抽出した。二次スクリーニングでは、さらい文献を読み込み、最終的に 7 文献の情報を採用した。

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

## C. 結果

二次スクリーニングの対象とした 39 件の情報を表 1 に示す (文献番号は、F. 参考文献の番号と一致させている)。最終的に採択した文献は 7 件 (文献番号 1), 2), 6), 7), 8), 9), 34)) であった。

## ●情報基盤

情報基盤に関して、表 1 に示すように、脳卒中の復職率、復職に関連する予測要因などの情報が報告されている。特に注目すべきは、Winstein ら (文献 1)) の米国の脳卒中のガイドラインである。このなかで、「脳卒中後の復職に対する職業的アプローチや職業リハビリテーション」のエビデンスレベルは II a、C であり、弱い推奨 (有効性が確立していないが、考慮してよい) である。また、「脳卒中後の復職に対する、認知機能、障害受容、身体及び移動能力の評価」は II b、C で弱い推奨であった。

ドイツにおける若年性脳卒中 (18～55 歳) の復職率は現職復帰が 40%、配置転換での復職が 27%、復職ができなかった者は 33% であった (文献 2))。また、英国では、脳卒中患者の歩行スピードが低いことから ROC 解析で、0.93m/sec が復職できるかできないかのカットオフ値になるとしている (文献 6))。因みにこのカットオフ値の感度は 0.90、特異度は 0.82 であった。

脳卒中後の回復や社会復帰に対して、社会的スキル向上プログラム、作業療法プログラム、ロボット補助訓練などの有用性が述べられている (文献 7), 9))。心理面では、認知機能の低下が復職を阻害すること、うつと復職との関連も強いことから、早期の動機づけの面接などの必要性が述べられている (文献 8), 34))。

## ●人材基盤

一方、文献検索からは脳卒中の復職に関する人材基盤に関する情報はほとんどみられなかった。

## D. 考察

脳卒中の両立支援に関する文献情報を取りまとめ整理をした。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かった。

脳卒中の復職に対する支援について、米国のガイドラインではエビデンスレベルが低く、弱い推奨にとどまっている。一方、わが国の「脳卒中治療ガイドライン 2021」では、「生活期：復職を目指す場合、就労意欲、就労能力、職場環境を適切に評価した上で、産業医との連携のもとに職業リハビリテーションを行うことは妥当である（推奨度 B, エビデンスレベル低）」である。「脳卒中治療ガイドライン 2015 追補版」の推奨度 C に比べ一段階推奨レベルが向上している。これは、その間に、わが国で「治療と仕事の両立支援」の取り組みをエビデンスの一つとして取りこんだことによる。2018 年、脳卒中・循環器病対策基本法が成立したこと、脳卒中が「療養・就労両立支援指導料」として診療報酬の算定対象となったことも大きく寄与している。

産業医や企業担当者向けの「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—脳卒中に関する留意事項

<https://www.mhlw.go.jp/content/11200000/000827197.pdf>」、脳卒中患者・家族向けの「働く世代のあなたに 脳卒中の治療と仕事の両立お役立ちノート

<https://www.mhlw.go.jp/content/000750637.pdf>」などの情報ツールがあり、脳卒中の両立支援に関する情報基盤については徐々に整いつつある。

一方、文献調査では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。人材基盤については、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。特に、2018 年に脳卒中・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。実行計画の中でも両立支援は重要な課題となっており、マンパワーや専門職含めサポート体制をどのように構築していくかの議論が始まっている。

## E. 結論

脳卒中の両立支援に関する文献情報を取りまとめ整理をした。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. 引用及び参考文献

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.pub3.
- 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, Rucker 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, McKevitt C, McEachan R, Foy R, Barnard L, Moreau L, Prashar A, Clarke D, Hardacre 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. 学会発表

1. 堀 諒子, 尾崎 文, 渡邊 友恵, 田中 宏太佳, 佐伯 覚: 右前腕切断後に脳出血後左片麻痺を合併した知的障害者に筋電義手を導入し、社会参加に至った一例: 第 2 報. 第 59 回日本リハビリテーション医学会学術集会. 横浜市、2022 年 6 月
2. 濱田 学: 脳卒中お役立ちノートを活用しましょう. 日本リハビリテーション医学会市民公開講座. 北九州市、2022 年 9 月
3. 佐伯 覚, 松嶋 康之, 伊藤 英明: 障害者に対する就労支援の最近の動向. 第 6 回日本リハビリテーション医学会秋季学術集会. 岡山市、2022 年 11 月

## H. 論文業績

1. 田島 浩之, 松嶋 康之, 佐伯 覚: リハビリテーション市民公開講座ー脳卒中の治療と仕事の両立支援ー. *The Japanese Journal of Rehabilitation Medicine* 59: 1282, 2022
2. 佐伯 覚: 復職支援におけるリハビリテーションの役割. *回復期リハビリテーション* 21: 19-21, 2022
3. 濱田 学, 中津留 正剛, 飯田 真也, 武本 暁生, 白山 義洋, 伊藤 英明, 立石 清一郎, 佐伯 覚: 「脳卒中の治療と仕事の両立お役立

ちノート」の活用について. 産業  
医科大学雑誌 44: 221-227, 2022

4. 佐伯 寛: 脳卒中のリハビリテーションと社会参加. 鹿児島県リハビリテーション施設協議会報 18: 7-8, 2022

## 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）

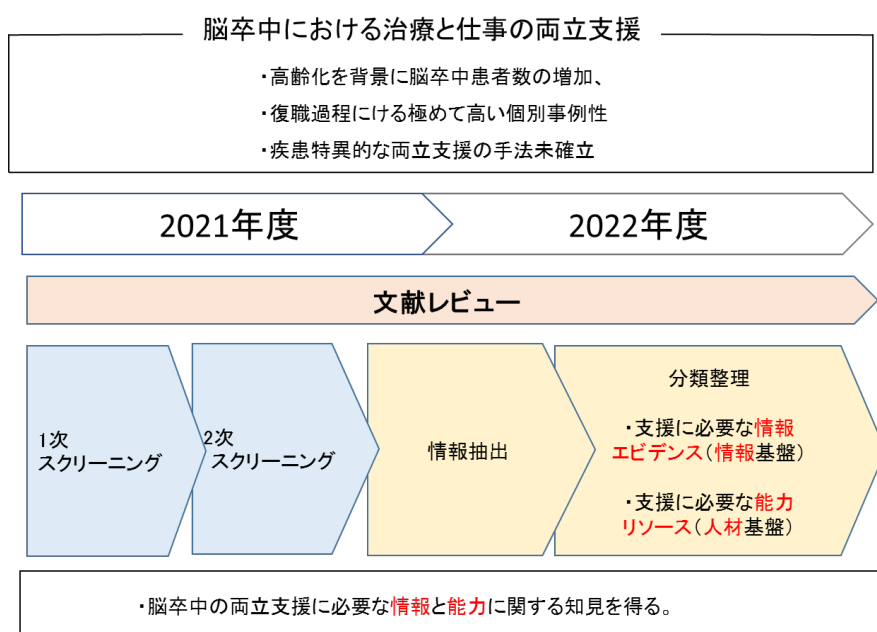


図 1. 本分担研究計画

表 1. 文献検索の結果

1. Atuhor's information					2. Return to work						3. Social consequences			4. Others	
Reference No.	First author	Published year	Nation	Type of study (qualitative/quantitative observational study)	Overall sample size (% male)	Follow-up period (fixed or uniform/mean/median/other)	Return to work, RTW (%)	Return to work definition/operationalization ex. full-time payed employment	Predictor	OR/HR/RR	95% CI	Familial relationships issues (partner/children/family dynamics)	Financial	Social activities	
1)	Winstein CJ	2016	USA	Guideline , qualitativ e	-	-	20-66	full time or part time	-	-	-	介護負担増加は患者に対する不十分な支援と患者のうつ病増加と関連有。	-	-	成人における脳卒中リハと回復に関するガイドライン。復職率や復職に起因する因子を記載しているほか、介入のエビデンスレベルを提示している。職業リハはClass II a、C(中等度の推奨)。リハ評価は、II b、C(弱い推奨)であった。
2)	Schöberl F	2017	Germany	Clinical review, qualitativ e	-	-	40% (元職), 27% (配 転), 33% (復職 不可)	citation	mRS, degree of impair ment	-	-	-	-	-	若年性脳卒中(18-55歳)について。ESUS(塞栓源不明脳塞栓症)が20-30%と多い。健康と心理社会的効果で、40%は元の職場へ、27%は配置転換、33%は復職不可。
3)	Chun HY	2018	UK	observati onal study	175 (60)	3M	-	-	-	-	-	-	-	-	脳卒中後の不安。社会参加の部分で、QOLへの不安がある。
4)	Etminan N	2017	Germany	Clinical review	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	動脈瘤性くも膜下出血の管理に関する文献。
5)	Boot E	2020	Netherlands	Clinical review	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	若年成人の虚血性脳梗塞に関する国際的知見。脳卒中を引き起こす要因を国際比較している。復職に関する記載なし。
6)	Jarvis HL	2019	UK	observati onal study	61 (stroke 46、 control 15)	-	23	-	Walkin g speed	OR135. 347	4.762 - 3846. 556	-	-	-	ROC解析にて歩行速度0.93m/secが復職できるかどうかのカットオフ値(感度0.90、特異度0.82)。



19)	Funaki T	2018	Japan	Clinical review	753 (?)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
20)	Pike C	2017	-	SR	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
21)	Gittins M	2018	UK	observational study	94,905	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
22)	Harris GM	2018	USA	SR	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	脳卒中後の子育てに関するシステマティックレビュー。脳卒中後の不安に職場復帰の項目が挙げられている研究が1つある。
23)	Twardzik E	2019	USA	observational study	284 (?)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	横断研究のため縦断的なアウトカムはない。身体的健康関連のQOLの長期的な軌跡を調べ、社会環境の特徴が身体的健康関連のQOLの軌跡を形成しているかどうかを明らかにすることが目的。復職に関連した記載なし。
24)	Frank A	2016	-	Clinical review	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	職場復帰には職業専門家の関与や、職場訪問が重要な役割を果たす。
25)	Bragstad LK	2020	Norway	RCT	322 (59)	1Y	-	-	-	-	-	-	-	-	HRQOL・Depression・fatigueなどRTW関連アウトカムの報告はみられる。
26)	Purdy SC	2016	-	Clinical review	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	失語症の重症度は社会的孤立と関連している。脳卒中後の失語症と聴力障害の過程に関して、ICFの視点から述べている。復職に影響することは文中にあるが、詳細な記載はなし。
27)	Ellis C	2019	USA	case series	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
28)	Tyagi S	2020	Singapore	observational study	260 (23)	1Y	-	-	-	-	-	-	-	-	監視付きリハビリテーション需要に関しての報告でありRTWとは関係が薄い。アジア地域における脳卒中後最初の3か月とその後3-12か月後の地域リハビリを受けるための脳卒中生存者および介護者の要因に関連する研究。
29)	Ru X	2017	China	RCT		2Y	-	-	-	-	-	-	-	-	Fugl-Meyerがアウトカム
30)	Døhl Ø	2020	Norway	RCT	380 (60.7)	1.5Y	-	-	-	-	-	-	-	-	gait-speedやEQ5Dなどのアウトカムはある。メインは介入による医療費の減少効果について。脳卒中患者に対するフォロープログラムが一般的なケアと比較して、医療費の削減につながるかを評価し、それが脳卒中患者の医療費の違いが、個人のニーズ要因(身体障害、認知障害、年齢、性別、配偶者の有無など)によってどの程度説明できるかを分析し、一般的な健康関連のQOL(生活の質)が脳卒中後の患者の医療サービスの利用を予測できるかどうかを検証した。医療費を削減することはなかった。



31)	Jellema S	2016	Netherlands	SR	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	脳卒中後の患者の活動に関する評価が環境要因によって影響を受けるのかを調査したシステムティックレビュー。復職に関する文献も4つあるが、詳細な記載はなし。
32)	Deyhoul N	2020	Iran	RCT	90 (58.8)	2M	-	-	-	-	-	-	-	-	脳卒中患者のADL能力や、介護負担などがアウトカム。家族中心のエンパワメントプログラムが、イランの脳卒中患者の日常生活動作能力および家族介護者の負担に及ぼす影響を評価した。
33)	Yu S	2016	Korea	observational study	359	1M	-	-	-	-	-	-	-	-	脳卒中後1ヶ月以内の運転再開の予測因子を検討している
34)	Kerr D	2018	Australia	RCT	38 (52.6)	3M	-	-	-	-	-	-	-	-	DepressionなどRTW関連アウトカムの報告はみられる。このパイロットスタディの目的は、急性脳卒中後の気分を軽減するための、早期の動機付け面接の実施可能性を検討することである。
35)	Deltombe T	2018	Belgium	介入研究	18 (66.6)	1Y	-	-	-	-	-	-	-	-	SF-36が二次アウトカムとして設けられている…脳卒中後の痙性内反足に対する神経整形外科手術の効果を、目標中心のアプローチに基づいて、国際機能・障害・健康分類 (ICF) の3つの領域で評価すること
36)	Forster A	2021	UK	RCT	216	1Y	-	-	-	-	-	-	-	-	本試験前？
37)	Tistad M	2018	Sweden	RCTの二次解析	72 (44)	1Y	-	-	-	-	-	-	-	-	医療サービス利用総額がプライマリーアウトカムであり復職などには言及なし。急性期治療の後、日常生活動作の介入として作業療法を受けた参加者と、通常のADL介入を受けた参加者との間で、脳卒中発症後1年間の医療サービスの総利用度合いを比較した。ADLに関する評価をしているが復職に関連した記載はなかった
38)	Wolf TJ	2016	USA	RCT	185	9M	-	-	-	-	-	-	-	-	脳卒中後の社会参加に関する自己効力感(CDSES)が改善する。脳卒中の長期的影響を受けながら生活している人の自己効力と日常生活活動への参加を向上させるための「脳卒中後の参加向上自己管理プログラム (IPASS)」を評価した。
39)	Brouwer B	2018	Canada	RCT	103 (52.4)	1.3Y	-	-	-	-	-	-	-	-	直接的なRTWiに言及はないがsocial IntegrationやTUG・BBSなどがアウトカムとして含まれている。両群間で差はなかった。

令和4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 4 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」に収載するデータの根拠を明確化することである。

【方法】前年度調査以降、新たに発表された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】昨年度の調査以降、本年新たに発表されたもので、基準に適合した学術論文は英文 6 件のみであり、和文・ガイドラインおよびステートメントはなかった。

【結論】虚血性心疾患において既に多くの報告がある復職に関連する要因について、成人先天性心疾患や心不全、頸動脈解離などの新たな対象疾患での研究がなされていた。さらに、復職に対する心理的プレッシャーなど昨年度の調査でみとめられなかった視点での検討が報告されており、実務上参考になるエビデンスが追加されている。

## A. 目的

本邦の高齢化に伴う生産年齢人口の減少に対応すべく、高齢者雇用安定法が改正され、65歳から75歳への定年の引き上げが努力義務とされた。高年齢労働者の割合の増加と共に、高齢者において罹患率の高い循環器疾患を抱えながら働き続ける労働者の増加が予想されている。循環器疾患は失神や突然死など突発的な病態の悪化のリスクがあることや、内因性疾患であるため外見上障害の程度が周囲には理解されず、過不足なく適切な配慮を受けながら安全に治療と就労を両立することが困難なケースも少なくない。平成30年度に制定された脳卒中・心臓病その他の循環器病衣に係る対策基本法の制定に続き、令和2年度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た。さらに令和4年度から保険診療において療養・就労両立支援指導料の対象疾患として心疾患も追加された。しかしながら、循環器疾患の両立支援において必要な指針やエビデンスがまとめられた情報基盤や、情報を利便性良く参照できるツールはないため、各施設において根拠に基づいた適切な循環器疾患患者の両立支援の施行が難しい現状にある。今回の分担研究では、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している。令和3年度には国内外の文献調査において、①英語論文145件、日本語論文1件、②国内のガイドラインおよびステートメントでは10件の文献を対象にレビューをまとめた。本年度は前年度の調査以降、新たに公表された論文を検索し、内容のレビューを行った。

## B. 方法

前年度の調査終了後、2022年1月以降に公表された文献について、昨年度同様、下記の方法で文献調査を行った。

### 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。

## C. 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7件の論文がヒットした。テーマ違いで除外基準に該当したものが1件あり、6件の論文を調査対象とした。対象疾患は心不全1件、頸動脈解離1件、成人先天性心疾患1件、心筋梗塞後1件の他、心房細動・心不全・弁膜症・虚血性心疾患など多種の心臓病を概括したもの2件であった。対象論文の概略を表1に示す。

#### 【心筋梗塞】

##### ① 復職に関連する要因

昨年度の調査において明らかになったように、職場復帰率や職場復帰に関連する要因の検討はこれまでも複数の報告がなされている。Sun らは心筋梗塞患者136名において発症後3ヶ月以内に職場復帰した患者の割合とその要因を検討した<sup>1</sup>。発症前に働いていた者のうち、87.5%の患者が職場復帰を果たしており、二項ロジスティック回帰を用いた解析では、年齢、性別、喫煙、不安、うつ病は職場復帰の予測

因子であったと報告している。以前の報告と併せて、職場復帰に関連する要因の把握は、支援を行うべき患者のピックアップと、過不足のない両立支援を行う上で重要と考えられる。

### 【成人先天性心疾患】

#### ① 復職に関連する要因

先天性心疾患の治療の進歩と共に、患者の平均寿命は延長しており、就労する成人先天性心疾患患者の総数は増加しているが、職場や学校の欠勤・欠席に関連した研究はこれまでなされてこなかった。Na らは成人先天性心疾患患者 255 名を対象として欠勤・欠席する割合と、illness identity, 即ち先天性心疾患がどれほどアイデンティティに組み込まれているのか質問票を用いて評価し、その関連を検討した<sup>2</sup>。69%において欠勤・欠席が認められ、illness identity と関連を認め、心臓病という観点から自分を強く定義する患者は病欠する傾向が強いと結論づけている。

### 【頸動脈解離】

#### ① 復職率の性差

Mayer-Suess らは頸動脈解離患者の機能的転帰について、精査に焦点を当て、145 名を対象とした単施設前向き長期追跡調査を行った<sup>3</sup>。機能的転帰には性差はなかったが、女性は男性

と比べて復職率が低く、離婚率が高い事を報告しており、特に女性において長期的ケアを考慮すべきとしている。

### 【心不全】

#### ① 復職に関連する要因

心不全は冠動脈疾患や心筋症・弁膜症など様々な病態を背景に循環動態の需要・供給バランスの破綻により生じる症候群である。昨年までのリサーチにおいては、復職における心理的問題や医療者・社会保険担当者との出会いによる影響の報告が散見されたが、心不全において復職に関連する要因を調査した報告はなかった。2017 年から 2020 年にかけて入院前に就労していた心不全患者 204 名を対象に初回入院後の職場復帰とその関連因子を調査した Hosseininejad らの研究では、性別・年齢・左室駆出率・慢性腎臓病の有無・New York Heart Association class が職場復帰に最も影響する因子であり、収入・退社原因の他、雇用者のサポートやリハビリテーションの回数が休職日数に最も影響する因子であった<sup>4</sup>。

### 【心疾患全般】

#### ① 職場復帰における心理的プレッシャー

心房細動・心不全・心臓弁膜症・虚血性心疾患と診断された人口ベース

のコホートにおいてアンケート調査を行い、復職の際にプレッシャーを感じる確率を検討した研究では、全体の29.7%で復職のプレッシャーを感じており、55歳以下の心房細動のある女性患者では51.7%、55歳以上の男性心房細動患者では18.3%と、復職における心理的プレッシャーは年齢、性別、診断と関連していることが報告されている<sup>5</sup>。

## ② 職場復帰・就業継続における障壁と促進要因

有効な両立支援の実施に当たっては、職場復帰・就業継続における障壁と促進要因を明確化することが極めて重要である。Inoueらは他者から見える障害(脳卒中)、他者から見えにくい障害(心臓病)、時間と共に変化する障害(がん)の3つの疾患群について、障壁と促進要因を明らかにするため、半構造化インタビューによる質的研究をおこなった。28名の患者へのインタビューから769の意味単位を抽出・整理することにより、一般化出来る障壁と促進要因を、3つのテーマ(個人的要因、職場要因、部門間連携・社会資源)と10のサブテーマ(作業能力、心理的影響、健康リテラシー、社会状況、家族背景、職場構造、職場システム、職場支援、部門間連携、社会資源)に分類した<sup>6</sup>。心疾患において特徴的

な職場での「困りごと」として、ICD患者の自動車運転や職場環境における運転制限などが挙げられている。尚、本研究の成果はコーディネーター面談などで有効活用できるよう、「両立支援 10の質問」として日本語でweb公開されている<sup>7</sup>。

## B. 和文論文文献調査

前述の検索式で10件の文献がヒットしたが、論文様式でない、テーマ違いなどで全てが除外基準に該当し、調査対象となる論文は認められなかった。

## II. 国内のガイドラインおよびステートメントなど

本年度、就労支援に関して新たに発表されたガイドラインやステートメントは認められなかった。

## E. 結論

昨年度に引き続き、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。本年度新たに発表された文献は欧文6編のみであったが、虚血性心疾患において既報の多い復職に関連する要因についても、成人先天性心疾患や心不全、頸動脈解離など新たな対象疾患における検討や、復職に対する心理的プレッシャーなど新

たな視点での検討が報告されており、実務上参考になるエビデンスが追加されている。

## **G. 学会発表**

### **国内学会発表**

1. 荻ノ沢泰司、ハートチームシンポジウム 1 チーム医療の現状と未来に向けた工夫 - 心不全患者の就労支援 「心疾患患者の就労と治療の両立支援の取り組み：当院における多職種参画の実際とポイント」第 26 回日本心不全学会学術集会 2022.10 奈良
2. 荻ノ沢泰司、「デバイス患者の就労問題と両立支援」 第 15 回日本不整脈心電学会デバイス関連冬季大会 2023.2 仙台

## **H. 論文業績**

### **学術論文 - 欧文**

1. Kuhara S, Matsugaki S, Imamura R, Ito H, Oginosawa Y, Araki M, Fushimi K, Matsuda S, Saeki S. A survey of the implementation rate of cardiac rehabilitation for patients with heart disease undergoing device implantation in Japan. Journal of Arrhythmia, 2022 DOI: 10.1002/joa3.12792
2. Inoue S, Tateishi S, Harada A, Oginosawa Y, Abe H, Saeki S,

Mori K. (2022). Qualitative study of barriers and facilitators encountered by individuals with physical diseases in returning and continuing to work. BMC Health Serv Res, 22(1), 1229. Doi: 10.1186/s12913-022-08604-z



## F. 引用及び参考文献

1. Sun W, Gholizadeh L, Perry L, Kang K. Predicting Return to Work Following Myocardial Infarction: A Prospective Longitudinal Cohort Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19. doi: 10.3390/ijerph19138032
2. Na I, Van Bulck L, Rassart J, Goossens E, Luyckx K, Van De Bruaene A, Moons P. Absence from work or school in young adults with congenital heart disease: is illness identity associated with absenteeism? *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2022;21:491-498. doi: 10.1093/eurjcn/zvab117
3. Mayer-Suess L, Geiger M, Dejakum B, Boehme C, Domig LM, Komarek S, Toell T, Kiechl S, Knoflach M. Sex-differences in psychosocial sequelae after spontaneous cervical artery dissection. *Scientific reports*. 2022;12:611. doi: 10.1038/s41598-021-04686-7
4. Hosseininejad M, Bikdeli H, Hajsadeghi S, Mohammadi S. Return to Work and Associated Factors After the First Hospitalization for Heart Failure. *Turk Kardiyol Dern Ars*. 2022;50:445-451. doi: 10.5543/tkda.2022.22345
5. Bernt Jørgensen SM, Johnsen NF, Gerds TA, Brøndum S, Maribo T, Gislason G, Kristiansen M. Perceived return-to-work pressure following cardiovascular disease is associated with age, sex, and diagnosis: a nationwide combined survey- and register-based cohort study. *BMC Public Health*. 2022;22:1059. doi: 10.1186/s12889-022-13494-1
6. Inoue S, Tateishi S, Harada A, Oginosawa Y, Abe H, Saeki S, Tsukada J, Mori K. Qualitative study of barriers and facilitators encountered by individuals with physical diseases in returning and continuing to work. *BMC Health Serv Res*. 2022;22:1229. doi: 10.1186/s12913-022-08604-z
7. 産業保健スタッフ向け 両立支援 10 の質問 [http://ohc.med.uoeh-u.ac.jp/ryouritsu/wp-content/uploads/2017/06/h26\\_28\\_81103\\_q10.pdf](http://ohc.med.uoeh-u.ac.jp/ryouritsu/wp-content/uploads/2017/06/h26_28_81103_q10.pdf) (2023.2.19 アクセス)



文献番号	筆者	発行年	タイトル	タイトル邦訳	対象疾患	雑誌名	Volume	Issue	Pages	DOI	要旨
1	Sun W, Gholizadeh L, Perry L, Kang K.	2022	Predicting Return to Work Following Myocardial Infarction: A Prospective Longitudinal Cohort Study.	心筋梗塞後の職場復帰の予測。前向き縦断コホート研究	心筋梗塞	Int J Environ Res Public Health	19	13		10.3390/ijerph19138032	【目的】本研究は、心筋梗塞後3ヶ月以内に職場復帰した患者の割合と、職場復帰を予測する因子を明らかにすることを目的とした。【方法】2015年8月から2016年2月にかけて、心筋梗塞患者136名がベースライン時と退院後3か月目に研究用アンケートに回答した。【結果】3か月後のフォローアップでは、心筋梗塞前に働いていた参加者の87.5%（n=49）が仕事を再開していた。年齢、性別、教育、喫煙、退院後の再入院、併存疾患の数、糖尿病、社会的支援、不安、うつは、退院後3ヶ月の復職と有意に関連していました。年齢、性別、喫煙、不安、うつ病は、二項ロジスティック回帰を用いて、心筋梗塞患者のうち職場復帰した患者を有意に予測した。【結論】心筋梗塞を経験した就労中の患者の大半は、退院後3か月までに仕事再開を達成する能力がある。職場復帰を促進するための介入は、これらの患者のメンタルヘルス、併存する疾患、再入院のリスク、喫煙、社会的支援の改善など、修正可能なリスク要因に焦点を当てる必要がある。医療従事者は、患者の職場復帰を促進するために、患者の家族、友人、雇用者と連携して、これらの修正可能な要因に対処する介入策を開発・実施する必要がある。
2	Na I, Van Bulck L, Rassart J, Goossens E, Luyckx K, Van De Bruaene A, et al.	2022	Absence from work or school in young adults with congenital heart disease: is illness identity associated with absenteeism?	先天性心疾患の若年成人における職場や学校の病欠：illness identityは欠席と関連するか？	成人先天性心疾患	Eur J Cardiovasc Nurs	21	5	491-498	10.1093/eurjcn/zvab117	【目的】先天性心疾患（CHD）患者における職場や学校の病欠は、研究されていない領域である。Illness Identityとは、慢性疾患が自分のアイデンティティにどの程度組み込まれているかということであり、欠勤の予測因子であるという仮説が成り立つ。本研究では、CHDを有する若年成人が職場や学校を欠席する割合を求め、illness identityの次元が病欠率と関連しているかどうかを検討した。【方法と結果】横断的研究において、我々は255人のCHD患者を対象とした。過去12ヶ月間の職場や学校への欠席に関するデータは、自己報告によって得られた。Illness identity質問票（Illness Identity Questionnaire）を用い、拒絶、包含、受容、充実の4つの次元からなるillness identityを構成した。傾向性重み付けを用いて群をバランスさせた後、二重ロバスト推定を用いた線形モデルを計算した。CHDを有する若年成人の69％に欠勤・登校がみられた。CHDを理由とする欠席は15％にみられた。illness identityは、全原因による欠勤とCHDを理由とする欠勤の両方に有意に関連していた。【結論】心臓病という観点から自分を強く定義する患者は、そうでない患者よりも職場や学校を病欠する傾向が強かった。この知見が今後の研究で確認されれば、仕事・学校の病欠に影響を与えるための介入のターゲットとなる可能性がある。
3	Mayer-Suess L, Geiger M, Dejakum B, Boehme C, Domig LM, Komarek S, et al.	2022	Sex-differences in psychosocial sequelae after spontaneous cervical artery dissection.	自然発症した頸動脈解離後の心理社会的後遺症における性差について	頸動脈解離	Scientific reports	12	1		10.1038/s41598-021-04686-7	【背景】自然発症した頸動脈解離の短中期的な機能予後は良好であるが、それに伴う心理社会的な影響は十分に報告されていない。我々は、自然発症の頸動脈解離の被験者コホートにおいて、特に性差に焦点を当てながら、これらの起こりうる後遺症を明らかにすることを目的とした。【方法】標準化された前向き院内追跡調査において、機能的転帰（modified Rankin Scale [mRS]）、心理社会的尺度（職場復帰、離職率）、健康関連QOL（WHO-QoL-BREFおよびSF-36-質問票）を他の値と共に評価した。【結果】145名の患者が長期前向きフォローアップに参加した。追跡期間中央値は6.5年で、89.0％の被験者が優れた機能的転帰（mRS ≤ 1）を達成した。87.6％が仕事に復帰し、17.6％の既婚者がフォローアップ中に離婚した。ベースライン/退院時の関連特性および機能的転帰に男女差はなかったが、女性は男性に比べて復職率が低く（79.7% vs. 93.8%；P = 0.010）、離婚率は女性でかなり高かった（30.2% vs. 9.2%；P = 0.022）。健康関連のQOLは男女間で有意な差はなかったが、女性は一貫して低い値を報告した。【結論】機能的転帰はほとんどの患者で有益であるにもかかわらず、心理社会的転帰の低下を防ぐための対策は、自然発症の頸動脈解離患者、特に女性の長期ケアにおいて考慮されるべきものである。
4	Hosseininejad M, Bikieli H, Hajsadeghi S, Mohammad i S.	2022	Return to Work and Associated Factors After the First Hospitalization for Heart Failure.	心不全による初回入院後の職場復帰とその関連要因について	心不全	Turk Kardiyol Dern Ars	50	6	445-51	10.5543/tkda.2022.22345	【目的】心不全（HF）は世界的に公衆衛生上の問題である。慢性疾患患者にとって、就労は個人的、社会的、経済的側面から極めて重要である。本研究の目的は、現役世代の心不全による初回入院後の職場復帰とその関連因子を調査することである。【方法】この後視的コホート研究では、2017～2020年にHFで初回入院した患者のうち、入院前に就労していた患者を対象とした。復職の有無にかかわらず、人口統計学的変数、職業的変数、疾患関連変数を比較した。次に、復職した対象者において、変数と休業日数との関係を検討した。【結果】204名の参加者のデータを分析した。約9割の参加者が1年後に復職していた。復職していないことと、高年齢、女性、NYHA（New York Heart Association）クラス、駆出率（EF）≤40％、慢性腎臓病（CKD）歴の間に有意な関係があった。復職者では、所得水準、退社原因、雇用者の支援、リハビリテーションの回数が休職日数と有意に関連していた。【結論】本研究の結果、性別、年齢、EF値、CKD歴、NHYAクラスが初回HF入院後の職場復帰に最も影響する因子であった。さらに、収入、退社原因、雇用者のサポート、リハビリテーションの回数が、休職日数に最も影響する要因であった。
5	Inoue S, Tateishi S, Harada A, Oginosawa Y, Abe H, Saeki S, et al.	2022	Qualitative study of barriers and facilitators encountered by individuals with physical diseases in returning and continuing to work.	身体疾患者が職場復帰・継続する際に直面する障壁と促進要因に関する定性的調査	脳卒中, 心臓病, がん	BMC Health Serv Res	22	1		10.1186/s12913-022-08604-z	【背景】身体疾患を持つ従業員が増加し、職場復帰・継続のための支援が求められている。効果的な支援を行うためには、個人が職場復帰・継続する上での障壁と促進要因を明らかにすることが重要である。これまでの研究では、特定の疾患に対する障壁と促進要因について報告されている。しかし、様々な疾患にわたるこれらの問題を扱った報告はほとんどない。そこで、様々な身体疾患に当てはまるであろう障壁や促進要因を明らかにするため、多様な特性を持つ疾患治療中の患者にインタビューを行い、質的分析を行った。【方法】質的研究の基準に基づき、半構造化インタビューを実施した。他者から見える障害（主に脳卒中）、他者から見えない障害（主に心臓病）、時間の経過とともに変化する障害（主にがん）の3つの疾患群について、障壁と促進要因の詳細を把握するために調査を行った。インタビュー記録は、系統的なテキスト圧縮を用いて分析され、結果が報告された。【結果】28名の患者へのインタビューから769の意味単位を抽出した。様々な疾患に一般化できる障壁と促進要因を、3つのテーマ（個人的要因、職場要因、部門間連携・社会資源）と10のサブテーマ（作業能力、心理的影響、健康リテラシー、社会状況、家族背景、職場構造、職場システム、職場支援、部門間連携、社会資源）に分類した。【結論】本研究では、身体疾患を有する労働者に適用可能な10のサブテーマを特定した。これらのサブテーマは、身体疾患を有する労働者の職場復帰や継続に関するコミュニケーションの基礎として用いることができるだろう。本研究の結果は、医療機関、職場、支援現場において、身体疾患を持つ労働者の様々な障壁や促進要因を把握し、対応することが必要であることを示唆している。
6	Bernt Jørgensen SM, Johnsen NF, Gerds TA, Brøndum S, Maribo T, Gislason G, et al.	2022	Perceived return-to-work pressure following cardiovascular disease is associated with age, sex, and diagnosis: a nationwide combined survey- and register-based cohort study	心血管疾患後の職場復帰プレッシャーの認識と年齢、性別、診断名との関連：全国規模の複合調査および登録ベースのコホート研究	心筋梗塞, 心不全, 心臓弁膜症, 虚血性心疾患	BMC Public Health	22	1		10.1186/s12889-022-13494-1	【背景】心血管疾患（CVD）患者にとって、職場復帰は重要なリハビリテーションの目標である。なぜなら、個人と社会にとって雇用は重要だからである。しかし、CVDから回復した人々は、しばしば職場復帰や雇用の維持に苦労している。職業カウンセリングを必要とする人を特定するために、CVD後に職場復帰のプレッシャーを感じる確率を検討した。【方法】2018年に心房細動、心不全、心臓弁膜症、虚血性心疾患と診断された1万人の無作為抽出された人口ベースのコホートにおいて、アンケート調査と登録ベースの複合研究を実施した。質問票には復職に関する項目が含まれており、性別、年齢、CVD診断で定義されたカテゴリにおいて、復職へのプレッシャーを感じている確率は95％信頼区間（CI）で報告した。【結果】調査回答率は51.1％であった。本研究では、病気休暇後に職場復帰した32-85歳の842人（男性79.7％）を対象とした。全体では、249名（29.7％）が復職のプレッシャーを感じたことがあることがわかった。復職のプレッシャーを感じる確率は、55歳以上の心房細動を持つ男性で18.3%（95%CI：13.1-24.6）、55歳以下的心房細動を持つ女性で51.7%（95%CI：32.5-70.6）であった。また、全体の66.0％が職業リハビリテーションの提供を受けておらず、職業カウンセリングの必要性を訴えた人の48.6％が未充足のニーズを持っていた。また、精神的・身体的な準備が整わないまま仕事に復帰した人が多いことも、調査の回答からうかがえた。【結論】心血管疾患患者のかなりの割合が職場復帰へのプレッシャーを感じており、このプレッシャーは年齢、性別、診断と関連している。この結果は、職業リハビリテーションの改善が必要であることを示しており、心臓リハビリテーションのプログラムがすべての中核的なリハビリテーションの要素を含むことを保証することの重要性を強調するものである。

令和4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

文献レビュー・基盤に関する調査、  
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)

**令和4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**

**文献レビュー・基盤に関する調査、  
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、昨年度の成果である支援者に求められるコンピテンシー30 項目（「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」）についての e-learning 教材を作成することを目的とし、資料を 6 つのコンピテンシー、動画を 3 つのコンピテンシーについて作成した。今後は、30 項目のコンピテンシーについて資料、動画を作成したのちに、支援者向けのユーザビリティ調査を行い、内容の改善を行う必要がある。

## 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。

「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 1)。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

[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、支援者向けの e-learning 向け教材を作成した。

## B. 方法

1年目の研究成果である、支援者に必要なコンピテンシー案(表1)をもとに、その一つ一つについて動画資料を作成することとした。

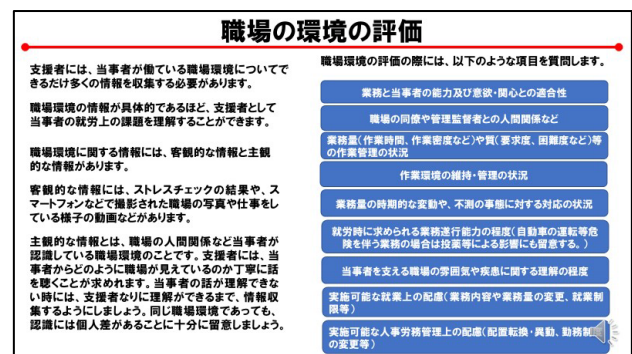
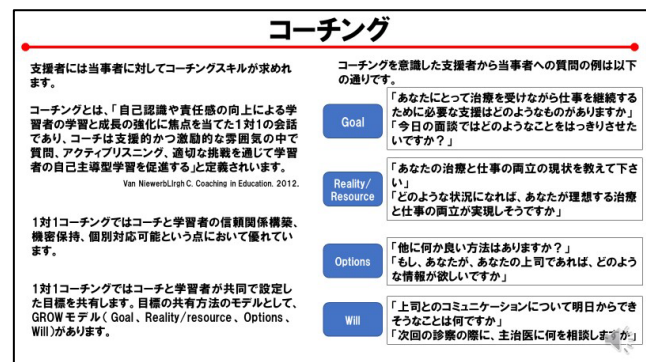
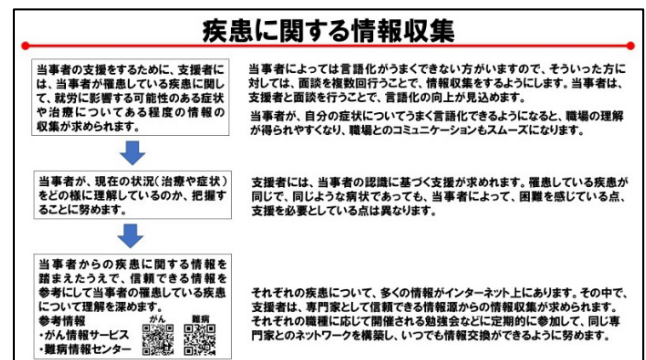
(倫理面への配慮)

今年度の研究については特に倫理審査の対象となるものは無かった。

## C. 結果

「疾患に関する情報」「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」について資料と動画を作成した。資料は6つのコンピテンシー、動画は3本作製した。

図2 作成した資料





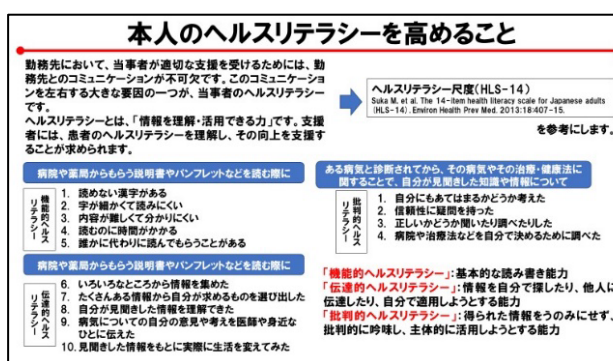
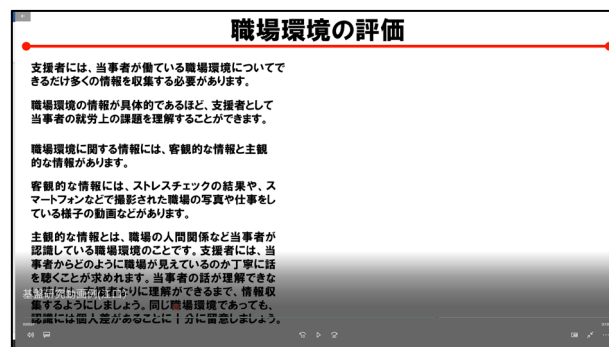
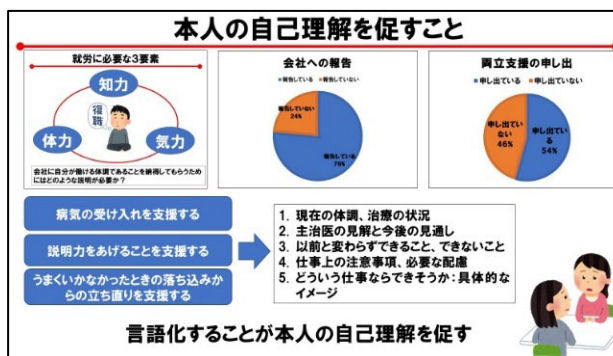
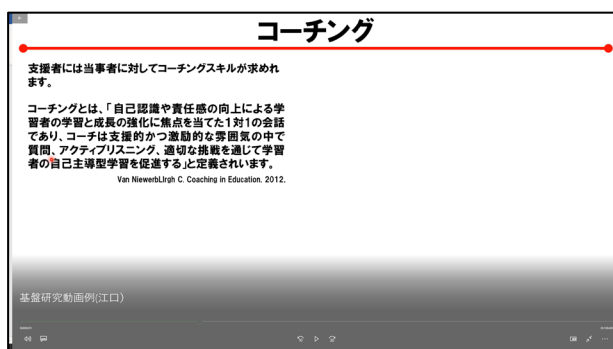
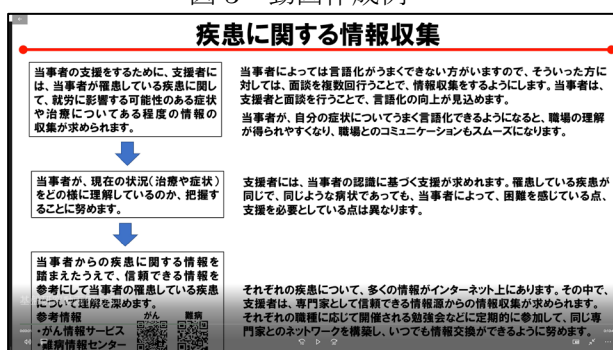


