

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)

総合研究報告書

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

研究分担者 原田 有理沙

4 疾患毎の両立支援に関する文献レビュー：脳卒中

研究分担者 佐伯 覚

5 疾患毎の両立支援に関する文献レビュー：循環器疾患

研究分担者 荻ノ沢 泰司

6 支援機関・支援者向け e-learning 構築

(疾患毎の両立支援に関する文献レビュー：難病

支援機関の人材基盤実態調査、個別事例収集および分析)

研究分担者 江口 尚

7 医療機関の個別事例収集および分析

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：「医療機関の両立支援部門運営のアクションチェックリスト」の開発

研究代表者 立石 清一郎

研究分担者 原田 有理沙

8 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

研究代表者 立石 清一郎

研究分担者 永田 昌子
研究分担者 原田 有理沙

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

総合報告書 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)

総合報告書 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る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。ポータルサイトの閲覧数は 2000 ユーザーを超えており、今後、周知をどのようにしていくかについて継続していくことが必要である。

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適用展開できる方策を検討することが必要である。さらに、両立支援が事業場と医療機関の過不足のな

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

『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「医療機関の両立支援部門運営のアクションチェックリスト」の開発
- 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 HR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、14 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異なるものであるため、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ことから、研究班を俯瞰できるポータルサイトを作成した。必要な情報にアクセスし(情報基盤)、自身に必要な能力の開発(人材基盤)を開発する一助になるものと考えられた。

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。米国では、障害者の差別を背景に法的な整備が進められ、その延長として Job Accommodation network といった公的な組織が設立され、疾患毎にガイドライン的な文書を提供する試みがなされていた。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 に関するものがあった。一方で、英国では、限られた人的資源を背景に、一般臨床医 GP を産業保健資源として活用する試みがなされていた。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。我が国には、労働安全衛生法に基づく産業医等を選任する法的整備がある一方で、大多数の労働者は産業医選任義務のない事業場で働いており、多くの場合、非医療職が従業員の両立支援対応に苦難している米国や英国から学び、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。就労世代に多い8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：肺がん、脳腫瘍、大腸がん、頭頸部がん、肝がん、血液がん、乳がん、婦人科がんの8種類のがんについて 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」に掲載するデータの根拠を明確化することである。循環器疾患における治療と仕事の両立支援に関する国内外の学術論文調査と本邦のガイドライン及びステートメント調査を行った。基準に適合した学術論文は英文は151件、和文は1件であった。多くは虚血性心疾患に関するものであり、内容は職場復帰に関連する要因や介入の有効性、職場復帰を目的とした評価方法、性差・経済定期影響などに関するものであった。ガイドラインは厚生労働省が公表しているものが1件、循環器関連学会が公表しているものが6件であった。国内における報告は極めて乏しいものの、海外では循環器疾患の両立支援に関して多くの学術論文がpublishされており、その知見は本邦における両立支援においても参照しうるエビデンスと考えられた。また、各ガイドラインやステートメントにおいて、復職の際に必要な運動許容条件や自動車運転・電磁干渉などについて整備されており、治療と仕事の両立支援の実務上重要な情報基盤となりうるものと考えられた。

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

本研究班の目的は、インターネット上にワンストップ情報サイトを作成（情報基盤を構築）し、各支援者向けの e-learning 教材（人材基盤の拡充）を公開することである。そのために、本分担研究では、初年度は当事者に対してインターネット調査を実施し、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」）を作成した。それを受けて、2年目（最終年度）は、そのコンピテンシーそ

れぞれについての支援者向けの e-learning 教材を作成することとし、6つのコンピテンシーについては動画向けの資料を作成し、3つのコンピテンシーについては実際に動画を作成した。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。

7. 医療機関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 「医療機関の両立支援部門運営のアクションチェックリスト」の開発

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。

8. 事業場の人材基盤実態調査

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。また、コンピテンシーの妥当性を評価し、教育コンテンツを作成する際の優先順位を検討するために、質問紙調査を実施した。

(インタビュー調査)

両立支援の人材基盤調査として、経験豊富な医療機関(9施設)及び事業場(4施設)に施設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項目(全過程共通 13個、両立支援ニーズの拾い上げ 4項目、初回面接まで 4項目、面接時 36項目・医療機関と事業場との連携 10項目・職場調整及び配慮の実施 4項目・フォローアップ 7項目)、B. 活動展開に関するコンピテンシー6項目の、計80項目が抽出された。

(質問紙調査)

2022年ホワイト500に選定された事業場(499機関)とがん診療連携拠点病院(409機関)を対象に質問紙調査を行い、作成したコンピテンシーの妥当性を評価した。回収数(回収率)は、事業場53施設(10.6%)、医療機関は139施設(33.9%)だった。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で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項目に職種での意見の差を認めた。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)を、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)に関するコンピテンシーの習得には「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。また、支援者らには、事業場と医療機関、職種等の立場によって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とした情報提供や啓発をする必要性が示された。本研究結果は、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。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。

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。初年度はアプリの使用許諾や対象事業場の選定及び倫理審査などの遅延により、調査開始が大幅に遅れることとなった。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つの研究が継続中である。本研究の最終目標は、両立支援における『情報

基盤』と『人材基盤』について整理し、公開することである。

『情報基盤について』

1. 国内外の情報について

国内文献調査において、過去の研究班の成果物として作成されたツールとして、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 を実践しているイギリスにおいては、1000万通の Fitnote が発行されているが、7割は傷病手当金の支給に利用されており、配慮内容の調整にはあまり使用されていないこと。3割がメンタルヘルス不調者に用いられていること、2割弱しか意図された使用方法となっていないこと、など問題点も多いことが判明した。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の意見書が掲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 年度は以下のように整理された。

医療機関：

1. 多種多様な疾患への深い理解や知識
2. 緩和ケア
3. 職場情報の理解
4. 職場事情に配慮
5. 背景職種・配置
6. 看護師教育
7. 多職種連携のサポート・ハブ
8. 病院方針の理解

9. 診療科の特徴の把握
10. 収益性・コストパフォーマンスの視点
11. 病診連携に係る行動
12. 支援施設との連携

事業者：

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

支援機関：

1. 疾患に関する情報収集
2. コーチング
3. 職場の環境の評価
4. 患者会に関する情報収集
5. 本人の自己理解を促すこと
6. 本人のリテラシーを高めること
7. 自分の体調を伝えられる言語化能力
8. 主治医と当事者のコミュニケーション
9. 自分から主治医や病院の相談窓口へ相談することを促す
10. 事例対応能力の向上：事例検討会
11. 本人のメンタルヘルスサポート：焦らせない技術
12. 職場内のキーパーソンを探す能力
13. 疾患理解

14. 職場の制度についての知識、情報収集
15. 会社とのコミュニケーションの取り方のアドバイス
16. インターネットや SNS の正しい活用
17. 最低限のカウンセリングスキル
18. 事例の共有を通じて自分なりのベンチマークを作る
19. 仕事内容の把握
20. 復職後のフォロー
21. 家族と当事者のコミュニケーション
22. 異動先での転院先の相談や調整
23. 支援者を作るためのアドバイス
24. 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
25. 本人の就業能力のアセスメント
26. 病気のことを踏まえた本人の仕事観を理解する
27. セルフケアについての情報提供
28. 院内の専門職との多職種連携
29. 復職に向けた休職中の過ごし方
30. 障害者総合支援法の就労支援サービスの説明

R4 年度について整理された情報は以下の通りである。

・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。

R3 年度及び R4 年度のコンピテンシーを確認し、いずれの要素においても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

またはこれを解決する能力とほぼ同じであることが判明した (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。このような資材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材を集めた「教育資材・自己学習」、両立支援の実践を助ける情報基盤である「情報・実践ツール」と分類をし、それぞれ必要な情報にアクセスできるように工夫している。すべての情報の集約には時間を要する見込みで

あるが、2022年度中には集約が終わる予定である。本ポータルサイトにより、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が明確になっているにもかかわらず、両立支援がまだ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きとされている。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、船津康平、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、船津康平、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、船津康平、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、船津康平、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、船津康平、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、口演発表予定

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、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際、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 覚: 脳卒中における治療と仕事の両立支援—第3報. 第58回日本リハビリテーション医学会学術集会、京都市、2021年6月
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 Jan 25. doi: 10.1097/JOM.0000000000002500. Epub ahead of print. PMID: 35081590.