図3 動画作成例



## D. 考察

今年度は、昨年度作成したコンピテンシー案をもとに、それぞれのコンピテンシーをもとに、パワーポイント1枚、動画で5分以内を目安にした資料を作成した。時間の制約があり、全てのコンピテンシーについては資料を作成することができなかった。最終的には、全てのコンピテンシーについて資料、動画を作成する必要がある。

現時点においては、今回の成果物の対象となっている支援者の評価を受けられていない。全てのコンピテンシーについての動画の作成を完了したのちに、支援者向けにユーザビリティ調査を行い、内容の改善を行う必要がある。

## E. 結論

昨年度作成した支援者に必要なコンピテンシー案をもとに、e-learning 向けの教材を作成した。今後は、30項目のコンピテンシーについて動画を作成したのちに、支援者向けのユーザビリティ調査を行い、内容の改善を行う必要がある。

## F. 引用・参考文献

- 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

## **G. 学会発表**

なし

## **H. 論文業績**

なし

## **I. 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

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

令和4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

# 医療機関における個別症例収集及び分析

### 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4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**

**医療機関における個別症例収集及び分析**

**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：**

【目的】治療と仕事の両立支援を提供する際に特に必要な情報は「具体的な支援方策の考え方」と「豊富な対応事例」である。これまでに両立支援の「事例集（事業場より428 事例収集）」が公開されていた（立石清一郎,2018）。今回は、医療機関で両立支援を行う上で必要な情報基盤の構築を目指し、医療機関の症例も追加で収集すべく、医療機関の支援経験者に対しインタビュー調査を行った。

【方法】両立支援情報基盤調査として、豊富な支援経験を持つ医療機関単位でインタビューを行い、実際に経験した症例を聴取し、個別症例と施設毎の実績及び課題についてまとめた。

【結果】医療機関において両立支援を実施した個別症例について、9 施設中 4 施設から計 8 症例が収集された。患者に寄り添い長期的な支援を行った症例や、企業側に配慮することで患者に不利益が生じないように配慮した症例、企業担当者が外来診察に同席し情報共有ができたことで職場の理解が得られた症例、などが聴取された。

【考察】医療現場では、個別症例ごとの持つストーリーを大切にした支援が提供されており、必要な医学的評価や介入は全ての症例で異なっていた。また、支援のゴールも単なる就労継続ではなく、本人の価値観に沿った治療と就労の両立状況として捉えられていた。今回収集された 8 症例は、経験豊富な支援者らによる語りによって、示唆に富む貴重な個別症例報告として有意義なデータと考えられた。今回収集されたデータは両立支援情報サイト (<https://www.ryoritsu.dohcuoeh.com/>) にて、公開する予定である。今後も症例収集を継続し、両立支援の大規模データの構築を図る。両立支援の情報基盤の整備が拡充され、より多くの労働者に両立支援が届けられることが期待される。

【結論】本研究では、医療機関の両立支援の参考となる貴重なデータとして個別症例が収集された。今後さらなる個別データの蓄積によって、両立支援の情報基盤の整備が拡充され、より多くの労働者に両立支援が届けられることが期待される。

**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）**

**渡邊 萌美（産業医科大学病院 両立支援科 修練医）**

**古江 晃子（産業医科大学病院 両立支援科 修練医）**

## A. 目的

「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」が発出された後、行政を中心として治療と仕事の両立支援(以下、両立支援)に関する啓発活動が行われた。医療機関や事業場は試行錯誤ながら活動を進めているものの、支援体制が確立された施設は一部にとどまり、両立支援が必要な全ての労働者には、未だ十分な支援が行き届いていないと言える。

両立支援の活動が一部の施設に限られている一つの理由は、多くの支援者が支援に必要な情報に効率的なアクセスができず、現場で個別対応する際に参考にできる情報が乏しい現状があることだ。特に必要な情報は、「具体的な支援方策の考え方」と「豊富な対応事例」である。これまでに労災疾病臨床研究 160601「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」(研究代表者:立石清一郎)により、事業場より個別事例が収集され、「就業配慮の標準的な考え方」と「事例集 428 事例」が開発及び公開されていた。一方で、医療機関における症例の収集はなかなか進んでなかった。

そこで我々は、医療機関で両立支援を行う上で必要な情報基盤の構築を目指し、医療機関の症例も追加で収集すべく、医療機関の支援経験者に対しインタビュー調査を行った。

本研究では、両立支援情報基盤調査として、豊富な支援経験を持つ医療機関単位でインタビューを行い、実際に経験した症例を聴取し、個別症例と施設毎の実

績及び課題についてまとめた。

## B. 方法

### I. 医療機関へのインタビューの実施

医療機関(9 施設)毎にオンラインインタビューを実施し、実際の両立支援症例を聴取した。

- ・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 9 施設を対象とした。

9 施設:特定機能病院 45 施設(大学付属病院 3 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

- ・インタビューアー:

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、計 3 名

- ・聴取内容:経験した症例

### II. インタビューデータの分析

研究班員 6 名によって、逐語録より両立支援に必要な情報を抽出及び整理した。

#### 1) 逐語録の作成

①インタビュー内容を文字に起こし、②不要な文字を除き、③周辺情報と併せて意味を失わない、かつ、できる限り調査対象者の言葉を使い、文章を再構成し、④必要な情報データの作成、を行った。

#### 2) 個別症例データのまとめ

抽出された情報データより、個別症例と施設毎の実績及び課題についてまとめた。

## C. 結果

### 1)各施設の個別症例

医療機関において両立支援を実施した個別症例について、9 施設中 4 施設から計 8 症例が収集された。

調査対象者にとって印象深い個別対応エピソードを聴取した。患者に寄り添い長期的な支援を行った症例や、企業側に配慮することで患者に不利益が生じないように配慮した症例、企業担当者が外来診察に同席し情報共有ができたことで職場の理解が得られた症例、などが聴取された。

#### 【症例1】

血液疾患で免疫抑制剤の減量段階で復職を検討した症例。

(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。

#### 【症例2】

乳がん(stageⅣ)で就労継続可能な治療を希望した症例。

(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。

#### 【症例3】

ストーマ増設での休職で、意見書を契機に職場が就業規則を見直した症例。

(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えるので、会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ですとを感じる。

#### 【症例4】

前立腺がんで、外来放射線治療が必要な症例。

(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てもいいかわからず、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である。

(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ればよかった。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。

#### 【症例5】

うっ血性心不全患者に対し心肺運動負荷試験(CPX)での心機能評価を基に就業上の配慮を検討した症例

(経過)

55歳男性、職業はIT会社のフィールドエンジニアで、客先である現場に出向いてのサーバー修理業務に従事していた。高負荷作業としては、約20kgの機材を背負っての

運搬及び現場への移動、約10kgのPCサーバーの持ち上げ動作があった。また、長時間労働が常態化していた。X年4月、労作時呼吸困難と食思不振が出現し、次第に増悪した。心臓超音波検査で冠動脈支配領域に一致しない左室局所壁運動異常、心電図で完全右脚ブロックの所見が認められ、心筋症疑いおよびうっ血性心不全と診断され、精査加療目的で入院となった。フロセミド静注、アゾセמיד内服でうっ血性心不全の改善を認めたが、入院経過中に非持続性心室頻拍を指摘され退院後も3ヶ月は経過観察の方針となった。本人は現在の病状で入院前と同様に働くことは難しいと感じていたが、現場での修理作業が好きで、現場に復帰することを希望して両立支援を受けることを決意した。復職に向けての課題は心機能低下による運動耐容能低下と非持続性心室頻拍による意識消失発作や突然死のリスクであった。心臓超音波検査で左室駆出率は26%と低下しており、心肺運動負荷試験(以下、CPX)で評価された運動耐容能は4METs相当であった。本人は退院後すぐの現場作業への復帰を希望していたが、心機能回復が確認されるまでは現場作業は避けた方がよいと判断され外来リハビリテーションにて回復を図った。就業上の留意事項を職場に伝えるべく、医学的根拠を添えた主治医意見書が発行された;夜間の作業は避ける必要がある、10kg以上の重量物を1分以上持つ作業と約2kg以上の荷物を持つての移動は避ける必要がある、不整脈発作のリスクがあり単独作業と長時間の運転業務については避ける、心機能回復を確認するまでは在宅でのデスクワーク従事が望ましい。職場と本人で就業上の措置が検討され、入院による休職開始から20日後、復職となった。在宅勤務を行いながら、外来リハビリテ

ーションを継続し、心機能改善傾向を認めている。今後は心機能再評価後の主治医意見書を基に就業措置の見直しが見込まれている。

(振り返り)

心機能は治療やリハビリテーションによって改善が期待される一方で、生活習慣や感染のみならず、労働を契機とした病状悪化も起こりうるため、CPX をはじめとする心機能評価を定期的に行い、必要時職場と情報共有することで、患者が最大限力を発揮しながらの就業継続が可能になると考えられた。

### 【症例6】

症候性てんかん患者の就業配慮の検討に主治医意見書が有効であった症例。

(経過)

50代男性。製造工場に正社員として勤務し、良品率向上に関わる業務に従事し、主に50 kg程度の陶器を扱う作業を行っていた。

仕事に支障はないものの日常生活で尿失禁を認め医療機関を受診し、右頭蓋内腫瘍性病変を指摘された。自宅で強直間代発作を生じたためレベチラセタム 1000 mg が内服開始となり、以降は発作なく経過していた。頭蓋内病変の精査加療目的に当院脳神経外科に入院し、同時に休職となった。開頭頭蓋内腫瘍生検術を施行され、病理診断の結果、悪性神経膠腫と診断された。術後、入院中に症候性てんかんを認め、レベチラセタムが 1500 mg へ増量された。以降は発作の再発はなく、放射線化学療法が開始された。経過は安定しており、術後 80 日目に退院となった。退院後、復職に向けた職場との調整中、複数回の意識消失発作があり、ペランパネル 2 mg が内服追加された。薬剤調整後は発作の再発なく経過した。

復職を検討するにあたり、本人と上司が協同して作成した勤務情報提供書および、両立支援コーディネーターによるヒアリングから、運転不可となることによる通勤の問題や、重量物取扱い作業中にてんかん発作が生じた場合に陶器が破損することにより負傷する可能性が課題として挙げられた。

就労上の留意事項について、主治医意見書を通して職場と共有した；病状の説明に加え、2 年間は運転ができないことによる通勤への配慮の必要性、てんかん発作の治療コントロールが未だ安定しておらず重量物取扱い作業を避けることの必要性を伝えた。退院後約 1 ヶ月の療養を経て、復職に至った(計 4 ヶ月間の休職)。復職後は、通勤への配慮や重量物取扱い作業を避ける等の適切な配慮を受けながら就労継続している。

(振り返り)

意識消失発作を伴うてんかん患者は、道路交通法において過去 2 年以内に発作がないことが運転可能の条件として定められている。これに加えて事業場では、発作により事故に繋がり得る危険作業を避ける必要がある。本症例では、意識消失を伴うてんかん発作のエピソードや薬物治療評価、医学的に必要な配慮について職場と共有したことによって、適切な就業配慮の実施に結び付いた。てんかん発作のエピソードや治療の変化を踏まえた医学的見解を都度職場と共有することは、てんかんを抱えた労働者に対する職場の安全配慮義務履行の一助となると考える。

### 【症例7】

就業配慮に関する労働者と職場の合意形成に寄与した事例。

(経過)



40 代女性。製造工場(従業員数 170 名)に正社員として週 5 日勤務し、主に福祉用具の縫製作業に従事していた。慢性血栓塞栓性肺高血圧症(以下、CTEPH)の治療中に右乳がんと診断され、右乳房全切除術および腋窩リンパ節郭清施行後、化学療法と放射線治療を経て内分泌療法が開始された。治療の影響で右上肢の浮腫やしびれ、動かしづらさを認めたため、医療機関からの両立支援を希望した。重量物持ち上げ動作は避ける必要があること等の就業上の留意事項について主治医意見書を通じて職場と共有した。職場は乳がんだけでなく CTEPH という指定難病も抱えていることから、本人の疾病背景を非常に重く捉えていた。そこで、意見書で言及された重量物持ち上げ作業の免除に加え、復職後約半年間は週 3 日勤務を継続するよう本人に通知した。本人は段階的な勤務時間延長は助かるものの、経済的事情から早期に週 5 日勤務に戻る希望があったため、過度な配慮の通知に困惑し、両立支援コーディネーターに相談した。就業配慮に関する職場と本人の合意形成が不十分であり、より密な情報共有を行う支援が必要と判断された。上司同席の診察を調整し、循環器内科主治医から就労に関する医学的見解(身体的疲労を感じない程度であれば週 5 日勤務が可能等)について直接説明が行われ、正しい疾病理解を促した。上司からは「重病なので週 3 日勤務が本人の利益になると思い込んでいた。本人に働く意思があり医学的に問題ない勤務形態ならば再検討したい。」との理解が得られた。休職から半年後、週 2 日勤務で復職し、復職後 2 カ月から週 5 日勤務となった。以降も、両立支援コーディネーターによる継続的支援を受けながら、職場からの適切な就業配慮のもと、問題なく就労継続

できている。  
(振り返り)

就業配慮に関する本人と職場の合意形成に至るプロセスにおいては、本人からの申し出に対して職場が十分な疾病理解をもって受け止めた上で話し合いの場をもつことが重要である。大企業では産業保健職による医学的知識の解説や面談調整などの合意形成に向けた支援が期待できるが、本症例のような中小企業では企業内で受援し難いケースも多い。医療機関から当事者だけでなく職場に対しても丁寧な情報共有を行うことは円滑な合意形成の一助となり、ひいては、事業場規模を問わない両立支援の取り組み促進に資すると考える。

#### 【症例8】

混合性結合組織病による無菌性髄膜炎を発症し就職後 6 カ月後で長期休職を要した症例。

(経過)

23 歳女性、X-1 年にレイノー症状や手指の腫脹、顔面紅斑、多関節炎が出現し、血液検査で抗 U1-RNP 抗体陽性を認め MCTD と診断された。SLE 症状に対してヒドロキシクロロキン内服開始、PM 様病態でステロイド大量療法を受け、小康状態となった。就職活動に際し医療機関の両立支援コーディネーターより情報提供等の支援を受け、X 年 4 月に業界団体に新卒正社員として入職した。入職後は経理事務部門に配置され問題なく研修できていたが、X 年 12 月に頭痛、発熱、頸部リンパ節腫脹、皮疹などを自覚し、MCTD に伴う無菌性髄膜炎の診断で入院加療及び休職開始となった。無菌性髄膜炎に対しステロイドパルス療法を施行され、また SSc 症状増悪に対しリツキサン導入となり入院中に 4 回施行された。X+1 年 1 月退

院、ステロイド内服継続となった。X+1 年 5 月復職に際し両立支援を希望した。多彩な症状を呈する病態であることに加え、入職後間もなくの長期職場離脱であり、職場への十分な疾患説明が必要と考えられた。主治医意見書を介して職場に就労継続上の留意点が共有された；デスクワークは問題なく従事可能、レイノー現象があり屋外作業や水作業により症状悪化する、重量物持ち上げ運搬作業で筋痛が生じる、日差しが強い場所での作業で皮膚症状が悪化する為（日航過敏症）遮光を要する。復職後、意見書を基にした配慮が実施され、問題なく就労し 3 カ月が経過した。今後は症状変化に併せて配慮の見直しが行われる見込みである。（振り返り）

本症例は多彩な臨床症状を有する疾患のため職場は理解しづらく、また、若年発症及び新入社員のため自身での職場への十分な病状説明も困難な背景があり、医療機関からの主治医意見書による支援が有効であった。膠原病患者の両立支援においては、個別性が高い対応を支持する医学的情報の提供が、過度なキャリア制限を回避の一助となり得、個人の能力を発揮した就労継続につながる事が期待される。

## 2)各施設の実績及び課題

各施設の両立支援活動の実績および課題に関する項目について、9 施設中 8 施設から計 55 コードが抽出された。

今後の検討課題としては、両立支援に関与すべき職種や、患者の病状に合わせた働き方の考え方の理解、などが挙げられた。

また、今後の活動課題としては、両立支援に対する院内スタッフの理解促進や、より効率的な支援方法の模索などが挙げられた。一方で、診療報酬の新設により両立支援の

取り組みが推進された施設や、がん患者指導管理料を利用して両立支援活動を行っている施設もあった。

以下に、抽出されたコードを列挙する。

### 自施設の実績及び課題について

- 900 床の病院だが 3 名しか MSW がいないため、当日すぐの対応は難しいこともあるが、がん相談支援センターへの紹介は増えるのとよいと考えている。
- MSW としても学校で社会復帰について学ぶことは無かったので、学校教育に両立支援を取り入れる必要を感じている。
- PT や OT まで両立支援の対応をする必要があるのか、看護師の対応で十分なのか判断できていない。
- 院内スタッフの熱意に動かされて両立支援に取り組み始めた。両立支援システムの立ち上げのときにはある程度の勢いがあるが、今後はシステムを維持していくことが課題となってきた。
- 開業医にとって両立支援は時間がかかり、お金にならない。時間外に文書を作成し、診察時に訂正を行い発行する。職場からの問い合わせにも対応する必要があり、それを診療時間内に行うと診療の妨げになってしまう。
- 当院ではがん患者を対象に両立支援活動を始めたため、リハビリスタッフの参加は進んでいない。
- がんの場合は患者に両立支援を行うと患者が病院へ戻ってくる。患者は病院がお金にならないことにどれだけお金をかけているかに目を向ける。患者へのサービスに重点をおく医師は、両立支援を手がけると思うが、経営面を考える医師は、両立支援は経営にならないと思う

のではないかと考える。

- ・ 当院ではがん以外の患者にも両立支援について対応していることを幅広く周知したい。
- ・ がん相談支援センターの利用者は年間4000人（電話相談含む）で、対面での相談件数は2000件である。
- ・ コロナ禍のためがんサロンは対面で行えなかった。
- ・ 疾患の寛解と活動期の間に軽症や中等症があり、その状態の患者がどのように働くかが問題である。
- ・ 職場の人ががん治療に伴う副作用や対処方法等について知る機会を増やすことも重要だと感じている。
- ・ 当院は産業保健総合支援センターとの関わりがまだない。中小企業が多い地域だが、中小企業では両立支援の対応方法もわからないことが多いと思うので、産業保健総合支援センターとの連携を進めたい。
- ・ 両立支援センタースタッフのみが両立支援を行っていた当初は、全例介入していたため件数を把握できていたが、院内の看護師が両立支援を行うようになると両立支援センターへコンサルトされる数は減った。
- ・ 医師からの相談依頼が少ないため、医師の理解促進に努めたい。がん診療センターの機能を知っているスタッフからは依頼があるが、一部のがん診療部署の看護師からの依頼が中心であり、一部の診療科の医師からの紹介に限られている。
- ・ 医師は潜在的に能力を持っていると考えられるが、関心がないために両立支援活動をやっていない。関心を持ってもらうために成功事例を他の医師にも共

有できる研修会をしたいと考えている。

- ・ 一人では対応できない場合もあるので、介入する人数を増やすことが有効だと考える。外来で、看護師など、がん患者の気持ちを聞く人員を配置する体制を整えると、両立支援を含めたサバイバーシップへの支援が円滑に進むと考える。
- ・ 開業医の医師は産業保健の経験がある方が多いので、そのような医師が参画することによって両立支援の分野はさらに進展すると考えるが、業務として行うのは難しいのではないかな。
- ・ 患者と会社の関係性が良くない場合の対応の仕方がまだ難しい。
- ・ 患者に関わる医療者に対しても、患者の仕事について考えることを普及させていきたい。
- ・ 企業側への両立支援の周知も不足している。企業内担当者が知っているのみで、従業員は知らないことがほとんどである。県の調査では、両立支援ガイドラインについて知っている企業は13%で、その半数は両立支援の内容については知らない状況である。前例がない企業では支援が進まないという課題がある。企業側が両立支援について良く思っていないと考える患者もいるようであり、そのことが両立支援を進める課題になっている。貴重な人材を失わずに済むことや、両立支援を掲げることで従業員のモチベーションアップにつながるなどの両立支援のメリットを企業に周知することが重要と考えている。
- ・ 告知時に資料「仕事とがん治療の両立お役立ちノート」を用いて両立支援を知らせているが、まだ早いと考える患者もいるため、支援につながらないことが課題と考えている。

- ・ 今後は地域でのネットワークづくりを行いたい。
  - ・ 仕組みを簡略化することや、連携体制を整えること、窓口が簡略化されればよいと思う。
  - ・ 若い医師は両立支援ではなく治療に取り組みたいという気持ちは理解できる。当院だけでは両立支援を広めていくのは難しい。
  - ・ 職員全員で取り組んでいるが、まだまだ周知の必要はある。研修会などを何度もやっていくしかないかなと考えている。
  - ・ 水平展開するとしたら、各地域に両立支援に取り組んでいる病院があるので、モデルケースとして牽引してもらうのが望ましいと思う。
  - ・ 阻害要因としては、医師の理解を得ることが難しく、「どうしてそこまでしなければいけないのか」と言われることがある。研修会などを通して、地道に意識のレベルアップを図るしかないと考えている。疾病診療の重要性に比べて、就労支援の重要性はなかなか理解されない。両立支援することで良いアウトカムがあることをデータで示してもらえると、医師のモチベーションアップにつながると考える。
  - ・ 相談支援センターの相談員は開業医に対して相談支援センターへの紹介の仕方を伝えることから始める必要がある。
  - ・ 大学病院では各診療科間の壁があるため、大規模な総合病院の方が両立支援コーディネーターや看護師など水平展開できる職種がいることでまとまりやすいと思う。
  - ・ 当院の医療者全員が就労支援について理解できるような周知活動を行うことや、どのようにして様々な職種が当事者意識をもって関わっていくかが難しい。
- 周知活動に関しては、実際の事例を伝えた方が理解してもらいやすいと考えている。
- ・ 入院患者をピックアップできるように放射線治療と血液内科の病棟看護師に依頼をしたが、なかなかつながらなかった。経済的な困りごとを抱えた患者ががん相談支援センターに相談にくることが多い状況である。
  - ・ 入院患者全員に尋ねる体制になっていないため、両立支援について尋ねると患者側も大げさに捉えてしまうという認識の違いがあるように感じる。
  - ・ 病院機能として毎年 100 人の看護師が入れ替わり、レジデントの医師も 50,60 人が入れ替わる。両立支援は1-2年で習得できるものではないと考えるので、新人教育には難しさを感じている。
  - ・ 病院職員の隅々まで両立支援の浸透を目指していて、まずは看護師から周知したい。
  - ・ 病院内でも就労支援の取り組みに差があるのは、疾患や診療科の特異性によるところがあると考えます。
  - ・ 放射線治療に来る患者は放射線治療についての理解がないため、放射線治療についての説明にほとんどの時間を使ってしまう、両立支援をするには外来の時間が足りないということは感じる。
  - ・ 理解度の促進等に関する評価は不可能ですが、「がん治療を受ける方のことを理解したい」という気持ちに応えるような情報も必要だと感じており、引き続き取り組みを進めていきたいと考えている。
  - ・ 両立支援が必要と思われる患者のスクリーニングを行うこと。当院もスクリーニングをうまく活用できていないと感じている。スクリーニング時には両立支援の希望

がなかったが、その後支援が必要であった症例が多くあるのではないか。また、患者がその後どうなったのかを評価できていない。スクリーニングの仕組みをもっと活用したい。

- ・ 両立支援における心理的不安に対する対応に関して、乳がんは疾患研究が進んでいる分、患者からの質問に対して回答を準備することができる場合が多い。まだ研究が進んでいない疾患に関しては、見通しが立ちにくい。
- ・ 両立支援の患者の絶対数が少ないことも課題と考えている。がん拠点病院になっており、がん患者には「生活のしやすさ質問票」を用いて、仕事への心配を尋ねてがん相談支援センターに相談を勧めている。がん以外の疾患については患者へのさらなる周知が急務と考えている。
- ・ 両立支援の発信をしているつもりだが、院内でもなかなか理解が進まない。もう少し理解が広がると、何もしなくても広がっていくフェーズに入らと思う。
- ・ 両立支援は患者の申し出が原則なため、安心して相談できる窓口づくりをしたいと考えている。いつでもどうぞ、何でもどうぞという姿勢を、患者にどう伝えていくかが課題である。
- ・ 両立支援を 100 人に伝えて興味を持ってくれるのは 3 人ほど。地道に講演活動をして広げていくのに 3 年位はかかりそうだと実感している。

#### 療養・就労両立支援指導料について

- ・ 指導料算定件数が少ないことは当院の課題である
- ・ 療養・就労両立支援指導料の算定につながった方が 6 名いる。診療情報提供

書のみで復職した症例もいる。関わった患者からは利用してよかったという声が聞かれている。

- ・ 療養・就労両立支援指導料がつくようになって、両立支援に関する研修を受けた意義を実感できた。療養・就労両立支援指導料ができる以前から、研修受講などで両立支援の活動をする下地が院内にあったからこそ、院内の両立支援のシステムがうまく動いたと感じている。
- ・ 医療者や医師は病気にしか目がいていない。患者を生活者としてとらえ、病気だけでなく生活をサポートする目を養う必要がある。患者の生活を含めてサポートすることが指導料につながれば医療機関のメリットになる。現状として 20 人に 1 人しか指導料につながっていない。
- ・ ある程度大きい規模の職場でないと専門職がいらないため、療養・就労両立支援指導料の算定につながらない。
- ・ 昨年の指導料算定件数は 8 件、算定していない件数は不明である。
- ・ 就労継続の支援を行う際に、保険診療が可能な両立支援制度があると患者に説明しても、自身で上司に説明することができると言われ、制度を利用しないことが多い。
- ・ 他院に紹介した患者が職場復帰せずに自分の病院に戻ってきたとき、療養・就労両立支援指導料の利用について考えることで、両立支援の次のステップへとつながらと思う。
- ・ 大企業では産業医とのやり取りが可能であるが、全ての職場でそれを行うことは不可能である。厚生労働省が勧める両立支援制度をどのように利用し両立支援を充実させていくかを検討したい。

## がん患者指導管理料について

- ・ がん患者指導管理料の算定を 6 回とする患者や、それ以上の回数の面談を希望される方もいる。
- ・ がん患者指導管理料の算定は医師と認定看護師の同席が条件となり、がん相談支援センターは医師不在の為算定していない。
- ・ がん患者指導管理料の枠組みで支援している患者もあり、がん相談支援センターでは専門看護師または認定看護師による面談で、がん患者指導管理料を年間 700 件算定している。
- ・ がん診断時に看護師同席のもと、治療計画を立て、文書で提示することで 500 点の加算をとることができる。その後、算定資格のある看護師は、面談時に 200 点を 6 回とることが可能である。多くの患者は 6 回以内で面談終了となる。

## D. 考察

医療機関において両立支援を実施した個別症例について、9 施設中 4 施設から計 8 症例が収集された。今回の調査では、調査対象者にとって印象深いエピソードを聴取したために、症例数が限定された。

医療現場では、個別症例ごとの持つストーリーを大切にしたい支援が提供されており、必要な医学的評価や介入は全ての症例で異なっていた。また、支援のゴールも単なる就労継続ではなく、本人の価値観に沿った治療と就労の両立状況として捉えられていた。そのため、比較症例がなく、支援者が「適切な支援」あるいは「不十分な支援」と判断することは極めて困難であった。支援効果を客観的に評価するには、臨床及び就労データだけでなく、個人の価値観や家族背

景のデータも必要であり、現時点での大規模な症例収集は困難であると考えられた。

一方で、今回収集された 8 症例は、経験豊富な支援者らによる語りによって、示唆に富む貴重な個別症例報告として有意義なデータとして両立支援の促進に寄与すると考えられた。今回収集されたデータは両立支援情報サイト

(<https://www.ryoritsu.dohcuoh.com/>)にて、公開する予定である。

今後も症例収集を継続し、両立支援の大規模データの構築を図る予定である。両立支援の情報基盤の整備が拡充され、より多くの労働者に両立支援が届けられることが期待される。

## E. 結論

本研究では、医療機関の両立支援の参考となる貴重なデータとして個別症例が収集された。今後さらなる個別データの蓄積によって、両立支援の情報基盤の整備が拡充され、より多くの労働者に両立支援が届けられることが期待される。

## F. 引用・参考文献

1. 立石清一郎. 平成 28-30 年度労災疾病臨床研究事業「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」報告書

## G. 学会発表

1. 永田昌子、原田有理沙、石上紋、篠原弘恵、古江晃子、渡邊萌美、橋本博興、細田悦子、樋口周人、舩津康平、立石清一郎. SanRISE Study：治療と仕事

を両立している人に対する職場での配慮に与える影響～医療機関からの意見書の影響～. 第96回日本産業衛生学会、2023年5月宇都宮、口演発表（予定）

2. 原田有理沙、石上紋、篠原弘恵、古江晃子、渡邊萌美、橋本博興、細田悦子、樋口周人、舩津康平、立石清一郎、永田昌子. SanRISE Study：治療と仕事の両立支援の効果指標の検討. 第96回日本産業衛生学会、2023年5月宇都宮、口演発表（予定）
3. 渡邊萌美、原田有理沙、石上紋、篠原弘恵、古江晃子、橋本博興、細田悦子、樋口周人、舩津康平、立石清一郎、永田昌子. SanRISE study：労働機能障害を生じやすい疾患を治療中の労働者の特性. 第96回日本産業衛生学会、2023年5月宇都宮、口演発表（予定）
4. 古江晃子、原田有理沙、石上紋、篠原弘恵、渡邊萌美、橋本博興、細田悦子、樋口周人、舩津康平、立石清一郎、永田昌子. SanRISE Study：治療と仕事の両立についての情報不足と精神的苦痛との関連. 第96回日本産業衛生学会、2023年5月宇都宮、口演発表（予定）
5. 橋本博興、原田有理沙、石上紋、篠原弘恵、古江晃子、渡邊萌美、細田悦子、樋口周人、舩津康平、立石清一郎、永田昌子. SanRISE Study：産業医科大学病院における治療と仕事の両立支援活動の患者満足度調査. 第96回日本産業衛生学会、2023年5月宇都宮、口演発表（予定）
6. 石上紋、原田有理沙、古江晃子、渡邊萌美、橋本博興、細田悦子、篠原弘恵、樋口周人、舩津康平、立石清一郎、永

田昌子. SanRISE Study：医療機関からの治療と仕事の両立支援と患者の困りごとの変化との関連. 第96回日本産業衛生学会、2023年5月宇都宮、口演発表（予定）

7. 細田悦子、原田有理沙、石上紋、篠原弘恵、古江晃子、渡邊萌美、橋本博興、樋口周人、舩津康平、立石清一郎、永田昌子. SanRISE Study：治療と仕事の両立支援を受けたがん患者と困りごととの関連. 第96回日本産業衛生学会、2023年5月宇都宮、口演発表（予定）
8. 原田有理沙、石上紋、古江晃子、篠原弘恵、大久保直紀、船田将史、永田昌子. 膠原病により長期療養となった新入社員における治療と仕事の両立支援の一例. 第32回日本産業衛生学会全国協議会、2022年札幌、一般演題
9. 石上紋、原田有理沙、篠原弘恵、近藤貴子、田嶋裕子、瀬戸山航史. 就業配慮に関する労働者と職場の合意形成に寄与した医療機関からの両立支援の一例. 第32回日本産業衛生学会全国協議会、2022年札幌、一般演題
10. 青山瑤子、金城泰幸、星野香、植田多恵子、栗田智子、原田有理沙、永田昌子、吉野潔、松田晋哉. 子宮体癌に対する腹腔鏡下手術後に、就労支援を受けて早期復職した症例. 第32回日本産業衛生学会全国協議会、2022年札幌、一般演題
11. 金城泰幸、青山瑤子、遠山篤史、近藤恵美、柴田英治、細田悦子、原田有理沙、永田昌子、立石清一郎、吉野潔. 周産期領域の両立支援の現状と両立支援で復職が可能となった切迫早産の一例. 第32回日本産業衛生学

- 会全国協議会、2022 年札幌、一般演題
12. 富崎一向、原田有理沙、永田昌子、細田悦子、藤本直浩. 泌尿器重複癌の治療による休業からの復職に両立支援が有効であった一例. 第 32 回日本産業衛生学会全国協議会、2022 年札幌、一般演題
  13. 渡邊萌美、原田有理沙、篠原弘恵、石上紋、山本淳孝、中野良昭、佐藤甲一朗、永田昌子. 症候性てんかん患者の就業配慮の検討に主治医意見書が有効であった 1 症例. 第 32 回日本産業衛生学会全国協議会、2022 年札幌、一般演題
  14. 古江晃子、原田有理沙、細田悦子、萩ノ沢泰司、立田穂那美、永田昌子. うっ血性心不全患者に対し心肺運動負荷試験 (CPX) での心機能評価を基に就業上の配慮を検討した一例. 第 32 回日本産業衛生学会全国協議会、2022 年札幌、一般演題
  15. 永田昌子. 両立支援における協働 産業保健職への期待. 第 32 回日本産業衛生学会全国協議会、2022 年札幌、一般演題
  16. 五十嵐侑、立石清一郎、原田有理沙、松岡朱理、澤島智子、川角美佳、森晃爾. 産業医が柔軟に変更できなかった COVID-19 対策とは何か・質的調査. 第 40 回産業医科大学学会、2022 年 10 月北九州、口演発表
  17. 金城泰幸、遠山篤史、青山瑤子、栗田智子、細田悦子、原田有理沙、永田昌子、立石清一郎、吉野 潔. 産婦人科領域の両立支援を希望した患者の紹介元分析. 第 37 回日本女性医学会、2022 年 11 月米子、ポスター発表
  18. 樋口周人、舩津康平、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、ポスター発表
  19. 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、ポスター発表
  20. 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 5 月高知、ポスター発表
  21. 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 5 月高知、ポスター発表
  22. 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 5 月高知、ポスター発表
  23. 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



- 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 5 月高知、口演発表
24. 五十嵐侑、立石清一郎、原田有理沙、日野亜弥子、辻真弓、大神明、森晃爾、松垣竜太郎、藤野善久、CORoNaWork：体調不良を抱える労働者への配慮と労働機能障害との関連、第 95 回日本産業衛生学会、2022 年 5 月高知、口演発表
25. 五十嵐侑、立石清一郎、松岡朱理、澤島智子、川角美佳、菊池広大、原田有理沙、森晃爾、COVID-19 流行における産業医の役割 COVID-19 への対応インタビュー調査を踏まえ、第 39 回産業医科大学学会、2021 年 10 月北九州、口演発表
26. 菊池広大、五十嵐侑、澤島智子、松岡朱理、川角美佳、原田有理沙、立石清一郎、森晃爾、ウィズコロナ時代の産業保健 新興感染症流行における産業医の役割 COVID-19 への対応インタビュー調査を踏まえて、第 75 回日本交通医学会総会、2021 年 9 月オンライン開催、シンポジウム
27. 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
28. 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
29. 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
30. 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
31. 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
32. 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
33. 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
34. 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

35. 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
36. 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
37. 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
38. 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
39. 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
40. 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

41. 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り組み. 第 94 回日本産業衛生学会、2021 年 5 月松本、口演発表

## H. 論文業績

1. Harada A, Tateishi S, Ishimaru T, Nagata M, Eguchi H, Tsuji M, Ikegami K, Matsugaki R, Fujino Y; COroNaWork Project. Association Between Types of Chronic Disease and Receiving Workplace Accommodations: A Cross-Sectional Study of Japanese Workers. J Occup Environ Med. 2023 Feb 1;65(2):93-97. doi: 10.1097/JOM.0000000000002723.
2. Igarashi Y, Tateishi S, Sawajima T, Kikuchi K, Kawasumi M, Matsuoka J, Harada A, Mori K. What is the role of occupational physicians in the workplace during the COVID-19 pandemic in Japan? A qualitative interview study. BMC Health Serv Res. 2022 Oct 27;22(1):1294. doi: 10.1186/s12913-022-08659-y.

3. Inoue S, Tateishi S, Harada A, Oginosawa Y, Abe H, Saeki S, Tsukada J, Mori K. Qualitative study of barriers and facilitators encountered by individuals with physical diseases in returning and continuing to work. BMC Health Serv Res. 2022 Oct 4;22(1):1229. doi: 10.1186/s12913-022-08604-z.
  4. 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 May 1;64(5):e279-e283. doi: 10.1097/JOM.0000000000002500.
  5. 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
  6. 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
  7. 立石清一郎、原田有理沙：両立支援の実際ーがん「医療機関における治療と仕事の両立支援・4」、総合リハビリテーション 49 巻 11 号、1087-1093、2021
  8. 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
  9. 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
  10. 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
  11. 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
  12. 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
- I. 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4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

# 医療機関の情報基盤実態調査 第2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4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**

**医療機関の情報基盤実態調査 第2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：**

【目的】医療機関で両立支援を行う上で必要な情報基盤の構築を目指し、両立支援に積極的に取り組む医療機関の実施状況に着目し、両立支援部門の運営に必要な情報を整理すべく、質的研究を行った。

【方法】両立支援情報基盤調査として、豊富な支援経験を持つ医療機関単位でインタビューを行い、両立支援の制度や仕組み等の実施状況を抽出し、分析した。

【結果】医療機関における両立支援の実施状況を5つの大カテゴリに整理した。；

- 1 組織（施設方針、共通目標・職種目標、部門、主担当職種、連携する職種）、
- 2 仕組み（業務フロー、役割・支援内容、情報共有）、
- 3 活動の周知（患者・経営層・現場医療職へのPR、外部への情報発信）、
- 4 立ち上げ時の重点活動  
（患者ニーズの掘り起こし、ニーズの高い部門での活動、外部機関との連携）、
- 5 効果評価

【考察】多くの医療機関では、医療職個人が両立支援に必要な個別症例を経験しているにもかかわらず、施設全体の両立支援の導入や活動展開につながっていない現状があり、チーム活動が高いハードルとなっている。両立支援のチーム活動に取り組みやすくするため、本調査で明らかとなった医療機関の両立支援の実施状況を基に、両立支援部門運営に必要なアクション90個を考案し、「医療機関の両立支援部門を運営するためのアクションチェックリスト」を作成した。

【結論】両立支援に積極的に取り組む医療機関の実施状況より両立支援部門の運営に必要な情報を整理し、アクション90個を考案した。両立支援の情報基盤としての「医療機関の両立支援部門を運営するためのアクションチェックリスト」の公開が、医療機関の両立支援部門の運営する上での障壁を取り除く一助となることが期待される。

**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）**

**細田 悦子（産業医科大学病院 両立支援科 看護師）**

## A. 目的

「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」が発出された後、行政を中心として治療と仕事の両立支援（以下、両立支援）に関する啓発活動が行われた。医療機関や事業場は試行錯誤ながら活動を進めているものの、支援体制が確立された施設は一部にとどまり、両立支援が必要な全ての労働者には、未だ十分な支援が行き届いていないと言える。

両立支援活動が一部の施設に限られている一つの理由は、支援提供に必要な情報へのアクセスが不十分な現状が挙げられる。特に、各医療機関の両立支援の実施状況は不明であるため、自院での活動開始の際に参考となる情報が極めて乏しい状況である。

医療現場では、多職種連携をベースとした両立支援活動の展開が期待される。多職種連携によって、専門性の異なる多くの職種が協力して患者の治療やケアに当たることができ、より包括的かつ個別性の高い医療を提供することが可能になる。ただし、職種ごとに専門用語や専門知識が異なるため、コミュニケーションの取り方や情報共有方法に調整が必要であり、円滑な両立支援活動を目指す際に課題となり得る。実際、多くの医療機関で両立支援が必要な個別症例を医療職個人として経験しているにもかかわらず、施設全体の両立支援の導入や活動展開につながっていない現状があり、チーム活動が高いハードルとなっていると考えられる。両立支援部門では、各専門職が相互理解を深めることで多職種連携が可能となる組織運営が求められるが、両立支援部門の組織運営に関する情報については未だ整

理されておらず、参考となる知見がない。

そこで我々は、医療機関で両立支援を行う上で必要な情報基盤の構築を目指し、両立支援に積極的に取り組む医療機関の実施状況に着目し、両立支援部門の運営に必要な情報を整理すべく、質的研究を行った。

本研究では、両立支援情報基盤調査として、豊富な支援経験を持つ医療機関単位でインタビューを行い、両立支援の制度や仕組み等の実施状況を抽出し、分析した。また、明らかとなった実施状況を基に「医療機関の両立支援部門を運営するためのアクションチェックリスト」を作成することとした。

## B. 方法

### I. 医療機関へのインタビューの実施

医療機関(9 施設)毎にオンラインインタビューを実施し、実際の両立支援症例を通して、医療機関としての両立支援の制度や仕組みを聴取した。

#### ・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 9 施設を対象とした。

9 施設:特定機能病院 45 施設(大学付属病院 3 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、計 3 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を聴取した。

## II. インタビューデータの分析

研究班員 6 名によって、KJ 法を参考にした内容分析法を用いて、逐語録より両立支援に必要な情報を抽出及び整理した。

### 1) 逐語録の作成

①インタビュー内容を文字に起こし、②不要な文字を除き、③周辺情報と併せて意味を失わない、かつ、できる限り調査対象者の言葉を使い、文章を再構成し、④必要な情報データの作成、を行った。

### 2) 両立支援の実施状況の抽出と類型化

抽出された情報データについて、6 名の研究者によって逐語録を、その内容を端的に表すコードを抽出した。類似したコードを集め、中カテゴリを作成し、同質性あるいは異質性を比較しながら共通性を見出し、大カテゴリに類型化した。

## C. 結果

実際の両立支援症例の聴取を通して、医療機関における両立支援の実施状況を 5 つの大カテゴリに整理した。

- 1 組織
  - 1.1 施設方針
  - 1.2 共通目標・職種目標
  - 1.3 部門
  - 1.4 主担当職種
  - 1.5 連携する職種
  - 1.6 支援体制の参考情報・モデル
- 2 仕組み
  - 2.1 業務フロー
    - ・ 窓口でのキャッチ
    - ・ 各署でのキャッチ
    - ・ 主治医意見書
  - 2.2 役割・支援内容
    - ・ 就労に関する問診及びアセスメント
    - ・ 情報提供
  - 2.3 情報共有(カンファレンス)
- 3 活動の周知
  - 3.1 患者への PR
  - 3.2 経営層への PR
  - 3.3 現場医療職への PR
    - ・ 各部門との相談・調整
    - ・ 院内・外部研修会
  - 3.4 外部への情報発信
- 4 立ち上げ時の重点活動
  - 4.1 患者ニーズの掘り起こし
  - 4.2 ニーズの高い部門での活動
  - 4.3 外部機関との連携
- 5 効果評価

以下、5 つの大カテゴリとそれぞれのインタビュー例(以下、コード)を提示する。



## 1 組織

### 1.1 施設方針

本カテゴリでは、施設毎の支援方針に関する項目がまとめられた。9 施設中 5 施設から、計 13 コードが抽出された。

「患者が自主的に行動できるように支援する」、「患者と企業の双方の利益につながることを目指す」など、患者を中心としたトライアングル型のサポート体制を基本とする方針や、医療機関という限定された立場を踏まえた自施設で実施可能な支援の方針に関する発言があった。

- ・ 患者が治療や仕事に関して自主的に行動できるよう支援している。
- ・ 医療者に両立支援の価値を広める必要がある。その流れの中で MSW がより多く必要だという議論になるのではないかな。
- ・ 患者をキャッチしたあとの対応が重要。復職の時期でない場合は時期を待つこともあってよいと考えている。
- ・ 両立支援を緩和医療のように全国に広めていくことが重要と考えている。患者側に立った最先端医療が両立支援なのではないか。Value based healthcare が注目されている。
- ・ 患者は QOL を確保でき、企業も労働力を維持できるという、雇用関係にある双方の利益につながることを第一と考えている。患者自身の能力向上も目指している。
- ・ 多職種での支援という観点では、コアメンバーだけでなく全職員が両立支援についての知識を持つことが重要と考えている。
- ・ 両立に固執するのではなく、患者のニーズの延長線上に就労があり、そこを目指して支援していくと考えている。

- ・ LGBT など多様性に合わせた対応が議論されてきており、両立支援についてもその流れが進んでいこう。
- ・ MSW として、事例について成功失敗という感覚はない。治療ではなく支援と考えるので、成功かどうかは患者が判断することだと考えている。
- ・ びっくり退職を防ぐために、がん告知直後の患者に介入を始めた。
- ・ 医療機関は患者本人しか見えず患者の利益を考えるので、会社に与える影響について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。
- ・ 一昔前の退院支援は MSW 任せだったが、現在はどの職員も退院支援を気にかけている。両立支援も同様に、全職員が両立支援について考えてもらい、困難症例が両立支援センターに挙がってくるのが理想的と考えている。
- ・ 少なくとも癌領域に関しては、医学モデルから社会・生活モデルへ変化してきており、目標も QOL になってきている。院内の仕組みや研究も、患者参画で行っていくようになってきた。この流れの変化によって院内でも両立支援について議論しやすくなってきた。

### 1.2 共通目標、職種目標

本カテゴリでは、チーム内での共通目標や職種ごとの目標に関する項目がまとめられた。9 施設中 8 施設から計 29 コードが抽出された。

「仕事に関して患者から詳細に聴取する」、「診断直後には仕事を辞めないように声掛けをすることでびっくり退職を防ぐ」、「患者の漠然とした不安を詳細に聴取することで具体的な心配事に変えていく」、「適切な情

報提供を行う」など、支援者の職種を踏まえた具体的な個別支援のアクションに紐づく目標に関する発言があった。

- ・ 以前は医師の側が院内でどのようなチーム体制で支援ができるのかよく理解できていなかった。MSW と共にチームで対応して、より詳細に患者への聞き取りができるとさらに良いと思う。
- ・ 患者の不安を具体的な心配事に変えておくと、その後、当院もしくは他院での治療がスムーズになる。スムーズな診療がスムーズな両立支援につながると考えている。
- ・ がんという響きが悪く、今後の人生を想像できずに仕事を辞めてしまう人が多い。診断直後は大事なことを決断する時ではないと声掛けすることや、今後の人生を見据えたサポートが大事であると感じている。
- ・ がん治療は医師-患者間に信頼がないと行えない。両立支援はその内の一つである。
- ・ がん領域では生き続けることができない人のほうが圧倒的に多い。日本人は生きることと働くことが強く結びついている。キャリアを途中で諦めることになったとしても、患者さんがやりきったと感じられるように支援したいと考えている。両立支援というと復職が目標と思いがちだが、上手に仕舞っていくことも重要だと考える。
- ・ クリニックを経営する立場として、患者を顧客ととらえ、安定して通院できるように患者の要望に応じている。通院のために仕事を早退したくない患者は夕方に通院する。生物学的製剤の点滴や皮下注射を夕方や土曜日に行くことは多い。
- ・ なにかのバランスが取れなくなった時は

両立支援外来の出番だと思う。仕事と治療が多いと思うが、家族や両親についての問題を抱えている方もいる。

- ・ 医療者は患者の生活を多角的に考えることが苦手な人が多い。家族がいる＝家族にケア指導をしなければならぬという人は、見舞いにすら来ない家族にはまずは別の対応が必要になることまでは想像できない。両立支援のモチベーションが高い人は、多角的・全人的に考えることが上手く、本人の希望を聞き出す能力が高いと思う。
- ・ 開業医ができることは、診断時に「仕事を辞めなくてよい」と患者に伝えることと、相談支援センターにつなぐことである。
- ・ 患者が納得して意思決定することの支援をすることが大事である。
- ・ 患者と企業のどちらかに偏らずに中立を保って、片方を責めるような態度はいけなく考えている。患者の本音を伝えることは難しく、噛み砕いて伝えることを心がけている。
- ・ 患者の思いを他の職員にもつなげて支援する。
- ・ 患者の生活を見据えた支援が必要になってくる。
- ・ 患者の働く意義を尊重しながら、病状を理解し、企業ともつながることが出来るというメリットを活かしていきたい。
- ・ 患者の不安を解消するためには、今後の見通し(生存率)を含めた具体的な情報提供が必要である。
- ・ 患者の不安を具体的な心配事に変えていくことが、両立支援のポイントであると考えている。
- ・ 業務内容や勤務形態など細かく質問する。
- ・ 仕事のことを一番理解しているのは企

業の産業保健スタッフなので、日ごろからつながりを持っておくよう患者に伝えていきたい。

- ・ 治療が継続する中で、生活を支えるという意味でも両立支援を受ける意思がある患者には就労継続してほしい。また、新たなチャレンジとして働くことで社会とのつながりをもってもらえるようにサポートしていきたい。
- ・ 疾患によっては、主に診療をしている乳がんと同じような両立支援は難しいと考えるが、適切な説明を行い、患者の気持ちを傾聴するという考え方は共通していると思う。
- ・ 職場を最も知っている患者から情報収集を行い、患者の不利益や、疾病利得が生じないことに注意をすれば、両立支援を行うことが出来ると考えている。
- ・ 必ず患者の承諾を得てから職場との連携を開始し、やり取りした内容は患者に必ず報告している。患者が主体なので、患者を通じて職場側と連携するということを念頭に置いている。
- ・ 病院の理念に「患者さんの立場に立って考える」とあるが、患者だけでなく企業の立場にも立って考えることを念頭に置いて支援している。
- ・ 不安をどのように解消していくかに取り組みたい。漠然とした不安に対して適切な情報提供を行うことで、単なる恐れ of 感情に変わるので、身近な医療者として、情報を提供していく。
- ・ 不安を抱えて来院した患者には、診療や治療への理解を深めてもらうことや、生活上の注意点を説明することで、不安が解消され、職場復帰につながることもある。患者には心配事があれば、毎月受診することも可能であると伝えてい

る。

- ・ 両立支援のニーズをキャッチできる能力は、「大変だよね」で終わらせないこと。共感のみでなく、支援につなげる発想が必要。生活の仕方などへ具体的なアドバイスができる能力が必要。
- ・ 両立支援に関しては、仕事を辞めなくて良いということを話す時と、就労に困っている患者への対応に時間をかけている。特に、治療の説明に時間をかけている。
- ・ 労働関係法規が存在するという点を頭に入れておいて、その都度調べて情報提供できるようにしている。
- ・ 参考情報・モデル) 肺がんと乳がんの 5 年生存率を比較した場合、乳癌の 5 年生存率は 9 割近いので、生存率を示すことで、自己の喪失(抑うつ)まで至らない場合が多い。肺がんは 5 年生存率が 40%を切っており、具体的な生存率を伝えると自己の喪失(抑うつ)につながる可能性がある。

1.3 から 1.5 のカテゴリでは、両立支援を行う組織体制や主担当となる職種、支援体制に参考となる情報に関する項目がまとめられた。全施設から計 54 コードが抽出された。

### 1.3 部門

組織に関しては、がん相談支援センターなどの既存の組織の機能を拡張させた医療機関や、新規組織を設立した医療機関があった。

- ・ 院内に治療就労両立支援センターがある。
- ・ がん以外の疾患にも対応できる体制づくりをしている。
- ・ がん相談支援センターが支援を希望す

る患者の集約と必要な部署へつなぐことを行う。

- ・ がん相談支援センターでは、就労継続に関する具体的な支援を行っている。
- ・ すでにごがん相談支援センターでハローワークと提携して復職支援を行っていた。そこへ両立支援の取り組みを追加した形である。
- ・ 意思決定支援外来を立ち上げ、希望者または介入が必要だと思われる患者に対して、週一日、一枠 29 分の外来診察を実施し、患者の相談に乗っていた。これらの取り組みが、意思決定支援を重要だと考えるスタッフの増加につながったと考える。
- ・ 患者窓口ではないが、人事室に2名、その他部署に1名両立支援コーディネーターの資格を持つコアメンバーが在籍している。
- ・ 病院看護師が両立支援コーディネーターとして患者対応を行い、両立支援センターの両立支援コーディネーターは組織づくりをするように意図せず分担する形になっている。
- ・ トップダウンで両立支援推進が行われている院内風土である。
- ・ 両立支援のコアメンバーが化学療法室の担当もしているので、化学療法をしながら仕事との両立をする患者が多い印象がある。

#### 1.4 主担当職種

主担当職種に関しては、医療ソーシャルワーカーが中心となり、看護師や公認心理師やリハビリテーションスタッフなど、多職種が両立支援コーディネーターの資格を取得して連携する医療機関が多かった。

- ・ 2012 年から社会保険労務士が病院に来るようになり、病院全体の意識が高まった。
- ・ 2017 年頃から具体的に患者対応を取り組み始め、2019 年頃から教育体制も含めた現在の体制になった。
- ・ 3名のMSWが両立支援の対応ができるようになっている。
- ・ MSW の役割に就労支援がある。
- ・ 当院の MSW は全員が両立支援コーディネーターである。
- ・ 院内に両立支援コーディネーター研修を受けたスタッフが 20,30 人いる。
- ・ 看護師と MSW が両立支援に関与している。
- ・ ごん診療センター内で主に相談を受けているのは、医療ソーシャルワーカー3名と看護師1名である。適宜、個別の担当医や理学療法士と連携している。
- ・ クリニックでは、医師が中心に両立支援を行っている。
- ・ 両立支援センタースタッフに公認心理師がいて、心理面での両立支援ニーズの掘り起こし作業をしている。
- ・ 両立支援に関わっている職種は、がん相談支援センターの看護師とソーシャルワーカーである。
- ・ レジメンの変更や副作用の出現時期の相談など身近に相談できるのが看護師だと考えており、今年1名の看護師が両立支援コーディネーター研修に出る。血液内科の移植コーディネーターも両立支援コーディネーター研修を希望している。
- ・ 医師、看護師、MSW、両立支援コーディネーター(事務職員)が関わっている。事務職員は人事担当であり、病院職員の両立支援にも対応している。

- ・ 医師が診察の際に就労支援カードを患者に渡していて、渡し忘れた時は診察に同席する医療秘書が患者にカードを渡したということがあった。
- ・ 医師から患者に「仕事を辞めなくて良い」と診断時に伝え、詳しい就労状況や相談内容は診察に同席した看護師が聴取するように分担している。
- ・ 患者の希望を検討する際に労働法との兼ね合いもあるため、社労士からの情報は必須であると考えている。
- ・ 看護師、保健師、MSW、がん相談支援員(看護師、ソーシャルワーカー)、公認心理士、精神保健福祉士、理学療法士が両立支援に関与していて、全員が両立支援コーディネーターの資格を持っている。
- ・ 看護師 1 名、医療ソーシャルワーカー3名、医師、リハビリ(医師、理学療法士)、長期療養者就職支援ナビゲーター(ハローワーク)が両立支援に関わっている。
- ・ 看護師は疾患や治療への不安に対する患者からの相談内容の一つとして、就労について聞き、必要に応じて、医師が同席する面談機会を設けていた。
- ・ 血液内科担当の看護師1名が両立支援コーディネーター研修を受講している。長期フォローアップ(LTFU:Long time follow up、造血幹細胞移植後)外来を担当しており、そこで両立支援活動をしている。
- ・ 主治医、看護師、リハビリスタッフ(PT、OT、ST)が連携して両立支援を行っている。PT は両立支援の入り口として多いが、OT の評価も必要になることも多い。当院は頭頸部癌患者数が多いため ST3 名も対応を行う。
- ・ 就学・就労支援センターの担当職種は

常勤の看護師と保健師である。

- ・ 地域医療連携センターにソーシャルワーカー9名、看護師6名がおり、退院支援を行っている。両立支援コーディネーターはがん診療センターに2名、地域医療センターに3名いる。
- ・ 特定機能病院にあるがん相談支援センターにはがん相談支援員が在籍しており、その仕事の一つに就労支援がある。がん相談支援センターが両立支援を担うのが一番展開しやすいと思う。
- ・ 能力・技能の獲得方法に関しては、看護師 2 名のうち 1 名は両立支援コーディネーターの研修を受講した。看護師が取得できる資格は限られるので、モチベーション向上につながると思う。
- ・ 肺がんに関しては、アドバンスケアプランニングまで行える医師であれば、就労支援も可能だと考える。
- ・ 初診時にはほぼ全患者に認定・専門看護師や薬剤師ががん患者指導管理料(年間 6000 件)の枠組みで入るので、その中で両立支援の初期対応が可能である。
- ・ 両立支援コーディネーターの資格を持っていない薬剤師、栄養士、理学療法士、事務も両立支援に関わっている。
- ・ 両立支援コーディネーターはがん診療センターに2名、地域医療センターに3名いる。

## 1.5 連携する職種

- ・ 病院の設立目的上、両立支援はトップダウンで進んでいる状況であり、MSW としても動きやすい。
- ・ 両立支援センター専従スタッフが支援方法を確立して、病院スタッフ全体へ広げていった。

- ・ 看護師長が看護部へ両立支援の無理のない始め方を相談した。外来看護師に情報共有を行い、外来に両立支援のポスターを貼って、患者からがん相談支援センターへ申し出て頂く形で取り組みを開始した。
- ・ 両立支援センタースタッフは研修や病院内の組織づくりのサポート、支援ツール作成などを行っている。
- ・ それぞれの職種がどのような役割を果たしているのかを全員が共通理解したうえで、どの問題をどの職種に頼むか采配するのは両立支援コーディネーターの役割と考えている。
- ・ 両立支援事例の分類をして、看護師が日常的に行ったほうがよい両立支援業務は看護師が行うようにした。
- ・ 両立支援センターで管理できなくなるおそれがあったため、医師は両立支援のシステムに入れずに個別対応としている。
- ・ 医師以外の職種でも情報収集可能な「仕事の情報」については看護師やソーシャルワーカーが聴取することとなり、支援対象者が増えるにつれて支援者の負担が大きくなってしまった。業務積算を作成し、両立支援の取り組みを広めていくには今の人数では限界があることを経営層に伝えたところ、翌年増員された。
- ・ 両立支援においては医師が意見書を作成するので、中心となって動いてくれる医師が必要である。その医師を中心に多職種が集まり、一事例ずつ展開していくことで、それぞれの病院に合ったシステム構築ができると思う。
- ・ 両立支援を始めた時はみんなのように動いたらよいかわからなかった。まず1事例をとりあげて、全員で関わることにした。すべての場面に全員で立ち会っ

たのが良かった。全員の共通理解の下、効率よい支援の流れを検討し、業務の振り分けをすることが出来た。

## 1.6 支援体制の参考情報・モデル

- ・ 治療と仕事の両立支援について初めはどのように活動したら良いのか見当もつかなかったので、産業医科大学病院を見学できたことが大きかった。
- ・ 両立支援の組織づくりに関する文献があり、事務長や医師が活動を牽引するケースがあることを知った。
- ・ 両立支援の講演会に出席すると院内システムづくりに関する質問を多くいただく。具体的なシステムについてはすでに構築している病院を見学することが一番参考になる。産業医科大学病院を見学して、両立支援カンファレンスに産業保健総合支援センターや各診療科の医師が参加していたことには感銘を受けた。成功事例だけでなくトラブルケースの情報も共有できると参考になる。
- ・ イギリスのように外来診察に MSW が必ず入り、医師の診察の後に MSW が問診する形になるとよい。
- ・ 両立支援の取り組みを立ち上げたあとも、産業医科大学の両立支援科に相談できたことがよかった。

## 2 仕組み

本カテゴリでは、個別支援における流れや仕組みに関する項目がまとめられた。全施設から計 35 コードが抽出された。

### 2.1 業務フロー

支援開始については、「初診時に支援を開始する」、「主治医を始めとした院内スタッフからの紹介を受ける」、「窓口で患者が相

談に来る」、「びっくり退職を防ぐために告知後に介入する」など、複数の起点が設けられていた。

### 窓口でのキャッチ

- お金や再就職についてなど様々な相談があるため、がん相談支援センターが窓口になり、必要な部門(出張ハローワーク、両立支援外来)を紹介している。
- がん診療センターの中のがん相談支援室が窓口になっており、がんに限らず対応している。
- がん相談支援センターで両立支援について相談できる。
- 相談窓口は、患者総合窓口とがん拠点病院としてのがん患者向け窓口がある。
- 両立支援の窓口は、既存の患者窓口の機能を拡充した。
- 看護師長が看護部へ両立支援の無理のない始め方を相談した。外来看護師に情報共有を行い、外来に両立支援のポスターを貼って、患者からがん相談支援センターへ申し出て頂く形で取り組みを開始した。
- 両立支援の相談窓口は、就学・就労支援センターである。
- 窓口は2つあり、がん相談支援センターに看護師1名と両立支援コーディネーター1名が在籍、よろず相談外来に MSW 4名(全員が両立支援コーディネーター)が在籍している。
- 地域医療連携センターにソーシャルワーカー9名、看護師6名がおり、退院支援を行っている。両立支援コーディネーターはがん診療センターに2名、地域医療センターに3名いる。
- 当院を受診する患者はがんの疑い、もしくはがんと診断された方であるため、

がん以外の疾患の窓口は無い。

- 特定機能病院にあるがん相談支援センターにはがん相談支援員が在籍しており、その仕事の一つに就労支援がある。がん相談支援センターが両立支援を担うのが一番展開しやすいと思う。
- 別の疾患を抱えながらがん治療をしている患者は、がん相談支援センターで相談を受ける。

### 各署でのキャッチ

- カルテに記録された看護師のアセスメントを参考にして、主治医や受け持ち看護師に連絡を取り、状況を確認する。
- がん患者に対して入院時と入院1週間後にスクリーニングを行い、仕事に関する悩みの有無を聴取し、カルテに入力する仕組みがある。両立支援担当者は、面談希望がある患者をカルテで定期的にチェックしている。
- がん相談支援室の存在を知ってもらうこと。がんに関する生活の悩みがある患者には、がん相談支援室を医師から紹介してもらうという取り組みを既に行っている。それに派生して仕事の相談もできることを医師に知ってもらう必要がある。
- 初回問診時とがん診断時に就労について聴取するシステムを構築している。
- 治療開始前に看護師による患者との面談が院内マニュアルにそって行われる。
- 治療が始まる前に仕事を辞めるという先行研究を参考に、告知直後の患者に介入し始めた。
- 入院予約をした患者には勤労看護アセスメントシートを用いて仕事について聞き取り、緩和ケアスクリーニングシートにも仕事に関する質問がある。
- びっくり退職を防ぐために、がん告知直

後の患者に介入を始めた。

- ・ 病院スタッフから両立支援センタースタッフへコンサルトされる。
- ・ 外来治療室での初回治療時に MSW が患者に対して医療費、仕事、生活について確認を行っており、治療室の看護師にはそれを機会に両立支援活動を知ってもらい、患者に仕事の悩みが生じたときには紹介するように周知を行っている。
- ・ 医師が患者に「仕事を辞めなくて良い」と診断時に伝え、詳しい就労状況や相談内容は診察に同席した看護師が聴取する。
- ・ 看護師長が看護部へ両立支援の無理のない始め方を相談した。外来看護師に情報共有を行い、外来に両立支援のポスターを貼って、患者からがん相談支援センターへ申し出て頂く形で取り組みを開始した。
- ・ 血液内科の患者が多く、免疫抑制剤を中止できるタイミングで復職を検討することが多い。
- ・ 告知時に資料「仕事とがん治療の両立お役立ちノート」を用いて両立支援を知らせているが、まだ支援を受けるには早いと考える患者もいるため、支援につながらないことが課題と考えている。
- ・ 主治医、看護師、リハビリスタッフ (PT、OT、ST) が連携して両立支援を行っている。PT は両立支援の入り口として多いが、OT の評価も必要になることも多い。頭頸部癌患者数が多いため ST4 名も対応を行う。
- ・ 主治医や看護師からの依頼を受けて、患者との面談を行うのが一つのルートである。
- ・ 初診時にはほぼ全患者に認定・専門看

護師や薬剤師ががん患者指導管理料 (年間 6000 件) の枠組みで入るので、両立支援の初期対応が可能である。

- ・ 日常の診療に両立支援が組み込まれており、患者一人一人に職業や業務内容を聞いている。
- ・ 入院準備のスタッフも患者への声掛けを行う。

### 主治医意見書

主治医意見書の発行の流れに関して、9 施設中 5 施設から計 6 コードが抽出された。医療ソーシャルワーカーあるいは看護師が、主治医と連携することで効率的に発行していたことが示された。

- ・ MSW・看護師による主治医意見書の下書きの段階で、意見の内容や医学的根拠について主治医に確認している。
- ・ 指導料の算定対象でない患者にも一般診断書という形で文書を作成する場合がある。
- ・ 主治医意見書はコンサルト元の病院スタッフと両立支援センタースタッフが共同で作成する。
- ・ 患者に勤務情報提供書の説明を行い、会社からの配慮が必要であれば勤務情報提供書の提出をお願いしている。
- ・ 主治医意見書が主治医の負担にならないよう、事前に両立支援コーディネーターが主治医と相談して意見書の下書きを行う仕組みを作っている。
- ・ 複数の診療科をまとめるのが大変な症例は、両立支援外来の医師にまとめて主治医意見書を書いていただくと良いと考えている。

### 2.2 役割・支援内容



## 就労に関する問診及びアセスメント

就労に関する問診は、マニュアルやアセスメントシートなどを用いて、効率的かつ網羅的に聴取するように努められていたことが示された。

- ・ 勤務情報提供書のタイトルを『主治医への質問書』に変更して質問欄を大きく取り、質問の内容から会社が事態をどのように受け止めているかを判断する材料にしている。
- ・ 勤労看護アセスメントシートに仕事の情報を記載する欄がある。
- ・ 診察の場で就労状況を話すことが難しかったため、別の場所で看護師が患者から聞き取りをしている。
- ・ ステークホルダーのニーズは三者面談（患者、主治医、企業担当者）を通して知ることができた。患者と面談をして、患者の気持ちや不安なことを確認した。企業担当者とも 2,3 回面談をした。患者が困っていることをコーディネーターから企業側へ伝えて、両者が歩み寄れるようにした。
- ・ 治療開始前に看護師による患者との面談が院内マニュアルにそって行われる。
- ・ 入院予約をした患者には勤労看護アセスメントシートを用い、緩和ケアスクリーニングシートにも仕事に関する質問がある。
- ・ 外来患者に対しては外来看護師が面談を行い、入院患者に対しては入退院支援センターが面談を行う。
- ・ 看護師が勤労看護アセスメントシートを用いて両立支援ニーズの聞き取りをしている。
- ・ 両立支援に関する面談は入院・外来を問わず行っている。
- ・ 看護師は疾患や治療への不安に対す

る相談内容の一つとして、就労について聞き、必要に応じて、医師が同席する面談機会を設けていた。

- ・ 休暇の取り方（有給休暇、病気休暇制度の有無）や復職に対する切迫感の有無、経済面、家族が心配していること、医療者が心配していることについても両立支援を行う上で必要な情報となる。
- ・ 勤務情報提供書を提出してもらうのは、主治医意見書を発行する人だけである。情報収集として勤務情報提供書の質問項目を主治医意見書を発行しない人にも聞く。
- ・ 就労支援の実施内容を記録するフォーマットがあり、電子カルテに転記されるシステム作りを行った。そのシステムを利用し、現在は他科も就労支援を行っている。
- ・ 退院後は継続看護（スタッフナース）がケアを行う。
- ・ 当院では問診票で一括して患者情報を取得している。
- ・ 両立支援の患者の絶対数が少ないことも課題と考えている。がん拠点病院になっており、がん患者には「生活のしやすさ質問票」を用いて、仕事への心配を尋ねてがん相談支援センターに相談を勧めている。癌以外の疾患については患者へのさらなる周知が急務と考えている。

## 情報提供

情報提供に関する項目がまとめられた。9 施設中 3 施設から計 3 コードが抽出された。使用するツールに関しては、「検査結果を患者に渡すことで職場と情報共有を図る」など、既存の書式を利用していることが示された。また、外部連携について重視しており、「土曜日に診療を行うことで患者が受診しやす

い環境を整備する病診連携」や、「ハローワークや産業保健総合支援センターなどの外部機関との連携」という例が示された。

- ・ “両立支援リテラシー”のような両立支援の行い方がわからない医師が多い。診断書は皆まじめに書いている。実は主治医意見書のほうが各種ツールが開発されていて書きやすくなっている。
- ・ 検査結果は本人に伝える義務があるので、すべてプリントアウトして渡していて、本人が企業に見せることができる。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している。
- ・ 両立支援の資料は産業医科大学病院から紹介されたものを、院内で名前を変える程度のカスタマイズをして使用している。

## 2.3 情報共有

### カンファレンス

- ・ 各診療科のカンファレンスでは両立支援コーディネーターが関わっていない症例も取り上げられており、病状を含めた視点を勉強することが出来る。両立支援コーディネーターがカンファレンスを主催する場合は、就労や経済面の視点から検討を行う。
- ・ 両立支援のカンファレンスでは、支援者が困っている症例を取り上げて、治療、病状、リハビリについて話し合い、職場復帰に向けてどの程度準備ができるかを検討している。
- ・ 患者にどのように対応し、何を優先して伝えた方が良いかという情報を得る目的や、他の職種が患者をどのように見ているかを知る目的で各診療科のカンファレンスに参加することもある。
- ・ 月に2回、両立支援コーディネーター会

議を開催し、コーディネーター同士で困ったことを話し合っている。

- ・ 他スタッフの面談に同席したり、ケースカンファレンスを毎日開催したりしている。
- ・ 多職種参加で行う事例検討会で日々勉強している。
- ・ 様々な職種と連携をとるために両立支援科では月2回の事例検討会を設けている。
- ・ 両立支援コーディネーターの研修受講、就労や両立支援についての研修会への定期的な参加、院内関係部署のカンファレンスへの参加を行っている。カンファレンスを通じて様々な意見を取り入れて支援内容を検討している。
- ・ 両立支援を進めたいという理由でカンファレンスを主催しているため、目的が明確である。

## 3 活動の周知

### 3.1 患者へのPR

本カテゴリでは、患者に、両立支援を周知するPR活動に関する項目がまとめられた。9施設中4施設から計6コードが抽出された。

「チラシやカードを渡す」、「ポスターを貼る」、「院内スタッフからの紹介」などの方法によって、患者に両立支援活動に知ってもらい、必要時に支援を得られるような環境づくりが行われていた。

- ・ がん相談支援室の存在を知ってもらうこと。がんに関する生活の悩みがある患者には、がん相談支援室を医師から紹介してもらうという取り組みを既に行っている。それに派生して仕事の相談もできることを医師に知ってもらう必要がある。
- ・ すべての看護師が就労サポートに関して患者に説明できるわけではないが、治療と就労の両立に悩んでいる患者に

がん相談支援センターのチラシを渡し、案内することはできるようになっている。

- ・ 治療前の看護師による面談時に、就労サポートに関するチラシを患者に渡している。院内にがん相談支援センターがあることは患者に周知されている。
- ・ 外来のポスターで両立支援希望の場合は申し出て下さいとしているが、申し出る患者は少ないのではないかと。ポスターでは限界があると思う。
- ・ 各外来にポスターやリーフレットを配布している。外来化学療法部門にもリーフレットを配置してがん治療の中でも相談を受け付けていることを発信している。
- ・ 患者に就労支援カードを渡し、心配事があれば、相談支援センターへ連絡するよう伝えている。

3.2 から 3.3 のカテゴリでは、自施設の経営者や医療職に、両立支援を周知する PR に関する項目がまとめられた。9 施設中 7 施設から計 22 コードが抽出された。トップダウンとボトムアップの双方向から、キーパーソンを巻き込むことで効果的な PR が行われていることが示された。

### 3.2 経営層への PR

- ・ 「体験者から学ぶ会」に病院長も参加してもらって、病院長から職員へも参加呼びかけをしてもらっている。「体験者から学ぶ会」では就労しているがん患者に講師を依頼して、がん患者の体験談を通して社会生活で困難となるポイントなどを院内スタッフに学んでもらっている。
- ・ がん患者指導管理料を算定することで外来の収益になり、看護部へのアピールにつながるため、算定資格のある看護師が担当し、外来収益に貢献してい

た。経営的な面でも体制づくりを行うことがアピールにつながる。

- ・ 医師以外の職種でも情報収集可能な「仕事の情報」については看護師やソーシャルワーカーが聴取することとなり、支援対象者が増えるにつれて支援者の負担が大きくなってしまった。業務積算を作成し、両立支援の取り組みを広めていくには今の人数では限界があることを経営層に伝えたところ、翌年増員された。
- ・ 両立支援活動を通じて指導料の算定をとることで、病院にもメリットがあるということをアピールして協力を仰ぐ必要がある。
- ・ 支援結果は量的には示しにくい。本人が幸せになったかどうか指標になると思うが、経営的には示しにくい。経営層に対しては看護師とともに組織的に活動できているという体制の良さをアピールしている。
- ・ 診療報酬をとることで、院内トップを説得することは考えられる。

### 3.3 現場医療職への PR

#### 各部門との相談・調整

- ・ 患者の年齢層は幅広く、働く世代の患者も多い。治療と仕事を両立できるように、両立支援の取り組みを院内に広めている最中である。
- ・ 意思決定支援外来を立ち上げ、希望者または介入が必要だと思われる患者に対して、週一日、一枠 30 分の外来診察を実施し、患者の相談に乗っていた。これらの取組みが、意思決定支援を重要だと考えるスタッフの増加につながったと考える。
- ・ がん患者指導管理料を算定することで外来の収益になり、看護部へのアピールにつながるため、算定資格のある看

護師が担当し、外来収益に貢献していた。経営的な面でも体制づくりを行うことがアピールにつながる。

- ・ 一つ一つのケースにおいて主治医と関わる際は、がん相談支援室でどのような対応ができるのかということをアピールしながら、主治医との信頼関係を構築することを意識している。
- ・ 院内ではコツコツと支援フローの取り組みを周知し続けていくことが目標。院内の取り組みを続けていく中で、他部署とちゃんとコミュニケーションを取り続けないと簡単に取り組みは壊れてしまう。コロナ禍で病棟に行けなかったときはコミュニケーションが十分に取れなかった。
- ・ 院内で仕事に関する相談が出来る場所があると知ってもらうことが必要である。がん相談支援室に相談することでどのように良い方向に迎えるかを症例を通じて知ってもらう必要がある。
- ・ 両立支援活動のコアメンバー以外の職員への普及が不足しているため、啓発を兼ねた講習会動画を院内ポータルサイトに載せている。
- ・ 周知活動に関しては、実際の事例を伝えた方が理解してもらいやすいと考えている。
- ・ 院内のシステムを変える時には各部門の承認を得る必要があり、両立支援に関してどのようなシステム運用だと承認が得られるのか事前に水面下で動いておくことで、承認につながった。実際システムを動かすときはトップダウンで伝えてもらった。
- ・ 両立支援センター専従スタッフは研修や病院内の組織づくりのサポート、支援ツール作成などを行っている。
- ・ 外来治療室での初回治療時に MSW が

患者に対して医療費、仕事、生活について確認を行っており、治療室の看護師にはそれを機会に両立支援活動を知ってもらい、患者に仕事の悩みが生じたときには紹介するように周知を行っている。

### 院内・外部研修会

施設内での教育・研修会、カンファレンスといった個別事例の共有に関する項目がまとめられた。9 施設中 6 施設から計 21 コードが抽出された。

両立支援の個別事例の共有によって、両立支援の周知が行われていた。共有方法には、研修会やカンファレンスなどがあり、両立支援を経験した患者の講演会など内容も工夫されていた。

- ・ 「体験者から学ぶ会」に病院長も参加してもらって、病院長から職員へも参加呼びかけをしてもらっている。「体験者から学ぶ会」では就労しているがん患者に講師を依頼して、がん患者の体験談を通して社会生活で困難となるポイントなどを院内スタッフに学んでもらっている。
- ・ 500 人も看護師がいるとモチベーションも様々で、職員の入れ替わりもあり知識のアップデートをしてもなかなか追いつかない。モチベーションが高い職員には外部研修に誘うなど地道な取り組みをしている。
- ・ MSW などマネジメントを行う職種は、治療と仕事の両立支援も含めた関連する研修を受講するしくみになっている。
- ・ 病院職員の両立支援に関するモチベーションを高めることが重要。一番モチベーションが高まったのは院内で開催した「体験者から学ぶ会」だった。受けた医療・望む医療について患者自身から

本音で話されると、医療者には大きく響く。

- ・ 病院スタッフへの周知のために研修会の内容も工夫しており、今年度は人事職員(両立支援コーディネーター)を対象に「自身が患者になったらどうか」と患者の気持ちを理解させる内容で実施した。
- ・ 必要な研修には出るように病院から指示があり、両立支援に関する研修にも参加しやすい風土が以前からある。研修に参加したときは出張扱いにされるなどのバックアップもある。
- ・ 看護師へ研修を行い、両立支援の相談の場での患者への声のかけ方を指導している。
- ・ 看護師向けに基礎研修と応用研修を年1回ずつ行い、基礎研修では患者への声掛けのセリフを紹介し、応用研修では主治医意見書の書き方を学ぶ。
- ・ 勤労者看護を認定する院内制度を作り、認定看護師が両立支援コーディネーター研修を受けるしくみがある。
- ・ 外部の両立支援の講演会に参加することで研修会としている。
- ・ 認定・専門看護師と病棟のリーダー看護師は最低でも年1回は就労支援の研修を受講する。
- ・ 支援者は、両立支援コーディネーター研修の受講、厚生労働省主催の両立支援に関する研修やセミナーの受講、実際の症例の経験などを通して能力を獲得する。

### 3.4 外部への情報発信

本カテゴリでは、自施設での両立支援活動についての外部への情報発信に関する項目がまとめられた。9施設中3施設から計

5コードが抽出された。

院外へのPRにより、両立支援活動の社会的に周知されていた。このようなPR活動が外部機関との連携につながった例もあった。

- ・ 日本産業衛生学会やMSWの学会などには必ず演題を出してアピールしている。
- ・ 療養・就労両立支援指導料の算定要件が緩和されたため算定件数が増え、件数が多いことを院外にアピールしている。
- ・ 県のがん対策推進委員会には、がん治療・相談支援部会があり、労働局や産業保健総合支援センター、拠点病院患者会などが参画して横方向の展開をしている。
- ・ 県内のがん診療連携拠点病院が集う連絡協議会で、両立支援について活動をしている。  
当院ではYouTubeやオンラインセミナーを開催しており、参加対象者を「希望する方どなたでも」にしたところ、この半年で一般企業の方や学校関係者の方からの申し込みが増えつつある。

### 4 立ち上げ時の重点活動

両立支援組織を立ち上げるにあたっての活動について、「疾患特有の両立支援ニーズを探った」、「がん患者のみを対象に始めた」という対象ニーズの掘り起こしに関する内容が聴取された。また、「院内スタッフの協力を得るため、周囲に負担の少ないような活動を模索した」など、連携部門を限定して活動を開始した施設も多数あった。院内での役割分担については、職種の専門性や、患者と接する場所などに応じて分担が行われていた。

#### 4.1 患者ニーズの掘り起こし

- ・ がん患者を対象に両立支援活動を始め、全患者対象に広げた。
- ・ 両立支援センタースタッフの MSW1 人は心疾患患者の両立支援ニーズの掘り起こし作業をしている。
- ・ 両立支援センタースタッフに公認心理師がいて、心理面での両立支援ニーズの掘り起こし作業をしている。
- ・ 血液内科の患者が多いのは、看護師と患者の連携が密であることと、入院期間も長いので両立支援の話題が出てきやすい、患者が就労の不安を抱えやすい状況にあることが考えられる。
- ・ 大病院に平日通院することが難しい患者は平日以外や夕方通院できるクリニックを希望する。クリニックの存在自体が両立支援になっている。
- ・ 両立支援を教えてくれる人がいなかったため、まずはがん患者全員に介入していた。2018 年上半期は、がん告知直後の患者に全例介入していた。患者から両立支援は必要ないと言われることもあったが、偶然を装って来院時に患者と話すなどタイミングを確保していた。患者と話すことで直接得られるものが、両立支援の理解につながった。