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



総合報告書 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)

総合報告書 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、14 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ことから、研究班を俯瞰できるポータルサイトを作成した。必要な情報にアクセスし（情報基盤）、自身に必要な能力の開発（人材基盤）を開発する一助になるものと考えられた。

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、14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の個別の情報について表1~14に記し、表15・16にそれぞれ情報基盤部分・人材基盤部分を抽出したものを示す。

1. 労災疾病 平井班(180601-01)

『治療と職業生活の両立におけるストレスマネジメントに関する研究』(2018~2020)

○情報基盤について

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

○人材基盤について

ストレスマネジメントにおけるピアサポーター研修などが開発されている。

2. 労災疾病研究 堤班(170401-02)

『治療と就労の両立支援のための事業場内外の産業保健スタッフと医療機関の連携モデルとその活動評価指標の開発に関する研究』(2017~2019)

○情報基盤について

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

○人材基盤について

拠点病院ごとの両立支援の相談滝などについて研究がなされている。

3. 労災疾病研究 中村班(170402-1)

『医療機関における両立支援の取り組みに関する研究』(2017~2019)

○情報基盤について

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

4. 労災疾病研究 松平班(170401-01)

『企業・産業保健スタッフ・医療機関の連携による両立支援システムの開発』(2017~2019)

○情報基盤について

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

5. 労災疾病研究 豊田班(160601-02)

『復職コーディネーターによる介入事例データベース作成に関する研究』(2016~2018)

○情報基盤について

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

6. 労災疾病研究 立石班(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』(2016~2018)

○情報基盤について

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

7. 労災疾病研究 宮内班(150201-01)

『女性特有の疾病等が就労に及ぼす影響及びその治療と就労の両立に関する調査研究』(2015~2017)

○情報基盤について

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

存在しない。

8. 労災疾病研究 藤野班 (14010101-04)

「主治医による就業支援指導・情報提供による治療と就業への効果に関する検証」(2014～2016)

○情報基盤について

就業継続の効果について、簡便な意見書の効果について randomized controlled trial による検証を行い、一定の有意差が認められた。なお、研究班独自のHPについては見当たらなかった。

9. 労災疾病研究 森班(14010101)

『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』 (2014～2016)

○情報基盤について

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

10. 労災疾病研究 横山班(14010101-2)

「主治医と産業医の連携に関する有効な手法の提案に関する研究」(2014～2016)

○情報基盤

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

○人材基盤

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

なお、研究班のHPについては現在公開されていない。

11. 厚労科研 高橋班 (H22 がん臨床一般-008)

「働くがん患者と家族に向けた包括的就業支援システムの構築に関する研究」(2010～2012)

○情報基盤

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

現時点で研究班独自のHPは見当たらなかった。

12. 厚労科研 江口班 (H26-政策-若手-013)

『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』 (2014～2015)

○情報基盤

産業保健職や人事担当者向けに難病者の支援マニュアルを作成し提供している。

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両立支援診察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。

盤と人材基盤に分けて分類した。情報基盤では、ツールとして、①両立支援を紹介するためのツール、②本人を評価するためのツール、③組織を評価するためのツール、④データベース、⑤対応マニュアル、の5種類に分類された。ツールの対象者としては、①当事者、②企業スタッフ(産業保健スタッフを除く)、③産業保健スタッフ、④医療スタッフ、⑤その他、に分類された。分類されたカテゴリーを表1に示す。

人材基盤については9つの研究が挙げられた。人材の対応により復帰率が向上するなどの研究が上がったがそのどれもがピアレビューを受けているものではなかった。また、研修効果の検証に関する研究についても存在した。さらに、両立支援必要な個別の支援者スキルとしての配慮を検討するための方策についての資料も作成されていた。

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。

ここまで挙げた14の研究について、情報基

D. 考察

情報基盤として、過去研究14テーマにより、5種類のタイプの研究に分類されることが判明した。これらはそれぞれ目的が違うものであるため、両立支援を実践しようと思う支援者および、当事者が困っているときに確認できるポータルサイトがあることで、実践者の意思決定に寄与するものと考えられる。また、一部の厚労科研研究は報告書までで止まっているものも多く、エビデンスとしてはピアレビューされていないことから積極的な採用は注意が必要であると考えられた。

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料が作成されていた。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。

これらの情報は目的で示した通り、各所に点在しており、検索サイトなどでも検出することが多いサイトが散見されたことから、ユーザーが見出すことは大変困難であると考えられる。したがって、一つのサイトでほとんどのHPにリンクできるサイトを作成することが有用であると考えられる。そこで、研究班のホームページが作成されているものについて、一覧性のあるサイトを作成し公開した<https://www.ryoritsu.dohcuoeh.com/respective-research-groups/>（図1）。このサイトを使うことで、必要な情報にアクセスし（情報基盤）、自身に必要な能力の開発（人材基盤）を開発する一助になるものと考えられた。

E. 結論

厚労科研の研究は5つのツールの種類に分類されることが判明した。これらが網羅的に確認することのできるサイトを作成した。必要な情報にアクセスし（情報基盤）、自身に必要な能力の開発（人材基盤）を開発する一助になるものと考えられた。

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、船津康平、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、船津康平、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、藤野善久. 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 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

図 1. 各研究班の紹介 HP <https://www.ryoritsu.dohcuoeh.com/respective-research-groups/>



表1. 労災疾病 平井班 (180601-01) 『治療と職業生活の両立におけるストレスマネジメントに関する研究』 (2018~2020)

| 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 |
|----------|---------|-----|-------------------|-----------|-----|---|-----|--|---|
| 本人評価型ツール | 当事者 | 問わず | 脳疲労尺度 | 尺度 | 平井班 | 両立における全体的な体調不良状態を脳疲労の定義。40項目の質問で構成されている。 | 1.1 | 脳疲労の概念整理 | https://stmg.grappo.jp/wp-content/uploads/2021/03/6ec364a2f2f5edf1d25525f25a93a67a.pdf |
| 本人評価型ツール | 当事者 | 問わず | ストレスマネジメントガイドブック | パンフレット | 平井班 | 脳疲労尺度のうち、6項目からストレス度を借り測定し、セルフケアへつなぐ | 1.2 | 脳疲労について紹介、簡略版 | http://stmg.grappo.jp/ |
| 本人評価型ツール | 産業医 | 職域 | 産業医向けストレスマネジメント研修 | 研修 (人材基盤) | 平井班 | 当事者が職場復帰する上で発生するストレス状態の把握および改善に関する助言を産業医の立場で行う。 | 1.3 | | |
| 本人評価型ツール | ピアサポーター | 職域 | 企業内ピアサポーター養成プログラ | 研修 (人材基盤) | 平井班 | 企業など、職場でのピアサポーターの養成に際して求められるコンピタンス (適性能力) を高める教育プログラム | 1.4 | | |
| 本人評価型ツール | 当事者 | 問わず | ストレスマネジメントパンフレット | パンフレット | 平井班 | セルフケアの具体策として、10種の具体的解決方法を提示 | 1.5 | 10種の具体策 (ストレスとの向き合い方、脳のクセを知るーニューロダイバーシティの視点からー、脳の疲労について、良い眠りのために、メモの取り方、1日の時間計画を考える、リラックスの方法、伝えるを円滑にーアサーションの活用ー、栄養の必要性、体を動かしてスッキリ) | https://stmg.grappo.jp/goal/709/ |

| 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 |
|-----------|--------------|------|--|---------|-----|--|------|---|---|
| 両立支援紹介ツール | 当事者 | 問わず | 両立支援カード・パンフレット | パンフレット | 堤班 | 両立支援と産業保健総合支援センターの知名度向上や利用促進を図るパンフレット。 | 2.1 | | |
| 人材基盤 | 医療職 | 医療機関 | 疾患別拠点病院による両立支援の検討 | 人材基盤 | 堤班 | 日本神経学会専門医・評議員を対象に調査。両立支援の相談先として院内の医療相談窓口やハローワーク、難病相談支援センターなどは知っている専門医が多かったが、それ以外の相談先はほとんど知られていなかった。就労支援における主治医の役割が大きいという認識はほとんどの回答者がもっていた。 | 2.2 | | |
| 人材基盤 | 産業保健師 | 職域 | 産業保健師が果たす役割の明確化と多職種連携モデル開発に関する検討 | 人材基盤 | 堤班 | 産業保健師のコンピテンシーとして、地域産業保健センター、産業保健総合支援センター、労働衛生機関、開業保健師に分類し、日ごからの支援（周知、広報、研修セミナー企画、啓発）と病気になった労働者とその職場への支援（相談対応、連携、個別調整支援、制度導入支援、調整支援）に分けてまとめている。 | 2.3 | | |
| 両立支援紹介ツール | 企業外労働衛生機関 | 職域 | 企業外労働衛生機関における治療と職業生活の両立支援についての実態調査結果に基づく、啓発ツールおよび健診・検診の全受診者向け「両立支援カード」 | パンフレット | 堤班 | 「企業外労働衛生機関向けの啓発ツール」として、労働機関の渉外職（将来の経営層）向けの事業場における両立支援の好事例を紹介する「マンガ冊子」が作成されている。 | 2.4 | 全国労働衛生団体連合会（全衛連）の会員121 機関にアンケートを郵送し、マンガ冊子は、52 機関（回答率43%）、両立支援カードは46 機関（回答率38%）の回答を分析した。マンガ冊子は、77%の機関が内容は「わかりやすい」、「ややわかりやすい」、79%が渉外職の理解向上に「役立つ」、「やや役立つ」、77%が経営層の理解向上に「役立つ」、「やや役立つ」と回答した。 | |
| 両立支援紹介ツール | 当事者 | 職域 | 企業外労働衛生機関における治療と職業生活の両立支援についての実態調査結果に基づく、啓発ツールおよび健診・検診の全受診者向け「両立支援カード」 | パンフレット | 堤班 | 「企業外労働衛生機関向けの啓発ツール」として、名刺サイズの「健診・検診の全受診者向け「両立支援カード」が作成されている。 | 2.5 | 両立支援カードは、78%の機関が内容は「わかりやすい」、「ややわかりやすい」、80%が配架・配布を「おこないやすい」、「ややおこないやすい」、96%が啓発に「役立つ」、「やや役立つ」と回答した。 | |
| 組織評価ツール | 企業外労働衛生機関 | 職域 | 企業外労働衛生機関「両立支援チェックリスト」 | チェックリスト | 堤班 | 企業外労働衛生機関において「治療と仕事の両立支援」を円滑に実施し、サービスの向上を目指していくための取り組みを列挙したもの | 2.6 | 情報活用・研修、顧客事業部・本人への支援、外部専門機関との連携、顧客事業場への支援ツールの提供、爾機関職員の経営層の意思表明・支援ツールの提供の5つのセクションから構成されている。 | |
| 組織評価ツール | 労災病院 | | 労災病院「両立支援チェックリスト」 | チェックリスト | 堤班 | ツール名に同じ | 2.7 | | |
| 組織評価ツール | 産業保健総合支援センター | | 産業保健総合支援センター「両立支援チェックリスト」 | チェックリスト | 堤班 | ツール名に同じ | 2.8 | | |
| 両立支援紹介ツール | 中小企業経営者 | 職域 | 治療を続けながら働くためのハンドブック | パンフレット | 堤班 | 主に難病患者が治療と仕事の両立をするために事業者に必要な情報を6カテゴリーに分けて解説する資料。 | 2.9 | 6カテゴリー（労働者に関する現状、代表的な症状と対応方法、円滑に進めるためのポイント、合理的配慮、具体的な対応方法、情報収集・相談のための機関や職種） | https://www.med.kitasato-u.ac.jp/lab/publichealth/bs/result.html |
| 両立支援紹介ツール | 中小企業経営者 | 職域 | 中小企業における治療と仕事の両立支援のすすめ | マンガ | | マンガでの事例（パーキンソン病、がん、網膜色素変性症）を通じて産業保健総合支援センターや企業外労働衛生機関、社会保険労務士の活用方法について紹介。全3巻。 | 2.10 | Vol.1 両立支援制の紹介 Vol.2 労働衛生機関の活用 Vol.3 社会保険労務士の活用 | https://www.med.kitasato-u.ac.jp/lab/publichealth/bs/result.html |