#### 4.2 ニーズが高い部門での活動

- ・ がん相談支援センターの看護師には、労災病院だから両立支援をしなければならないという上層部からのプレッシャーと、がん相談支援センターだから患者を支援しなければならないという要求と、「患者さんから仕事の話の話を聞いただけ聞いて何もできずに背中を見送る」という困りごとがあった
- ・ 業務負担の問題から、従来の業務に追

加して病院職員に両立支援業務を依頼することは難しいと感じたので、患者支援を行っている病院職員の困りごとを探すことからスタートした。

- ・ コロナ禍で十分に活動を拡大できなかったが、関心の有りそうな診療科から始めて全科へ広げて、病院全体として患者が入院する時に両立支援が必要か確認していくことをイメージしていた。
- ・ 両立支援導入時にいくつかの部署に就労支援について困っていることを聞いて回った。困っていると言ってくれるところから介入しようと考えた。
- ・ 初めは支援者の困りごとを聴取するところから始めた。協力的でない人もいるので傷つくこともあるが、協力的な人たちと取り組みをすすめることが大事だと思う。
- ・ 労災病院なので院内職員の意欲は高いかもしれない。認定看護師を取得する看護師は意欲が高い。就労情報を尋ねるフォーマットはあったが、就労情報に対する対応方法が無く困っていたというニーズもあったと思われる。
- ・ 循環器内科と胸部外科の医師の担当するがんとがん以外の患者に対して両立支援を始めた。中心となってくれそうな医師を見つけ、その医師の担当患者の両立支援を行うことで徐々に症例を増やしていった。
- ・ 医師、看護師、事務に相談しながらスタッフが動きやすいシステムづくりを目指した。
- ・ 今後相談を受ける可能性がある患者は、カルテのメモ欄を活用し、いつでも依頼してもらえるよう準備を行っている。

#### 4.3 外部機関との連携

本カテゴリでは、外部機関への紹介や連

携に関する項目がまとめられた。9 施設中 9 施設から計 10 コードが抽出された。

- ・ クリニックは 4、5 月に新規患者が多い。大きな病院は平日のみの通院となるが、入職して 6 か月間は有給休暇が付与されないため、疾患を職場で開示していない患者は休むことが難しい。土曜日しか通院できない患者を引き受けてほしいと大学病院や基幹病院から紹介がある。6 か月間治療を行い紹介元の病院に戻すケースもある。クリニックの存在自体が両立支援につながっていると考えている。
- ・ お金や再就職についてなど様々な相談があるため、がん相談支援センターが窓口になり、必要な部門(出張ハローワーク、両立支援外来)を紹介している。
- ・ 開業医ができることは、診断時に「仕事を辞めなくてよい」と患者に伝えることと、相談支援センターにつなぐことである。
- ・ 患者が休職している間は、医療機関の両立支援コーディネーターがある程度連携をとる必要がある。復職後は、本人が企業の産業保健スタッフや外部の支援機関と連携することが重要であると考えている。
- ・ 潰瘍性大腸炎の患者が、うつ傾向となる場合がある。身体疾患と精神疾患の両方が組み合わさるケースが多い。その場合、産業医学に精通している精神科医を紹介し、会社宛ての診断書を書いてもらっている。精神疾患を適切に診察できる医師と連携して精神疾患のある患者の両立支援も充実させたい。
- ・ 具体的な職場との連携としては、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。

- ・ 今後は、大学病院で対応できない部分をクリニックが対応し、クリニックで対応できない部分は大学病院で対応してもらうというように、お互いの利点欠点を補いながら病診連携し両立支援を進めていくことが良いと考える。
- ・ 診断後すぐに支援につなげるには医師の理解が必要と考える。院内医療従事者の教育のために、ハローワークや産業保健総合支援センターなどの外部機関との連携も必要と考えていて、出張相談会を開催してもらっている。定期的に両立支援の研修会に参加して、外部機関関係者だけでなく企業の参加者とも情報交換している。
- ・ 病診連携システムにより、定期受診をする患者が多くいるが、前医での就労支援の介入には差がある。

## 参考

### 各施設の実績及び課題

両立支援に関する現状の実績および課題に関する項目について、以下に列举する。9 施設中 8 施設から計 55 コードが抽出された。

今後さらなる知見蓄積が期待される課題としては、「両立支援に関与すべき職種」や「患者の様々な病状に合わせた働き方の考え方」などが挙げた。院内の取り組みに関しては、院内スタッフに両立支援の理解を促すことや、より効率的な支援方法を模索することが課題となっていた。また、「両立支援の取り組みに保険点数がついたことにより院内での取り組みが推進された」という意見があった。また、がん患者指導管理料の枠組みで両立支援活動を行っている医療機関もあった。

## 実績及び課題

- 900床の病院だが3名しかMSWがいないため、当日すぐの対応は難しいこともあるが、がん相談支援センターへの紹介は増えるとういと考えている。
- MSWとしても学校で社会復帰について学ぶことは無かったので、学校教育に両立支援を取り入れる必要を感じている。
- PTやOTまで両立支援の対応をする必要があるのか、看護師の対応で十分なのか判断できていない。
- 院内スタッフの熱意に動かされて両立支援に取り組み始めた。両立支援システムの立ち上げのときにはある程度の勢いがあるが、今後はシステムを維持していくことが課題となってきた。
- 開業医にとって両立支援は時間がかかり、お金にならない。時間外に文書を作成し、診察時に訂正を行い発行する。職場からの問い合わせにも対応する必要があり、それを診療時間内に行うと診療の妨げになってしまう。
- 当院ではがん患者を対象に両立支援活動を始めたため、リハビリスタッフの参加は進んでいない。
- がんの場合は患者に両立支援を行うと患者が病院へ戻ってくる。患者は病院がお金にならないことにどれだけお金をかけているかに目を向ける。患者へのサービスに重点をおく医師は、両立支援を手がけると思うが、経営面を考える医師は、両立支援は経営にならないと思うのではないかと考える。
- 当院ではがん以外の患者にも両立支援について対応していることを幅広く周知したい。
- がん相談支援センターの利用者は年間4000人(電話相談含む)で、対面での相談件数は2000件である。
- コロナ禍のためがんサロンは対面で行えなかった。
- 疾患の寛解と活動期の間に軽症や中等症があり、その状態の患者がどのように働くかが問題である。
- 職場の人ががん治療に伴う副作用や対処方法等について知る機会を増やすことも重要だと感じている。
- 当院は産業保健総合支援センターとの関わりがまだない。中小企業が多い地域だが、中小企業では両立支援の対応方法もわからないことが多いと思うので、産業保健総合支援センターとの連携を進めたい。
- 両立支援センタースタッフのみが両立支援を行っていた当初は、全例介入していたため件数を把握できていたが、院内の看護師が両立支援を行うようになると両立支援センターへコンサルトされる数は減った。
- 医師からの相談依頼が少ないため、医師の理解促進に努めたい。がん診療センターの機能を知っているスタッフからは依頼があるが、一部のがん診療部署の看護師からの依頼が中心であり、一部の診療科の医師からの紹介に限られている。
- 医師は潜在的に能力を持っていると考えられるが、関心がないために両立支援活動をやっていない。関心を持ってもらうために成功事例を他の医師にも共有できる研修会をしたいと考えている。
- 一人では対応できない場合もあるので、介入する人数を増やすことが有効だと考える。外来で、看護師など、がん患者の気持ちを聞く人員を配置する体制を



- 整えると、両立支援を含めたサバイバーシップへの支援が円滑に進むと考える。
- ・ 開業医の医師は産業保健の経験がある方が多いので、そのような医師が参画することによって両立支援の分野はさらに進展すると考えるが、業務として行うのは難しいのではないかと。
  - ・ 患者と会社の関係性が良くない場合の対応の仕方がまだ難しい。
  - ・ 患者に関わる医療者に対しても、患者の仕事について考えることを普及させていきたい。
  - ・ 企業側への両立支援の周知も不足している。企業内担当者が知っているのみで、従業員は知らないことがほとんどである。県の調査では、両立支援ガイドラインについて知っている企業は 13%で、その半数は両立支援の内容については知らない状況である。前例がない企業では支援が進まないという課題がある。企業側が両立支援について良く思っていないと考える患者もいるようで、そのことが両立支援を進める課題になっている。貴重な人材を失わずに済むことや、両立支援を掲げることで従業員のモチベーションアップにつながるなどの両立支援のメリットを企業に周知することが重要と考えている。
  - ・ 告知時に資料「仕事とがん治療の両立お役立ちノート」を用いて両立支援を知らせているが、まだ早いと考える患者もいるため、支援につながらないことが課題と考えている。
  - ・ 今後は地域でのネットワークづくりを行いたい。
  - ・ 仕組みを簡略化することや、連携体制を整えること、窓口が簡略化されればよいと思う。
  - ・ 若い医師は両立支援ではなく治療に取り組みたいという気持ちは理解できる。当院だけでは両立支援を広めていくのは難しい。
  - ・ 職員全員で取り組んでいるが、まだまだ周知の必要はある。研修会などを何度もやっていくしかないかなと考えている。
  - ・ 水平展開するとしたら、各地域に両立支援に取り組んでいる病院があるので、モデルケースとして牽引してもらうのが望ましいと思う。
  - ・ 阻害要因としては、医師の理解を得ることが難しく、「どうしてそこまでしなければいけないのか」と言われることがある。研修会などを通して、地道に意識のレベルアップを図るしかないと考えている。疾病診療の重要性に比べて、就労支援の重要性はなかなか理解されない。両立支援することで良いアウトカムがあることをデータで示してもらえると、医師のモチベーションアップにつながると考える。
  - ・ 相談支援センターの相談員は開業医に対して相談支援センターへの紹介の仕方を伝えることから始める必要がある。
  - ・ 大学病院では各診療科間の壁があるため、大規模な総合病院の方が両立支援コーディネーターや看護師など水平展開できる職種がいることでまとまりやすいと思う。
  - ・ 当院の医療者全員が就労支援について理解できるような周知活動を行うことや、どのようにして様々な職種が当事者意識をもって関わっていくかが難しい。周知活動に関しては、実際の事例を伝えた方が理解してもらいやすいと考えている。
  - ・ 入院患者をピックアップできるように放射線治療と血液内科の病棟看護師に

依頼をしたが、なかなかつながらなかった。経済的な困りごとを抱えた患者ががん相談支援センターに相談にくることが多い状況である。

- ・ 入院患者全員に尋ねる体制になってないため、両立支援について尋ねると患者側も大げさに捉えてしまうという認識の違いがあるように感じる。
- ・ 病院機能として毎年 100 人の看護師が入れ替わり、レジデントの医師も 50,60 人が入れ替わる。両立支援は1-2年で習得できるものではないと考えるので、新人教育には難しさを感じている。
- ・ 病院職員の隅々まで両立支援の浸透を目指していて、まずは看護師から周知したい。
- ・ 病院内でも就労支援の取り組みに差があるのは、疾患や診療科の特異性によるところがあると考えます。
- ・ 放射線治療に来る患者は放射線治療についての理解がないため、放射線治療についての説明にほとんどの時間を使ってしまう、両立支援をするには外来の時間が足りないということは感じる。
- ・ 理解度の促進等に関する評価は不可能ですが、「がん治療を受ける方のことを理解したい」という気持ちに応えるような情報も必要だと感じており、引き続き取り組みを進めていきたいと考えている。
- ・ 両立支援が必要と思われる患者のスクリーニングを行うこと。当院もスクリーニングをうまく活用できていないと感じている。スクリーニング時には両立支援の希望がなかったが、その後支援が必要であった症例が多くあるのではないかと。また、患者がその後どうなったのかを評価できていない。スクリーニングの仕組みをもっと活用したい。

- ・ 両立支援における心理的不安に対する対応に関して、乳がんは疾患研究が進んでいる分、患者からの質問に対して回答を準備することができる場合が多い。まだ研究が進んでいない疾患に関しては、見通しが立ちにくい。
- ・ 両立支援の患者の絶対数が少ないことも課題と考えている。がん拠点病院になっており、がん患者には「生活のしやすさ質問票」を用いて、仕事への心配を尋ねてがん相談支援センターに相談を勧めている。がん以外の疾患については患者へのさらなる周知が急務と考えている。
- ・ 両立支援の発信をしているつもりだが、院内でもなかなか理解が進まない。もう少し理解が広がると、何もしなくても広がっていくフェーズに入と思う。
- ・ 両立支援は患者の申し出が原則なため、安心して相談できる窓口づくりをしたいと考えている。いつでもどうぞ、何でもどうぞという姿勢を、患者にどう伝えていくかが課題である。
- ・ 両立支援を 100 人に伝えて興味を持ってくれるのは3人ほど。地道に講演活動をして広げていくのに3年位はかかりそうだと実感している。

#### **療養・就労両立支援指導料**

- ・ 指導料算定件数が少ないことは当院の課題である
- ・ 療養・就労両立支援指導料の算定につながった方が6名いる。診療情報提供書のみで復職した症例もいる。関わった患者からは利用してよかったという声が聞かれている。
- ・ 療養・就労両立支援指導料がつくようになって、両立支援に関する研修を受け

た意義を実感できた。療養・就労両立支援指導料ができる以前から、研修受講などで両立支援の活動をする下地が院内にあったからこそ、院内の両立支援のシステムがうまく動いたと感じている。

- ・ 医療者や医師は病気にしか目がいていない。患者を生活者としてとらえ、病気だけでなく生活をサポートする目を養う必要がある。患者の生活を含めてサポートすることが指導料につながれば医療機関のメリットになる。現状として20人に1人しか指導料につながっていない。
- ・ ある程度大きい規模の職場でないと専門職がいらないため、療養・就労両立支援指導料の算定につながらない。
- ・ 昨年の指導料算定件数は8件、算定していない件数は不明である。
- ・ 就労継続の支援を行う際に、保険診療が可能な両立支援制度があると患者に説明しても、自身で上司に説明することができると言われ、制度を利用しないことが多い。
- ・ 他院に紹介した患者が職場復帰せず、自分の病院に戻ってきたとき、療養・就労両立支援指導料の利用について考えることで、両立支援の次のステップへとつながると思う。
- ・ 大企業では産業医とのやり取りが可能であるが、全ての職場でそれを行うことは不可能である。厚生労働省が勧める両立支援制度をどのように利用し両立支援を充実させていくかを検討したい。

#### **がん患者指導管理料**

- ・ がん患者指導管理料の算定を6回とる患者や、それ以上の回数の面談を希望される方もいる。
- ・ がん患者指導管理料イの算定は医師と

認定看護師の同席が条件となり、がん相談支援センターは医師不在の為算定していない。

- ・ がん患者指導管理料の枠組みで支援している患者もおり、がん相談支援センターでは専門看護師または認定看護師による面談で、がん患者指導管理料ロを年間700件算定している。
- ・ がん診断時に看護師同席のもと、治療計画を立て、文書で提示することで500点の加算をとることができる。その後、算定資格のある看護師は、面談時に200点を6回とることが可能である。多くの患者は6回以内で面談終了となる。

#### **D. 考察**

今回、両立支援に意欲的に取り組む経験者らから、医療機関における両立支援の実施状況を聴取し、5つの大カテゴリ(1 組織、2 仕組み、3 活動の周知、4 立ち上げ時の重点活動、5 効果評価)に整理することができた。

今回の調査対象の医療機関の両立支援取り組みパターンについては大きく4パターンに分類できた。

##### **パターン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。

##### **パターン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。

**パターン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)。

**パターン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。

多くの医療機関では、医療職個人が両立支援を必要な個別症例を経験しているにもかかわらず、施設全体の両立支援の導入や活動展開につながっていない現状があり、チーム活動が高いハードルとなっている。

そこで、両立支援のチーム活動に取り組みやすくするために、今回の調査結果から両立支援部門運営に必要なアクション 90 個を考案し、「**医療機関の両立支援部門を運営するためのアクションチェックリスト**」(添付 1)を作成した。本アクションチェックリストは、医療機関の両立支援部門の運営に関する情報基盤の一端を担うものと考えられた。

以下にアクションを示す。

**「医療機関の両立支援部門を運営するためのアクションチェックリスト」**

## **1 組織**

### **1.1 施設方針**

1.1.1 自施設にとって両立支援を実施する目的について事前に検討します。

1.1.2 病院長主導で、病院運営の一環として両立支援に取り組みます。

1.1.3 病院長等の経営層が参画し、

両立支援に取り組む施設方針を設定します。

## **1.2 共通目標・職種目標**

1.2.1 チーム内の両立支援の共通目標を設定します。

1.2.2 職種や部門ごとの両立支援の共通目標を設定します。

## **1.3 部門**

1.3.1 両立支援の部門を設置します。

1.3.2 両立支援に関する活動場所を確保します。

1.3.3 両立支援に関する面談スペースを確保します。

1.3.4 両立支援を実施する予算を確保します。

1.3.5 両立支援部門の責任と権限を明確にします。

## **1.4 主担当職種**

1.4.1 両立支援チームの長を定めます。

## **1.5 連携する職種**

1.5.1 各部門の連携担当者を定めます。

1.5.2 多職種が含まれたチームとなるよう、工夫します。

1.5.3 チームメンバーに医師を加えます。

1.5.4 チームメンバーに看護師(病棟)を加えます。

1.5.5 チームメンバーに看護師(外来)を加えます。

- 1.5.6 チームメンバーに認定看護師(皮膚・排泄ケア、がん化学療法看護等)を加えます。
- 1.5.7 チームメンバーに保健師を加えます。
- 1.5.8 チームメンバーに医療ソーシャルワーカーを加えます。
- 1.5.9 チームメンバーに精神保健福祉士を加えます。
- 1.5.10 チームメンバーに公認心理師を加えます。
- 1.5.11 チームメンバーに薬剤師を加えます。
- 1.5.12 チームメンバーに栄養士を加えます。
- 1.5.13 チームメンバーに作業療法士を加えます。
- 1.5.14 チームメンバーに理学療法士を加えます。
- 1.5.15 チームメンバーに言語聴覚士を加えます。
- 1.5.16 チームメンバーに医事系事務職を加えます。
- 1.5.17 チームメンバーに医師事務作業補助者を加えます。
- 1.5.18 チームメンバーにがん相談支援センター相談員を加えます。
- 1.5.19 チームメンバーに移植コーディネーターを加えます。
- 1.5.20 チームメンバーに治験コーディネーターを加えます。

1.5.21 チームメンバーに社会保険労務士(院外相談員)を加えます。

1.5.22 チームメンバーに就労支援ナビゲーター(院外ハローワーク)を加えます。

1.5.23 モデルとなる他の医療機関を見学・参考にし、追加できる連携部門を検討します。

## 2 仕組み

### 2.1 業務フロー

2.1.1 両立支援の業務の流れを整理します。

2.1.2 両立支援の相談窓口を定めます。

2.1.3 診断及び告知時に、両立支援について説明する場を設けます。

2.1.4 入院時に、両立支援について説明する場を設けます。

2.1.5 退院時に、両立支援について説明する場を設けます。

2.1.6 外来治療開始時に、両立支援について説明する場を設けます。

2.1.7 両立支援に関連する文書の流れを整理します。

2.1.8 勤務情報提供書の書式を整備します。

2.1.9 主治医意見書の書式を整備します。

2.1.10 休職の診断書の書式を整

備します。

2.1.11 両立支援の院内フローを作成し、全職員で共有します。

2.1.12 モデルとなる他の医療機関を見学・参考にし、追加できるシステムを検討します。

## 2.2 役割・支援内容

2.2.1 チーム内での職種ごとの役割について確認します。

2.2.2 就労及び両立支援に関する問診票やスクリーニングシートの書式を整備します。

2.2.3 電子カルテに両立支援の実施内容を記録するフォーマットを整備します。

## 2.3 情報共有

2.3.1 患者の就労情報は、カルテ内に記載し医療職で共有します。

2.3.2 両立支援カンファレンスを定期的に開催し、症例を共有します。

2.3.3 既存の合同カンファレンスに参加し、両立支援に関しても情報共有します。

2.3.4 必要時、診察や他職種との面談にも同席できるように工夫します。

2.3.5 患者からのクレームに対し、スタッフ一人で当たらず、組織的対応となるよう工夫し

ます。

## 3 活動の周知

### 3.1 患者への PR

3.1.1 患者に、院内で両立支援を受けられることや相談窓口を周知します。

3.1.2 両立支援に関するリーフレットやポスターを、院内に設置します。

3.1.3 両立支援に関するリーフレットやカードを、患者に直接手渡しで配布します。

3.1.4 院内スタッフによる、両立支援に関する声掛けを推奨します。

### 3.2 経営層への PR

3.2.1 院内の両立支援活動の状況について、病院運営会議や診療科長会議などで報告します。

### 3.3 現場医療職への PR

3.3.1 両立支援を始めることやその後の両立支援活動状況について、院内研修会やイントラサイト、病院年報などで周知します。

3.3.2 両立支援の意義や支援内容について、院内研修会を開催し周知します。

3.3.3 両立支援を受けた患者からの喜びの声について、カンファレンスや院内研修会、イ

ントラサイトなどで共有します。

3.3.4 ひとつひとつの症例を通して、他部署とのコミュニケーションをとり続けるよう努めます。

3.3.5 両立支援コーディネーター基礎研修の受講を推奨します。

3.3.6 両立支援コーディネーター資格取得後も継続的に研鑽することを推奨します。

3.3.7 厚生労働省や各学会の両立支援シンポジウムやがん教育研修会への参加を推奨します。

3.3.8 厚生労働省の治療と仕事の両立支援ナビ  
<https://chiryoutoshigoto.mhlw.go.jp/>等の参考となる情報を周知します。

### 3.4 外部への情報発信

3.4.1 院内の両立支援活動状況や個別症例について、地域の医療機関の連絡会議や研修会で報告します。

3.4.2 院内の両立支援活動状況や個別症例について、学会や学術誌等で報告します。

3.4.3 病院のホームページ等で、両立支援の取り組みについて掲載します。

3.4.4 外部機関(産業保健総合支援センター、ハローワークなどを)を活用する準備をします。

## 4 立ち上げ時の重点活動

### 4.1 患者ニーズの掘り起こし

4.1.1 診断時や入院治療開始時、当事者の就労の有無や就労状況を確認します。

4.1.2 入院治療開始時、病気や治療による働きづらさがあれば都度申し出るよう、患者に声をかけします。

4.1.3 入院治療開始時、仕事による治療のしづらさがあれば都度申し出るよう、患者に声をかけします。

4.1.4 両立支援に関するリーフレットやカードを作成し、患者に説明します。

4.1.5 主治医意見書の発行に関するリーフレットを作成し、患者に説明します。

4.1.6 疾患や治療ごとに介入しやすい場面を検討し、フローを見直します。

### 4.2 ニーズの高い部門での活動

4.2.1 特に支援の必要性が高い疾患や治療がある診療科や、現場医療職の協力が得られやすい部門を、「ニーズの高い部門」として特定し、両立支援活動を始めることを周

知します。

4.2.2 現場医療職と相談し、介入しやすい場面を検討します。

4.2.3 患者の変化に気づいた際は本人の話を十分に聴く等、両立支援ニーズを拾い上げる行動について、現場医療者に教育します。

4.2.4 両立支援を希望する患者の情報が、両立支援部門に共有されるように手配します。

4.2.5 両立支援活動が精力的な部門での活動を、他部門にも応用展開します。

#### 4.3 外部機関との連携

4.3.1 地域の産業保健総合支援センターと連携できる関係の構築に努めます。

4.3.2 地域のハローワークと連携できる関係の構築に努めます。

4.3.3 地域の難病相談支援センターと連携できる関係の構築に努めます。

4.3.4 地域の企業と連携できる関係の構築に努めます。

4.3.5 地域の他の医療機関と連携できる関係(病診連携)の構築に努めます。

4.3.6 その他地域の外部機関(ジョブコーチ、職業訓練センター等)と連携できる関係の構築

に努めます。

## 5 効果評価

### 5.1 患者への効果

5.1.1 医療の質の効果評価に両立支援に関する項目を加え、評価します。

### 5.2 現場医療職への効果

5.2.1 両立支援に携わったスタッフの満足度について評価します。

## E. 結論

本調査で明らかとなった医療機関の両立支援の実施状況を基に、両立支援部門運営に必要なアクション 90 個を考案し、「医療機関の両立支援部門を運営するためのアクションチェックリスト」を作成した。

両立支援情報基盤としての本アクションチェックリストの公開が、医療機関の両立支援部門の運営する上での障壁を取り除く一助となることが期待される。

## F. 引用・参考文献

なし

## G. 学会発表

1. 永田昌子、原田有理沙、石上紋、篠原弘恵、古江晃子、渡邊萌美、橋本博興、細田悦子、樋口周人、舩津康平、立石清一郎. SanRISE Study：治療と仕事を両立している人に対する職場での配慮に与える影響～医療機関からの意見書の影響～. 第 96 回日本産業衛生学会、2023 年 5 月宇都宮、口演発表(予定)



2. 原田有理沙、石上紋、篠原弘恵、古江晃子、渡邊萌美、橋本博興、細田悦子、樋口周人、舩津康平、立石清一郎、永田昌子. SanRISE Study : 治療と仕事の両立支援の効果指標の検討. 第 96 回日本産業衛生学会、2023 年 5 月宇都宮、口演発表（予定）
3. 渡邊萌美、原田有理沙、石上紋、篠原弘恵、古江晃子、橋本博興、細田悦子、樋口周人、舩津康平、立石清一郎、永田昌子. SanRISE study : 労働機能障害を生じやすい疾患を治療中の労働者の特性. 第 96 回日本産業衛生学会、2023 年 5 月宇都宮、口演発表（予定）
4. 古江晃子、原田有理沙、石上紋、篠原弘恵、渡邊萌美、橋本博興、細田悦子、樋口周人、舩津康平、立石清一郎、永田昌子. SanRISE Study : 治療と仕事の両立についての情報不足と精神的苦痛との関連. 第 96 回日本産業衛生学会、2023 年 5 月宇都宮、口演発表（予定）
5. 橋本博興、原田有理沙、石上紋、篠原弘恵、古江晃子、渡邊萌美、細田悦子、樋口周人、舩津康平、立石清一郎、永田昌子. SanRISE Study : Study : 産業医科大学病院における治療と仕事の両立支援活動の患者満足度調査. 第 96 回日本産業衛生学会、2023 年 5 月宇都宮、口演発表（予定）
6. 石上紋、原田有理沙、古江晃子、渡邊萌美、橋本博興、細田悦子、篠原弘恵、樋口周人、舩津康平、立石清一郎、永田昌子. SanRISE Study : 医療機関からの治療と仕事の両立支援と患者の困りごとの変化との関連. 第 96 回日本産業衛生学会、2023 年 5 月宇都宮、口演発表（予定）
7. 細田悦子、原田有理沙、石上紋、篠原弘恵、古江晃子、渡邊萌美、橋本博興、樋口周人、舩津康平、立石清一郎、永田昌子. SanRISE Study : 治療と仕事の両立支援を受けたがん患者と困りごととの関連. 第 96 回日本産業衛生学会、2023 年 5 月宇都宮、口演発表（予定）
8. 原田有理沙、石上紋、古江晃子、篠原弘恵、大久保直紀、船田将史、永田昌子. 膠原病により長期療養となった新入社員における治療と仕事の両立支援の一例. 第 32 回日本産業衛生学会全国協議会、2022 年札幌、一般演題
9. 石上紋、原田有理沙、篠原弘恵、近藤貴子、田嶋裕子、瀬戸山航史. 就業配慮に関する労働者と職場の合意形成に寄与した医療機関からの両立支援の一例. 第 32 回日本産業衛生学会全国協議会、2022 年札幌、一般演題
10. 青山瑤子、金城泰幸、星野香、植田多恵子、栗田智子、原田有理沙、永田昌子、吉野潔、松田晋哉. 子宮体癌に対する腹腔鏡下手術後に、就労支援を受けて早期復職した症例. 第 32 回日本産業衛生学会全国協議会、2022 年札幌、一般演題
11. 金城泰幸、青山瑤子、遠山篤史、近藤恵美、柴田英治、細田悦子、原田有理沙、永田昌子、立石清一郎、吉野潔. 周産期領域の両立支援の現状と両立支援で復職が可能となった切迫早産の一例. 第 32 回日本産業衛生学会全国協議会、2022 年札幌、一般演題
12. 富崎一向、原田有理沙、永田昌子、細田悦子、藤本直浩. 泌尿器重複癌の治療による休業からの復職に両立支援が有効であった一例. 第 32 回日本

- 産業衛生学会全国協議会、2022 年札幌、一般演題
13. 渡邊萌美、原田有理沙、篠原弘恵、石上紋、山本淳孝、中野良昭、佐藤甲一朗、永田昌子. 症候性てんかん患者の就業配慮の検討に主治医意見書が有効であった 1 症例. 第 32 回日本産業衛生学会全国協議会、2022 年札幌、一般演題
  14. 古江晃子、原田有理沙、細田悦子、荻ノ沢泰司、立田穂那美、永田昌子. うっ血性心不全患者に対し心肺運動負荷試験 (CPX) での心機能評価を基に就業上の配慮を検討した一例. 第 32 回日本産業衛生学会全国協議会、2022 年札幌、一般演題
  15. 永田昌子. 両立支援における協働 産業保健職への期待. 第 32 回日本産業衛生学会全国協議会、2022 年札幌、一般演題
  16. 五十嵐侑、立石清一郎、原田有理沙、松岡朱理、澤島智子、川角美佳、森晃爾. 産業医が柔軟に変更できなかった COVID-19 対策とは何か・質的調査. 第 40 回産業医科大学学会、2022 年 10 月北九州、口演発表
  17. 金城泰幸、遠山篤史、青山瑤子、栗田智子、細田悦子、原田有理沙、永田昌子、立石清一郎、吉野 潔. 産婦人科領域の両立支援を希望した患者の紹介元分析. 第 37 回日本女性医学会、2022 年 11 月米子、ポスター発表
  18. 樋口周人、舩津康平、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、ポスター発表
  19. 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、ポスター発表
  20. 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 5 月高知、ポスター発表
  21. 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 5 月高知、ポスター発表
  22. 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 5 月高知、ポスター発表
  23. 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 5 月高知、口演発表
  24. 五十嵐侑、立石清一郎、原田有理沙、日野亜弥子、辻真弓、大神明、森

- 晃爾、松垣竜太郎、藤野善久．CORoNaWork：体調不良を抱える労働者への配慮と労働機能障害との関連．第95回日本産業衛生学会、2022年5月高知、口演発表
25. 五十嵐侑、立石清一郎、松岡朱理、澤島智子、川角美佳、菊池広大、原田有理沙、森晃爾．COVID-19流行における産業医の役割 COVID-19 への対応インタビュー調査を踏まえ．第39回産業医科大学学会、2021年10月北九州、口演発表
26. 菊池広大、五十嵐侑、澤島智子、松岡朱理、川角美佳、原田有理沙、立石清一郎、森晃爾．ウィズコロナ時代の産業保健 新興感染症流行における産業医の役割 COVID-19 への対応インタビュー調査を踏まえて．第75回日本交通医学会総会、2021年9月オンライン開催、シンポジウム
27. 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
28. 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
29. 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
30. 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
31. 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
32. 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
33. 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
34. 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
35. 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
36. 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
37. 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
38. 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
39. 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
40. 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

41. 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り組み. 第 94 回日本産業衛生学会、2021 年 5 月松本、口演発表

## H. 論文業績

1. Harada A, Tateishi S, Ishimaru T, Nagata M, Eguchi H, Tsuji M, Ikegami K, Matsugaki R, Fujino Y; COroNaWork Project. Association Between Types of Chronic Disease and Receiving Workplace Accommodations: A Cross-Sectional Study of Japanese Workers. J Occup Environ Med. 2023 Feb 1;65(2):93-97. doi: 10.1097/JOM.0000000000002723.
2. Igarashi Y, Tateishi S, Sawajima T, Kikuchi K, Kawasumi M, Matsuoka J, Harada A, Mori K. What is the role of occupational physicians in the workplace during the COVID-19 pandemic in Japan? A qualitative interview study. BMC Health Serv Res. 2022 Oct 27;22(1):1294. doi: 10.1186/s12913-022-08659-y.
3. Inoue S, Tateishi S, Harada A, Oginosawa Y, Abe H, Saeki S, Tsukada J, Mori K. Qualitative study of barriers and facilitators

- encountered by individuals with physical diseases in returning and continuing to work. BMC Health Serv Res. 2022 Oct 4;22(1):1229. doi: 10.1186/s12913-022-08604-z.
4. 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 May 1;64(5):e279-e283. doi: 10.1097/JOM.0000000000002500.
  5. 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
  6. 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
  7. 立石清一郎、原田有理沙：両立支援の実際ーがん「医療機関における治療と仕事の両立支援・4」、総合リハビリテーション 49 巻 11 号、1087-1093、2021
  8. 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
  9. 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
  10. 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
  11. 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
  12. 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
- I. 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

## 医療機関の両立支援部門を運営するためのアクションチェックリスト

### 1 組織

#### 1.1 施設方針

- 1.1.1 自施設にとって両立支援を実施する目的について事前に検討します。
- 1.1.2 病院長主導で、病院運営の一環として両立支援に取り組みます。
- 1.1.3 病院長等の経営層が参画し、両立支援に取り組む施設方針を設定します。

#### 1.2 共通目標・職種目標

- 1.2.1 チーム内の両立支援の共通目標を設定します。
- 1.2.2 職種や部門ごとの両立支援の共通目標を設定します。

#### 1.3 部門

- 1.3.1 両立支援の部門を設置します。
- 1.3.2 両立支援に関する活動場所を確保します。
- 1.3.3 両立支援に関する面談スペースを確保します。
- 1.3.4 両立支援を実施する予算を確保します。
- 1.3.5 両立支援部門の責任と権限を明確にします。

#### 1.4 主担当職種

- 1.4.1 両立支援チームの長を定めます。

#### 1.5 連携する職種

- 1.5.1 各部門の連携担当者を定めます。
- 1.5.2 多職種が含まれたチームとなるよう、工夫します。
- 1.5.3 チームメンバーに医師を加えます。
- 1.5.4 チームメンバーに看護師（病棟）を加えます。
- 1.5.5 チームメンバーに看護師（外来）を加えます。
- 1.5.6 チームメンバーに認定看護師（皮膚・排泄ケア、がん化学療法看護等）を加えます。
- 1.5.7 チームメンバーに保健師を加えます。
- 1.5.8 チームメンバーに医療ソーシャルワーカーを加えます。
- 1.5.9 チームメンバーに精神保健福祉士を加えます。
- 1.5.10 チームメンバーに公認心理師を加えます。
- 1.5.11 チームメンバーに薬剤師を加えます。
- 1.5.12 チームメンバーに栄養士を加えます。
- 1.5.13 チームメンバーに作業療法士を加えます。
- 1.5.14 チームメンバーに理学療法士を加えます。
- 1.5.15 チームメンバーに言語聴覚士を加えます。
- 1.5.16 チームメンバーに医事系事務職を加えます。
- 1.5.17 チームメンバーに医師事務作業補助者を加えます。
- 1.5.18 チームメンバーにがん相談支援センター相談員を加えます。
- 1.5.19 チームメンバーに移植コーディネーターを加えます。

- 1.5.20 チームメンバーに治験コーディネーターを加えます。
- 1.5.21 チームメンバーに社会保険労務士（院外相談員）を加えます。
- 1.5.22 チームメンバーに就労支援ナビゲーター（院外ハローワーク）を加えます。
- 1.5.23 モデルとなる他の医療機関を見学・参考にし、追加できる連携部門を検討します。

## 2 仕組み

### 2.1 業務フロー

- 2.1.1 両立支援の業務の流れを整理します。
- 2.1.2 両立支援の相談窓口を定めます。
- 2.1.3 診断及び告知時に、両立支援について説明する場を設けます。
- 2.1.4 入院時に、両立支援について説明する場を設けます。
- 2.1.5 退院時に、両立支援について説明する場を設けます。
- 2.1.6 外来治療開始時に、両立支援について説明する場を設けます。
- 2.1.7 両立支援に関連する文書の流れを整理します。
- 2.1.8 勤務情報提供書の書式を整備します。
- 2.1.9 主治医意見書の書式を整備します。
- 2.1.10 休職の診断書の書式を整備します。
- 2.1.11 両立支援の院内フローを作成し、全職員で共有します。
- 2.1.12 モデルとなる他の医療機関を見学・参考にし、追加できるシステムを検討します。

### 2.2 役割・支援内容

- 2.2.1 チーム内での職種ごとの役割について確認します。
- 2.2.2 就労及び両立支援に関する問診票やスクリーニングシートの書式を整備します。
- 2.2.3 電子カルテに両立支援の実施内容を記録するフォーマットを整備します。

### 2.3 情報共有

- 2.3.1 患者の就労情報は、カルテ内に記載し医療職で共有します。
- 2.3.2 両立支援カンファレンスを定期的に開催し、症例を共有します。
- 2.3.3 既存の合同カンファレンスに参加し、両立支援に関しても情報共有します。
- 2.3.4 必要時、診察や他職種との面談にも同席できるように工夫します。
- 2.3.5 患者からのクレームに対し、スタッフ一人で当たらず、組織的対応となるよう工夫します。

## 3 活動の周知

### 3.1 患者への PR

- 3.1.1 患者に、院内で両立支援を受けられることや相談窓口を周知します。
- 3.1.2 両立支援に関するリーフレットやポスターを、院内に設置します。
- 3.1.3 両立支援に関するリーフレットやカードを、患者に直接手渡しで配布します。
- 3.1.4 院内スタッフによる、両立支援に関する声掛けを推奨します。

### 3.2 経営層への PR

- 3.2.1 院内の両立支援活動の状況について、病院運営会議や診療科長会議などで報告します。

### 3.3 現場医療職への PR

- 3.3.1 両立支援を始めることやその後の両立支援活動状況について、院内研修会やイントラサイト、病院年報などで周知します。
- 3.3.2 両立支援の意義や支援内容について、院内研修会を開催し周知します。
- 3.3.3 両立支援を受けた患者からの喜びの声について、カンファレンスや院内研修会、イントラサイトなどで共有します。
- 3.3.4 ひとつひとつの症例を通して、他部署とのコミュニケーションをとり続けるよう努めます。
- 3.3.5 両立支援コーディネーター基礎研修の受講を推奨します。
- 3.3.6 両立支援コーディネーター資格取得後も継続的に研鑽することを推奨します。
- 3.3.7 厚生労働省や各学会の両立支援シンポジウムやがん教育研修会への参加を推奨します。
- 3.3.8 厚生労働省の治療と仕事の両立支援ナビ <https://chiryoutoshigoto.mhlw.go.jp/>等の参考となる情報を周知します。

#### 3.4 外部への情報発信

- 3.4.1 院内の両立支援活動状況や個別症例について、地域の医療機関の連絡会議や研修会で報告します。
- 3.4.2 院内の両立支援活動状況や個別症例について、学会や学術誌等で報告します。
- 3.4.3 病院のホームページ等で、両立支援の取り組みについて掲載します。
- 3.4.4 外部機関（産業保健総合支援センター、ハローワークなど）を活用する準備をします。

### 4 立ち上げ時の重点活動

#### 4.1 患者ニーズの掘り起こし

- 4.1.1 診断時や入院治療開始時、当事者の就労の有無や就労状況を確認します。
- 4.1.2 入院治療開始時、病気や治療による働きづらさがあれば都度申し出るよう、患者に声をかけします。
- 4.1.3 入院治療開始時、仕事による治療のしづらさがあれば都度申し出るよう、患者に声をかけします。
- 4.1.4 両立支援に関するリーフレットやカードを作成し、患者に説明します。
- 4.1.5 主治医意見書の発行に関するリーフレットを作成し、患者に説明します。
- 4.1.6 疾患や治療ごとに介入しやすい場面を検討し、フローを見直します。

#### 4.2 ニーズの高い部門での活動

- 4.2.1 特に支援の必要性が高い疾患や治療がある診療科や、現場医療職の協力が得られやすい部門を、「ニーズの高い部門」として特定し、両立支援活動を始めることを周知します。
- 4.2.2 現場医療職と相談し、介入しやすい場面を検討します。
- 4.2.3 患者の変化に気づいた際は本人の話を十分に聴く等、両立支援ニーズを拾い上げる行動について、現場医療者に教育します。
- 4.2.4 両立支援を希望する患者の情報が、両立支援部門に共有されるように手配します。
- 4.2.5 両立支援活動が精力的な部門での活動を、他部門にも応用展開します。

#### 4.3 外部機関との連携



- 4.3.1 地域の産業保健総合支援センターと連携できる関係の構築に努めます。
- 4.3.2 地域のハローワークと連携できる関係の構築に努めます。
- 4.3.3 地域の難病相談支援センターと連携できる関係の構築に努めます。
- 4.3.4 地域の企業と連携できる関係の構築に努めます。
- 4.3.5 地域の他の医療機関と連携できる関係（病診連携）の構築に努めます。
- 4.3.6 その他地域の外部機関（ジョブコーチ、職業訓練センター等）と連携できる関係の構築に努めます。

## 5 効果評価

### 5.1 患者への効果

- 5.1.1 医療の質の効果評価に両立支援に関する項目を加え、評価します。

### 5.2 現場医療職への効果

- 5.2.1 両立支援に携わったスタッフの満足度について評価します。

令和4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

# 医療機関及び事業場における コンピテンシーに着目した人材基盤実態調査 第2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

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)

令和4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

医療機関及び事業場におけるコンピテンシーに着目した人材基盤実態調査

第2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 永田 昌子（産業医科大学 医学部 両立支援科学 准教授）

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：

【目的】両立支援を行う人的リソースを最大限に活用するための人材基盤の構築を目的として、経験豊富な支援者の行動特性に焦点を当て、両立支援に携わる支援者に必要なコンピテンシーを明らかにするために、質的研究を実施した。

【方法】両立支援の人材基盤調査として、経験豊富な医療機関及び事業場単位でインタビューを行い、両立支援に携わる支援者に必要なコンピテンシーを抽出、分析した。

【結果】医療機関及び事業場における両立支援に携わる支援者に必要なコンピテンシーとして、A. 個別支援に関するコンピテンシー74 個（全過程共通 13 個、両立支援ニーズの拾い上げ 4 個、初回面接まで 4 個、面接時 36 個・医療機関と事業場との連携 10 個・職場調整及び配慮の実施 4 個・フォローアップ 7 個）、B. 活動展開に関するコンピテンシー6 個の、計 80 個が抽出された。

【考察】一部のコンピテンシーについては、すでに当事者からの情報収集ツールや研修プログラムが開発されており、習得可能な状況にある。例えば、情報収集に関するコンピテンシー（A22-35）の習得には、当事者からの情報収集ツールの「両立支援 10 の質問」（森晃爾，2016）が活用できる。また、情報分析及び評価に関するコンピテンシー（A36-42）のうち、医学的な職務適性評価（A40）や就労継続への経時的影響の予測（A41）については、「科学的根拠に基づいた復職ガイダンス」（立石清一郎，2018）や「症状配慮集」（立石清一郎，2021）を用いた医師研修プログラムが活用できる。今後は、各コンピテンシーにおける適合性の高い職種や職種ごとの要求度について、量的検証が必要と考えられた。

【結論】両立支援に携わる支援者に必要なコンピテンシー80 個について習得可能な研修プログラムが開発及び研修実施され、コンピテンシー習得者のネットワークが形成されることによって、両立支援の人材基盤の整備が推進されることが期待される。

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）

細田 悦子（産業医科大学病院 両立支援科 看護師）

## A. 目的

平成 28 年の「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」が発出された後、行政を中心として治療と仕事の両立支援（以下、両立支援）に関する啓発活動が行われた。医療機関や事業場は試行錯誤ながら活動を進めているものの、支援体制が確立された施設は一部にとどまり、両立支援が必要な全ての労働者には、未だ十分な支援が行き届いていないと言える。

両立支援の活動が一部の施設に限られている一つの理由は、人的リソースの活用が不十分な現状があることだ。現在までに約 12,000 人の両立支援コーディネーターが養成されているが、実際に両立支援に携わっている支援者はまだ少ない状況である。支援者の配置の実態調査が進められている一方で、両立支援の人的リソースを最大限に活用する方策については未だ検討されていない。

人材育成の現場では、コンピテンシーに着目した人材マネジメントに関心が高まっている。コンピテンシーとは、仕事で高い成果を上げているハイパフォーマーに共通する行動特性や思考性のことを指す。コンピテンシーを人材配置や能力開発に活かすことで、成果につながりやすい行動特性を持った高い質の人材を育成することができる。両立支援の支援者育成においても、コンピテンシーの活用は有効であると考えられる。

そこで我々は、両立支援を行う人的リソースを最大限に活用するための人材基盤の構

築を目指し、両立支援の経験豊富な支援者の行動特性に着目し、両立支援に携わる支援者のコンピテンシーを明らかにすべく、質的研究を行った。

本研究では、両立支援人材基盤調査として、豊富な支援経験を持つ医療機関及び事業場単位でインタビューを行い、両立支援に携わる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

### I. 医療機関へのインタビューの実施

医療機関（9 施設）毎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 9 施設を対象とした。

9 施設：特定機能病院 5 施設（大学附属病院 3 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、計 3 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を聴取した。

## II. 事業場へのインタビューの実施

事業場において両立支援の役割を持つ担当者（4 施設）に個別でオンラインインタビューを実施し、支援に必要な知識・態度・技能や具体的な行動、企業担当者による両立支援において目指すものを聴取した。

- ・ 聴取対象施設

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事業場、並びに両立支援に積極的に取り組んでいる事業場について機縁法で選抜し、研究協力を得られた 4 施設を対象とした。

- ・ 聴取対象者：

各施設の両立支援担当者 1 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 1 名

- ・ 聴取内容：

経験の中で成功した事例を通して、

- 1) 必要な知識必要な態度／適切な態度
- 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を聴取した。

・

## III. インタビューデータの分析

研究班員 6 名によって、KJ 法を参考にした内容分析法を用いて、インタビューデータより両立支援に携わる支援者のコンピテンシーを抽出した。

- 1) インタビューデータの作成

①インタビュー内容を文字に起こし、②不要な文字を除き、③周辺情報と併せて意味を失わないよう文章を再構成し、④必要な情報データの作成、を行った。

- 2) コンピテンシーの抽出と類型化

抽出された情報データについて、6 名の研究者によって各コンピテンシ

一の検討を行い、グループ毎にコンピテンシーの表札をつけ類型化することを繰り返した。

## C. 結果

医療機関及び事業場における両立支援者に必要な能力として、大項目 A. 個別支援に係るコンピテンシー74 個、B. 活動展開に係るコンピテンシー6 個の、計 80 個の両立支援者コンピテンシーが抽出された。

以下、80 個のコンピテンシーとそれぞれのインタビュー例の一部を提示する。

### A. 個別支援に係るコンピテンシー74 個

#### I. 全過程共通 13 個

- A1) 一貫して「当事者本人がしたいこと」に寄り添う姿勢を保つことができる

「両立に固執するのではなく、患者のニーズの延長線上に就労があり、そこを目指して支援していくと考えている。」

「子どもたちはいい子に育てられているから、孫ができたからお土産を買っていけるくらいの収入が欲しい」という目標を話していた。2 年間パート勤務してからフルタイムにステップアップして、現在は正職員を目指している。」

- A2) 当事者の気持ちに寄り添いながらも、冷静かつ公正な姿勢を保つことができる

「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。」(事業場)

「患者と企業のどちらかに偏らずに中立を保って、片方を責めるような態度はいけないと考えている。」

「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。」(事業場)

「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。」(事業場)

- A3) 上司や同僚の気持ちに寄り添いながらも、冷静かつ公正な姿勢を保つことができる

「病院の理念に「患者さんの立場に立って考える」とあるが、患者だけでなく企業の立場にも立って考えることを念頭に置いて支援している。」

「えこひいきをしない。相手によって態度を変えない。」(事業場)

- A4) 確定した情報と未確定の情報を分けて取り扱うことができる

「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。」(事業場)

「周囲の理解が得られていないよう

な約束をしない。」(事業場)

「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。」(事業場)

- A5) 当事者が「就労の質を保ち職場内で役割を果たせる」ことを支援する信念を備えている

「患者はQOLを確保でき、企業も労働力を維持できるという、雇用関係にある双方の利益につながることを第一と考えている。患者自身の能力向上も目指している。」

「患者の働く意義を尊重しながら、病状を理解し、企業ともつながることが出来るメリットを活かしていきたい。」

「病人だからと仕事をいきなり取り上げない」(事業場)

「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。」(事業場)

- A6) 当事者が「選択したい治療を受けられる」ことを支援する信念を備えている

「潰瘍性大腸炎の地下鉄運転手の事例では、業務の途中でトイレに行くことが難しいため、活動期のみ車掌に配置転換してはどうかと提案したが、本人は給与が高い運転手での就労継続を希望した。患者の希望に沿い、やりたい人生を諦めずに送ることができるよう、治療薬を選択する。」

- A7) 当事者が「社会的信頼を維持できる」ことを支援する信念を備えている  
「大病院は平日のみの通院となる。入職して6か月間は有給休暇が付与されないため、疾患開示していない患者は休むことが難しい。土曜日しか通院できない患者を引き受けてほしいと大学病院や基幹病院から紹介がある。6か月間治療を行い紹介元の病院に戻すケースもある。クリニックの存在自体が両立支援につながっていると考えている。」

「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。」(事業場)

- A8) 職場が「安全配慮を履行できる」ことを支援する信念を備えている

「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。」(事業場)

- A9) 建設的な支援となるよう、当事者に対する自身の感情をコントロールできる

- A10) 当事者が継続的に相談できる関係を築けるよう、良好なコミュニケーションをとれる

「患者には心配事があれば、毎月受診

することも可能であると伝えている。」

「娘さんが結婚して孫が生まれたりして、初めて本人からいままでありがとうございましたと感謝の言葉をもらった。10年近くの長いスパンで、就労から定着支援、自己肯定感を上げる支援の重要性を学んだ症例だった。」

「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。」(事業場)

「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。」

(事業場)

- A11) 自身の立場または職種としての強み・弱み・限界を自覚できる

「患者の希望を検討する際に労働法との兼ね合いもあるため、社労士からの情報は必須である。」

「両立支援事例の分類をして、看護師が日常的に行ったほうがよい両立支援業務は看護師が行うようにした。」

「両立支援を行うセンターで管理できなくなるおそれがあったため、医師は両立支援のシステムに入れずに個別対応としている。」

「看護師は疾患や治療への不安に対する相談内容の一つとして、就労について聞き、必要に応じて、医師が同席する面談機会を設けていた。」

「両立支援を行うセンターのスタッ

フに公認心理師がいて、心理面での両立支援ニーズの掘り起こし作業をしている。」

「開業医が(高次医療機関に紹介する前に) できることは、診断時に「仕事を辞めなくてよい」と患者に伝えることと、相談支援センターにつなぐことである。」

「レジメンの変更や副作用の出現時期の相談など身近に相談できるのが看護師だと考えており、今年1名の看護師が両立支援コーディネーター研修に出る。」

「複数の診療科をまとめるのが大変な症例は、両立支援外来の医師にまとめていただくと良いと考えている。」

- A12) 当事者の気持ちや変化を気遣った声かけができる

「がんという響きが悪く、今後の人生を想像できずに仕事を辞めてしまう人が多い。大事なことを決断する時ではないと声掛けすることや、今後の人生を見据えたサポートが大事であると感じている。」

「本人が悩んでいるときに「いま辛いというのはあるが、せつかく生かされた中で、未来はどんなふうになっていたか」と根気強く話しかけた」

「時には困り事等を本人に自覚してもらえるような声掛けを行った。」(事業場)



- A13) 当事者の語りを傾聴し承認することができる

「疾患によっては、乳がんと同じような両立支援は難しいと考えるが、適切な説明を行い、患者の気持ちを傾聴するという考え方は共通していると思う。」

「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。」（事業場）

## II. 両立支援ニーズの拾い上げ 4 個

- A14) 当事者の両立支援ニーズを鋭敏に察知できる

「両立支援ニーズをキャッチできる能力は、「大変だよね」で終わらせないこと。共感のみでなく、支援につなげる発想が必要。」

「難病に罹患した看護師のスタッフが今後について悩んでいた時に相談に乗った。疾患が進行すれば看護師業務がいつかできなくなることは本人も分かっていた。」

「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。」

（事業場）

「企業側は、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。」

（事業場）

- A15) 診断時、当事者の就労の有無と、体調や治療による仕事への影響の有無を確認できる

「治療が始まる前に仕事を辞めるという先行研究を参考に、告知直後の患者に介入し始めた。」

「びっくり退職を防ぐために、がん告知直後の患者に介入を始め、1日15件程度面談を行っていた。」

「外来患者に対しては外来看護師が面談を行い、入院患者に対しては入退院支援センターが面談行う。」

「看護師が勤労看護アセスメントシートを用いて両立支援ニーズの聞き取りをしている。」

- A16) 入院・治療開始時、当事者の就労の有無と、体調や治療による仕事への影響の有無を確認できる

「患者の希望に沿い、やりたい人生を諦めずに送ることができるように、治療薬を選択する。キャリアプランと治療プランがある程度関係する。」

「がん患者に対して入院時と入院1週間後にスクリーニングを行い、仕事に関する悩みの有無を聴取し、カルテに入力する仕組みがある。自分たちは、

面談希望がある患者をカルテで定期的にチェックする。」

「血液内科の患者が多いのは、看護師と患者の連携が密であることと、入院期間も長いため両立支援の話題が出てきやすい、患者が就労の不安を抱えやすい状況にあることが考えられる。」

「外来治療室での初回治療時にソーシャルワーカーが患者に医療費、仕事、生活について確認を行っており、治療室の看護師にはそれを機会に当センターの動きを知ってもらっていると思う。」

- A17) 治療中、当事者の就労の有無と、仕事による体調や治療への影響の有無を確認できる

「当院では問診票で就労に関する情報を一括して取得している。」

「主治医や看護師から依頼があり、面談を行うのが一つのルートである。」

「日常の診療に両立支援が組み込まれており、患者一人一人に職業や業務内容を聞いている。」

### III. 初回面接まで 4 個

- A18) 当事者の両立支援ニーズに対し、速やかに次のアクションをとることができる

「血液内科の患者で免疫抑制剤を減らせる段階で復職の相談があった。両

立支援外来で、血液内科看護師同席で患者の話を聞いた。」

「看護師は疾患や治療への不安に対する相談内容の一つとして、就労について聞き、必要に応じて、医師が同席する面談機会を設けていた。」

「北海道から沖縄まで、全国オンラインでつながっているの、困っている本人や担当者たちから、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」（事業場）

- A19) 当事者の困りごとや課題に応じて連携すべき「他職種」を検討できる

「それぞれの職種がどのような役割を果たしているのかを全員が共通理解したうえで、どの問題をどの職種に頼むか采配をするのは両立支援コーディネーターの役割と考えている。」

「カルテに記録された看護師のアセスメントを参考にして、主治医や受け持ち看護師に連絡を取り、状況を確認する。」

- A20) 当事者の困りごとや課題に応じて連携すべき「他部署」を検討できる

「すべての看護師が就労サポートに関して患者に説明できるわけではないが、治療と就労の両立に悩んでいる患者にがん相談支援センターのチラシを渡し、案内することはできる。」

- A21) 多職種協働/連携を心がけ、チームでの支援を提供できる

「主治医、看護師、リハビリスタッフ（PT、OT、ST）が連携して両立支援を行っている。PT は入り口として多いが、OT の評価も必要になることも多い。頭頸部癌患者数が多いため ST3 名も対応を行う。」

「地域医療連携センターにソーシャルワーカー 9 名、看護師 6 名がおり、退院支援を行っている。両立支援コーディネーターはがん診療センターに 2 名、地域医療センターに 3 名いる。」

「臨床のカンファレンスでは自分達が関わっていないケースも取り上げられており、病状を含めた視点を勉強することが出来る。自分たちがカンファレンスを主催する場合は、就労や経済面の視点から検討する。」

「がん診療センター内で主に相談を受けているのは、医療ソーシャルワーカー 3 名と看護師 1 名である。適宜、個別の担当医や理学療法士と連携している。」

#### IV. 面接時 36 個

- A22) 対象者（当事者・上司・家族）との面接を設定できる

「看護師は疾患や治療への不安に対する相談内容の一つとして、就労について聞き、必要に応じて、医師が同席する面談機会を設けていた。」

「診察の場で就労状況を話すことが難しかったため、別の場所で看護師が患者から聞き取りをしている。」

「意思決定支援を行う外来を立ち上げ、希望者または介入が必要だと思われる患者に対して、週一日、一枠 30 分の外来診察を実施し、患者の相談に乗っていた。」

- A23) 当事者から、復職や就労継続への意欲を聴取できる

「がんのステージⅣでも働いている患者はいる。いつまで働くかについて話をするタイミングは難しい」

「その人に合った両立支援が大事であるとともに、本人がやる気になって行動することが大事である」

- A24) 当事者から、治療や健康管理への意欲を聴取できる

「さらに先の治療のスケジュールについてつめて話ができる」

- A25) 当事者から、両立支援に必要な仕事情報（職種、職位、雇用形態、収入、働き方）を聴取できる

「業務内容や勤務形態など細かく質問する。」

「患者に「仕事を辞めなくて良い」と診断時に伝え、詳しい就労状況や相談内容は診察に同席した看護師が聴取する。」

「両立支援外来で、血液内科看護師同席で患者の話を聞いた。細かく話を聞くと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った。」

「業務内容や勤務形態など細かく質問する。」

- A26) 当事者から、両立支援に必要な職場情報（業種、体制、設備、立地、制度、支援状況）を聴取できる

「休暇の取り方（有給休暇、病気休暇制度の有無）についても両立支援を行う上で必要な情報となる。」

- A27) 当事者から、両立支援に必要な医療情報（身体的状況、心理的状況、治療内容）を収集できる

「ステージ4がん、抗がん剤治療でオプシーボなども毎週投与している、ときいた」（事業場）

- A28) 当事者から、両立支援に必要な外部資源の利用状況（公的助成、傷病手当、個人保険、福利厚生）を収集できる

「外来治療室での初回治療時にソーシャルワーカーが患者に医療費、仕事、生活について確認を行っている。」

- A29) 当事者から、両立支援に必要な家族の状況（世帯事情、支援状況）を聴取できる

「復職に対する切迫感の有無、経済面、家族が心配していることについても両立支援を行う上で必要な情報となる。」

「従業員の背景に目を向けた支援をし、子供がいる場合「ホープツリー」を紹介する等した」（事業場）

- A30) 他職種から、両立支援に必要な医療情報（身体的評価、心理的評価、治療内容）を収集できる

「医療者が心配していることについても両立支援を行う上で必要な情報となる。」

- A31) 他職種から、両立支援に必要な外部資源情報（公的助成、傷病手当、個人保険、福利厚生）を収集できる

「ハローワークや産業保健総合支援センターなどの外部機関との連携も必要と考えていて、出張相談会を開催してもらっている。定期的に研修会に参加して、外部機関関係者だけでなく企業の参加者とも情報交換している。」  
「患者の希望を検討する際に労働法との兼ね合いもあるため、社労士からの情報は必須である。」

- A32) 当事者の上司等から、両立支援に必要な職場情報（業種、体制、設備、立地、制度、支援状況）を収集できる  
「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をきく。」(事業場)
- A33) 当事者の家族から、両立支援に必要な家族の状況(世帯事情、経済的事情、支援状況)を聴取できる
 

「患者の不安を具体的な心配事に変えていくことが、両立支援のポイントであると考えている。」

「不安を具体的な心配事に変えておくと、その後、当院もしくは他院での治療がスムーズになる。スムーズな診療がスムーズな両立支援につながる。」

「患者自身は復帰できるのかという不安を持っていて、企業側は術後どの程度働けるのか、どのような配慮が必要なのかという不安を持っていた。」
  - A34) 当事者から、具体的な困りごとを聴取できる
 

「患者の不安を具体的な心配事に変えておくと、その後、当院もしくは他院での治療がスムーズになる。スムーズな診療がスムーズな両立支援につながる。」

「患者自身は復帰できるのかという不安を持っていて、企業側は術後どの程度働けるのか、どのような配慮が必要なのかという不安を持っていた。」
  - A35) 当事者の上司等から、具体的な就労課題を聴取できる
 

「本人の許可を得たうえで、職場に対して質問したり本人の希望を伝えたりする流れの中で職場の話につながる。直接的に患者が職場でどうだったかというような聞き方はしないが、患者が発言していた内容について、職場側ではどうかと確認する中で把握できる部分もある。」
  - A36) 収集した情報やデータを分析できる
 

「月に2回コーディネーター会議を開催し、症例について話し合っている。」

「様々な職種と連携をとるために両立支援科では月二回の事例検討会を設けている。」

「両立支援コーディネーターの研修受講、就労や両立支援についての研修会への定期的な参加、院内関係機関のカンファレンスへの参加である。カンファレンスを通じて様々な意見を取り入れて支援を検討している。」

「カンファレンスでは、支援者が困っている症例を取り上げて、治療、病状、リハビリについて話し合い、職場復帰に向けてどの程度準備ができるかを検討している。」
  - A37) 当事者の困りごとの本質や背景を多角的に捉えられる
 

「医療者は患者の生活を多角的に考えることが苦手な人が多い。両立支援のモチベーションが高い人は、多角的・全人的に考えることが上手く、本人の希望を聞き出す能力が高い。」
  - A38) 共通性のある他症例や経験を参考に、分析結果を解釈できる
 

「患者が潰瘍性大腸炎に罹患し、うつ傾向となる場合がある。身体疾患と精

神疾患の両方が組み合わさるケースが多い。その場合、産業医学に精通している精神科医を紹介し、会社宛での診断書を書いてもらっている。精神疾患を適切に診察できる医師と連携して精神疾患のある患者の両立支援も充実させたい。」

「2018 年から両立支援を始める以前に約 15 年間メンタルヘルスや病気になった方の復職支援をおこなってきた。その経験が両立支援にとっても活かされている。」

- A39) 治療と仕事の両立に関する個別課題を設定できる

「疾患が進行すれば看護師業務がいつかできなくなることは本人も分かっていた。そうなった時の収入面を考え、看護師経験を活かしてできる座業がないか一緒に考えた。動けるうちに色々しておこうということで、3 年かけて医師事務作業補助者の資格をとった。」

- A40) 当事者の職務適性を医学的に評価できる

「細かく話を聞くと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、免疫抑制状態であることから、意見書を発行した。」

- A41) 当事者の病状や治療による就労

継続への経時的影響を予測できる

「がんのステージⅣでも働いている患者はいる。いつまで働くかについて話をするタイミングは難しい。働き続け、引継ぎが十分できないまま亡くなったケースはあった。患者としては死を認めたくない、やりたい仕事はまだあるという思いがあり、仕事を手放すことが出来なかった。」

「患者の不安を解消するためには、今後の見通し(生存率)を含めた具体的な情報提供が必要である。」

- A42) 当事者の支援要求がなくとも課題の顕在化が見込まれた時、解決に向けた支援を準備できる

「癌領域では生き続けることができない人のほうが圧倒的に多い。日本人は生きることと働くことが強く結びついている。キャリアを途中で諦めることになったとしても、患者さんがやりきったと感じられるように支援したいと考えている。両立支援という復職が目標と思いがちだが、上手に仕舞っていくことも重要だと考える。」

「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。」(事業場)

- A43) 当事者の特性に合わせた説明や

指導ができる

「肺がんと乳がんの5年生存率を比較した場合、乳がんの5年生存率は9割近いので、生存率を示すことで、自己の喪失(抑うつ)まで至らない場合が多い。肺がんは5年生存率が40%を切っており、具体的な生存率を伝えると自己の喪失(抑うつ)につながる可能性がある。」

「患者は責任ある役職についており、早く復職しなければいけないという気持ちがあった。本人との話し合いの中で急がなくて良い部分、早く進めなければいけない部分を伝えるのが難しかった。」

- A44) 職場の特性に合わせた説明・指導ができる

「患者と企業がよくコミュニケーションをとっており、産業医との面談が定期的に行われた。コロナウィルスの流行もあり、県外の勤務先に戻る時期を検討し、当院で治療継続しながら、リモートワーク勤務を行うという働き方について話し合った。企業側が復帰前後に両立支援プランを作成し、主治医と共有した。」

「地下鉄運転手のような大企業に勤務している患者の場合、産業医が常駐し健康管理もされている。産業医と何度もやり取りすることで成功した症例である。」

- A45) 当事者が外部資源を十分に活用できるよう、情報を提供できる

「自信回復に向けた支援として行ったことは、これまでの職務経験を活かせる仕事を見つけることである。本人が自信をもって出来る仕事を見つけることに力を注いだ。」

「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。」(事業場)

「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。」

(事業場)

「使える支援制度や社会資源を調べて、本人に紹介した」(事業場)

- A46) 当事者の「疾患や治療そのもの」に関する理解が高まるよう、説明・指導ができる

「不安を抱えて来院した患者には、診療や治療への理解を深めてもらうことや、生活上の注意点を説明することで、不安が解消され、職場復帰につながることもある。」

「寛解と活動期の間に軽症や中等症があり、その状態の患者がどのように働くかが問題である。」

- A47) 上司や同僚の「疾患や治療その

- もの」に関する理解が高まるよう、説明・指導ができる
- 「職場の人ががん治療に伴う副作用や対処方法等について知る機会を増やすことも重要だと感じている。」
- 「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」(事業場)
- A48) 当事者の「就労上の医学的留意事項」に関する理解が高まるよう、説明・指導ができる
 

「潰瘍性大腸炎の地下鉄運転手の事例では、業務の途中でトイレに行くことが難しいため、活動期のみ車掌に業務転換してはどうかと提案した」

「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」(事業場)
  - A49) 上司や同僚の「就労上の医学的留意事項」に関する理解が高まるよう、説明・指導ができる
 

「企業側は術後どの程度働けるのか、どのような配慮が必要なのかという不安を持っていた。外来同席や主治医意見書を通して、企業側に患者情報を理解してもらい、ソフトランディングできるように努めた。休業可能な日数や利用可能な制度(時短勤務、フレックス等)などの情報は有用であった。」
  - A50) 当事者の「自己保健力」が向上するよう、説明・指導ができる
 

「まず患者が治療や仕事に関して自主的に行動できるよう支援することである。」

「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。」(事業場)

「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。」(事業場)
  - A51) 当事者の「疾患や治療状況を説明する力」が向上するよう、説明・指導ができる
 

「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。」
  - A52) 当事者の「職場の状況等を説明する力」が向上するよう、説明・指導ができる
 

「職場を最も知っている患者から情報収集を行う。」

「患者が休職している間は、医療機関の両立支援コーディネーターがある程度連携をとる必要がある。復職後は、本人が企業の産業保健スタッフや外部の支援機関と連携することが重要



であると考えている。」

- A53) 当事者が社会規範に沿った行動をとれるよう、説明・指導ができる  
「患者の不利益や、疾病利得が生じないことに注意をすれば、両立支援を行うことが出来ると考えている。」

- A54) 当事者が受援しやすい人間関係を構築できるよう、説明・指導ができる

「患者と医療者と企業が連携する中で(患者が)不利にならないよう言動に注意している。こちらの希望を伝えすぎると企業からの反応が良くないことがあった。企業がどこまでなら動いてもらえるか、患者の折り合いをどうつけるかといった調整に気を付けている」

「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。」(事業場)

- A55) 当事者自身が職場と合意形成を図れるよう、説明・指導ができる

「ステークホルダーのニーズは三者面談(患者、主治医、企業担当者)を通して知ることができた。患者と面談をして、患者の気持ちや不安なことを確認し、困っていることを自分で企業側へ伝えて、両者が歩み寄れるようにした。」

「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。」(事業場)

- A56) 当事者の働きやすさを考慮し、治療の調整・リハビリテーション・栄養指導・薬剤指導等の介入を検討できる

「乳がん(stageⅣ)の事例。患者は就労を継続することが可能な治療を希望。抗がん剤治療を提案したところ、承諾された。勤務先の産業医(に連絡を取り、対応してもらった。抗がん剤で痛みが軽減し、日常生活も支障なくしばら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。」

「大病院に平日通院することが難しい患者は平日以外や夕方通院できるクリニックを希望する。」

- A57) 当事者が選択したい治療の受けやすさを考慮し、通院時間の確保等の職場ができる調整や配慮を検討できる

「安定して通院できるように患者の要望に応じている。通院のために仕事

を早退したくない患者は夕方通院する。生物学的製剤の点滴や皮下注射を夕方や土曜日に行くことが多い。」

「前立腺がんの患者さんを担当し、仕事と通院の都合がなかなかあわなかった。患者が、会社に病院に相談しているということを知られるだけでクビにされてしまうと聞いていた。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。通院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。」

「自宅近くの病院への通院に便利の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。」（事業場）

## V. 医療機関と事業場との連携 10 個

- A58) 当事者から、就労に関する見解を聴取できる

「患者は責任ある役職についており、早く復職しなければいけないという気持ちがあった。」

「潰瘍性大腸炎の地下鉄運転手の事例では、本人は給与が高い運転手での就労継続を希望した。」

「体が動く限りは働きたいし職種変更も受け入れる、という意味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。」（事業場）

- A59) 当事者の職場（予定含）から、

就労に関する見解を聴取できる

「抗がん剤を変更する時には、（勤務先に）今後の治療方針について連絡し、勤務先からは仕事の内容についての連絡が来ていた。」

- A60) 「勤務情報提供書」等を通して、職場に、必要な職場情報の提供を依頼できる

「患者に勤務情報提供書の説明を行い、会社からの配慮が必要であれば提出をお願いしている。」

「勤務情報提供書のタイトルを『主治医への質問書』に変更して質問欄を大きく取り、配慮内容の提案から会社がどのように受け止めているかを判断する材料にしている。」

- A61) 「勤務情報提供書」等を通して職場情報を提供した上で、主治医（医療機関）に、必要な医療情報の提供を依頼できる

「合理的な配慮ができるよう、エビデンスを主治医や産業医に確認する。」

（事業場）

「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。」（事業場）

- A62) 「主治医意見書」等を通じて、職場に、必要な医療情報を提供できる  
「30代女性、介護職の方で、初めに両立支援コーディネーターが企業担当者と面談して勤務情報提供書の提出を依頼し、主治医意見書を作成した。企業担当者に外来同席していただいて情報共有をした。主治医意見書を元に、企業担当者が産業医にも助言を求めて復職プランを作成した。術後半年での復職を目標に現在も支援を継続している。」

- A63) 主治医（医療機関）から、「主治医意見書」や診察同席等を通して、当事者の就労に関する意見を聴取できる

## VI. 職場調整及び配慮の実施 4個

- A64) 産業医等に、医療機関から提供された医療情報を提供できる  
「産業医に診断書もしくは療養計画書を提供し、ほぼ全件面談してもらう。」（事業場）
- A65) 産業医から、当事者の就労に関する意見を聴取できる  
「合理的な配慮ができるよう、エビデンスを主治医や産業医に確認する。」（事業場）

- A66) 当事者の就労による上司や同僚

への負担や影響を予測し、適切であるか評価できる

「医療機関は本人しか見えず本人の利益を考えるので、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。」

「周囲に過度な不公平感を抱かせないように調整する。」（事業場）

- A67) 当事者に対して、実現可能な就労内容や、既存の社内制度の活用した配慮を検討できる

「県外の勤務先に戻る時期を検討し、当院で治療継続しながら、リモートワーク勤務を行うという働き方について話し合った。」

「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。そうしないと受け入れる職場側が振り回されることになる」（事業場）

「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。」（事業場）

「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。」（事業場）

## VII. フォローアップ 7個

- A68) 配慮下での就労開始後、対象者（当事者・上司・家族）との面接を設定できる  
「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労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。」（事業場）
  - A69) 当事者や医療職から、配慮下での治療継続状況を聴取し、医療情報を収集できる  
「スクリーニング時には両立支援の希望がなかったが、その後支援が必要であった症例が多くあるのではないかな。患者がその後どうなったのかを評価できていない」
  - A70) 当事者から、配慮下での就労状況や職場の受け入れ状況を聴取し、仕事・職場情報を収集できる
  - A71) 上司や同僚から、配慮下での就労状況や職場の受け入れ状況を聴取し、仕事・職場情報を収集できる  
「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。」（事業場）
  - A72) 当事者や家族から、支援開始後の、家族の状況（世帯事情、支援状況）の情報を聴取できる
  - A73) 当事者や家族から、支援開始後の、外部資源の利用状況（公的助成、傷病手当、個人保険、福利厚生）を聴取できる
  - A74) 収集した情報やデータの「変化」を分析し、再評価できる
- B. 活動展開に係るコンピテンシー**
- B1) 施設方針に沿った両立支援の実現に、専門職として貢献できる行動をとることができる  
「病院の理念に「患者さんの立場に立って考える」とあるが、患者だけでなく企業の立場にも立って考えることを念頭に置いて支援している。」  
「両立支援推進のトップダウンがある院内風土である。」  
「日常の診療に両立支援が組み込まれており、患者一人一人に職業や業務内容を聞いている。」  
「がん相談支援センターのメンバーは異動により入れ替わりがあるが、必ず両立支援コーディネーターの研修を受ける。」  
「がん患者指導管理料を算定することで、外来の収益になり、看護部へのアピールにつながるため、算定資格のある看護師が担当し、外来収益に貢献していた。」  
「がん相談支援センターの看護師に

は、労災病院だから両立支援をしなければならないという上層部からのプレッシャーと、がん相談支援センターだから患者を支援しなければならないという要求と、「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」という困りごとがあった」

「システムを変える時は、各部門の承認を得る必要がある。突然システム変更の要求を伝えても、対応しづらい点があるので、事前にどのようなシステム運用だと承認が得られるのか水面下で動いておくことで、承認につながったと思う。実際システムを動かすときはトップから伝えてもらった。」

「看護師長から看護部へ両立支援の無理のない始め方を相談した。外来看護師に情報共有を行い、外来に両立支援のポスターを貼って患者からがん相談支援センターへ申し出て頂く形で2020年5月から開始した。」

- B2) 事業場の方針に沿った両立支援の実現に、実務担当者として貢献できる行動をとることができる

「社員が躍動して過ごせること。」(事業場)

「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。」(事業場)

「決して特別なものではなく、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。」(事業場)

「従業員の高年齢化や病気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。」

(事業場)

- B3) 他職種に関心を持ち、他者の立場や視点を理解できる

「患者にどのように対応し、何を優先して伝えた方が良いかという情報を得る目的や、他の職種が患者をどのように見ているかを知る目的で臨床のカンファレンスに参加することもある。」

「様々な職種と連携をとるために両立支援科では月二回の事例検討会を設けている。」

「医師は潜在的に能力を持っていると考えられる。関心を持ってもらうために成功事例を他の医師にも共有できる研修会をしたいと考えている。」

「多職種での支援という観点では、コアメンバーだけでなく全職員が両立支援についての知識を持つことが重要と考えている。」

- B4) 自施設/事業場内の他職種や他部門と自由に連絡相談できる関係を築くことができる

「医師、看護師、事務に相談しながらスタッフが動きやすいシステムづくりを目指した。」

「導入時にいくつかの部署に就労支援について困っていることを聞いて回った。困っていると言ってくれるところから介入しようと考えた。」

「院内ではコツコツと支援フローの取り組みを周知し続けていくことが目標。院内の取り組みを続けていく中で、他部署とちゃんとコミュニケーションを取り続けないと簡単に取り組みは壊れてしまう。コロナ禍で病棟に行けなかったときはコミュニケーションが十分に取れなかった。」

「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。」  
(事業場)

- B5) 自施設/事業場外支援施設との友好関係を積極的に築くことができる

「当院では YouTube やオンラインセミナーを開催しており、参加対象者を「希望するかたどなたでも」にしたところ、この半年で一般企業の方や学校関係者の方からの申し込みが増えつつある。」

「産業衛生学会や MSW の学会などには必ず演題を出してアピールしている。」

「県内への広がりという点では、県内の5つのがん診療連携拠点病院が集う連絡協議会で、両立支援のニーズがあるということで活動している。また、県のがん委員会には、がん治療・相談支援部会があり、労働局や産業保健総合支援センター、拠点病院患者会などが参画して横方向の展開をしている。診療科としての両立支援科や労災病院のような両立支援が当たり前という環境ではないので、病院間の連携が重要と考えている。〇〇県は大きくないので活動しやすく、県を挙げてレベルアップを図っている。拠点病院や開業医などマルチプルなレベルで両立支援をスタートしてアピールしていくことが重要と考えている。」

「初めはどのように活動したら良いのか見当もつかなかったのが、産業医大病院を見学できたことが大きかった。」

「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。」(事業場)

- B6) 両立支援を行う組織風土の醸成

を意識し、行動をとることができる

「2012 年から社会保険労務士が病院に来るようになり、病院全体の意識が高まった。2017 年頃から具体的に患者対応を取り組み始め、2024 年頃から教育体制も含めた現在の体制になった。」

「勤労者看護を認定する院内制度を作り、認定看護師が両立支援コーディネーター研修を受けるしくみがある。」

「少なくとも癌領域に関しては、医学モデルから社会・生活モデルへ変化してきており、目標も QOL になってきている。院内の仕組みや研究も、患者参画で行っていくようになってきた。この流れの変化によって院内でも議論しやすくなってきた。敷地内のホテルや新病棟を建てる話の中で、患者の生活しやすい設備(四肢のしびれに対してペットボトルオープナーなど)を置くような環境整備を進めている。自施設の患者特性に合わせた設備導入を考えるとよいのだろう。」

「医師からの相談依頼が少ないため、医師の理解促進に努めたい。がん診療センターの機能を知っているスタッフからは依頼があるが、一部のがん診療部署の看護師からの依頼が中心であり、一部の診療科の医師からの紹介に限られている。」

「〇〇先生の熱意に動かされて両立支援に取り組み始めた。立ち上げのと

きはある程度の勢いがあるが、今後はシステムを維持していくことが課題となってきた。」

「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。」(事業場)

「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関われ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。」(事業場)

## D. 考察

以下、80 個のコンピテンシーについて、グループ毎に考察する。

- A1) 一貫して「当事者本人がしたいこと」に寄り添う姿勢を保つことができる

A1 は、支援者の姿勢に関するコンピテンシーとして、主に医療機関の支援者の聴取内容より抽出された。

病初期の患者に関わる医療機関の支援者には、患者の疾患受容における苦悩を共有することで和らげ、共に治療と向かい合う姿勢が求められる。医療人として患者の本音に寄り添う姿勢が最も重視される。

- A2) 当事者の気持ちに寄り添いながらも、冷静かつ公正な姿勢を保つことができる
- A3) 上司や同僚の気持ちに寄り添いながらも、冷静かつ公正な姿勢を保つことができる
- A4) 確定した情報と未確定の情報を分けて取り扱うことができる

A2-4 は、支援者の姿勢に関するコンピテンシーとして、主に事業場の支援者の聴取内容より抽出された。前述の A1 とは異なる性質の姿勢である。

事業場では、従業員を公正に扱うことが求められる。事業場の支援者は、当事者に対し思いやりを持った対応が必要であるが、当事者を過度に特別扱いせず、周囲の従業員や上司等への影響も考慮しながら公正に対応する必要がある。そのため、客観的な視点を保持することが重視される。

- A5) 当事者が「就労の質を保ち職場内で役割を果たせる」ことを支援する信念を備えている
- A6) 当事者が「選択したい治療を受けられる」ことを支援する信念を備えている
- A7) 当事者が「社会的信頼を維持できる」ことを支援する信念を備えている
- A8) 職場が「安全配慮を履行できる」

#### ことを支援する信念を備えている

A5-8 は、支援者の信念に関するコンピテンシーとして抽出された。

本調査の対象となった支援者らは、明確な目標となる支援イメージを持っていた。これまでの支援者の研修会等では「短期間でも」「可能な限り現在の職場で就労継続する」復職を目指す声も聞かれていたが、本調査の対象となった支援者らにおいては「より円滑で」「持続可能で」「やりがいがある」「周囲にも良い影響を与える」復職を目指しており、より具体的な両立支援の目標を見据えて活動していた。両立支援の目標は、個別事例によって異なるが、当事者やその周囲の人々の満足感や納得感が得られる目標であることが肝要であり、その点を重視する信念が挙げられた。

また、今回明らかになった支援者の信念は、労働安全衛生法等の法律や一般的な雇用契約等の社会背景、昨今の多様性を重視した価値観に強く影響を受けており、将来の社会的価値観により変化すると考えられた。

- A9) 建設的な支援となるよう、当事者に対する自身の感情をコントロールできる
- A10) 当事者が継続的に相談できる関係を築けるよう、良好なコミュニケーションをとれる
- A11) 自身の立場または職種としての



強み・弱み・限界を自覚できる

- A12) 当事者の気持ちや変化を気遣った声かけができる
- A13) 当事者の語りを傾聴し承認することができる

A9-13 は、コミュニケーションに関するコンピテンシーとして抽出された。

支援者は、当事者に信頼される関係を構築することが求められる。特に、「いつでも本音で相談できる関係」が重要である。そのため、高度なコミュニケーションスキルが必要とされる。