表3. 労災疾病研究 中村班(170402-1)『医療機関における両立支援の取り組みに関する研究』(2017~2019)

| 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 |
|--------|-----|------|-------------------------|---------|-----|--|-----|----|
| マニュアル | 医療職 | 医療機関 | 医療機関における治療と仕事の両立支援導入ガイド | パンフレット | 中村班 | 医療機関が両立支援を行うまでの準備の方策や、職種別(主治医・看護師、社会福祉士、チーム体制)の行動ガイドが示されている。 | 3.1 | |

表4. 労災疾病研究 松平班(170401-01) 『企業・産業保健スタッフ・医療機関の連携による両立支援システムの開発』 (2017～2019)

| 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 |
|---------|-----|----|-------------------------|---------|-----|---|-----|---|---|
| 組織評価ツール | 事業者 | 職域 | 治療と仕事の両立支援活動・評価指標チェック30 | チェックリスト | 松平班 | 中小企業へむけた両立支援の達成度をレーダーチャートで表現可能。50ページからなる解説版のもとに、自社の達成度を向上させていくことを狙いとしている。ホームページで採点可能。 | 4.1 | チェックリストの開発にあたり、まず石川産業保健総合支援センター、京都工場保健会、全国健康保険協会千葉支部、東京商工会議所の協力のもと2017年11月より5,000社に自記式質問紙による郵送調査を実施、2018年4月までに1,268社から記入済みアンケートを回収し、がん社員の復職に関する統計解析を行った。この結果200人未満の事業場は1136事業場(89.8%)であった。復職ありと復職なしで統計的優位差があったのは、「禁煙・受動喫煙に関する取り組み」、「職場の両立支援への理解」、「治療と就労の両立が実現できる職場づくりへの必要性について強く感じている」であった。治療就労の両立が実現できる職場づくりを進める上での課題に関して統計的有意差があったものは「長時間働けない社員に対する社会保険料の事業主負担が大きい」、「周りの社員の理解不足」であった。 | https://ryoritsu-check.work/checksheet30.html |

表5. 労災疾病研究 豊田班 (160601-02) 「復職コーディネーターによる介入事例データベース作成に関する研究」 (2016～2018)

| 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 |
|--------|------|------|-------------------------|----------|--------|-----------------|-----|-------------------|---|
| 情報基盤 | 労災病院 | 医療機関 | 復職コーディネーターによる介入事例データベース | 入力データベース | 豊田班H28 | 労災病院の入力フォーマット作成 | 5.1 | データベースは労災病院のみで未公開 | https://www.mhlw.go.jp/content/000614906.pdf |

表6. 労災疾病研究 立石班 (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』 (2016～2018)

| 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 |
|--------|-----|----|---------------------|---------|--------|---|-----|----|---|
| マニュアル | 産業医 | 職域 | 復職に関する産業医の“標準的な考え方” | テキスト | 立石班H28 | “標準的な考え方”は企業の産業医が就労支援、主に復職時の職務適性の判断を行うときに利用するものです。研究班により得られた事例を中心に作成。就業配慮を、①安全配慮、②合理的配慮、③本来業務が損なわれる場合の3類型に分類。 | 6.1 | | http://ohc.med.uoeh-u.ac.jp/hukusyoku/basic/ |
| データベース | 産業医 | 職域 | 両立支援事例集 | データベース | 立石班H29 | 産業医等を中心に収集した428事例を公開。データベース化されており、職種、年齢、事業場規模などで検索できるほか、フリーワードによる事例 | 6.2 | | http://ohc.med.uoeh-u.ac.jp/hukusyoku/case-studies/ |

表7. 労災疾病研究 宮内班 (150201-01) 「女性特有の疾病等が就労に及ぼす影響 及びその治療と就労の両立に関する 調査研究」 (2015～2017)

| 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 |
|--------|------|-----|------|---------|-----|--|-----|----|------|
| データベース | 当事者 | 問わず | 報告書 | 報告書 | 宮内班 | 婦人科疾患に関連する女性就労者の特徴について労災病院のデータをもとに解析している。婦人科疾患による職場に迷惑がかかるという思いから受診控えをしている現状がある。婦人科疾患術後の退院後の不安は専業主婦に比較して就労女性に多い。 | 7.1 | | |
| データベース | 職場上司 | 職域 | 報告書 | 報告書 | 宮内班 | 子宮筋腫術後者への配慮について、愛媛県新居浜市の事業場の中間管理職向けの質問紙調査。男性管理職に比して女性管理職の方が配慮する傾向がある。 | 7.2 | | |

表 8. 労災疾病研究 藤野班 (14010101-04) 「主治医による就業支援指導・情報提供による治療と就業への効果に関する検証」 (2014~2016)

| 大カテゴリー | 対象者 | 場面 | ツール名 | ツールスタイ | 研究班 | 概要 | ID | 備考 | URL等 |
|----------|-----|------|------------------|--------|-----|---|-----|----|---|
| 本人評価型ツール | 臨床医 | 医療機関 | 治療と職業生活の両立支援のために | 書式 | 藤野班 | RCTによる、「主治医が実施する就業支援指導・および就業措置情報提供書による就業継続の効果」の検証を開始した。研究初年度（平成26年度）に作成したプロトコールに従い、平成27年度にリクルート開始し、ベースライン調査および追跡調査を実施した。主治医による就業支援による介入については、就業措置情報提供書として明示化した上で介入を行った。リクルートは、関節リウマチ症例22例、糖尿病症例21例、合計43例の参加登録を得た。無作為割り付けの結果、関節リウマチ症例22例中11例、糖尿病症例21例中8例がそれぞれ介入群に割り付けられ介入が行われた | 8.1 | | https://www.mhlw.go.jp/seisaku_nitsuite/bunya/koyou_roudou/roudoukiun/rousai/hojokin/dl/28_14010101-04_So.pdf |

表9. 労災疾病研究 森班(14010101)『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』（2014～2016）

| 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 |
|----------|----------|------|------------|---------|-----|--|-----|----|---|
| 本人評価型ツール | 産業保健スタッフ | 問わず | 両立支援 10の質問 | チェックリスト | 森班 | ツールの目的は、復職、就労継続に臨む労働者の困りごとを包括的に把握し、共感すること。産業保健スタッフ(産業医、産業看護職)がこのツールを使用することで、治療を続ける労働者が抱える、病気による症状だけではない様々な困難を広く把握することが出来る。 | 9.1 | | http://ohc.med.uoeh-u.ac.jp/ryouritsu/wp-content/uploads/2017/06/h26_28_81103_q10.pdf |
| マニュアル | 産業保健スタッフ | 職場復帰 | 両立支援パスガイド | 書式 | 森班 | 両立支援パスの目的は、「従業員(患者)・職場・主治医3者における情報交換」です。「仕事と治療を両立させる」ために必要な就業配慮を検討するためには、事業者または職場の上司などに対して、病状や治療状況、業務上の注意事項等についての医学的情報や意見が主治医より提供される必要があります。当研究班では、従業員（患者）・職場・主治医の3者が関わる「就労と治療の両立支援パス」を開発し、「両立支援に必要な情報のみを共有すること」を目指している。 | 9.2 | | http://ohc.med.uoeh-u.ac.jp/ryouritsu/wp-content/uploads/2017/06/h26_28_81103_passguide.pdf |