医療現場での患者は、時として支援者や周囲の人々に対して心無い感情的な言動を伴うこともある。特に医療機関の支援者は、自身の心的負荷をマネジメントしつつ、当事者に対して陰性感情をもたずに支援を継続できるよう留意する必要がある。自身の感情コントロールや立場の認識等が、支援者のコミュニケーションのベースとなる。

加えて、支援者間でのコミュニケーションも不可欠である。支援者間の連携では、他職種との相互理解や共通目標を持つために必要な対話が求められる。

- A14) 当事者の両立支援ニーズを鋭敏に察知できる
- A15) 診断時、当事者の就労の有無と、体調や治療による仕事への影響の有無を確認できる
- A16) 入院・治療開始時、当事者の就

労の有無と、体調や治療による仕事への影響の有無を確認できる

- A17) 治療中、当事者の就労の有無と、仕事による体調や治療への影響の有無を確認できる

A14-17 は、両立支援ニーズの拾い上げに関するコンピテンシーとして抽出された。主に医療機関の支援者の聴取内容より抽出された。

医療機関では、診断や治療開始の際、診察や検査の場面で、患者は医師や他の医療職からまとまった説明を受けるが、その際に就労についての相談もできる準備があると、支援開始の契機となりうる。しかし、このような場面は、症状や不安に対する問診や質疑応答に限られた時間が投じられ易い場面でもあるため、今回抽出されたコンピテンシーを備えていなければ就労に関する問診は実施できないと考えられた。

事業場では、休業や復職の診断書の提出が支援開始の契機となりやすいが、体調や治療というプライベートな内容に立対する遠慮から、今回抽出されたコンピテンシーを備えていなければ早期の支援の開始につながらないと考えられた。

- A18) 当事者の両立支援ニーズに対し、速やかに次のアクションをとることができる
- A19) 当事者の困りごとや課題に応じて連携すべき「他職種」を検討できる

- A20) 当事者の困りごとや課題に応じて連携すべき「他部署」を検討できる
- A21) 多職種協働/連携を心がけ、チームでの支援を提供できる

A18-21 は、初回面接の設定に関するコンピテンシーとして抽出された。

これまで多くの医療職や人事労務担当者が当事者の持つ両立支援のニーズを把握するも、どのように対処すればよいのかわからないために、初回面接すら実施されず、支援が開始されない状況があった。今回抽出されたコンピテンシーは、支援の中心的役割を担う者だけでなく、医療機関の全職員、また、事業場の人事部門や産業保健部門の全スタッフが備えることが望ましいと考えられた。

- A22) 対象者（当事者・上司・家族）との面接を設定できる
- A23) 当事者から、復職や就労継続への意欲を聴取できる
- A24) 当事者から、治療や健康管理への意欲を聴取できる
- A25) 当事者から、両立支援に必要な仕事情報（職種、職位、雇用形態、収入、働き方）を聴取できる
- A26) 当事者から、両立支援に必要な職場情報（業種、体制、設備、立地、制度、支援状況）を聴取できる
- A27) 当事者から、両立支援に必要な医療情報（身体的状況、心理的状況、治療内容）を収集できる

- A28) 当事者から、両立支援に必要な外部資源の利用状況（公的助成、傷病手当、個人保険、福利厚生）を収集できる
- A29) 当事者から、両立支援に必要な家族の状況（世帯事情、支援状況）を聴取できる
- A30) 他職種から、両立支援に必要な医療情報（身体的評価、心理的評価、治療内容）を収集できる
- A31) 他職種から、両立支援に必要な外部資源情報（公的助成、傷病手当、個人保険、福利厚生）を収集できる
- A32) 当事者の上司等から、両立支援に必要な職場情報（業種、体制、設備、立地、制度、支援状況）を収集できる
- A33) 当事者の家族から、両立支援に必要な家族の状況（世帯事情、経済的事情、支援状況）を聴取できる
- A34) 当事者から、具体的な困りごとを聴取できる
- A35) 当事者の上司等から、具体的な就労課題を聴取できる

A22-35 は、当事者の考えや支援する上で必要な情報の収集に関するコンピテンシーとして抽出された。

「支援をする上で必要な情報」は、その目的に応じて、当事者が意思決定の際に必要なとする情報を分別するための情報、課題を設定するための情報、アプローチを検討するための情報、具体的な説明や指導を検討する情報、等に分類される。詳

細な情報を収集し整理することで、個別性の高い支援の提供につながり得る。

家族情報の収集に関するコンピテンシーについては、現場でのトレーニングが必要なことが聴取され、本コンピテンシーの習得には、特に十分な支援者教育が必要と考えられた。

当事者の就労を取り巻く情報は、可能な限り網羅的に聴取されることが望ましい。先行研究によると、就労継続上の困りごとは、複数の要因が相互に影響しあって構成されていることが示されている（Inoue S, 2022）。加えて、両立支援に必要な情報を当事者から収集するためのツールとして、すでに「両立支援 10 の質問」が開発されている（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—」研究代表者：森晃爾）。本調査では、この「両立支援 10 の質問」を用いた情報収集を行っている支援者も存在し、このツールは情報収集に関するコンピテンシーを補完する可能性が高いと考えられた。今回明らかになったコンピテンシーを参考に、このツールの改訂がなされれば、情報収集に関するコンピテンシーを容易に習得することができる可能性がある。そのため、今後の研究との連動が期待される。

- A36) 収集した情報やデータを分析で

きる

- A37) 当事者の困りごとの本質や背景を多角的に捉えられる
- A38) 共通性のある他症例や経験を参考に、分析結果を解釈できる
- A39) 治療と仕事の両立に関する個別課題を設定できる
- A40) 当事者の職務適性を医学的に評価できる
- A41) 当事者の病状や治療による就労継続への経時的影響を予測できる
- A42) 当事者の支援要求がなくとも課題の顕在化が見込まれた時、解決に向けた支援を準備できる

A36-42 は、支援する上で必要な情報の分析及び評価に関するコンピテンシーとして抽出された。

情報の分析及び評価には、各項目において専門的な能力が必要である。このため、支援者の職種や役割に応じて、要求されやすさや獲得可能しやすさに偏りがあると考えられた。

医学的な職務適性評価や就労継続への経時的影響の予測は、主に医師が担うことになるが、すでに産業医向けに「科学的根拠に基づいた復職ガイダンス」が開発されている（労災疾病臨床研究事業「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」研究代表者：立石清一郎）。また、臨床医向けには、意見書作成に資する「症状配慮

集」も開発されている（厚生労働科学研究費・労働安全衛生総合研究事業「医療機関における治療と仕事の両立支援の推進に資する研究」研究代表者：立石清一郎）。医学的な職務適性評価に関するコンピテンシーについては、これらのツールを用いた医師向けの研修プログラムが既に実施されており、習得可能な状況にある。

- A43) 当事者の特性に合わせた説明や指導ができる
- A44) 職場の特性に合わせた説明・指導ができる
- A45) 当事者が外部資源を十分に活用できるよう、情報を提供できる
- A46) 当事者の「疾患や治療そのもの」に関する理解が高まるよう、説明・指導ができる
- A47) 上司や同僚の「疾患や治療そのもの」に関する理解が高まるよう、説明・指導ができる
- A48) 当事者の「就労上の医学的留意事項」に関する理解が高まるよう、説明・指導ができる
- A49) 上司や同僚の「就労上の医学的留意事項」に関する理解が高まるよう、説明・指導ができる
- A50) 当事者の「自己保健力」が向上するよう、説明・指導ができる
- A51) 当事者の「疾患や治療状況を説明する力」が向上するよう、説明・指導ができる

- A52) 当事者の「職場の状況等を説明する力」が向上するよう、説明・指導ができる
- A53) 当事者が社会規範に沿った行動をとれるよう、説明・指導ができる
- A54) 当事者が受援しやすい人間関係を構築できるよう、説明・指導ができる
- A55) 当事者自身が職場と合意形成を図れるよう、説明・指導ができる
- A56) 当事者の働きやすさを考慮し、治療の調整・リハビリテーション・栄養指導・薬剤指導等の介入を検討できる
- A57) 当事者が選択したい治療の受けやすさを考慮し、通院時間の確保等の職場ができる調整や配慮を検討できる

A43-57 は、具体的な介入に関するコンピテンシーとして抽出された。

この具体的な介入においても、各項目で専門性的な能力が求められる。

また、今後、新たな職種が両立支援活動に参画する場合には、この項目のコンピテンシーは追加される可能性がある。今後、各職種が強みとするコンピテンシーが明確になれば、より望ましい多職種連携の実現が期待される。

- A58) 当事者から、就労に関する見解を聴取できる
- A59) 当事者の職場（予定含）から、

- 就労に関する見解を聴取できる
- A60)「勤務情報提供書」等を通して、職場に、必要な職場情報の提供を依頼できる
- A61)「勤務情報提供書」等を通して職場情報を提供した上で、主治医（医療機関）に、必要な医療情報の提供を依頼できる
- A62)「主治医意見書」等を通じて、職場に、必要な医療情報を提供できる
- A63) 主治医（医療機関）から、「主治医意見書」や診察同席等を通して、当事者の就労に関する意見を聴取できる

A58-63 は、医療機関と事業場との連携に関するコンピテンシーとして抽出された。

医療機関と事業場との連携は、現在の国が進めている両立支援の中核の一つである。本調査では、現在の連携の主軸となっている主治医意見書発行に関わるコンピテンシーが抽出されたが、今後の施策変更や拡充によっては、現在のコンピテンシーの変化、あるいは、新たなコンピテンシーの追加が生じる可能性がある。施設間連携に関しては、習得が容易なコンピテンシーで構成されることが望ましく、連携のハードルを下げる社会システムの構築が望まれる。

- A64) 産業医等に、医療機関から提供された医療情報を提供できる

- A65) 産業医から、当事者の就労に関する意見を聴取できる
- A66) 当事者の就労による上司や同僚への負担や影響を予測し、適切であるか評価できる
- A67) 当事者に対して、実現可能な就労内容や、既存の社内制度の活用した配慮を検討できる

A64-67 は、職場調整及び配慮の実施に関するコンピテンシーとして抽出された。主に事業場の支援者の聴取内容より抽出された。

本調査の対象となった支援者らは、「医学的根拠に基づいた持続可能な職場調整こそが適切な支援である」、と考えていた。

産業医を活用できる事業場では、これらのコンピテンシーの一部を産業医が発揮するため、職場調整を含む支援提供のハードルが下がる可能性があると考えられた。

- A68) 配慮下での就労開始後、対象者（当事者・上司・家族）との面接を設定できる
- A69) 当事者や医療職から、配慮下での治療継続状況を聴取し、医療情報を収集できる
- A70) 当事者から、配慮下での就労状況や職場の受け入れ状況を聴取し、仕事・職場情報を収集できる
- A71) 上司や同僚から、配慮下での就労状況や職場の受け入れ状況を聴取

- し、仕事・職場情報を収集できる
- A72) 当事者や家族から、支援開始後の、家族の状況（世帯事情、支援状況）の情報を聴取できる
- A73) 当事者や家族から、支援開始後の、外部資源の利用状況（公的助成、傷病手当、個人保険、福利厚生）を聴取できる
- A74) 収集した情報やデータの「変化」を分析し、再評価できる

A68-74 は、フォローアップに関するコンピテンシーとして抽出された。

医療機関及び事業場の支援者双方の聴取内容より抽出された。大部分は面談時のコンピテンシーと重複し、フォローアップに特異的なコンピテンシーとしては、変更や変化に関する情報収集及び分析評価に限定された。

本調査では経験豊富な支援者を対象としたが、各施設で両立支援が導入されてから最長で3年しか経過していないため、長期的なフォローアップに関するコンピテンシーは今後のデータ蓄積を待って網羅的に解明されることが望ましいと考えられた。

#### A. 活動展開に係るコンピテンシー

- B1) 施設方針に沿った両立支援の実現に、専門職として貢献できる行動をとることができる
- B2) 事業場の方針に沿った両立支援の実現に、実務担当者として貢献で

きる行動をとることができる

- B3) 他職種に関心を持ち、他者の立場や視点を理解できる
- B4) 自施設/事業場内の他職種や他部門と自由に連絡相談できる関係を築くことができる
- B5) 自施設/事業場外支援施設との友好関係を積極的に築くことができる
- B6) 両立支援を行う組織風土の醸成を意識し、行動をとることができる

B1-6 は、活動展開に関するコンピテンシーとして抽出された。主に医療機関の支援者の聴取内容より抽出された。

本調査の対象者の多くは、各施設で両立支援の導入に携わり、両立支援部門の立ち上げで中心的役割を果たした者であった。これに伴い、チームリーダーの素養も多く抽出された。活動展開に関するコンピテンシーは、全ての支援者が備える必要はないと考えられるが、プロジェクトリーダーの役割を担う支援者には欠かせないものと考えられた。これらのコンピテンシーを既に備えている支援者には、今後の社会システムの構築や支援者教育に携わることが期待される。

本調査での質的な検討の結果、両立支援に携わる支援者に必要な80のコンピテンシーが抽出された。各コンピテンシーに適合性が高い職種や、各コンピテンシーの職種ごとに要求される度合いについては、量的な検証が必要と考えられた。

## E. 結論

本研究で明らかになった両立支援に携わる支援者に必要なコンピテンシーを基にした研修プログラムの開発及び提供によって、より質の高い支援を提供できる人材を育成することが可能となる。また、コンピテンシーを備えた支援者のネットワーク形成によって、社会的な両立支援システムの構築も実現する可能性が高い。このような両立支援の人材基盤の整備により、より多くの労働者に両立支援が届けられることが期待される。

## F. 引用・参考文献

1. Inoue S, Tateishi S, Harada A, Oginosawa Y, Abe H, Saeki S, Tsukada J, Mori K. Qualitative study of barriers and facilitators encountered by individuals with physical diseases in returning and continuing to work. BMC Health Serv Res. 2022 Oct 4;22(1):1229. doi: 10.1186/s12913-022-08604-z.
2. 森晃爾. 平成 26-28 年度 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—」報告書
3. 立石清一郎. 平成 28-30 年度労災疾病臨床研究事業「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」報告書

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」報告書

4. 立石清一郎. 令和 2-3 年度厚生労働科学研究費・労働安全衛生総合研究事業「医療機関における治療と仕事の両立支援の推進に資する研究」報告書

## G. 学会発表

1. 永田昌子、原田有理沙、石上紋、篠原弘恵、古江晃子、渡邊萌美、橋本博興、細田悦子、樋口周人、舩津康平、立石清一郎. SanRISE Study：治療と仕事を両立している人に対する職場での配慮に与える影響～医療機関からの意見書の影響～. 第 96 回日本産業衛生学会、2023 年 5 月宇都宮、口演発表（予定）
2. 原田有理沙、石上紋、篠原弘恵、古江晃子、渡邊萌美、橋本博興、細田悦子、樋口周人、舩津康平、立石清一郎、永田昌子. SanRISE Study：治療と仕事の両立支援の効果指標の検討. 第 96 回日本産業衛生学会、2023 年 5 月宇都宮、口演発表（予定）
3. 渡邊萌美、原田有理沙、石上紋、篠原弘恵、古江晃子、橋本博興、細田悦子、樋口周人、舩津康平、立石清一郎、永田昌子. SanRISE study：労働機能障害を生じやすい疾患を治療中の労働者の特性. 第 96 回日本産業衛生学会、2023 年 5 月宇都宮、口演発表（予定）
4. 古江晃子、原田有理沙、石上紋、篠原弘恵、渡邊萌美、橋本博興、細田悦子、樋口周人、舩津康平、立石清一郎、永田昌子. SanRISE Study：治療と仕事

- の両立についての情報不足と精神的苦痛との関連. 第 96 回日本産業衛生学会、2023 年 5 月宇都宮、口演発表 (予定)
5. 橋本博興、原田有理沙、石上紋、篠原弘恵、古江晃子、渡邊萌美、細田悦子、樋口周人、舩津康平、立石清一郎、永田昌子. SanRISE Study : Study : 産業医科大学病院における治療と仕事の両立支援活動の患者満足度調査. 第 96 回日本産業衛生学会、2023 年 5 月宇都宮、口演発表 (予定)
  6. 石上紋、原田有理沙、古江晃子、渡邊萌美、橋本博興、細田悦子、篠原弘恵、樋口周人、舩津康平、立石清一郎、永田昌子. SanRISE Study : 医療機関からの治療と仕事の両立支援と患者の困りごとの変化との関連. 第 96 回日本産業衛生学会、2023 年 5 月宇都宮、口演発表 (予定)
  7. 細田悦子、原田有理沙、石上紋、篠原弘恵、古江晃子、渡邊萌美、橋本博興、樋口周人、舩津康平、立石清一郎、永田昌子. SanRISE Study : 治療と仕事の両立支援を受けたがん患者と困りごととの関連. 第 96 回日本産業衛生学会、2023 年 5 月宇都宮、口演発表 (予定)
  8. 原田有理沙、石上紋、古江晃子、篠原弘恵、大久保直紀、船田将史、永田昌子. 膠原病により長期療養となった新入社員における治療と仕事の両立支援の一例. 第 32 回日本産業衛生学会全国協議会、2022 年札幌、一般演題
  9. 石上紋、原田有理沙、篠原弘恵、近藤貴子、田嶋裕子、瀬戸山航史. 就業配慮に関する労働者と職場の合意形成に寄与した医療機関からの両立支援の一例. 第 32 回日本産業衛生学会全国協議会、2022 年札幌、一般演題
  10. 青山瑤子、金城泰幸、星野香、植田多恵子、栗田智子、原田有理沙、永田昌子、吉野潔、松田晋哉. 子宮体癌に対する腹腔鏡下手術後に、就労支援を受けて早期復職した症例. 第 32 回日本産業衛生学会全国協議会、2022 年札幌、一般演題
  11. 金城泰幸、青山瑤子、遠山篤史、近藤恵美、柴田英治、細田悦子、原田有理沙、永田昌子、立石清一郎、吉野潔. 周産期領域の両立支援の現状と両立支援で復職が可能となった切迫早産の一例. 第 32 回日本産業衛生学会全国協議会、2022 年札幌、一般演題
  12. 富崎一向、原田有理沙、永田昌子、細田悦子、藤本直浩. 泌尿器重複癌の治療による休業からの復職に両立支援が有効であった一例. 第 32 回日本産業衛生学会全国協議会、2022 年札幌、一般演題
  13. 渡邊萌美、原田有理沙、篠原弘恵、石上紋、山本淳孝、中野良昭、佐藤甲一朗、永田昌子. 症候性てんかん患者の就業配慮の検討に主治医意見書が有効であった 1 症例. 第 32 回日本産業衛生学会全国協議会、2022 年札幌、一般演題
  14. 古江晃子、原田有理沙、細田悦子、荻ノ沢泰司、立田穂那美、永田昌子. うっ血性心不全患者に対し心肺運動負荷試験 (CPX) での心機能評価を基に就業上の配慮を検討した一例. 第 32 回日本産業衛生学会全国協議会、2022 年札幌、一般演題
  15. 永田昌子. 両立支援における協働 産業保健職への期待. 第 32 回日本



産業衛生学会全国協議会、2022 年札幌、一般演題

16. 五十嵐侑、立石清一郎、原田有理沙、松岡朱理、澤島智子、川角美佳、森晃爾. 産業医が柔軟に変更できなかった COVID-19 対策とは何か・質的調査. 第 40 回産業医科大学学会、2022 年 10 月北九州、口演発表
17. 金城泰幸、遠山篤史、青山瑤子、栗田智子、細田悦子、原田有理沙、永田昌子、立石清一郎、吉野 潔. 産婦人科領域の両立支援を希望した患者の紹介元分析. 第 37 回日本女性医学会、2022 年 11 月米子、ポスター発表
18. 樋口周人、舩津康平、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、ポスター発表
19. 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、ポスター発表
20. 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 5 月高知、ポスター発表
21. 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 5 月高知、ポスター発表
22. 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 5 月高知、ポスター発表
23. 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 5 月高知、口演発表
24. 五十嵐侑、立石清一郎、原田有理沙、日野亜弥子、辻真弓、大神明、森晃爾、松垣竜太郎、藤野善久. CORoNaWork : 体調不良を抱える労働者への配慮と労働機能障害との関連. 第 95 回日本産業衛生学会、2022 年 5 月高知、口演発表
25. 五十嵐侑、立石清一郎、松岡朱理、澤島智子、川角美佳、菊池広大、原田有理沙、森晃爾. COVID-19 流行における産業医の役割 COVID-19 への対応インタビュー調査を踏まえ. 第 39 回産業医科大学学会、2021 年 10 月北九州、口演発表
26. 菊池広大、五十嵐侑、澤島智子、松岡朱理、川角美佳、原田有理沙、立石清一郎、森晃爾. ウィズコロナ時代の産業保健 新興感染症流行における産業医の役割 COVID-19 への対応インタビュー調査を踏まえて. 第 75

- 回日本交通医学会総会、2021 年 9 月オンライン開催、シンポジウム
27. 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
28. 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
29. 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
30. 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
31. 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
32. 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
33. 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
34. 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
35. 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
36. 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
37. 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
38. 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

39. 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
40. 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
41. 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り組み. 第94回日本産業衛生学会、2021年5月松本、口演発表

## H. 論文業績

1. Harada A, Tateishi S, Ishimaru T, Nagata M, Eguchi H, Tsuji M, Ikegami K, Matsugaki R, Fujino Y; CORoNaWork Project. Association Between Types of Chronic Disease and Receiving Workplace Accommodations: A Cross-Sectional Study of Japanese Workers. *J Occup Environ Med.* 2023 Feb 1;65(2):93-97. doi: 10.1097/JOM.0000000000002723.
2. Igarashi Y, Tateishi S, Sawajima T, Kikuchi K, Kawasumi M, Matsuoka J, Harada A, Mori K. What is the role of occupational physicians in the workplace during the COVID-19 pandemic in Japan? A qualitative interview study. *BMC Health Serv Res.* 2022 Oct 27;22(1):1294. doi: 10.1186/s12913-022-08659-y.
3. Inoue S, Tateishi S, Harada A, Oginosawa Y, Abe H, Saeki S, Tsukada J, Mori K. Qualitative study of barriers and facilitators encountered by individuals with physical diseases in returning and continuing to work. *BMC Health Serv Res.* 2022 Oct 4;22(1):1229. doi: 10.1186/s12913-022-08604-z.
4. 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 May 1;64(5):e279-e283. doi: 10.1097/JOM.0000000000002500.
5. 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
6. 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
  7. 立石清一郎、原田有理沙：両立支援の実際ーがん「医療機関における治療と仕事の両立支援・4」、総合リハビリテーション 49 巻 11 号、1087-1093、2021
  8. 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
  9. 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
  10. 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
  11. 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
  12. 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

# **I. 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

## 両立支援に携わる支援者に必要なコンピテンシー (1/4)

必要となる場面		種類			立場		コンピテンシー
大項目	中項目	知識	態度	技能	医療機関	事業場	
A.個別支援	全過程共通	知識	態度	技能	○	○	A1 一貫して「当事者本人がしたいこと」に寄り添う姿勢を保つことができる
		知識	態度	技能	○	○	A2 当事者の気持ちに寄り添いながらも、冷静かつ公正な姿勢を保つことができる
		知識	態度	技能	○	○	A3 上司や同僚の気持ちに寄り添いながらも、冷静かつ公正な姿勢を保つことができる
		知識	態度	技能	○	○	A4 確定した情報と未確定の情報を分けて取り扱うことができる
			態度		○	○	A5 当事者が「就労の質を保ち職場内で役割を果たせる」ことを支援する信念を備えている
			態度		○	○	A6 当事者が「選択したい治療を受けられる」ことを支援する信念を備えている
			態度		○	○	A7 当事者が「社会的信頼を維持できる」ことを支援する信念を備えている
		知識	態度	技能	○	○	A8 職場が「安全配慮を履行できる」ことを支援する信念を備えている
		知識	態度		○	○	A9 建設的な支援となるよう、当事者に対する自身の感情をコントロールできる
		知識	態度	技能	○	○	A10 当事者が継続的に相談できる関係を築けるよう、良好なコミュニケーションをとれる
		知識	態度		○	○	A11 自身の立場または職種としての強み・弱み・限界を自覚できる
		知識	態度	技能	○	○	A12 当事者の気持ちや変化を気遣った声かけができる
		知識	態度	技能	○	○	A13 当事者の語りを傾聴し承認することができる
	両立支援ニーズの拾い上げ	知識	態度	技能	○	○	A14 当事者の両立支援ニーズを鋭敏に察知できる
		知識		技能	○	○	A15 診断時、当事者の就労の有無と、体調や治療による仕事への影響の有無を確認できる
		知識		技能	○	○	A16 入院・治療開始時、当事者の就労の有無と、体調や治療による仕事への影響の有無を確認できる
		知識		技能	○	○	A17 治療中、当事者の就労の有無と、仕事による体調や治療への影響の有無を確認できる
	初回面接まで	知識	態度	技能	○	○	A18 当事者の両立支援ニーズに対し、速やかに次のアクションをとることができる
		知識		技能	○	○	A19 当事者の困りごとや課題に応じて連携すべき「他職種」を検討できる
		知識		技能	○	○	A20 当事者の困りごとや課題に応じて連携すべき「他部署」を検討できる
		知識	態度	技能	○	○	A21 多職種協働/連携を心がけ、チームでの支援を提供できる

## 両立支援に携わる支援者に必要なコンピテンシー (2/4)

必要となる場面		種類			立場		コンピテンシー
大項目	中項目	知識	態度	技能	医療機関	事業場	
A.個別支援	面接時	知識		技能	○	○	A22 対象者（当事者・上司・家族）との面接を設定できる
		知識	態度	技能	○	○	A23 当事者から、復職や就労継続への意欲を聴取できる
		知識	態度	技能	○	○	A24 当事者から、治療や健康管理への意欲を聴取できる
		知識		技能	○	○	A25 当事者から、両立支援に必要な仕事情報（職種、職位、雇用形態、収入、働き方）を聴取できる
		知識		技能	○	○	A26 当事者から、両立支援に必要な職場情報（業種、体制、設備、立地、制度、支援状況）を聴取できる
		知識		技能	○	○	A27 当事者から、両立支援に必要な医療情報（身体的状況、心理的状況、治療内容）を収集できる
		知識		技能	○	○	A28 当事者から、両立支援に必要な外部資源の利用状況（公的助成、傷病手当、個人保険、福利厚生）を収集できる
		知識	態度	技能	○	○	A29 当事者から、両立支援に必要な家族の状況（世帯事情、支援状況）を聴取できる
		知識		技能	○	○	A30 他職種から、両立支援に必要な医療情報（身体的評価、心理的評価、治療内容）を収集できる
		知識		技能	○	○	A31 他職種から、両立支援に必要な外部資源情報（公的助成、傷病手当、個人保険、福利厚生）を収集できる
		知識		技能	○	○	A32 当事者の上司等から、両立支援に必要な職場情報（業種、体制、設備、立地、制度、支援状況）を収集できる
		知識	態度	技能	○	○	A33 当事者の家族から、両立支援に必要な家族の状況（世帯事情、経済的事情、支援状況）を聴取できる
		知識	態度	技能	○	○	A34 当事者から、具体的な困りごとを聴取できる
		知識	態度	技能	○	○	A35 当事者の上司等から、具体的な就労課題を聴取できる
		知識		技能	○	○	A36 収集した情報やデータを分析できる
		知識	態度	技能	○	○	A37 当事者の困りごとの本質や背景を多角的に捉えられる
		知識		技能	○	○	A38 共通性のある他症例や経験を参考に、分析結果を解釈できる
		知識		技能	○	○	A39 治療と仕事の両立に関する個別課題を設定できる
		知識		技能	○	○	A40 当事者の職務適性を医学的に評価できる
		知識		技能	○	○	A41 当事者の病状や治療による就労継続への経時的影響を予測できる
		知識	態度	技能	○	○	A42 当事者の支援要求がなくとも課題の顕在化が見込まれた時、解決に向けた支援を準備できる

## 両立支援に携わる支援者に必要なコンピテンシー (3/4)

必要となる場面		種類			立場		コンピテンシー	
大項目	中項目	知識	態度	技能	医療機関	事業場		
A.個別支援	面接時	知識	態度	技能	○	○	A43	当事者の特性に合わせた説明や指導ができる
		知識	態度	技能	○	○	A44	職場の特性に合わせた説明・指導ができる
		知識		技能	○	○	A45	当事者が外部資源を十分に活用できるよう、情報を提供できる
		知識	態度	技能	○	○	A46	当事者の「疾患や治療そのもの」に関する理解が高まるよう、説明・指導ができる
		知識	態度	技能	○	○	A47	上司や同僚の「疾患や治療そのもの」に関する理解が高まるよう、説明・指導ができる
		知識	態度	技能	○	○	A48	当事者の「就労上の医学的留意事項」に関する理解が高まるよう、説明・指導ができる
		知識	態度	技能	○	○	A49	上司や同僚の「就労上の医学的留意事項」に関する理解が高まるよう、説明・指導ができる
		知識	態度	技能	○	○	A50	当事者の「自己保健力」が向上するよう、説明・指導ができる
		知識	態度	技能	○	○	A51	当事者の「疾患や治療状況を説明する力」が向上するよう、説明・指導ができる
		知識	態度	技能	○	○	A52	当事者の「職場の状況等を説明する力」が向上するよう、説明・指導ができる
		知識	態度	技能	○	○	A53	当事者が社会規範に沿った行動をとれるよう、説明・指導ができる
		知識	態度	技能	○	○	A54	当事者が受援しやすい人間関係を構築できるよう、説明・指導ができる
		知識	態度	技能	○	○	A55	当事者自身が職場と合意形成を図れるよう、説明・指導ができる
		知識		技能	○	○	A56	当事者の働きやすさを考慮し、治療の調整・リハビリテーション・栄養指導・薬剤指導等の介入を検討できる
		知識		技能	○	○	A57	当事者が選択したい治療の受けやすさを考慮し、通院時間の確保等の職場ができる調整や配慮を検討できる

## 両立支援に携わる支援者に必要なコンピテンシー (4/4)

必要となる場面		種類			立場		コンピテンシー	
大項目	中項目	知識	態度	技能	医療機関	事業場		
A.個別支援	医療機関と事業場との連携	知識	態度	技能	○	○	A58	当事者から、就労に関する見解を聴取できる
		知識	態度	技能	○	○	A59	当事者の職場（予定含）から、就労に関する見解を聴取できる
		知識		技能	○		A60	「勤務情報提供書」等を通して、職場に、必要な職場情報の提供を依頼できる
		知識		技能		○	A61	「勤務情報提供書」等を通して職場情報を提供した上で、主治医（医療機関）に、必要な医療情報の提供を依頼できる
		知識		技能	○		A62	「主治医意見書」等を通じて、職場に、必要な医療情報を提供できる
		知識		技能		○	A63	主治医（医療機関）から、「主治医意見書」や診察同席等を通して、当事者の就労に関する意見を聴取できる
	職場調整/配慮の実施	知識		技能		○	A64	産業医等に、医療機関から提供された医療情報を提供できる
		知識		技能		○	A65	産業医から、当事者の就労に関する意見を聴取できる
		知識		技能	○	○	A66	当事者の就労による上司や同僚への負担や影響を予測し、適切であるか評価できる
		知識	態度	技能	○	○	A67	当事者に対して、実現可能な就労内容や、既存の社内制度の活用した配慮を検討できる
	フォローアップ	知識		技能	○	○	A68	配慮下での就労開始後、対象者（当事者・上司・家族）との面接を設定できる
		知識		技能	○	○	A69	当事者や医療職から、配慮下での治療継続状況を聴取し、医療情報を収集できる
		知識		技能	○	○	A70	当事者から、配慮下での就労状況や職場の受け入れ状況を聴取し、仕事・職場情報を収集できる
		知識		技能	○	○	A71	上司や同僚から、配慮下での就労状況や職場の受け入れ状況を聴取し、仕事・職場情報を収集できる
		知識	態度	技能	○	○	A72	当事者や家族から、支援開始後の、家族の状況（世帯事情、支援状況）の情報を聴取できる
		知識	態度	技能	○	○	A73	当事者や家族から、支援開始後の、外部資源の利用状況（公的助成、傷病手当、個人保険、福利厚生）を聴取できる
		知識		技能	○	○	A74	収集した情報やデータの「変化」を分析し、再評価できる
B.活動展開	全過程共通	知識	態度	技能	○		B1	施設方針に沿った両立支援の実現に、専門職として貢献できる行動をとることができる
		知識	態度	技能		○	B2	事業場の方針に沿った両立支援の実現に、実務担当者として貢献できる行動をとることができる
		知識	態度	技能	○	○	B3	他職種に関心を持ち、他者の立場や視点を理解できる
		知識	態度	技能	○	○	B4	自施設/事業場内の他職種や他部門と自由に連絡相談できる関係を築くことができる
		知識	態度	技能	○	○	B5	自施設/事業場外支援施設との友好関係を積極的に築くことができる
		知識	態度	技能	○	○	B6	両立支援を行う組織風土の醸成を意識し、行動をとることができる



令和4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

# 医療機関及び事業場における コンピテンシーに着目した人材基盤実態調査 質問紙調査

## 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)

原田 有理沙

(産業医科大学 医学部 両立支援科学 助教)

## 令和4年度 労災疾病臨床研究費補助金

### 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

#### 医療機関及び事業場におけるコンピテンシーに着目した人材基盤実態調査

#### 質問紙調査

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：

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。患者を中心に医療機関と事業場、支援機関において、情報提供や連携する両立支援コーディネーターの役割が期待されている。各機関による両立支援コーディネーターのコンピテンシーなどは、まだ明らかにされていない。

分担研究「医療機関及び事業場におけるコンピテンシーに着目した人材基盤実態調査第2報」で作成したコンピテンシーの妥当性と、教育コンテンツを作成する際の優先順位を明らかにすることを目的とした質問紙調査を行った。事業場は 2022 年ホワイト 500 選定された組織(499 機関)を選定した。医療機関はがん拠点病院(409 機関)を対象とした。回収数(回収率)は、事業場 53(10.6%),医療機関は 139(33.9%)であった。事業場と医療機関の共通コンピテンシー68 項目のうち 27 項目に事業場と医療機関の意見の差を認めた。また、医療機関の個別支援のコンピテンシー70 項目のうち、11 項目に職種の意見の差を認めた。

両立支援コーディネーターに対しての継続研修ならびに啓発活動においては、事業場と医療機関、職種により両立支援コーディネーターが果たす役割が異なることを前提に、情報提供や啓発をする必要があると考えられた。本調査結果は、両立支援コーディネーターの養成ならびに継続研修等を設計する際の基本資料となると考えられる。

#### 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

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。

医療機関及び企業の中で中心的な役割を担うことが期待されている両立支援コーディネーターへの継続研修ならびに啓発活動がさらに必要である。

分担研究「医療機関及び事業場におけるコンピテンシーに着目した人材基盤実態調査 第2報」で作成したコンピテンシーの妥当性と、教育コンテンツを作成する際の優先順位を明らかにすることを目的とする。

## B. 方法

事業場と医療機関に対して郵送法の質問票調査を行った。調査は 2023 年 1～2 月に行った。研究倫理の側面は、産業医科大学倫理委員会にて審査を受けた。

### 1) 対象

既に両立支援の取り組みが始まっていると想定される場所に所属する両立支援の担当者を選定した。事業場は 2022 年ホワイト 500 選定された組織 (499 機関) を選定した。医療機関はがん拠点病院 (409 機関) を選定した。

### 2) 質問票

属性について、医療機関では職種と両立支援コーディネーター基礎研修受講の有無、その他の両立支援に関する研修の受講やシンポジウム等への参加の有無、両立支援の症例の経験、主治医意見書の発行への関与の経験、患者から就労に関する情報を聴取した経験を尋ねた。事業所は、業種と職種、両立支援コーディネーター基礎研修の有無、その他に両立支援に関する研修の受講やシンポジウム等の参加の有無、治療と仕事の両立支援が必要だった症例の経験の有無、主治医意見書の受取に関与した経験を有無を尋ねた。

各コンピテンシーは、A. 個別支援に関するコンピテンシー 74 個 (全過程共通 13 個、両立支援ニーズの拾い上げ 4 個、初回面接まで 4 個、面接時 36 個・医療機関と事業場との連携 10 個・職場調整及び配慮の実施 4 個・フォローアップ 7 個)、B. 活動展開に関するコンピテンシー 6 個の、計 80 個について 4 件法「4 点：必須の能力である」「1 点：あるとよい能力である」にて、実務上必要な能力の程度の回答者の考えを尋ねた。

## C. 結果

### 1. 回収数 (回収率)

回収数 (回収率) は、事業場 53 (10.6%)、医療機関は 139 (33.9%) であった。

### 2. 回答者属性

事業場の回答者は、産業保健スタッフが 6 割以上、両立支援コーディネーター

基礎研修を受講した人は 3 割程度であった。症例の経験は 8 割以上があり、主治医意見書の受取への関与は 7 割を超えた。

医療機関の回答者は、両立支援コーディネーター基礎研修を受講した人は 9 割以上であった。症例の経験は 8 割以上があり、主治医意見書の受取への関与は 5 割であった。

### 3. 各コンピテンシーの必要性の程度

事業場は、全項目のうち、「必須の能力である」という回答が最も多かったコンピテンシーは、「当事者の気持ちに寄り添いながらも、冷静かつ公正な姿勢を保つことができる」であり、最も低かったコンピテンシーは 2 項目あり、「A33：当事者の家族から、両立支援に必要な家族の状況（世帯事情、支援状況）を聴取できる」、「A56：当事者の働きやすさを考慮し、治療の調整・リハビリテーション・栄養指導・薬剤指導等の介入を検討できる」であった。

医療機関は、全項目のうち、必須の能力である」という回答が最も多かったコンピテンシーは、「A10：当事者が継続的に相談できる関係を築けるよう、良好なコミュニケーションをとれる」であり、最も低かったコンピテンシーは、「A40：当事者の職務適性を医学的に評価できる」であった。

事業場と医療機関によって、回答の差を認めた項目は、27 項目あり、「必須の能力である」と回答割合が多かったそれぞ

れの項目を以下に並べる。

### 医療機関側が多い項目

A1 一貫して「当事者本人がしたいこと」に寄り添う姿勢を保つことができる

A10 当事者が継続的に相談できる関係を築けるよう、良好なコミュニケーションをとれる

A13 当事者の語りを傾聴し承認することができる

A14 当事者の両立支援ニーズを鋭敏に察知できる

A22 対象者（当事者・上司・家族）との面接を設定できる

A28 当事者から、両立支援に必要な外部資源の利用状況（公的助成、傷病手当、個人保険、福利厚生）を収集できる

A29 当事者から、両立支援に必要な家族の状況（世帯事情、経済的事情、支援状況）を聴取できる

A30 他職種から、両立支援に必要な医療情報（身体的評価、心理的評価、治療内容）を収集できる

A31 他職種から、両立支援に必要な外部資源情報（公的助成、傷病手当、個人保険、福利厚生）を収集できる

A33 当事者の家族から、両立支援に必要な家族の状況（世帯事情、支援状況）を聴取できる

A45 当事者が外部資源を十分に活用できるよう、情報を提供できる

A56 当事者の働きやすさを考慮し、治療の

調整・リハビリテーション・栄養指導・薬剤指導等の介入を検討できる

A73 当事者や家族から、支援開始後の、外部資源の利用状況（公的助成、傷病手当、個人保険、福利厚生）を聴取できる

### 事業所側が多い項目

A5 当事者が「就労の質を保ち職場内で役割を果たせる」ことを支援する信念を備えている

A8 職場が「安全配慮を履行できる」ことを支援する信念を備えている

A35 当事者の上司等から、具体的な就労課題を聴取できる

A40 当事者の職務適性を医学的に評価できる

A44 職場の特性に合わせた説明・指導ができる

A47 上司や同僚の「疾患や治療そのもの」に関する理解が高まるよう、説明・指導ができる

A49 上司や同僚の「就労上の医学的留意事項」に関する理解が高まるよう、説明・指導ができる

A50 当事者の「自己保健力」が向上するよう、説明・指導ができる

A59 当事者の職場（予定含）から、就労に関する見解を聴取できる

A66 当事者の就労による上司や同僚への負担や影響を予測し、適切であるか評価できる

A67 当事者に対して、実現可能な就労内容

や、既存の社内制度の活用した配慮を検討できる

A68 配慮下での就労開始後、対象者（当事者・上司・家族）との面接を設定できる

A70 当事者から、配慮下での就労状況や職場の受け入れ状況を聴取し、仕事・職場情報を収集できる

A71 上司や同僚から、配慮下での就労状況や職場の受け入れ状況を聴取し、仕事・職場情報を収集できる

医療機関の回答者のうち、職種の違い（ソーシャルワーカーと看護職）によって回答の差を認めた項目は、11 項目あった。11 項目すべて看護職の方が「必須の能力である」との回答割合が多かった。なお、弱い有意傾向があった項目は 2 項目あり、1 項目はソーシャルワーカーが「必須の能力である」と回答した割合が多かった。

### 看護職がより「必須の能力がある」と回答した項目（有意差あり）

A5 当事者が「就労の質を保ち職場内で役割を果たせる」ことを支援する信念を備えている

A8 職場が「安全配慮を履行できる」ことを支援する信念を備えている

A15 入院・治療開始時、当事者の就労の有無と、体調や治療による仕事への

A36 収集した情報やデータを分析できる

A38 共通性のある他症例や経験を参考に、

分析結果を解釈できる

A40 当事者の職務適性を医学的に評価できる

A41 当事者の病状や治療による就労継続への経時的影響を予測できる

A46 当事者の「疾患や治療そのもの」に関する理解が高まるよう、説明・指導ができる

A48 当事者の「就労上の医学的留意事項」に関する理解が高まるよう、説明・指導ができる

A50 当事者の「自己保健力」が向上するよう、説明・指導ができる

A51 当事者の「疾患や治療状況を説明する力」が向上するよう、説明・指導ができる

A53 当事者が社会規範に沿った行動をとれるよう、説明・指導ができる

#### 看護職がより「必須の能力がある」と回答した項目（弱い有意傾向）

A52 当事者の「職場の状況等を説明する力」が向上するよう、説明・指導ができる

#### ソーシャルワーカーがより「必須の能力がある」と回答した項目（弱い有意傾向）

A28 当事者から、両立支援に必要な外部資源の利用状況（公的助成、傷病手当、個人保険、福利厚生）を収集できる

## **D. 考察 及び E. 結論**

分担研究「医療機関及び事業場におけ

るコンピテンシーに着目した人材基盤実態調査 第2報」で作成したコンピテンシーの妥当性と、教育コンテンツを作成する際の優先順位を明らかにすることを目的とした質問紙調査を行った。

事業場と医療機関の共通コンピテンシー68項目のうち27項目に事業場と医療機関の意見の差を認めた。具体的には、事業場の必要度が高かった項目は、「A40 当事者の職務適性を医学的に評価できる」や、「当事者の就労による上司や同僚への負担や影響を予測し、適切であるか評価できる」などであった。医療機関の必要度が高かった項目は、「当事者の両立支援ニーズを鋭敏に察知できる」、「当事者が継続的に相談できる関係を築けるよう、良好なコミュニケーションをとれる」などであった。

これらの違いは、事業場と医療機関の両立支援コーディネーターが果たす場面や立場、役割を考えると、当然のことといえるかもしれない。事業場は主に復職の段階で関わり、職務適性や周囲への評価を必要とする。一方医療機関は様々な生活支援等のニーズがあり、そのうちの1つが職場復帰へ支援であるので、気付くことが必須の能力として挙げられたのかもしれない。

また、医療機関の個別支援のコンピテンシー70項目のうち、11項目に職種の意見の差を認めた。具体的には、看護職は、「当事者が「就労の質を保ち職場内で役

割を果たせる」などが高く、ソーシャルワーカーは、「A28 当事者から、両立支援に必要な外部資源の利用状況（公的助成、傷病手当、個人保険、福利厚生）を収集できる」を必須とする傾向がみられた。職種によって相談や対応する質問が異なっているからと考えられる。

本調査結果からは、両立支援コーディネーターに対しての継続研修ならびに啓発活動においては、事業場と医療機関、職種により両立支援コーディネーターが果たす役割が異なることを前提に、情報提供や啓発をする必要があると考えられた。本調査結果は、両立支援コーディネーターの養成ならびに継続研修等を設計する際の基本資料となると考えられる。

## F. 引用・参考文献

なし

## G. 学会発表

1. 永田昌子、原田有理沙、石上紋、篠原弘恵、古江晃子、渡邊萌美、橋本博興、細田悦子、樋口周人、舩津康平、立石清一郎. SanRISE Study：治療と仕事を両立している人に対する職場での配慮に与える影響～医療機関からの意見書の影響～. 第96回日本産業衛生学会、2023年5月宇都宮、口演発表（予定）
2. 原田有理沙、石上紋、篠原弘恵、古江晃子、渡邊萌美、橋本博興、細田悦子、樋口周人、舩津康平、立石清一郎、永田昌子. SanRISE Study：治療と仕事

の両立支援の効果指標の検討. 第96回日本産業衛生学会、2023年5月宇都宮、口演発表（予定）

3. 渡邊萌美、原田有理沙、石上紋、篠原弘恵、古江晃子、橋本博興、細田悦子、樋口周人、舩津康平、立石清一郎、永田昌子. SanRISE study：労働機能障害を生じやすい疾患を治療中の労働者の特性. 第96回日本産業衛生学会、2023年5月宇都宮、口演発表（予定）
4. 古江晃子、原田有理沙、石上紋、篠原弘恵、渡邊萌美、橋本博興、細田悦子、樋口周人、舩津康平、立石清一郎、永田昌子. SanRISE Study：治療と仕事の両立についての情報不足と精神的苦痛との関連. 第96回日本産業衛生学会、2023年5月宇都宮、口演発表（予定）
5. 橋本博興、原田有理沙、石上紋、篠原弘恵、古江晃子、渡邊萌美、細田悦子、樋口周人、舩津康平、立石清一郎、永田昌子. SanRISE Study：Study：産業医科大学病院における治療と仕事の両立支援活動の患者満足度調査. 第96回日本産業衛生学会、2023年5月宇都宮、口演発表（予定）
6. 石上紋、原田有理沙、古江晃子、渡邊萌美、橋本博興、細田悦子、篠原弘恵、樋口周人、舩津康平、立石清一郎、永田昌子. SanRISE Study：医療機関からの治療と仕事の両立支援と患者の困りごとの変化との関連. 第96回日本産業衛生学会、2023年5月宇都宮、口演発表（予定）
7. 細田悦子、原田有理沙、石上紋、篠原弘恵、古江晃子、渡邊萌美、橋本博興、樋口周人、舩津康平、立石清一郎、永田昌子. SanRISE Study：治療と仕事

の両立支援を受けたがん患者と困りごととの関連. 第 96 回日本産業衛生学会、2023 年 5 月宇都宮、口演発表(予定)

8. 原田有理沙、石上紋、古江晃子、篠原弘恵、大久保直紀、船田将史、永田昌子. 膠原病により長期療養となった新入社員における治療と仕事の両立支援の一例. 第 32 回日本産業衛生学会全国協議会、2022 年札幌、一般演題
9. 石上紋、原田有理沙、篠原弘恵、近藤貴子、田嶋裕子、瀬戸山航史. 就業配慮に関する労働者と職場の合意形成に寄与した医療機関からの両立支援の一例. 第 32 回日本産業衛生学会全国協議会、2022 年札幌、一般演題
10. 青山瑤子、金城泰幸、星野香、植田多恵子、栗田智子、原田有理沙、永田昌子、吉野潔、松田晋哉. 子宮体癌に対する腹腔鏡下手術後に、就労支援を受けて早期復職した症例. 第 32 回日本産業衛生学会全国協議会、2022 年札幌、一般演題
11. 金城泰幸、青山瑤子、遠山篤史、近藤恵美、柴田英治、細田悦子、原田有理沙、永田昌子、立石清一郎、吉野潔. 周産期領域の両立支援の現状と両立支援で復職が可能となった切迫早産の一例. 第 32 回日本産業衛生学会全国協議会、2022 年札幌、一般演題
12. 富崎一向、原田有理沙、永田昌子、細田悦子、藤本直浩. 泌尿器重複癌の治療による休業からの復職に両立支援が有効であった一例. 第 32 回日本産業衛生学会全国協議会、2022 年札幌、一般演題
13. 渡邊萌美、原田有理沙、篠原弘恵、石上紋、山本淳孝、中野良昭、佐藤甲一朗、永田昌子. 症候性てんかん患者の就業配慮の検討に主治医意見書が有効であった 1 症例. 第 32 回日本産業衛生学会全国協議会、2022 年札幌、一般演題
14. 古江晃子、原田有理沙、細田悦子、荻ノ沢泰司、立田穂那美、永田昌子. うっ血性心不全患者に対し心肺運動負荷試験 (CPX) での心機能評価を基に就業上の配慮を検討した一例. 第 32 回日本産業衛生学会全国協議会、2022 年札幌、一般演題
15. 永田昌子. 両立支援における協働 産業保健職への期待. 第 32 回日本産業衛生学会全国協議会、2022 年札幌、一般演題
16. 五十嵐侑、立石清一郎、原田有理沙、松岡朱理、澤島智子、川角美佳、森晃爾. 産業医が柔軟に変更できなかった COVID-19 対策とは何か・質的調査. 第 40 回産業医科大学学会、2022 年 10 月北九州、口演発表
17. 金城泰幸、遠山篤史、青山瑤子、栗田智子、細田悦子、原田有理沙、永田昌子、立石清一郎、吉野 潔. 産婦人科領域の両立支援を希望した患者の紹介元分析. 第 37 回日本女性医学会、2022 年 11 月米子、ポスター発表
18. 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、ポスター発表
19. 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、ポスター発表

20. 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 5 月高知、ポスター発表
21. 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 5 月高知、ポスター発表
22. 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 5 月高知、ポスター発表
23. 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 5 月高知、口演発表
24. 五十嵐侑、立石清一郎、原田有理沙、日野亜弥子、辻真弓、大神明、森晃爾、松垣竜太郎、藤野善久. CORoNaWork：体調不良を抱える労働者への配慮と労働機能障害との関連. 第 95 回日本産業衛生学会、2022 年 5

月高知、口演発表

25. 五十嵐侑、立石清一郎、松岡朱理、澤島智子、川角美佳、菊池広大、原田有理沙、森晃爾. COVID-19 流行における産業医の役割 COVID-19 への対応インタビュー調査を踏まえ. 第 39 回産業医科大学学会、2021 年 10 月北九州、口演発表
26. 菊池広大、五十嵐侑、澤島智子、松岡朱理、川角美佳、原田有理沙、立石清一郎、森晃爾. ウィズコロナ時代の産業保健 新興感染症流行における産業医の役割 COVID-19 への対応インタビュー調査を踏まえて. 第 75 回日本交通医学会総会、2021 年 9 月オンライン開催、シンポジウム
27. 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
28. 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
29. 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
30. 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

31. 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
32. 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
33. 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
34. 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
35. 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
36. 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

37. 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
38. 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
39. 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
40. 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
41. 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

支援科の取り組み. 第 94 回日本産業衛生学会、2021 年 5 月松本、口演発表

## H. 論文業績

1. Harada A, Tateishi S, Ishimaru T, Nagata M, Eguchi H, Tsuji M, Ikegami K, Matsugaki R, Fujino Y; CORoNaWork Project. Association Between Types of Chronic Disease and Receiving Workplace Accommodations: A Cross-Sectional Study of Japanese Workers. *J Occup Environ Med.* 2023 Feb 1;65(2):93-97. doi: 10.1097/JOM.0000000000002723.
2. Igarashi Y, Tateishi S, Sawajima T, Kikuchi K, Kawasumi M, Matsuoka J, Harada A, Mori K. What is the role of occupational physicians in the workplace during the COVID-19 pandemic in Japan? A qualitative interview study. *BMC Health Serv Res.* 2022 Oct 27;22(1):1294. doi: 10.1186/s12913-022-08659-y.
3. Inoue S, Tateishi S, Harada A, Oginosawa Y, Abe H, Saeki S, Tsukada J, Mori K. Qualitative study of barriers and facilitators encountered by individuals with physical diseases in returning and continuing to work. *BMC Health Serv Res.* 2022 Oct 4;22(1):1229. doi: 10.1186/s12913-022-08604-z.
4. 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 May 1;64(5):e279-e283. doi: 10.1097/JOM.0000000000002500.
5. 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
6. 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
7. 立石清一郎、原田有理沙：両立支援の実際ーがん「医療機関における治療と仕事の両立支援・4」、総合リハビリテーション 49 巻 11 号、1087-1093、2021
8. 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

9. 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
10. 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
11. 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

12. 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

**I. 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

## 添付1

医療機関の 回答者属性等

### 1) 職種

選択肢	件数	割合
ソーシャルワーカー	96	69.1
看護師	37	26.6
公認心理士	2	1.4
無回答／その他	4	2.9
総計	139	100.0

### 2) 両立支援コーディネーター基礎研修の受講の有無

選択肢	件数	割合
受講あり	127	91.4
受講なし	12	8.6
総計	139	100.0

### 3) その他に両立支援に関する研修の受講やシンポジウム等への参加

選択肢	件数	割合
参加あり	125	90.6
参加なし	13	9.4
総計	138	100.0

### 4) 治療と仕事の両立支援が必要だった症例の経験の有無

選択肢	件数	割合
ある	118	84.9
通算 1～520件（平均 46.9件）		
ない	21	15.1
総計	139	100

### 5) 主治医意見書の発行に関与した経験の有無

選択肢	件数	割合
ある	69	49.6
通算 1～600件（平均 17.5件）		
ない	70	50.4
総計	139	100

### 6) 患者から就労に関する情報を聴取した経験の有無

選択肢	件数	割合
ある	126	90.6
通算 1～600件（平均 57.5件）		
ない	13	9.4
総計	139	100

事業場の 回答者属性等

1) 職種

選択肢	件数	割合
人事	12	23.1
産業保健	35	67.3
その他	5	9.6
総計	52	100

2) 両立支援コーディネーター基礎研修の受講の有無

選択肢	件数	割合
受講あり	19	36.5
受講なし	33	63.5
総計	52	100

3) その他に両立支援に関する研修の受講やシンポジウム等への参加

選択肢	件数	割合
参加あり	46	88.5
参加なし	6	11.5
総計	52	100

4) 治療と仕事の両立支援が必要だった症例の経験の有無

選択肢	件数	割合
ある	38	74.5
通算 1～500件（平均 22.8件）		
ない	13	25.5
総計	51	100

5) 主治医意見書の発行に関与した経験の有無

選択肢	件数	割合
ある	38	74.5
通算 1～400件（平均 21.2件）		
ない	13	25.5
総計	51	100

6) 病気に罹患する等の理由により、業務を遂行する能力が大幅に低下する場合に降格となり得ることが御社の就業規則等への記載の有無

選択肢	件数	割合
ある	11	21.2
ない	41	78.8
総計	52	100

7) 現在勤務する企業(法人)において、病気により業務遂行能力が大幅に低下した労働者に対して、治療と仕事の両立支援を行う際に、業務と給与等の処遇のミスマッチの問題の有無

選択肢	件数	割合
多い	4	7.7
たまに	30	57.7
ない	18	34.6
総計	52	100

8) どのような問題が生じたか、具体的に教えてください。

- ・ 疾病による障害が伴った場合、障害手帳ある場合、障害者枠雇用となり、給与が減額となる
- ・ 管理職のランクと業務能力のミスマッチ、降格の規定はあるが実行する判断が難しい。
- ・ 高次脳機能障害、病気をきっかけに歩行障害やミスを指摘されるようになった。現状はもとの職場で働いているが、他の社員と同じパフォーマンスとは言い難く、なんとか主治医と連携を取りながら就業しているが、度々議題に上がります
- ・ 繰り返しの休・復職、長期間に及ぶ場合、本人、周囲にマイナス感情が生じることがある。上司の理解は得られても同僚への理解が得られない場合が（本人から疾病の開示がない時）ある。
- ・ 職場の不公平感により支援体制の構築が困難なケースや、疾病差別を助長してしまうケースが散見された
- ・ 処遇というよりも業務と能力のミスマッチ。基本的に職務変更（異動等）で対応。
- ・ 若年性認知症の従業員、任せられる業務が少なくなり、対象者の就労のために同僚の負担が増えるという不満が大きかった。「自分より高給・高職位の人が働かない、おかしい」という意見。
- ・ 今のところないが、同僚たちからは不満はでてきている。
- ・ 半期ごとの目標に対して、どれだけ結果が出たかで評価が決まる。たまに、結果が出せなかったことを不可抗力（＝病気のため）として認めてほしいと訴える人がいる。つまりゲタをはかせた評価を希望する。
- ・ 本人への配慮のための周囲への負担が増えた時に、職場としての業務ピークが重なった。
- ・ 通勤ができない場合、テレワークでは職位担当の業務が遂行できず、降格も制度として無いため、同僚から不満が出ていた。
- ・ 短時間勤務となることによる給与減、役割を変更することによる新しい役割と給与のミスマッチ等。
- ・ 高次脳機能障害（疑）でリワークプログラムを経て復職したが、認知症様の問題行動をおこすようになり、周囲からのクレームが増加。当事者が管理職であることもあり、人事もまきこんで対応中。
- ・ 本人が希望する業務の継続が難しくなってしまう。話し合いを十分行い、職種変更に同意してもらう等対応を行う。
- ・ 本人の認識と実態がぐいちがい、現場との調整が必要になった。（メンタル系疾患）
- ・ パフォーマンスが低下しているにもかかわらず給与が下がらないため職場の同僚や部下のモチベーションが低下する。不満を感じている。
- ・ 現実的にははできる仕事をできないと訴えて仕事にならない。
- ・ 異動、役職の変更、職位の変更、就労時間、雇用形態の変更など
- ・ 規則にない特別な配慮が上位者の一存で決まることがある（公平性が欠けることがある）
- ・ 営業・企画業務を主とした職種社員が、病気の後遺症により事務業務しかできず、業務レベルと処遇のギャップがある
- ・ ダウングレードに伴う減給
- ・ 腰痛による業務遂行能力の低下、心疾患による業務遂行能力の低下、現場での作業者にとって身体活動が低下すると生産性が大幅に下がる。
- ・ 労使協定による最賃を下まわらないように進める必要がある
- ・ 高所作業、機械操作に従事する作業者がめまい発作の発症によって労務提供に制約が生じた際に、労働契約を継続できるかどうかの検討をすることになった。
- ・ 管理職の方が病気になった際に現場に出れなくなったため。
- ・ 管理職であるものが責任をとる業務ができないなど管理職の役職をおろさねばならないなど
- ・ 予想していたよりも欠勤が多く仕事が回らなくなる。
- ・ 業務上の配慮はするが、メンバーとの公平性を考えると評価は低くつけざるを得ないと言われることあり。（いきなり降格などはないです）
- ・ メンタル不調者の場合、脳血管疾患治療後
- ・ 業務内容が明らかに職位以下なのに降格にならない。
- ・ まわりのスタッフへの負担が増大するが、本人もまわりも給与が変わらず、まわりの不満が増える