表10. 労災疾病研究 横山班(14010101-2)「主治医と産業医の連携に関する有効な手法の提案に関する研究」(2014～2016)

| 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 |
|--------|---------------|------|-------------------------|---------|-----|--|------|----|---|
| 人材情報基盤 | 産業保健職 医療機関 | 職場復帰 | 産業医側ならびに主治医側双方からの連携事例調査 | 報告書 | 横山班 | 連携成功には「主治医の理解の強さ」、「職場の理解の強さ」が、連携失敗には「疾病重篤度」の因子の影響が大きく、さらに産業医の連携行動（情報授受頻度）には、産業看護職（Odds Ratio 5.56(95%信頼区間：1.20-25.8)）や連携で使用する様式の整備(OR 4.21(2.01-8.82))といった事業場の支援体制の存在が、事業場規模を調整したうえで強く関連している | 10.1 | | https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/roudoukijun/rousai/hojokin/dl/28_14010101-02_So.pdf |
| マニュアル | 産業保健職 | 企業 | 連携ガイドA 産業医・産業保健スタッフ向け | 教材 | 横山班 | 産業保健スタッフ向けの両立支援の紹介テキスト | 10.2 | | http://plaza.umin.ac.jp/~j-eisei/renkei/guide%20A.pdf |
| マニュアル | 臨床医 | 医療機関 | 連携ガイドB 主治医向け | 教材 | 横山班 | 主治医向けの両立支援の紹介テキスト | 10.3 | | http://plaza.umin.ac.jp/~j-eisei/renkei/guide%20B.pdf |
| マニュアル | 産業保健職 | 企業 | 連携ガイドC 企業経営者・人事担当者向け | 教材 | 横山班 | 企業経営者・人事担当者向けの両立支援の紹介テキスト | 10.3 | | http://plaza.umin.ac.jp/~j-eisei/renkei/guide%20C.pdf |

表11. 厚労科研 高橋班 (H22がん臨床-一般-008) 「働くがん患者と家族に向けた包括的就業支援システムの構築に関する研究」(2010~2012)

| 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 |
|-----------|----------|------|----------------------------|---------|--------|--|------|----|---|
| マニュアル | 企業担当者 | 職場復帰 | 企業のためのがん就労者支援マニュアル | テキスト | 高橋班H22 | <p>紹介文：がん診断を受けた従業員を支援するときに生じるさまざまな課題に向け、事業場として対応する際の一助になるよう作成したものです。</p> <p>内容の多くは、がん以外の病気にも応用できます。それぞれの立場の方が「できること」からはじめていただくという趣旨で作成されたマニュアルです。</p> | 11.1 | | https://www.ncc.go.jp/jp/cis/divisions/05survivor/pdf/kigyomukeManu_2013.pdf |
| マニュアル | 産業保健スタッフ | 職場復帰 | 「がん就労」復職支援ガイドブック | テキスト | 高橋班H22 | <p>紹介文：2010年から2011年にかけて日本産業衛生学会 専門医・指導医を中心にインタビュー調査・アンケート調査を実施しました。調査結果を受けて産業保健専門家ががん患者の就業をサポートする際にどういった点に注意・着目しているのか、その「考え方」のエッセンスをまとめました。実施項目に優先順位をつけて紹介しています。</p> | 11.2 | | https://www.ncc.go.jp/jp/cis/divisions/05survivor/pdf/sangyoui_gb_2013.pdf |
| マニュアル | 社会福祉士 | 医療機関 | 医療ソーシャルワーカー向け事例集 | テキスト | 高橋班H22 | <p>紹介文：研究班「医療ソーシャルワーカー部会」が作成したガイドブックです。</p> <p>がん患者さんへの就労支援相談の具体的事例にもとづき、治療と就労の両立に向けて現場の医療ソーシャルワーカーがどのように対応したらよいか、基本姿勢やアセスメント、誰と連携しているかなどをまとめています。業務指針も載せています。</p> | 11.3 | | https://www.ncc.go.jp/jp/cis/divisions/05survivor/pdf/sw_jirei2013.pdf |
| 両立支援紹介ツール | 医療機関スタッフ | 医療機関 | 事例に学ぶ：がん患者の就労支援に役立つ5つのポイント | パンフレット | 高橋班H22 | <p>紹介文：がん患者の就労のための積極的な支援を行っている医師に調査を行い、好事例をまとめたものです。</p> <p>これらの活動の多くは、ちょっとした工夫や心構えなどがあれば実践できるものです。</p> | 11.4 | | https://www.ncc.go.jp/jp/cis/divisions/05survivor/05survivor_01.html |

表12. 厚労科研 江口班 (H26-政策-若手-013) 『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』 (2014~2015)

| 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 |
|--------|----------|----|------------------------------------|---------|----------|---|------|----|---|
| マニュアル | 産業保健スタッフ | 企業 | 産業保健職・人事担当者向け難病に罹患した従業員の就労支援ハンドブック | テキスト | 江口班2014年 | 職場の産業医向けに、難病患者について、現状、症状の特徴、就労支援のポイント、合理的配慮の提供義務、について解説している | 12.1 | | https://www.med.kitasato-u.ac.jp/lab/publichealth/publications.html |

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 | https://www.youtube.com/playlist?list=PLGMS8EnkL4iseCmJ9g4Gq4eEQrDG3dTy6 |
| 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 | https://www.youtube.com/playlist?list=PLGMS8EnkL4ivCuzbzF138zqVgCPid9fno |
| 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 | https://www.ryoritsu.dohcuoeh.c om/shojohairyo/ |
| 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 | https://www.ryoritsu.dohcuoeh.c om/shojohairyo-iikogakushu/ |
| 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 | https://www.ryoritsu.dohcuoeh.c om/shojohairyo-iikogakushu/ |

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 | | 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/ |
| 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ついて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チャンネル | https://youtu.be/lcYovuclaXA |
| 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チャンネル | https://youtu.be/MZDvQwiOFGc |

表15 情報基盤総括表

| 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 | ツールID | URL等 |
|-----------|------------------|------|--|---------|--------------|--|-------|--|
| 両立支援啓発ツール | 当事者 | 問わず | 両立支援カード・パンフレット | パンフレット | 堤班 | 両立支援と産業保健総合支援センターの知名度向上や利用促進を図るパンフレット。 | 2.1 | |
| | 当事者 | 職域 | 企業外労働衛生機関における治療と職業生活の両立支援についての実態調査結果に基づく、啓発ツールおよび健診・検診の全受診者向け「両立支援カード」 | パンフレット | 堤班 | 「企業外労働衛生機関向けの啓発ツール」として、名刺サイズの「健診・検診の全受診者向け『両立支援カード』」が作成されている。 | 2.5 | 両立支援カードは、78%の機関が内容は「わかりやすい」、「ややわかりやすい」、80%が配架・配布を「おこないやすい」、「ややおこないやすい」、96%が啓発に「役立つ」、「やや役立つ」と回答した。 |
| | 中小企業経営者 | 職域 | 治療を続けながら働くためのハンドブック | パンフレット | 堤班 | 主に難病患者が治療と仕事の両立をするために事業者に必要な情報を6カテゴリーに分けて解説する資料。 | 2.9 | 6カテゴリー（労働者に関する現状、代表的な症状と対応方法、円滑に進めるためのポイント、合理的配慮、具体的な対応方法、情報収集・相談のための機関や職種） https://www.med.kitasato-u.ac.jp/lab/publichealth/bs/result.html |
| | 医療機関スタッフ | 医療機関 | 実例に学ぶ：がん患者の就労支援に役立つ5つのポイント | パンフレット | 高橋班 H25 | がん患者の就労のための積極的な支援を行っている医師に調査を行い、好事例をまとめたものです。これらの活動の多くは、ちょっとした工夫や心構えなどがあれば実践できるものです。 | 11.4 | https://www.ncc.go.jp/cis/divisions/05survivor/05survivor_01.html |
| | 医療機関スタッフ | 医療機関 | 実例に学ぶ：がん患者の就労支援に役立つ5つのポイント | パンフレット | 高橋班 H22 | がん患者の就労のための積極的な支援を行っている医師に調査を行い、好事例をまとめたものです。これらの活動の多くは、ちょっとした工夫や心構えなどがあれば実践できるものです。 | 11.4 | https://www.ncc.go.jp/cis/divisions/05survivor/05survivor_01.html |
| | 中小企業経営者 | 職域 | 中小企業における治療と仕事の両立支援のすすめ | マンガ | 堤班 | マンガでの事例（パーキンソン病、がん、網膜色素変性症）を通じて産業保健総合支援センターや企業外労働衛生機関、社会保険労務士の活用方法について紹介。全3巻。 | 2.10 | Vol.1 両立支援制の紹介 Vol.2 労働衛生機関の活用 Vol.3 社会保険労務士の活用 https://www.med.kitasato-u.ac.jp/lab/publichealth/bs/result.html |
| | 企業外労働衛生機関職員（渉外職） | 職域 | 企業外労働衛生機関における治療と職業生活の両立支援についての実態調査結果に基づく、啓発ツールおよび健診・検診の全受診者向け「両立支援カード」 | パンフレット | 堤班 | 「企業外労働衛生機関向けの啓発ツール」として、労働機関の渉外職（将来の経営層）向けの事業場における両立支援の好事例を紹介する「マンガ冊子」が作成されている。 | 2.4 | 全国労働衛生団体連合会（全衛連）の会員121機関にアンケートを郵送し、マンガ冊子は、52機関（回答率43%）、両立支援カードは46機関（回答率38%）の回答を分析した。マンガ冊子は、77%の機関が内容は「わかりやすい」、「ややわかりやすい」、79%が渉外職の理解向上に「役立つ」、「やや役立つ」、77%が経営層の理解向上に「役立つ」、「やや役立つ」と回答した。 |
| | 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 https://www.ryoritsu.dohcuoeh.com/shoiohairyu-ikogakushu/ |
| | 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ついて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チャンネル https://youtu.be/lcYovuclaXA |
| | 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チャンネル https://youtu.be/MZDvOwiQFgc |
| | | | | | | | | |
| 本人評価型ツール | 当事者 | 問わず | 脳疲労尺度 | 尺度 | 平井班 | 両立における全体的な体調不良状態を脳疲労の定義。40項目の質問で構成されている。 | 1.1 | https://stmgrappo.jp/wp-content/uploads/2021/03/6ec364a2f2f5edf1d25525f25a93a67a.pdf |
| | 当事者 | 問わず | ストレスマネジメントガイドブック | パンフレット | 平井班 | 脳疲労尺度のうち、6項目からストレス度を借り測定し、セルフケアへつなぐ | 1.2 | http://stmgrappo.jp/ |