事業場の支援者の能力として有識者から提案されている項目につ

いて

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

A6：当事者が「選択したい治療を受けられる」ことを支援する信念を備えている

【事業場】

【医療機関】

A7：当事者が「社会的信頼を維持できる」ことを支援する信念を備えている

【事業場】

【医療機関】

A8：職場が「安全配慮を履行できる」ことを支援する信念を備えている

【事業場】

【医療機関】

A9：建設的な支援となるよう、当事者に対する自身の感情をコントロールできる

【事業場】

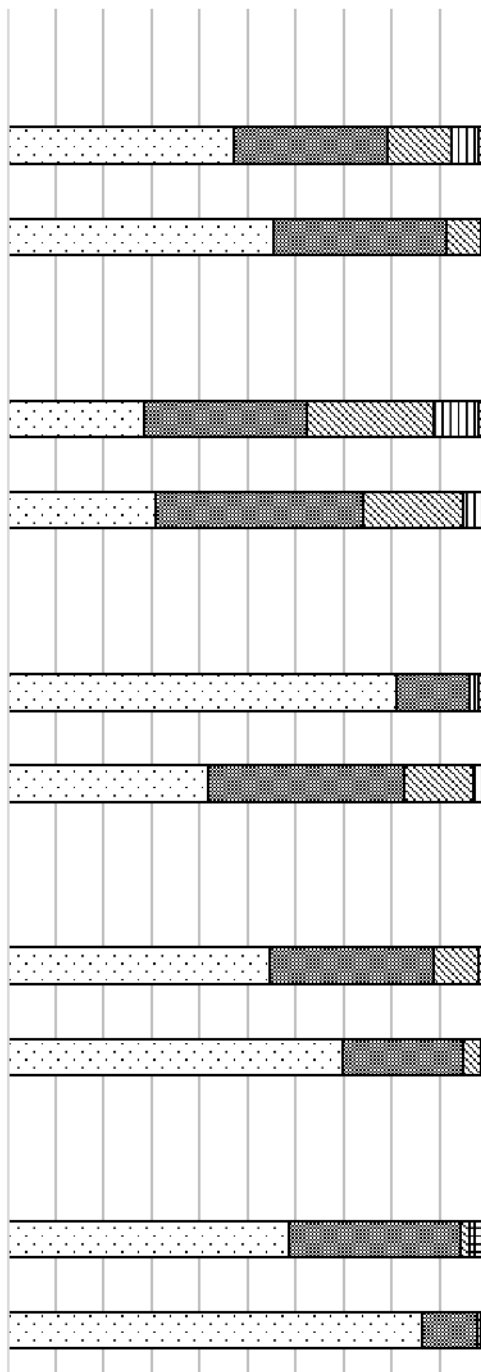
【医療機関】

A10：当事者が継続的に相談できる関係を築けるよう、良好なコミュニケーションをとれる

【事業場】

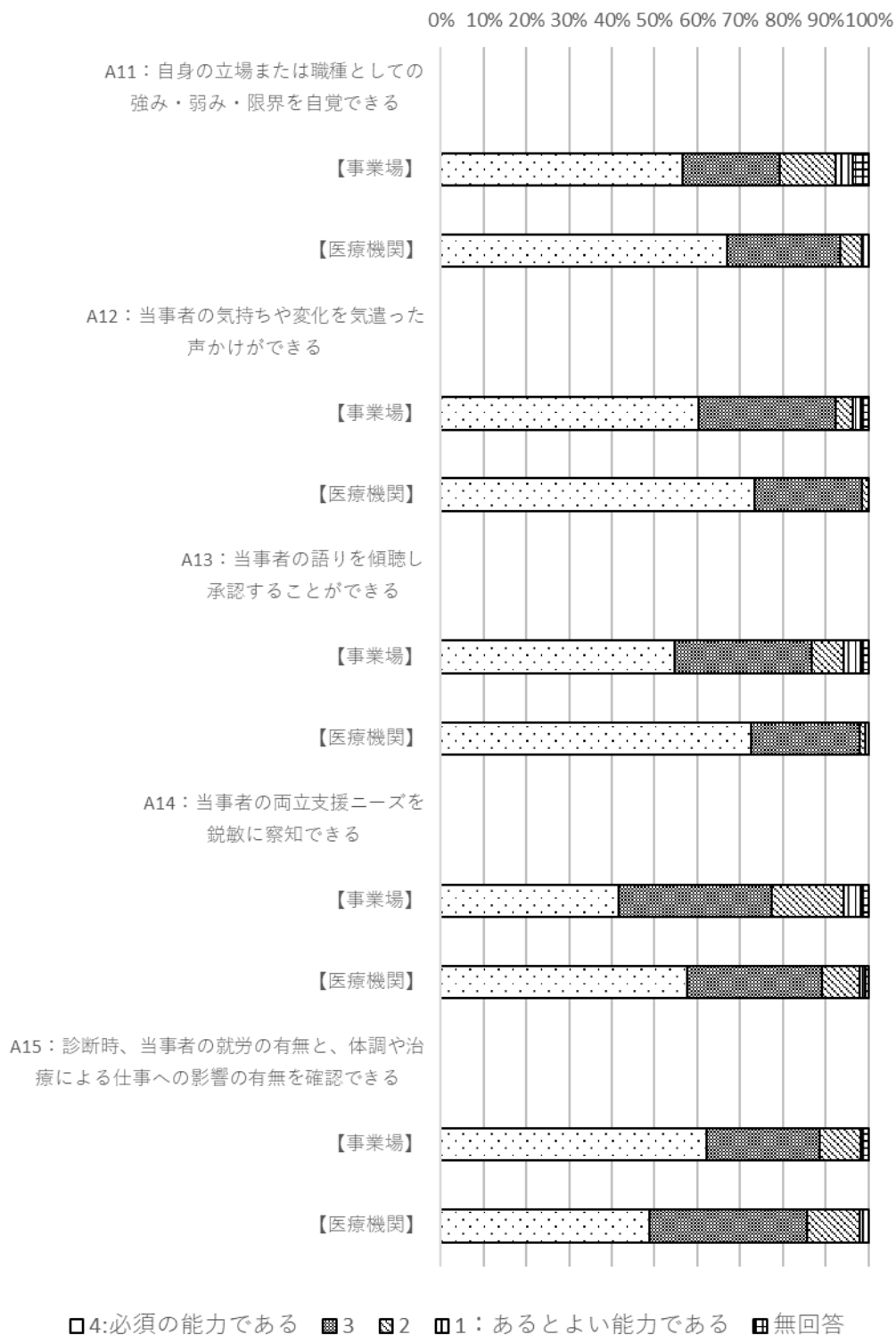
【医療機関】

□4:必須の能力である ■3 ▨2 □1:あるとよい能力である ■無回答

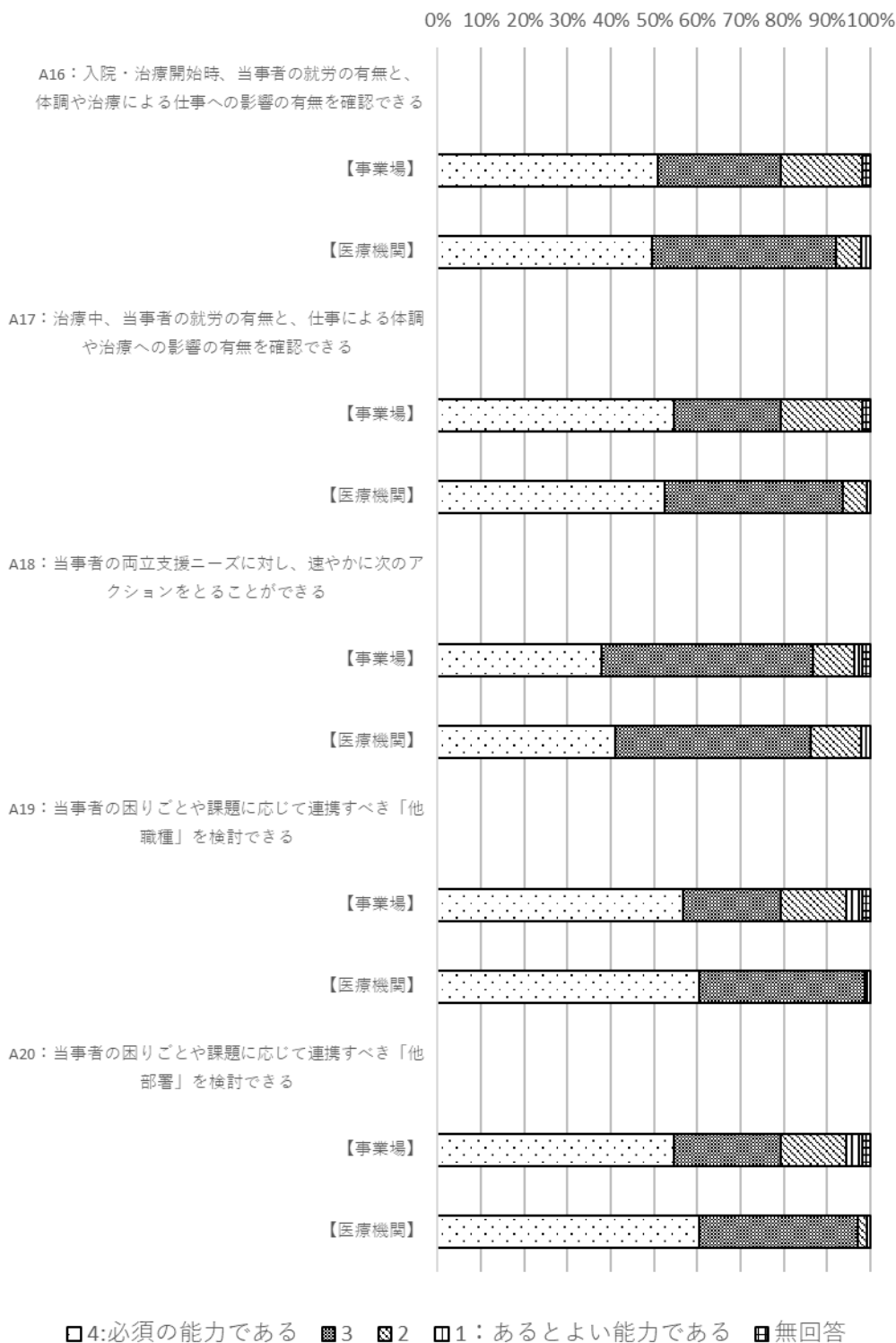




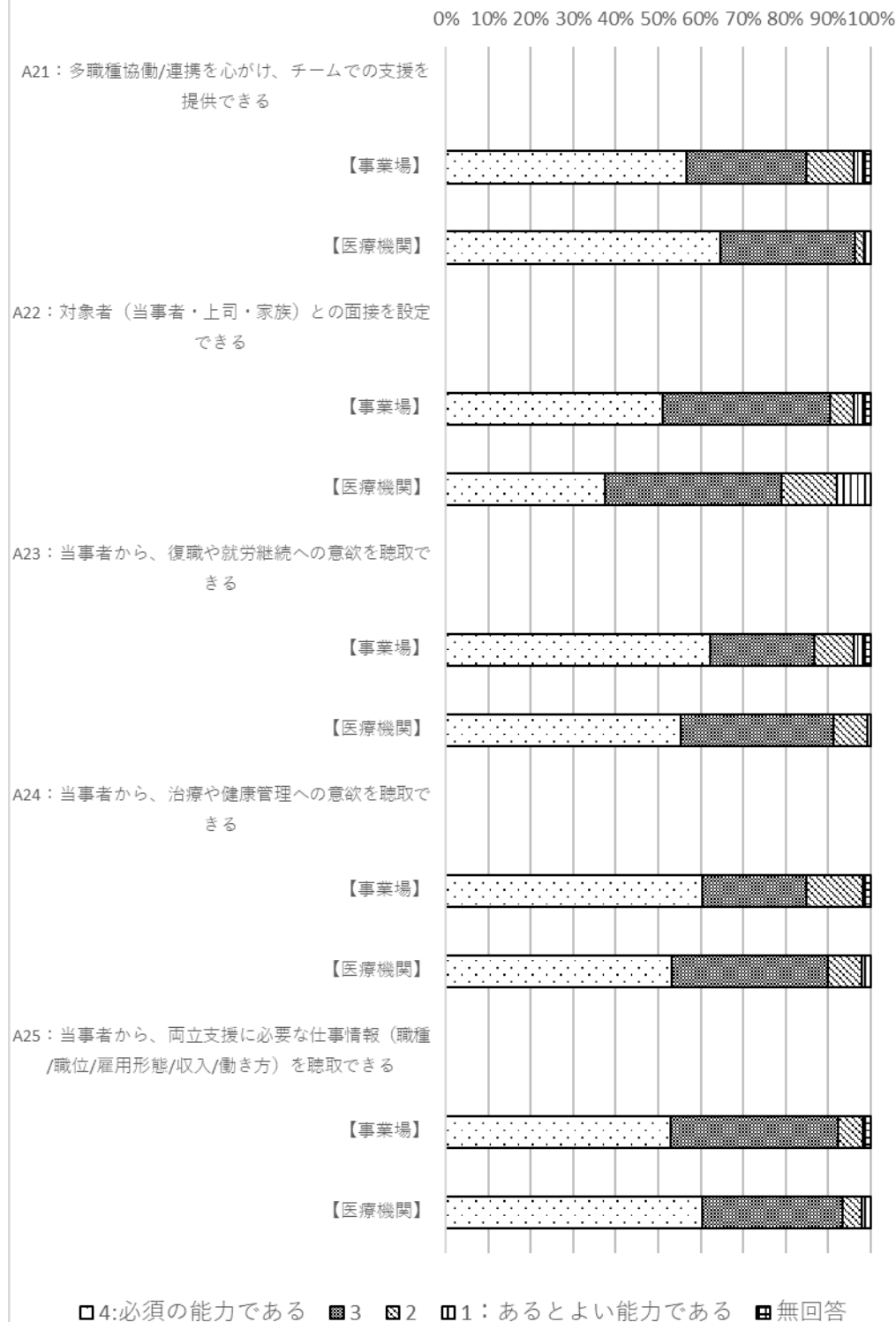
## 支援者の能力として有識者から提案されている項目について



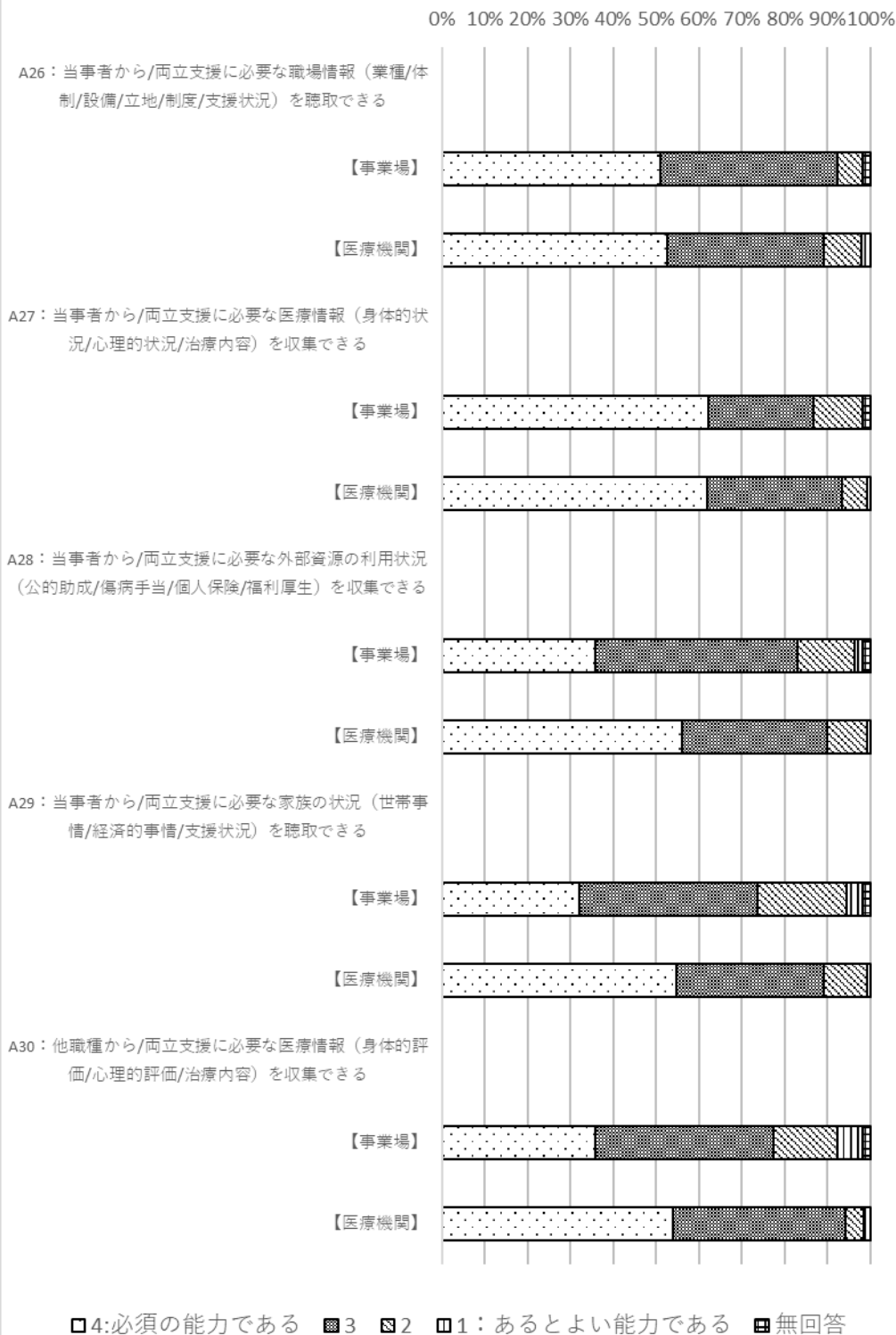
## 支援者の能力として有識者から提案されている項目について



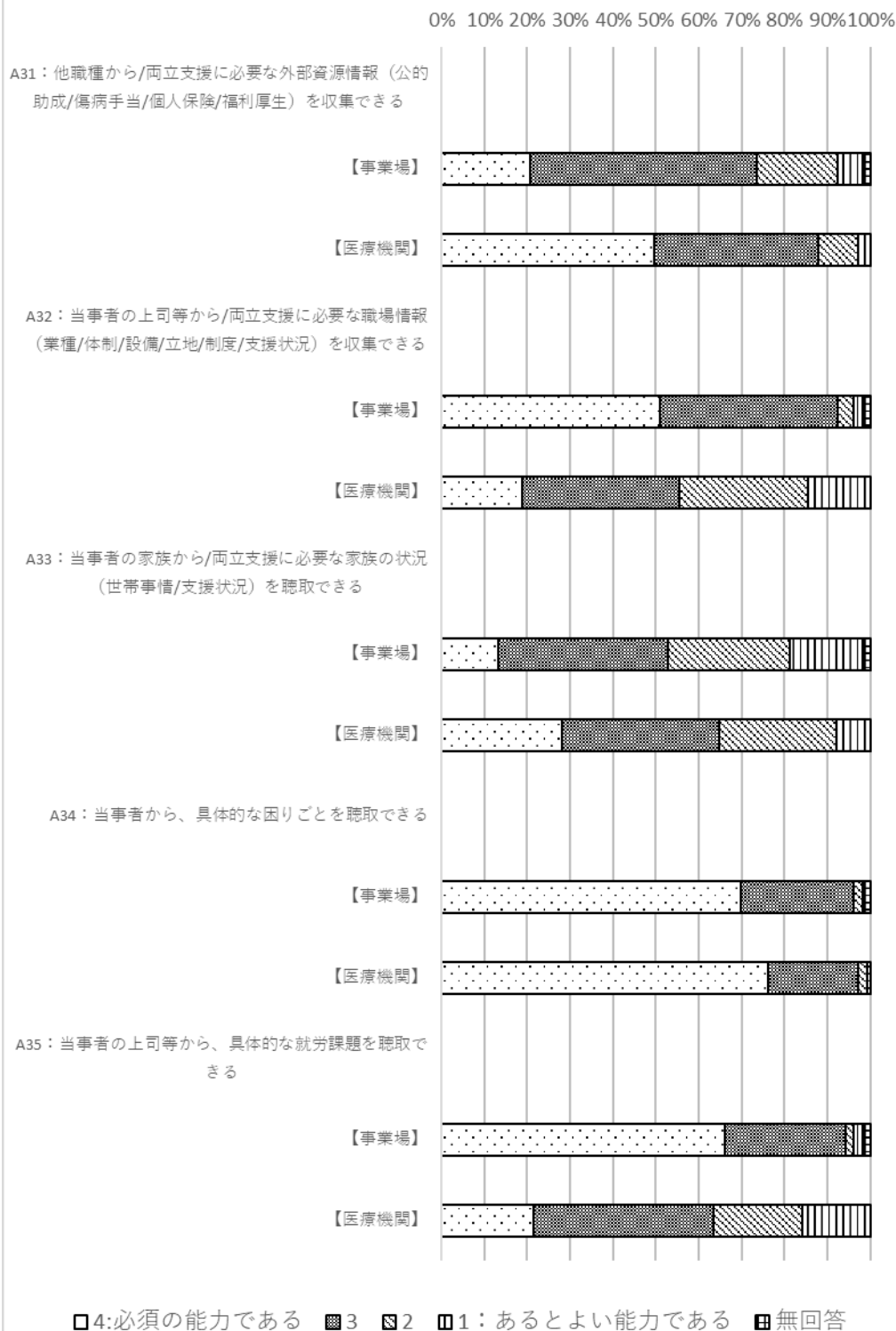
支援者の能力として有識者から提案されている項目について



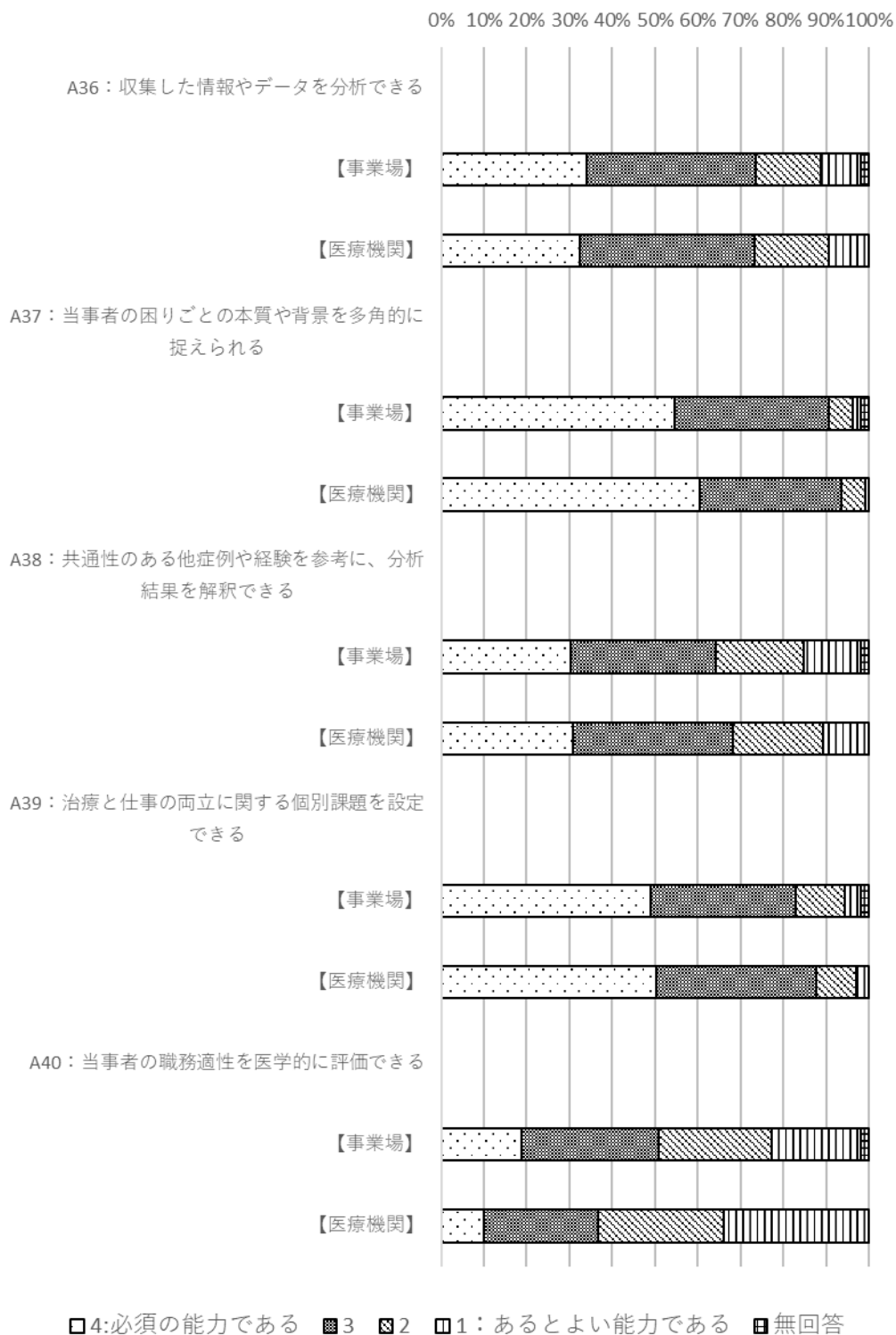
支援者の能力として有識者から提案されている項目について



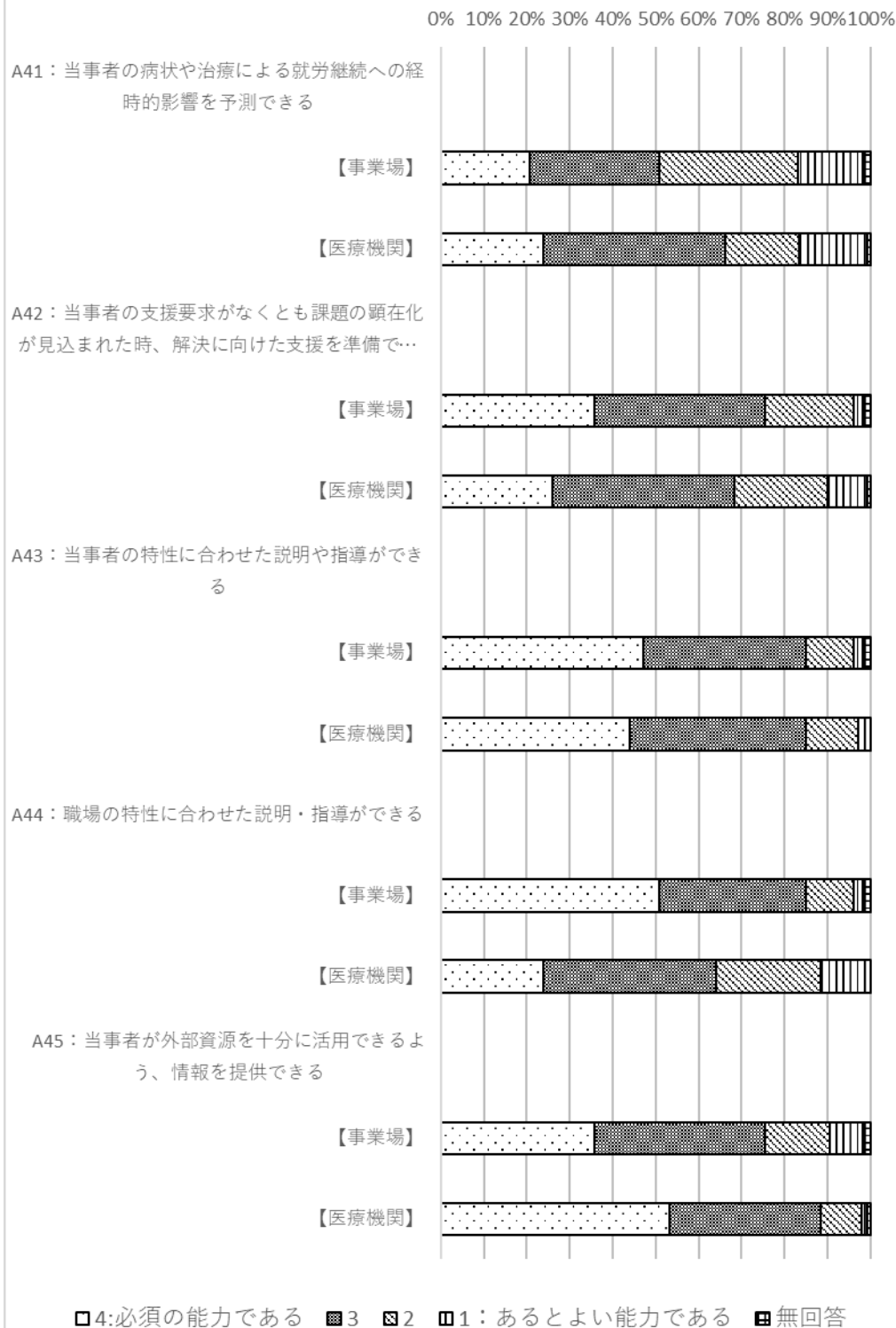
支援者の能力として有識者から提案されている項目について



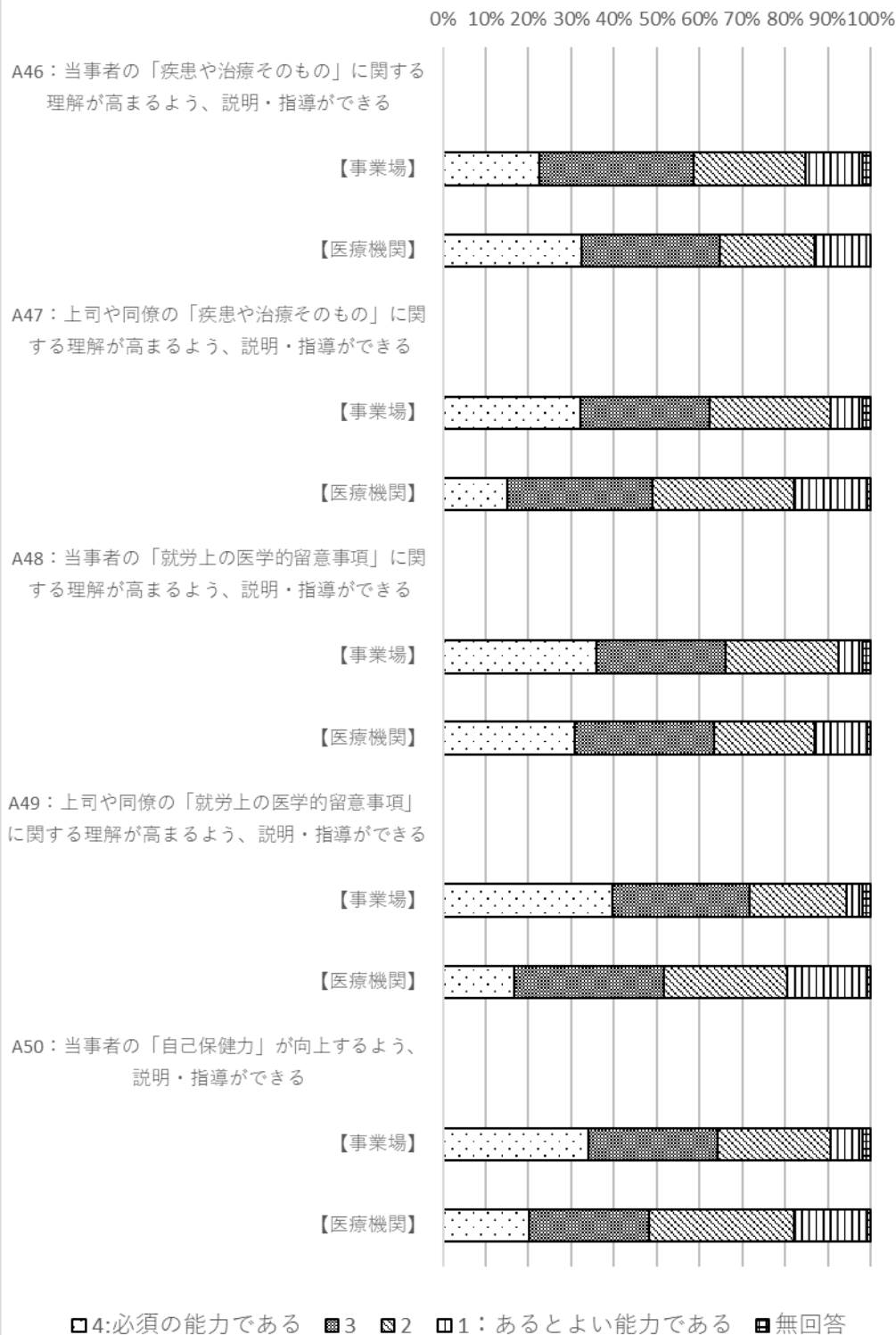
支援者の能力として有識者から提案されている項目について



## 支援者の能力として有識者から提案されている項目について

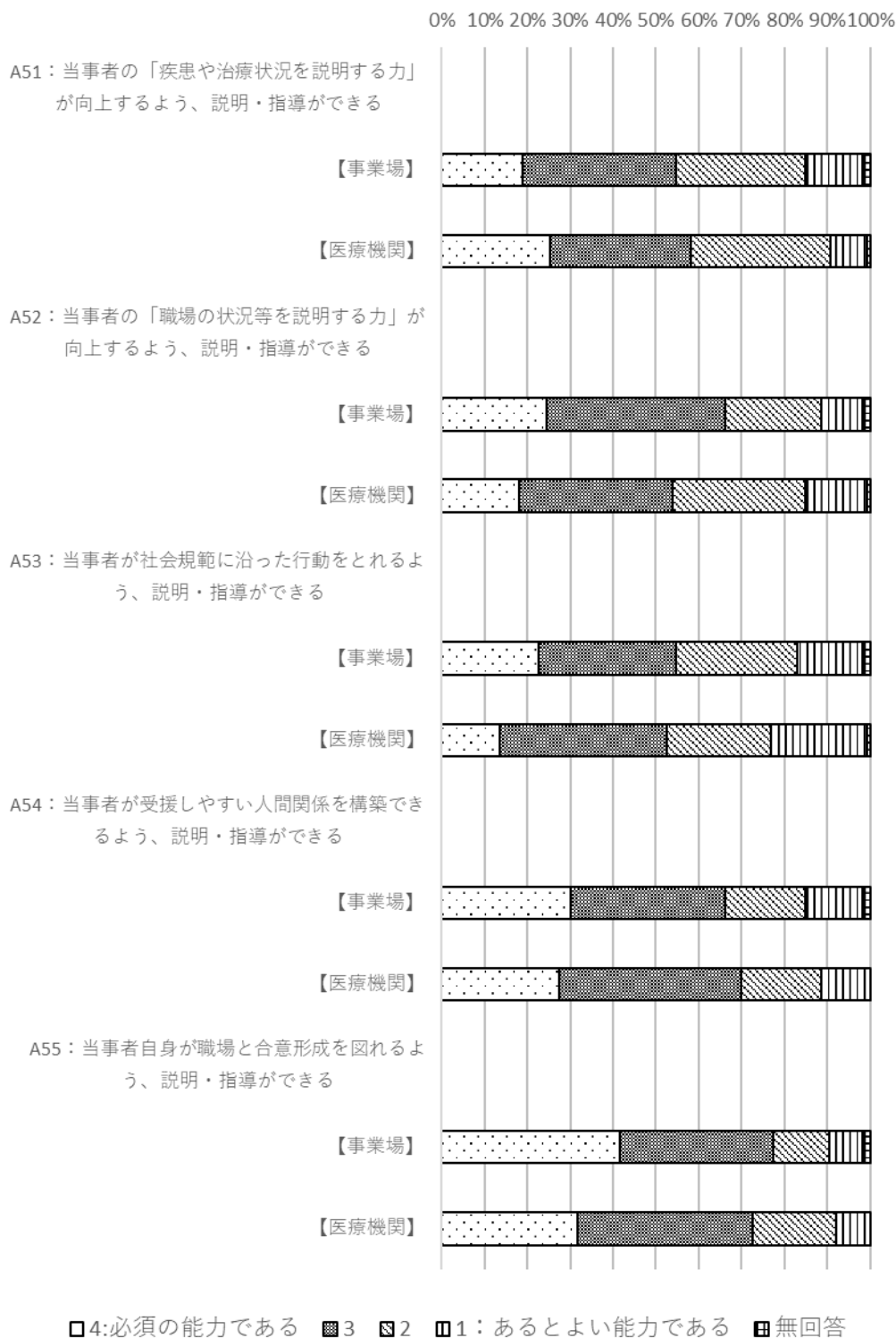


支援者の能力として有識者から提案されている項目について

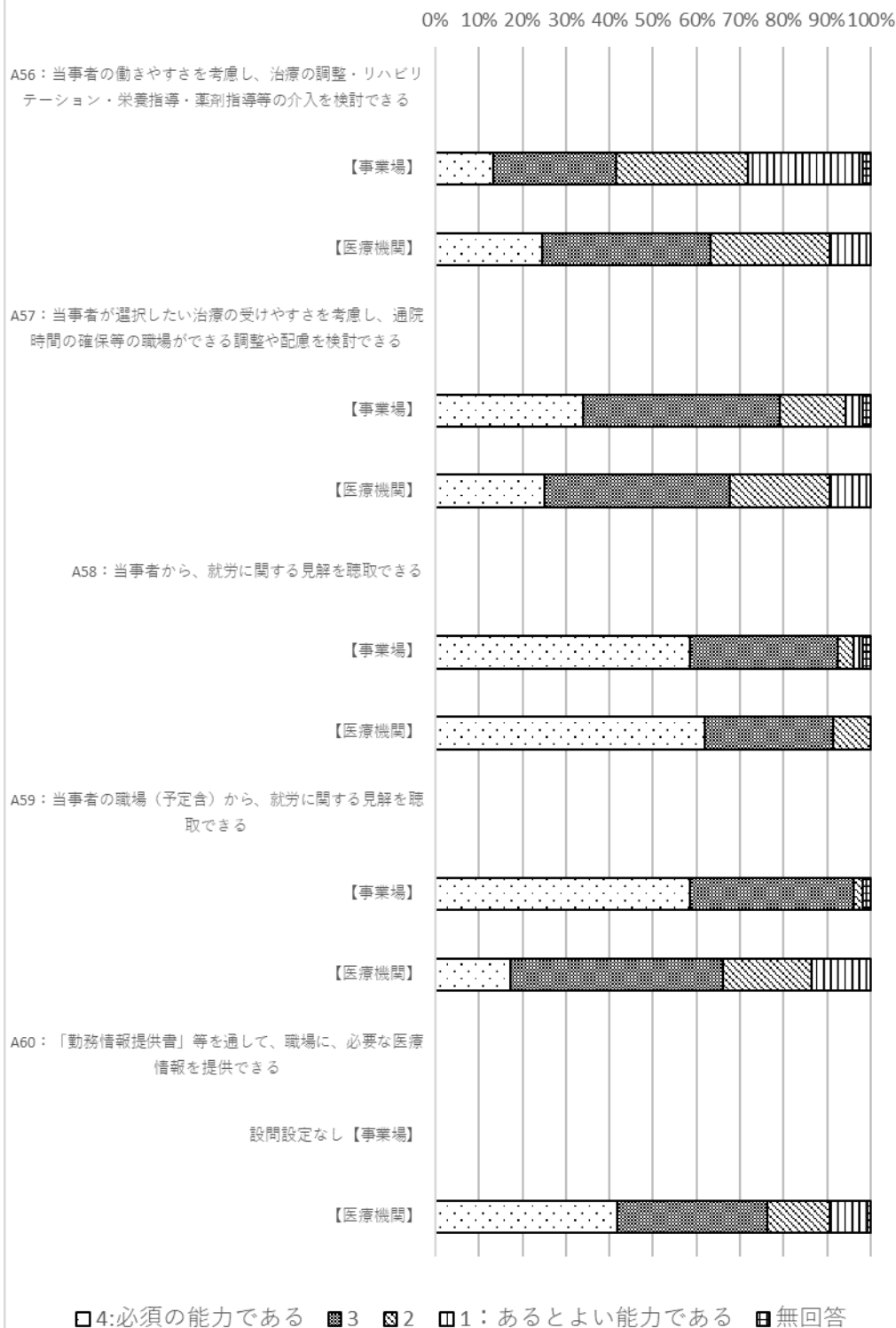




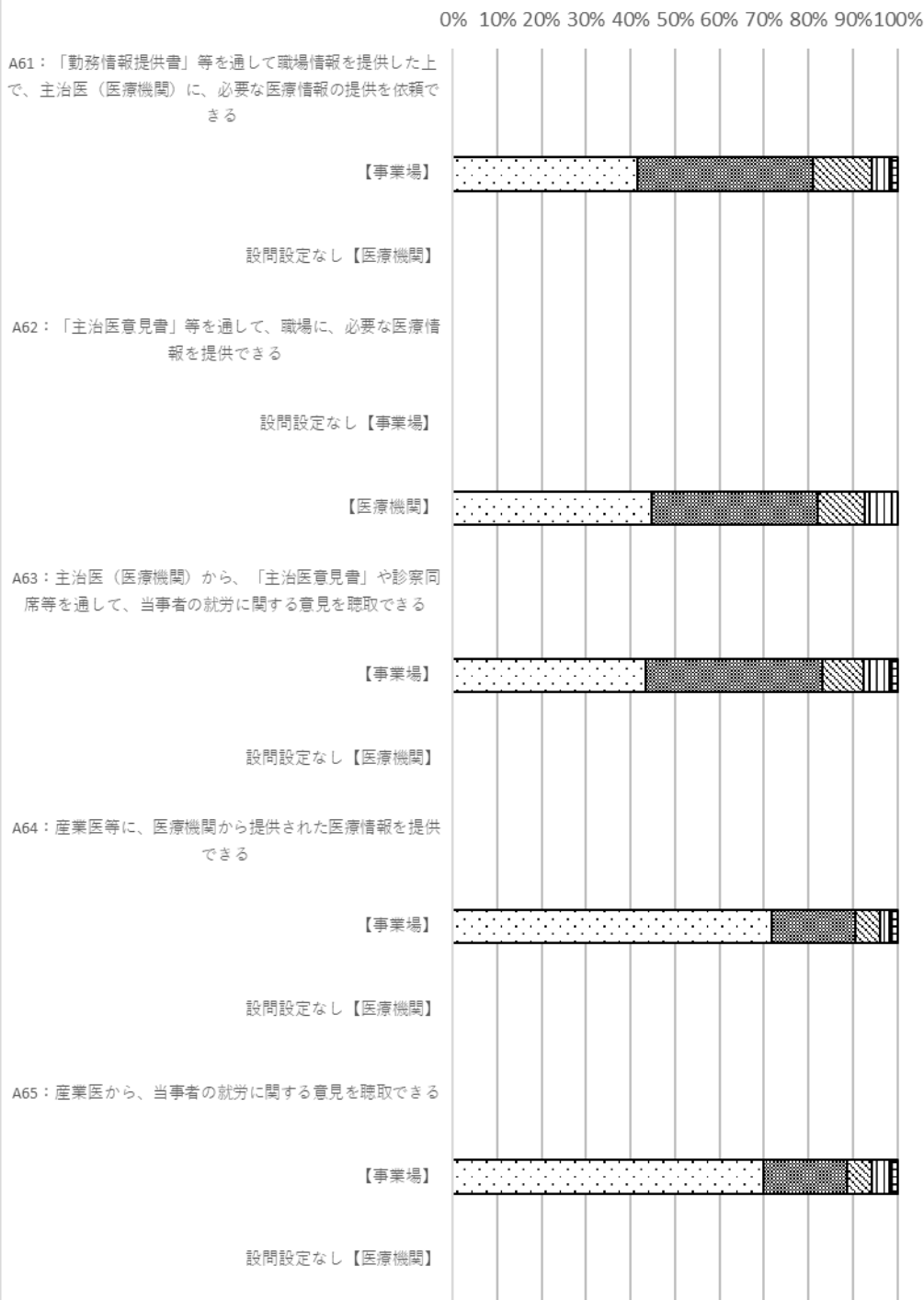
支援者の能力として有識者から提案されている項目について



支援者の能力として有識者から提案されている項目について

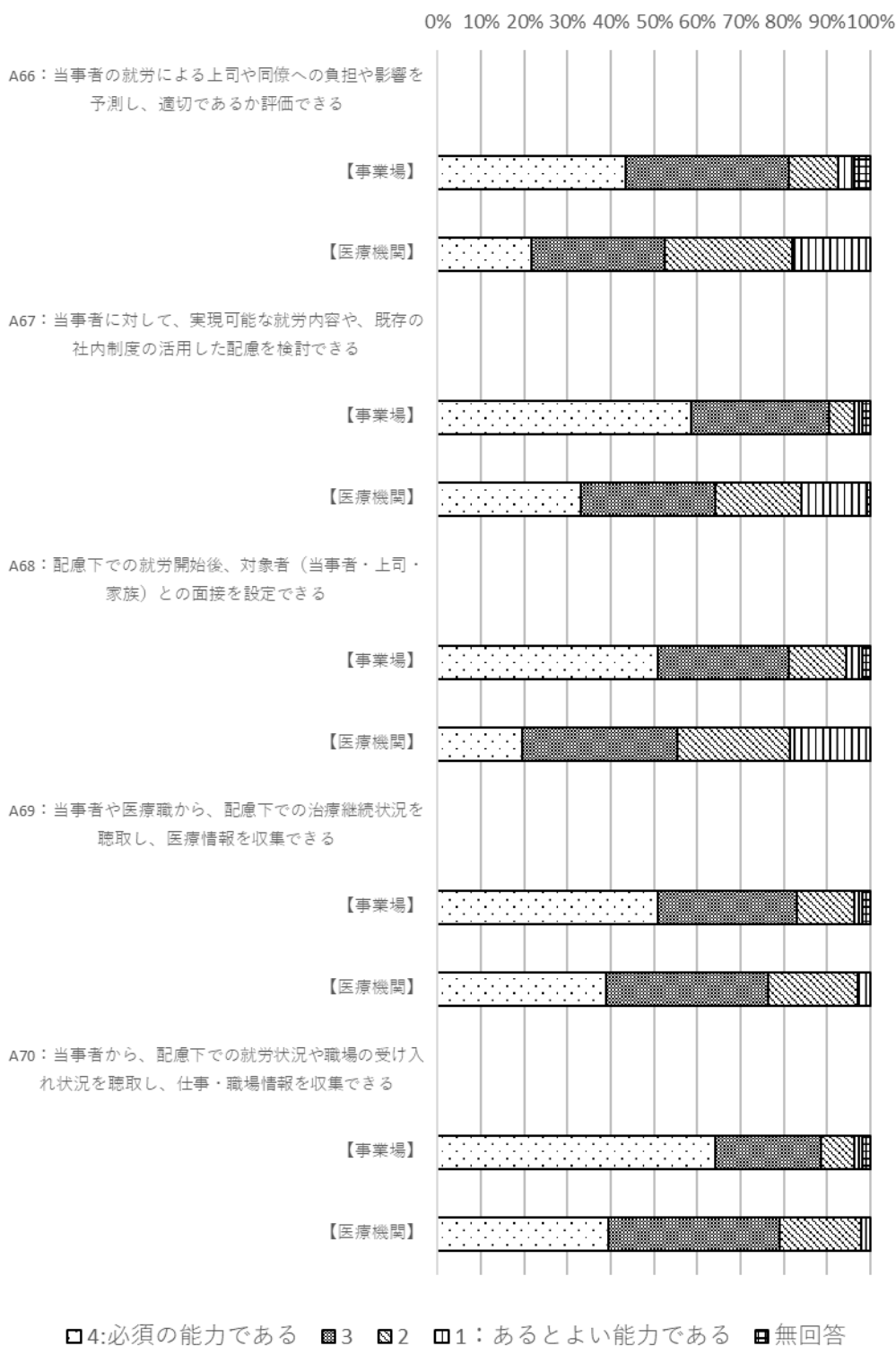


支援者の能力として有識者から提案されている項目について

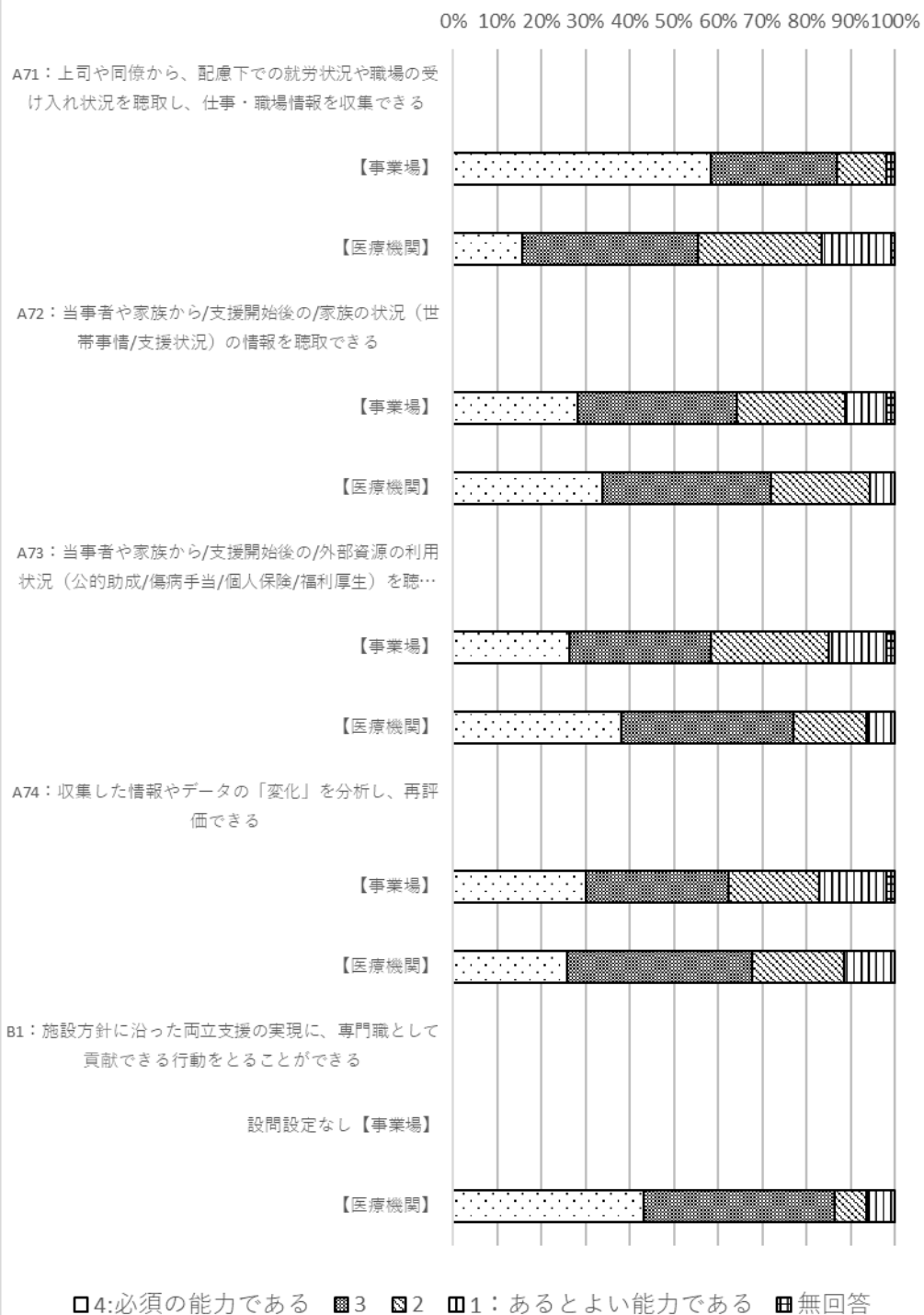


□ 4: 必須の能力である    ■ 3    ■ 2    ■ 1: あるとよい能力である    ■ 無回答

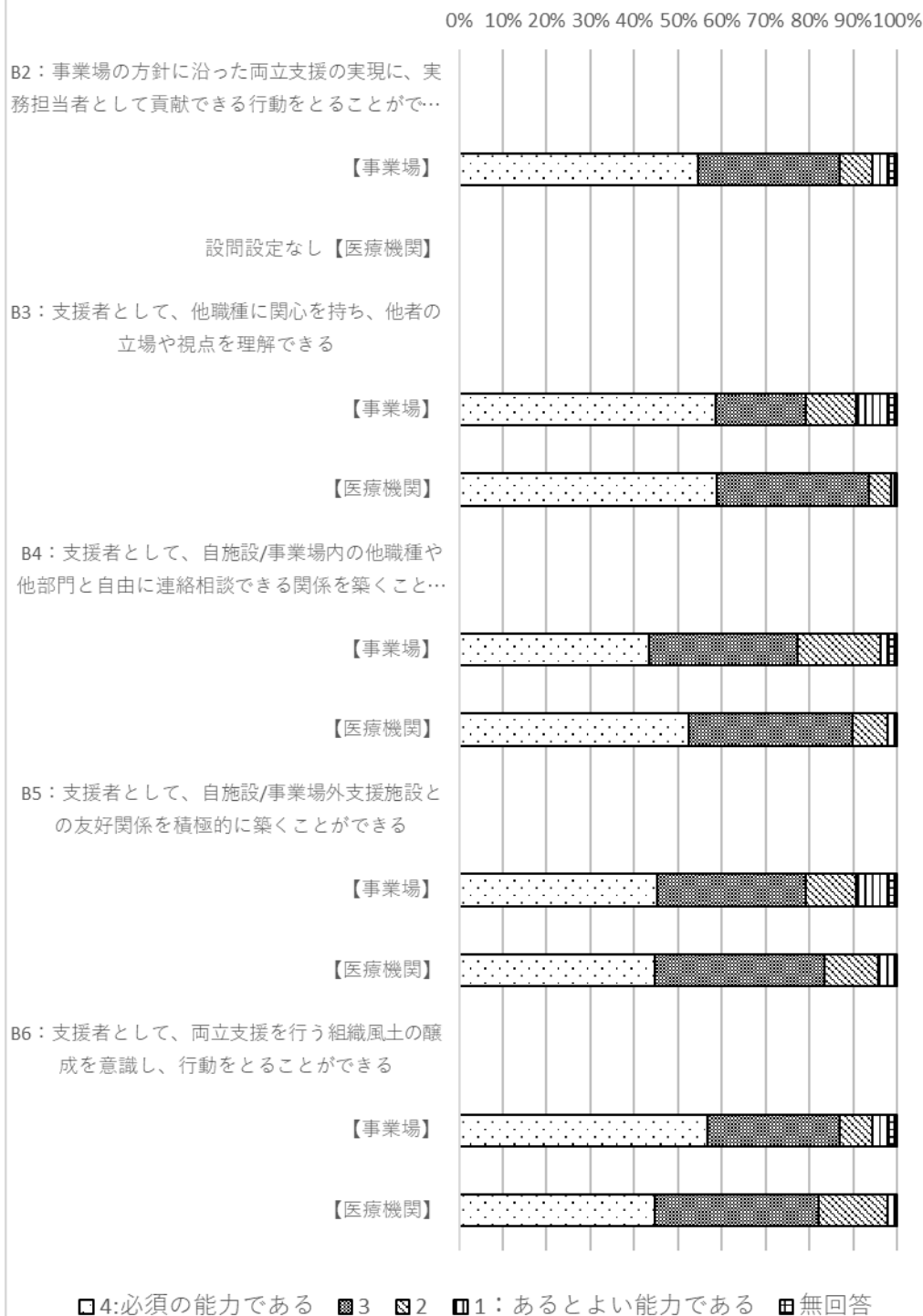
## 支援者の能力として有識者から提案されている項目について



支援者の能力として有識者から提案されている項目について



## 支援者の能力として有識者から提案されている項目について



添付 2

令和4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4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。

研究 2 年目は、北九州市内の製造業（従業員約 300 名）の事業所において上記対象者より参加者を募り、7 名に参加いただき、アプリをインストールの後、調査開始前とアプリ導入後約半年後の時点でのアンケート調査を行った。

参加者数は少なかったが、アプリ使用による面談対応に関して、①アプリは比較的容易にインストール可能であったこと、②アプリのデザインや使い勝手はやや高評価であったこと、③アプリの取り込み頻度（使用頻度）に比例してアプリの提示頻度も増加する傾向が見られた。本アプリ使用による産業医と労働者のPHRの情報共有は、今後の両立支援の一手法として期待できると思われた。

**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）**

## 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。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（のこすけん）」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（のこすけん）」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った（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った。

### 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した。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、呼びかけを行った。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にエントリーしていただいた。

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した。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した。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した。

### 2) 対象者の参加人数

本研究は2022年3月より9月までの期間に実施する予定であったが、参加者の募集状況により調査期間は2022年6月から12月までとなった。総計で20名を目標としていたが、計7名の参加者があった。

### 3) アンケート調査

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った。

## C. 結果

図1と図2に今回使用したスマートフォンのアプリをダウンロード出来るホームページ画面とその説明画面を示す。

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ストアよりアプリをダウンロードしていただいた。

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7名の方より得られた。

表1に参加者のプロフィールを示す。

参加者7名の内訳は男性6名、女性1名であった。年齢構成は、30歳代2名、50歳代5名であった。職種は、管理職と事務職兼任が2名、技術職と保安職兼任が1名、技術職が2名事務職が2名であった。

現在治療中の疾患については、緑内障と悪性リンパ腫、糖尿病、悪性リンパ腫、てんかんと悪性腫瘍（肺癌）、高血圧と悪性腫瘍（乳癌）、うつ病、ネフローゼ症候群と腰椎椎間板ヘルニア、等であった。

取り込まれた情報としては、採血、レントゲン撮影、CT検査結果、薬剤処方箋情報、診断書が主であり、診療情報提供書が織り込まれた例はなかった。

産業医面談の回数については、アプリ導入前半年間で、0回の者は1名であったが、導入後半年間で産業医面談が0回の者は3名おり、観察期間中に産業医との面談が設定されなかったケースがあった。

参加者の中で、最も面談回数が多かったのはネフローゼ症候群と腰椎椎間板ヘルニアを治療中の労働者であったが、アプリ導入後の個人健康情報の取り込みもこまめに行っており、紙ベースのデータの画像取り込みに加えて、主治医の外来診察時における病状の説明やコメントをテキストに記載するなど、アプリの機能を使いこなしている印象があった。また、面談時に産業医がデータを確認することにより、就業措置に関する意見記載に特に有用と思われた。

表2にアプリ「のこすけん」の評価アンケート結果を示す。アプリのインストール容易度評価については5点満点中平均で4.7点と最も高かった。

以下、アプリのデザイン評価については平均で5点満点中3.4点、アプリ使い勝手評価は5点満点中平均3.3点、アプリ取り込み使用頻度は5点満点中3.7点、アプリ提示頻度は5点満点中3.6点、アプリ満足度は5点満点中3.0点、アプリの今後の利用希望度は5点満点中3.3点、という結果となった。

アンケートの自由意見からは、

- ① 面談がなく使用することがないのでインストールするの必要を感じない。
- ② 写真を起動し撮影した画像データを登録できないときがある。
- ③ 現在は健康状態が安定しており、面談がない。
- ④ 操作が簡単なので、提示しやすかった。
- ⑤ 検査用紙を忘れてもアプリで確認できる、等の意見が寄せられた。

## D. 考察

今回調査に使用したアプリケーション（アプリ）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として、福岡産業保健総合支援センターが主体となって、独立行政法人 労働者健康安全機構における調査研究・産業医ネットワーク事業の一環として作成されたアプリである。このアプリの特長は、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、数値を入力することなく、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だという点である。

今回のアプリに関するアンケートから、インストールの容易性の点で最も評価が高かったことは、このアプリが手軽に利用できることを示唆している。今回の参加者数が7名と少なく、統計解析は困難であるが、自由意見からはまず、産業医面談の設定が無かった事例についてはアプリそのものに対する評価が困難であったことが窺えた。また、操作関連では、写真起動し撮影した画像データを登録できない時がある、といったアプリの技術面での指摘も見られたので、アプリの開発担当者にフィードバックすべき点と思われる。これらの点がアプリの満足度と今後の利用希望度の点数が比較的高くなかった点に繋がっていると思われた。一方で、「操作が簡単なので、提示しやすかった。」「検査用紙を忘れてもアプリで確認できる。」といった意見もあり、参加者の中の腎疾患フォロー例にあるように、ある程度使用頻度と面談回数が確保できた場合は情報ツールとして有効活用できることも期待される。

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た。

## E. 結論

参加者数は少なかったが、アプリ使用による面談対応に関して、①アプリは比較的容易にインストール可能であったこと、②アプリのデザインや使い勝手はやや高評価であったこと、③アプリの取り込み頻度(使用頻度)に比例してアプリの提示頻度も増加する傾向が見られた。本アプリ使用による産業医と労働者のPHRの情報共有は、今後の両立支援の一手法として期待できると思われた。

## F. 引用・参考文献

なし

## G. 学会発表

特記なし

## H. 論文業績

なし

## I. 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）

表1：今回の調査参加者の属性

#	性別	年齢	職種	経験年数	現在治療中の疾患	通院頻度	通院回数(半年間)	服用薬種数	アプリ導入以前半年間の産業面談回数	アプリ導入以降半年間の産業面談回数
1	男	56	管理職 事務職	1.5	緑内障、悪性リンパ腫	年6	3	6	1	1
2	男	32	技術職	12	糖尿病	月1	5	7	2	0
3	男	59	技術職 保安職	41	悪性リンパ腫	月2	9	2~3	4	2
4	男	39	事務職	5	てんかん 悪性腫瘍	月1	8	3	1	0
5	女	55	事務職	5	高血圧 悪性腫瘍	月1、年4(悪性腫瘍)	高血圧6、悪性腫瘍3	3	0	0
6	男	56	管理職 事務職	19	うつ病	月1	10	5	3	1
7	男	56	技術職	27	ネフローゼ症候群 腰椎椎間板ヘルニア	月1~2	8	4	6	6

表2：アプリ「のこすけん」に対する評価結果

#		1	2	3	4	5	6	7
性別		男	男	男	男	女	男	男
年齢		56	32	59	39	55	56	56
職種		管理職 事務職	技術職	技術職 保安職	事務職	事務職	管理職 事務職	技術職
アプリ導入以前半年間の産業面談回数(回)		1	2	4	1	0	3	6
アプリ導入以降半年間の産業面談回数(回)		1	0	2	0	0	1	6
アプリのインストール容易度評価	(1:困難~5:容易)	5	5	5	5	5	4	4
アプリデザイン評価	(1:悪い~5:良い)	4	3	3	3	4	4	3
アプリ使い勝手評価	(1:悪い~5:良い)	3	2	3	3	4	5	3
アプリ取り込み使用頻度	(1:少い~5:多い)	2	2	5	4	3	5	5
アプリ提示頻度	(1:少い~5:多い)	3	1	5	5	1	5	5
アプリ満足度	(1:悪い~5:良い)	3	1	3	3	4	3	4
今後の利用希望度	(1:利用したくない~5:利用したい)	3	1	5	3	4	3	4

## 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





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。



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」を利用したいと思いますか。

- 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。