| | | | | | | | | | |
|---------|--------------|--------------|---------------------------|---------|-----|--|-----|--|---|
| | 当事者 | 問わず | ストレスマネジメントパンフレット | パンフレット | 平井班 | セルフケアの具体策として、ストレスとの向き合い方、脳のクセを知る－ニューロダイバーシティの視点から－、脳の疲労について、良い眠りのために、メモの取り方、1日の時間計画を考える、リラクソスの方法、伝えるを円滑に－アサーションの活用－、栄養の必要性、体を動かしてスッキリ、の10種の具体的解決方法を提示 | 1.5 | | https://stmg.grappo.jp/goal/709/ |
| | 産業保健スタッフ | 問わず | 両立支援 10の質問 | チェックリスト | 森班 | ツールの目的は、復職、就労継続に臨む労働者の困りごとを包括的に把握し、共感すること。産業保健スタッフ(産業医、産業看護職)がこのツールを使用することで、治療を続ける労働者が抱える、病気による症状だけではなく様々な困難を広く把握することが出来る。 | 9.1 | | http://ohc.med.uoeh-u.ac.jp/ryouritsu/wp-content/uploads/2017/06/h26_28_81103_g10.pdf |
| | 産業保健スタッフ | 問わず | 両立支援 10の質問 | チェックリスト | 森班 | ツールの目的は、復職、就労継続に臨む労働者の困りごとを包括的に把握し、共感すること。産業保健スタッフ(産業医、産業看護職)がこのツールを使用することで、治療を続ける労働者 | 9.1 | | http://ohc.med.uoeh-u.ac.jp/ryouritsu/wp-content/uploads/2017/06/h26_28_81103_g10.pdf |
| | 産業保健スタッフ | 職場復帰 | 両立支援パスガイド | 書式 | 森班 | 両立支援パスの目的は、「従業員(患者)・職場・主治医3者における情報交換」です。「仕事と治療を両立させる」ために必要な就業配慮を検討するためには、事業者または職場の上司などに対して、病状や治療状況、業務上の注意事項等についての医学的情報や意見が主治医より提供される必要があります。当研究班では、従業員(患者)・職場・主治医の3者が関わる「就労と治療の両立支援パス」を開発し、「両立支援に必要な情報のみを共有すること」を目指している。 | 9.2 | | http://ohc.med.uoeh-u.ac.jp/ryouritsu/wp-content/uploads/2017/06/h26_28_81103_passguide.pdf |
| | 臨床医 | 医療機関 | 治療と職業生活の両立支援のために | 書式 | 藤野班 | RCTによる、「主治医が実施する就業支援指導・および就業措置情報提供書による就業継続の効果」の検証。 | 8.1 | | https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/roudoukiun/rousai/hojokin/di/28_14010101-04_So.pdf |
| | | | | | | | | | |
| 組織評価ツール | 企業外労働衛生機関職員 | 職域 | 企業外労働衛生機関「両立支援チェックリスト」 | チェックリスト | 堤班 | 企業外労働衛生機関において「治療と仕事の両立支援」を円滑に実施し、サービスの向上を目指していくための取り組みを列挙したもの | 2.6 | 情報活用・研修、顧客事業部・本人への支援、外部専門機関との連携、顧客事業場への支援ツールの提供、自機関職員の経営層の意思表示・支援ツールの提供の5つのセクションから構成されている。 | |
| | 事業者 | 職域 | 治療と仕事の両立支援活動・評価指標チェック30 | チェックリスト | 松平班 | 中小企業へむけた両立支援の達成度をレーダーチャートで表現可能。50ページからなる解説版をもとに、自社の達成度を向上させていくことを狙いとしている。ホームページ https://ryoritsu-check.work/checksheet30.html で採点可能。 | 4.1 | | https://ryoritsu-check.work/checksheet30.html |
| | 労災病院 | 労災病院 | 労災病院「両立支援チェックリスト」 | チェックリスト | 堤班 | ツール名と同じ | 2.7 | | |
| | 産業保健総合支援センター | 産業保健総合支援センター | 産業保健総合支援センター「両立支援チェックリスト」 | チェックリスト | 堤班 | ツール名と同じ | 2.8 | | |

| | | | | | | | | | |
|--------|----------|------|------------------------------------|------------------|--------------|---|------|----------------------------------|---|
| | 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料。 | 14.1 | | https://www.ryoritsu.dohcuoeh.com/%e4%b8%ad%e5%b0%8f%e4%bc%81%e6%a5%ad%e3%81%ae%7%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/ |
| データベース | 労災病院 | 医療機関 | 復職コーディネーターによる介入事例データベース | 入力データベース | 豊田班 H28 | 労災病院の入力フォーマット作成 | 5.1 | 具体的なフォーマットの提供や事例の提供は検索の限り見つかからない | https://www.mhlw.go.jp/content/000614906.pdf |
| | 産業医 | 職域 | 両立支援事例集 | データベース | 立石班 H29 | 産業医等を中心に収集した428事例を公開。データベース化されており、職種、年齢、事業場規模などで検索できるほか、フリーワードによる事例検索も可能。 | 6.2 | | http://ohct.med.uoeh-u.ac.jp/hukusyoku/case-studies/ |
| | 当事者 | 問わず | 報告書 | 報告書 | 宮内班 | 婦人科疾患に関連する女性就労者の特徴について労災病院のデータをもとに解析している。婦人科疾患による職場に迷惑がかかるという思い | 7.1 | | |
| | 職場上司 | 職域 | 報告書 | 報告書 | 宮内班 | 子宮筋腫術後者への配慮について、愛媛県新居浜市の事業場の中間管理職向けの質問紙調査。男性管理職に比して女性管理職の方が配慮する | 7.2 | | |
| マニュアル | 医療職 | 医療機関 | 医療機関における治療と仕事の両立支援導入ガイド | パンフレット | 中村班 | 医療機関が両立支援を行うまでの準備の方策や、職種別（主治医・看護師、社会福祉士、チーム体制）の行動ガイドが示されている。 | 3.1 | | |
| | 臨床医 | 医療機関 | 連携ガイドB 主治医向け | 教材 | 横山班 | 主治医向けの両立支援の紹介テキスト | 10.3 | | https://www.juntendo-caw.com/data/guideB.pdf |
| | 産業医 | 職域 | 復職に関する産業医の“標準的な考え方” | テキスト | 立石班 H28 | “標準的な考え方”は企業の産業医が就労支援、主に復職時の職務適性の判断を行うときに利用するものです。研究班により得られた事例を中心に作成。就業配慮を、①安全配慮、②合理的配慮、③本来業務が損なわれる場合の3類型に分類。 | 6.1 | | http://ohct.med.uoeh-u.ac.jp/hukusyoku/basic/ |
| | 産業保健スタッフ | 職場復帰 | 両立支援バスガイド | 書式 | 森班 | 両立支援バスの目的は、「従業員(患者)・職場・主治医3者における情報交換」です。「仕事と治療を両立させる」ために必要な就業配慮を検討するためには、事業者または職場の上司などに対して、病状や治療状況、業務上の注意事項等についての医学的情報や意見が主治医より提供される必要があります。当研究室では、従業員(患者)・職場・主治医の3 | 9.2 | | http://ohct.med.uoeh-u.ac.jp/ryoritsu/wp-content/uploads/2017/06/h26_28_81103_passguide.pdf |
| | 産業保健スタッフ | 企業 | 連携ガイドA 産業医・産業保健スタッフ向け | 教材 | 横山班 | 産業保健スタッフ向けの両立支援の紹介テキスト | 10.2 | | http://plaza.umin.ac.jp/~i-eisei/renkei/guide%20A.pdf |
| | 産業保健スタッフ | 企業 | 連携ガイドC 企業経営者・人事担当者向け | 教材 | 横山班 | 企業経営者・人事担当者向けの両立支援の紹介テキスト | 10.3 | | http://plaza.umin.ac.jp/~i-eisei/renkei/guide%20B.pdf |
| | 産業保健スタッフ | 職場復帰 | 「がん就労」復職支援ガイドブック | テキスト | 高橋班 H23 | 2010年から2011年にかけて日本産業衛生学会 専門医・指導医を中心にインタビュー調査・アンケート調査を実施しました。調査結果を受けて産業保健専門家ががん患者の就業をサポートする際にどういった点に注意・着目し | 11.2 | | http://plaza.umin.ac.jp/~i-eisei/renkei/guide%20C.pdf |
| | 産業保健スタッフ | 企業 | 産業保健職・人事担当者向け難病に罹患した従業員の就労支援ハンドブック | テキスト | 江口班 2014年 | 職場の産業医向けに、難病患者について、現状、症状の特徴、就労支援のポイント、合理的配慮の提供義務、について解説している | 12.1 | | |
| | 企業担当者 | 職場復帰 | 企業のためのがん就労者支援マニュアル | テキスト | 高橋班 H22 | がん診断を受けた従業員を支援するときに生じるさまざまな課題に向け、事業場として対応する際の一助になるよう作成したものです。内容の多くは、がん以外の病気にも応用できます。それぞれの立場の方が「できること」から | 11.1 | | https://www.ncc.go.jp/ip/cis/divisions/05survivor/pdf/kiyoumukeManu_2013.pdf |

| | | | | | | | | | |
|--|-------|------|------------------|------|------------|---|------|--|---|
| | 社会福祉士 | 医療機関 | 医療ソーシャルワーカー向け事例集 | テキスト | 高橋班 H24 | <p>研究班「医療ソーシャルワーカー部会」が作成したガイドブックです。</p> <p>がん患者さんへの就労支援相談の 具体的事例にもとづき、治療と就労の両立に向けて現場の医療ソーシャルワーカーがどのように対応したらよいか、基本姿勢やアセスメント、誰と連携しているかなどをまとめています。業務指針も載せています。</p> | 11.3 | | https://www.ncc.go.jp/ip/cis/divisions/05survivor/pdf/sw_jirei2013.pdf |
|--|-------|------|------------------|------|------------|---|------|--|---|

| | | | | | | | | | |
|--------|---------------|------|----------------------------------|------|-----|---|------|--|---|
| 人材基盤情報 | 医療職 | 医療機関 | 疾患別拠点病院による両立支援の検討 | 人材基盤 | 堤班 | 日本神経学会専門医・評議員を対象に調査。両立支援の相談先として院内の医療相談窓口やハローワーク、難病相談支援センターなどは知っている専門医が多かったが、それ以外の相談先はほとんど知られていなかった。就労支援における主治医の役割が大きいという認識はほとんどの回答者がもっていた。 | 2.2 | | |
| | 産業保健師 | 職域 | 産業保健師が果たす役割の明確化と多職種連携モデル開発に関する検討 | 人材基盤 | 堤班 | 産業保健師のコンピテンシーとして、地域産業保健センター、産業保健総合支援センター、労働衛生機関、開業保健師に分類し、日ごろからの支援（周知、広報、研修セミナー企画、啓発）と病気になった労働者とその職場への支援（相談対応、連携、個別調整支援、制度導入支援、調整支援）に分けてまとめている。 | 2.3 | | |
| | 産業保健職 医療機関 | 職場復帰 | 産業医側ならびに主治医側双方からの連携事例調査 | 報告書 | 横山班 | 連携成功には「主治医の理解の強さ」、 「職場の理解の強さ」が、連携失敗には 「疾病重篤度」の因子の影響が大きく、さらに産業医の連携行動（情報授受頻度）には、産業看護職（Odds Ratio 5.56(95%信頼区間：1.20-25.8)）や連携で使用する様式の整備(OR 4.21(2.01-8.82))といった事業場の支援体制の存在が、事業場規模を調整したうえでも強く関連している | 10.1 | | https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/ko-you_roudou/roudoukijun/rousai/hoiokin/dl/28_14010101-02_So.pdf |

労災疾病臨床研究事業費補助金

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

分担研究報告書

欧米諸国を中心とした国外における
両立支援の基盤レビュー

研究分担者

深井航太

(東海大学医学部 基盤診療学系衛生学公衆衛生学 講師)

労災疾病臨床研究事業費補助金 治療と仕事の両立支援分野
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】米国では、障害者の差別を背景に法的な整備が進められ、その延長として Job Accommodation network といった公的な組織が設立され、疾患毎にガイドライン的な文書を提供する試みがなされていた。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。一方で、英国では、限られた人的資源を背景に、一般臨床医 GP を産業保健資源として活用する試みがなされていた。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。我が国には、労働安全衛生法に基づく産業医等を選任する法的整備がある一方で、大多数の労働者は産業医選任義務のない事業場で働いており、多くの場合、非医療職が従業員両立支援対応に苦難してい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。

研究協力者

立道 昌幸（東海大学医学部基盤診療学系衛生学公衆衛生学 教授）

古屋 佑子（東海大学医学部基盤診療学系衛生学公衆衛生学 助教）

A. 目的

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

本研究の目的は、国外における治療と仕事の両立支援に関する情報基盤を、欧米諸国を中心に調査・整理することである。特に、アメリカにおける障害のあるアメリカ人法(ADA)における合理的配慮の調整を運営している仕事の場ネットワーク(JAN)の文献調査と、イギリスにおける障害者差別解消法 DDA や健康上の問題について家庭医が事業者に意見書を作成する Fitnote の仕組みについて、調査を実施こととした。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、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>

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 及び D. 考察

1) 米国における両立支援

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

ADAAA は、障害者に対する差別を禁止する連邦法である。15 人以上の従業員を雇用する事業主に、disability への合理的な環境整備を提供を義務としている。Disability の定義、解釈が 2008 年に拡大したことが一つのポイントであり、それには 1 つ以上の主要な生活活動が実質的に制限される身体的または精神的な impairment (障害) がある事とされた。impairment の定義

は、2008年改正時に解釈は拡大せず、いわゆる障害をもった者のみ実際には指しており、病気や妊娠等による生活上の制限などは含まれていない。よって、我が国の「治療と仕事の両立支援」という概念は、法令上は含まれていないのが現状と言える。

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

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

こうした背景で、米国の労働省による資金提供で、Job Accommodation Network (JAN) が設立、運営されている。JAN は ADA 順守についての実践的な情報を事業主、障害者、リハビリテーション専門家などに提供する機関である。その中で、具体的な情報提供として、Accommodation and Compliance Series by Disability (事

業主へのガイド) が公開されている。調査時点では、疾患別に 96+4 のガイドが公開されており、以下にその疾患リストを示す。

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

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

質過敏症，多発性硬化症，筋ジストロフィー，重症筋無力症，肥満症，強迫性障害，半身不随，パーキンソン病，パーソナリティ障害，恐怖症，ポリオ／ポストポリオ，心的外傷後ストレス障害，妊娠中の社員，四肢麻痺，レイノー病，反射性交感神経ジストロフィー／複雑性局所疼痛症候群，腎・腎臓疾患，呼吸器系の障害，サルコイドーシス，統合失調症，季節性感情障害，帯状疱疹／帯状疱疹，鎌状赤血球貧血，皮膚疾患，睡眠障害，音声言語障害，二分脊椎症，脳卒中による障害，吃音，甲状腺機能障害，トゥレット症候群，めまい症
(令和4年度調査時に追加されたもの)
アレルギー／慢性疲労症候群／体位性頻脈症候群／Long COVID

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

◆ Accommodation and Compliance Series by Disability の構成要素

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

記述されている内容は、決して高度なものではなく、平易リスト化されている。これは、事業主や企業の担当者、非医療職への読みやすさの配慮と考えられる一方で、産業保健専門職にとっては具体的な資料とはなりづらいと考えられた。

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）

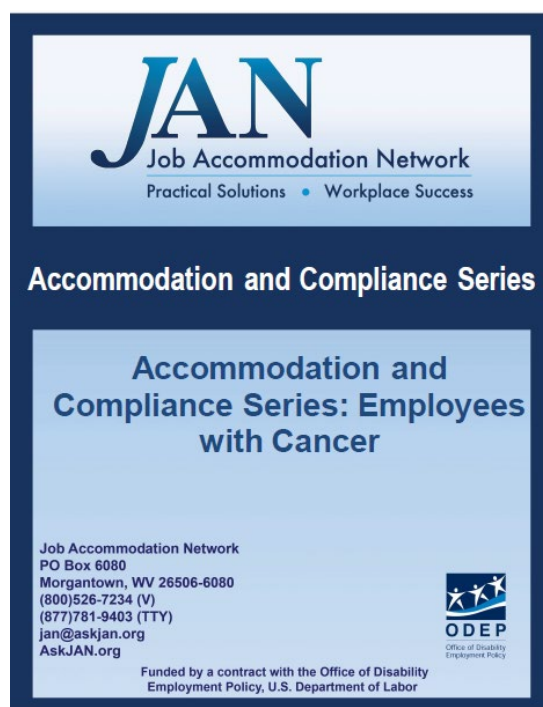
- 休憩時間を確保する
- ワークステーションの温度管理
- 人間工学に基づいたワークステーションを提供する
- ワークステーションでの飲み物を許可する
- 突然の増悪に対応するための行動計画を立てる
- テレワークを許可する
- 治療のための休暇を許可する

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

英国では、健康問題で休業している労働者の仕事への適合性を評価し、事業者による支援の必要性を助言できる The Statement of Fitness for Work (Fit note; 以下、フィットノート) の活用がなされている。フィット

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

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

はなく、企業において産業保健サービスは事業者の主体性に委ねられている。英国では、かつては産業保健サービスは多くの企業で整備されていたが、近年はそのカバー率が低くなってきており、2-3割と見積もられている。フィットノートで示された就業上の配慮を履行する義務が事業者が発生するといった義務は事業者に課せられてはならず、GPがフィットノートで示した判断よりも雇用主と労働者で行う判断を優先してよいとされている。

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

The image shows a sample form for a 'Statement of Fitness for Work for social security or Statutory Sick Pay'. The form is divided into several sections:

- Header:** 'Statement of Fitness for Work for social security or Statutory Sick Pay'.
- Patient Name:** A field with a dropdown menu for 'Mr, Mrs, Miss, Ms' and a text input field.
- Assessment:** 'I assessed your case on: / / and because of the following condition(s):'. There are red 'X' marks in the date and condition fields.
- Advice:** 'I advise you that:'. Two checkboxes: 'you are not fit for work.' (checked) and 'you may be fit for work taking account of the following advice:'. Below this are four checkboxes: 'phased return to work', 'altered hours', 'unspooled duties', and 'workplace adaptations'. The 'altered hours' checkbox has a red 'X'.
- Comments:** A large text area with a red 'X' and a large orange 'SAMPLE' watermark.
- Duration:** 'This will be the case for / / or from / / to / /'. There are red 'X' marks in the date fields.
- GP Signature:** 'I will/ will not need to assess your fitness for work again at the end of this period. (Please check for appropriateness)'. Below this is a signature line.
- Date and Address:** 'Date of statement: / /' and 'Doctor's address:'. There are red 'X' marks in the date and address fields.
- Footer:** 'Med 3 0010'.

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

また、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行う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った。

| 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 <input type="checkbox"/> | Accident <input type="checkbox"/> |
|, le..... | |
| Signature et timbre: | |

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

我が国では、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なように、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>
3. 久保 達彦, 藤野 善久, 村松 圭司, 松田 晋哉. 英国の産業医制度と産業医アクセス確保政策としての Fit Note. J UOEH, 2013, 35(4), 299-303.

4. 堤明純. フィットノートの紹介とわが国への導入の検討. 産業医学レビュー, 29(3), 121-144.

G.学会発表

なし

H. 論文業績

なし

I. 知的所有権の取得状況

なし

表1：JANガイド疾患リスト

| | |
|--|--|
| Addison's Disease | Heart Conditions |
| Employees who are Aging | Hepatitis |
| Albinism | Human Immunodeficiency Virus (HIV) |
| Alcoholism | Huntington's Disease |
| Allergies | Intellectual Impairment or Cognitive Impairment |
| Amyotrophic Lateral Sclerosis (ALS)/Lou Gehrig's Disease | Latex Allergy |
| Alzheimer's Disease | a Learning Disability |
| Amputation | a Leg Impairment |
| Anxiety Disorder | Little Person |
| Arthritis | Accommodation and Compliance: Long COVID |
| Ataxia | Low Vision |
| Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (AD/HD) | Lupus |
| Auditory Processing Disorder | Lyme Disease |
| Autism Spectrum | Marfan Syndrome |
| Back Impairments | Mental Health Conditions |
| Bipolar Disorder | Migraine Headaches |
| Bladder Impairments | Multiple Chemical Sensitivity |
| Bleeding Disorders | Multiple Sclerosis |
| Blindness | Muscular Dystrophy |
| Body Odor | Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome |
| Brain Injury | Myasthenia Gravis |
| Burn Injuries | Obesity |
| Cancer | Obsessive Compulsive Disorder |
| Cataplexy | Paraplegia |
| Cerebral Palsy | Parkinson's Disease |
| Charcot-Marie-Tooth | Personality Disorder |
| Chronic Fatigue Syndrome/Myalgic Encephalomyelitis | Phobias |
| Chronic Pain | Poliomyelitis (Polio)/Post Polio |
| Colorblindness/Color Vision Deficiency | Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) |
| Cumulative Trauma Conditions | Postural Orthostatic Tachycardia Syndrome (POTS) |
| Deafness | Employees who are Pregnant |
| Depression | Quadriplegia |
| Diabetes | Raynaud's Disease |
| Drug Addiction | Reflex Sympathetic Dystrophy (RSD) |
| Dystonia | Renal/Kidney Disease |
| Eating Disorders | Respiratory Impairments |
| Ehlers-Danlos Syndrome | Sarcoidosis |
| Electrical Sensitivity | Schizophrenia |
| Epilepsy/Seizure Disorder | Seasonal Affective Disorder (SAD) |
| Essential Tremors | Shingles/Herpes Zoster |
| Fetal Alcohol Syndrome | Sickle Cell Anemia |
| Fibromyalgia | Skin Disorders |
| Food Allergies | Sleep Disorders |
| Fragrance Sensitivity | Speech-Language Impairment |
| Gastroesophageal Reflux Disease (GERD, Acid Reflux) | Spina Bifida |
| Gastrointestinal Disorders | Limitations from a Stroke |
| Graves' Disease | Employees who Stutter |
| Guillain-Barré Syndrome | Thyroid Disorders |
| a Hand Amputation/One Hand Use | Tourette Syndrome |
| Hearing Loss | Vertigo |

図 1 : 英国の Fitnote テンプレート

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

Patient's name

I assessed your case on:

and, because of the following condition(s):

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

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

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> a phased return to work | <input type="checkbox"/> amended duties |
| <input type="checkbox"/> altered hours | <input type="checkbox"/> workplace adaptations |

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

Sample

This will be the case for

or from to

I will/will not need to assess your fitness for work again at the end of this period.
(Please delete as applicable)

Doctor's signature

Date of statement

Doctor's address

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

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)

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

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。就労世代に多い 8 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: 肺がん、脳腫瘍、大腸がん、頭頸部がん、肝がん、血液がん、乳がん、婦人科がんの 8 種類のがんについて 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

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)
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。

f. 肺がん

((lung cancer) OR (lung Neoplasm) OR (Cancer Survivors)) AND ((employment) OR (job) OR (occupation) OR (worker)

((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：2021年7月6日
- ・ 検索式でヒット 1,733 件、タイトル及び要約で選別した。

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]))

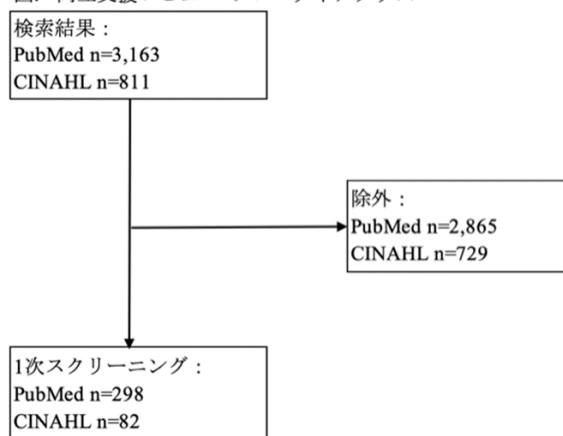
AND

("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。

f. **肺がん**

大腸がんのエビデンステーブルについて、添付 6 に示す。

g. **脳腫瘍**

脳腫瘍のエビデンステーブルについて、添付 7 に示す。

h. **大腸がん**

大腸がんのエビデンステーブルについて、添付 8 に示す。

- 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）

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)

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、船津康平、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、船津康平、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、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
- 1. 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ヵ月から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。最適ながんサバイブシップケアのための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々が提供される。 | 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 (F(3,352)=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への恩恵が大きかったことが示された。さらに、オンココンパスは、症状負荷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、eHealth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、かつ参加時に継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。 | 通常傷病手当金などの支援を受けた。 | 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項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、病状軽減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 NO-1 MO-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週間以内に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状軽減の日数 | 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、ファー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、ファー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、仕事で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を行うファーストトラック治療は病状軽減と生産性低下に伴う損失が有意に減少した。ファー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) 質問表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こと」、「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 | t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。 | 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、ドナー部位とレシピ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ヵ月得点、3ヵ月得点と6ヵ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。 | 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、放射線治療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 | 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細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、下顎の骨皮再建によって得られるが、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ヵ月未満と定義) 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破損率、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、同時に、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取得す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ー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・再発がんが診断された患者 (2)18歳以上 (3)英語またはフランス語を話す (4)認知・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に関する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が、我々の知見は、異なる様式を用いたテー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 舌の切除は嚥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 | 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予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 | 復職と社交交流 | 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。 | 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、上顎摘出手術を受けた患者さんのQOLを根治的、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、保存的上顎摘出手術が生存率およびQOLの面で根治的上顎摘出手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手術を受けたものである。このうち、根治的上顎摘出手術は27例、保存的上顎摘出手術は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。 | 上顎全摘出手術 | QOL HADS | なし | 復職に間接的・病状指標 | 保存的上顎摘出手術群と根治的上顎摘出手術群の術前、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)。保存的上顎摘出手術群の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%。根治的上顎摘出手術群は67.65%、58.11%、44.97%と、保存的上顎摘出手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)。 | 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手術は、術前の放射線治療と併用しても、根治的上顎摘出手術と同等の全生存率であった。しかし、保存的上顎摘出手術を受けた患者のQOLは、根治的上顎摘出手術を受けた患者の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手術の併用は、進行した上顎洞癌の治療法として最適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IIIV (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による再建、または二次放射線化学療法による再建、または再建、またはがん治療を受けた。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ず、他の部位に癌があった人は1人である。 | 腫瘍切除 および微小血管の再建 | Primary radiochemotherapy | QOL | なし | 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カテゴリー (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カテゴリーでは、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 | 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 & Otolaryngology | 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、さらにはがん治療を受けた。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 | なし | 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評述するために、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 | なし | 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。 | 原発部位と頭部への外部照射(45-54Gy)、次に頭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、頭部郭清も行った。 | 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。 | 多角的な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 / 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 |
|----------|--------|------|-------|---|----------|----------|---|---|---------------|-------------------|------------------|---------|-------|-------|------------------|----------|-------------|--------------|----------|----------|------------------|---|-----------|---------------------|---------------------------|-----------------|---|---|-----------------|-----------------|
| 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 / 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 |
|----------|------------|------|---------------|---|--------|--------------------|--|-----------------------------------|-----------|-------------------|--|---------|-------|-------|------------------|----------|-------------|--------------|----------|----------|------------------|----------------|-----------|---------------------|---|---------------|---|--|-----------------|--|
| 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勞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 | Lindbom 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の監督者の支援、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 | | 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を超えた場合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、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・就業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・肉体労働が31%、屋外・軽作業が12%、屋外・肉体労働が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。 | 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。 | | |

| 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 | | |
|----------|-------------|------|---------------|--|--------|----------|--|---|---|-------------------|--|---------|-------|-------|------------------|----------|-------------|--------------|----------|----------|------------------|----------------|--------------------------|----------------------------------|---------------------------|---|--|-------------|--|---|--|--|
| 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) がン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 | 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、その多くは適当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、クラブリーダー、プランナー、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 | 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に対す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が必要としていました。産業保健担当者からの実践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倍でした。女性は男性よりも多くの支援を受け、必要としていた。 | 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く報告されています [30]。さらに、学歴や職業が低い人は、地位が高い人よりも病気休職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 |
|----------|-----------|------|---------------|--|----------|--------|---|---------------------------|---|-------------------|------|---------|-------|-------|------------------|----------|-------------|--------------|----------|----------|------------------|----------------|-----------------------------------|---------------------|---------------------------|---------------|-----------------------------|---|--|---|
| 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、白血球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、サンテティエンヌで移植された148例を確認した (図1)。白血球は、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) のがんおよび白血球コホートでは、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多い。2つのコホートの規模が比較できなかったため、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との間で、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のレシピエントはPBのレシピエントと比較して、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レシピ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。 | |

| 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 |
|----------|-------------------|------|---------------|--|-----------|--------|--|--|--|-------------------|------|---------|-------|-------|------------------|----------|-------------|--------------|----------|----------|------------------|----------------|-------------------|---------------------|---|---------------|--|---|---|---|
| 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 40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ていた。生存者のうち2人は病気が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、病気が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。大多数の被曝者は、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率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、臨床的、個人的要因、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は興味深いことです。この知識は、最適ながんサバイバーシップケアのための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か月から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 | 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、文章量を制限し、識字能力の低い人でも利用でき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の効果が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。 | 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。我々は、情報を調整し、文章量を制限し、識字能力の低い人でも利用でき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の効果が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。 | | |

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 |
|------|----------------|------|---------------|---|--------|--------------------------|------------------------------------|--|----------|------------------|----|---------|-------|-------|------------------|----------|-------------|--------------|----------|----------|------------------|---|-----------------|--------------------|---|---------------|-----------------------------|---|--|--|
| | 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ック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乳がん生存者、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、症状負荷が高いがんサバイバー(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)により効果的であった。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。 | HRQOLに対するOncokompasの効果は、自己効力感が低いから中等度の乳がん生存者、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、症状負荷が高いがんサバイバー(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)により効果的であった。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を向上させることを目的 | 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が入った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<>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、認知能力の向上と相関する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。自宅に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エルゴメータープロトコルの効果 | RCT | 乳がん | | | | 女性 | | 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 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 / 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 | |
|------|-------------|------|-------------|--|------------------|-----------|--|---|-----------|-------------------|---------------|---------|--------|-------|------------------|----------|-------------|--------------|----------|----------|------------------|-------------------|-----------|---------------------|---------------------------|---------------|---|---|---|--|--|
| | 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年経過して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すこと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、サバイバルケアは、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か月または12か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 / 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 |
|------|----------|------|---------------|--|--------|--------|---|---------------------------|------------|-------------------|------|---------|-------|-------|------------------|----------|-------------|--------------|----------|----------|------------------|----------------|--|----------------------|---------------------------|---|---|--|---|-----------------|
| | Burak WE | 2002 | United States | 本研究は、これら問題に関して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、肘前高、両腕の首、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高の円周の違いは、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高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、助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助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 / 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られたもの | 比較群への介入手段 | 自立支援の分類 (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処していません。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 | 電話または直接あつて | 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報告した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、つまり住居の不安定性です。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プログラム全体のログイン頻度(F1.45=4.47, P=.04, B=113.68, 95%CI 5.33-222.03)。雇用は、専門家に尋ねるフォーラムの使用期間と負の関連がありました(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 |
|------|-----------|------|---------------|--|--------------------------------------|--------|--|---|-----------|-------------------|-------------|---------|-------|-------|------------------|----------|-------------|--------------|----------|----------|------------------|-----------------|-----------|---------------------|---------------------------|---|--|--|--|---|
| | 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、対照群の小さいサンプルを使用し、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。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、対照群の小さいサンプルを使用し、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。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。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、パフォーマンススペ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こうとせず、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 / 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 |
|------|----------------|------|---------|---|----------|--|---|---|---------------|-------------------|--|---------|-------|-------|------------------------|----------|-------------|--------------|----------|----------|------------------|--|-----------|--------------------------------|---------------------------------------|---|---|--|-----------------|-----------------|
| | 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 7.2 職業サービス 4.8 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))。乳がんの女性における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、ポ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ラーメイド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、病气登録者、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年間の病气休暇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ヵ月間病气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。 | | | |

| 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 |
|------|-------------|------|---------------|---|----------|-----------------------------------|---|--|--|-------------------|--|---------|------------------------|-------|------------------|----------|-------------|--------------|----------|----------|------------------|--|-----------|-------------------------------------|---|--|---|--|--|-----------------|
| | 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ヶ月前以上に下された患者 | 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]、病院と患者を識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メーティング運動介入の効果を検査・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-HIIT74 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)。 | オプティメーティング運動介入試験開始から1年後、RT-HIITとAT-HIITの両方が疲労、筋力、症状に対して有益な効果を示した。また、AT-HIITはUCと比較して、体格、症状負担、役割・感情機能にも良い影響を与え、病気休職率も低下させた。これらの知見は、乳がんサバイバーシップと臨床的意義に大きなプラスとなる新規かつ重要な情報を提供するものである。 | これらの知見は、化学療法中の監視下高強度運動が、化学療法後数ヶ月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職率 | 気分、職場復帰への満足度、職場復帰プロセスへの満足 | 不明/個別インタビュー | 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やす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案す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 |
|------|--------------|------|---------------|---|----------|---------------------------------|---|---|--|-------------------|------------------------------|---------|-------|-------|------------------|----------|-------------|--------------|----------|----------------|------------------|--|-----------|---------------------|---------------------------|------------------------|--|--|--|-----------------|
| | 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。介入のどの部分に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 / 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 |
|------|------------|------|---------------|--|----------|--------|--|--|---------------|-------------------|---|---------|-------|-------|------------------------------|----------|-------------|--------------|----------|----------|------------------|---|--|-------------------------------------|---|-----------------|--|---|--|--|
| | Ibrahimi 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、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、その他の肩炎症性合併症 (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) の平均スコアで測定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ヶ月の時点で、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り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]。標準的な臨床実践に照らせば、これらの否定的な結果は、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スайд州に住むまたは勤務 (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 | 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 (FACIT-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に参加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。本研究のライクエー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するか？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 | 乳がん | 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ヶ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ヵ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 |
|------|-------------|------|---------------|--|----------|----------------------------|---|--|------------|-------------------|--------------------------|---------|-------|-------|------------------|----------|-------------|--------------|----------|----------|------------------|----------------|-----------|--|---------------------------|--|---|--|---|-----------------|
| | 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つで治療の意図を持って治療 | 病気が休職中であること。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 | 肉体的労働 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。それらは国家登録ベースの研究と比較して高かった。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 07.6-52.0 p = 0.2.1)および低い作業能力(HR = 09.95 [1%CI 04.1-17.0] p = 0.2.<>)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つで治療の意図を持って治療 | 病気が休職中であること。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 (肉体的労働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 | 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。最初の病気が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したか、群間で統計的に差はなかった。作業機能と費用は群間で統計的に差はなかった。 | 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したか、群間で統計的に差はなかった。作業機能と費用は群間で統計的に差はなかった。 | |
| | 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、前立せんがん、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 | | 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を必要とす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 / 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 | | | |
|------|---------------|------|-------------|---|--------|-----------------------------|---|---|-----------|-------------------|----------|---------|-------|-------|------------------|----------|-------------|--------------|----------|----------|------------------|----------------|-----------|---------------------|---------------------------|---------------|-----------------------------|--|---|--|--|--|---|
| | 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 | | | | | | | 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。 | | | |
| | Tammenga 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) 病気休暇中であること | 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 | 無 | 無 | 無 | 無 | 無 | 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。 | 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、生殖器がん | 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%) の従業員が病気休暇中に退職し、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ヶ月以上、14%が12ヶ月以上欠勤しています。 | がん後の病欠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を発生し、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。 | | | |

| 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% ピンクカラー 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できてきた | 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、あるいは治療終了後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 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 | | 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変数にはMantel-Haenszel χ^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 χ^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 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、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回繰り返して、15秒間の休息を挟み、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量を調整した。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。 | |

| 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 |
|----------|-----------------|------------|------|--------------|---------|---|--------------|----------------------------|-----------|-------------------------|-----------|-------|------------------------------------|--|---------------|--|--|-----------------|---|----------|----------------------|-------------|--|------------------------|
| 28337821 | Schellekens MPJ | Psychology | 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 | 介入方法は、オリジナルの8週間MBSRプログラムに基づいており、週8回の2.5時間のセッションと、毎日45分の自宅練習を含む1回の6時間のサイレントデイで構成されています。7. 参加者は、ストレスや苦しみに関する教養を受け、自分の経験を共有するように求められた。17 マサチューセッツ大学メディカルスクールのマインドフルネスセンターの上級基準を満たす、正式に訓練された3人のMBSR教師が、合計9つのMBSRグループを運営し、1グループあたり平均9人の参加者がいた（研究参加者その他のがん患者の両方で構成される）。教師は毎日の瞑想の練習を続け、定期的にピア・スーパービジョンを受けました。経験豊富な2人のMBSR教師/評価者（うち1人は本試験とは無関係）が、MBI教授評価基準（MBI:TAC）19を用いて各教師の2つのビデオセッションを評価した。1人の教師は初心者レベルと評価され、2コースで試験を終了した。他の2人の教師は熟練していると評価された。教師の違いは、患者とパートナーの転帰には影響しなかった。 | 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、不安と抑うつが含まれており、20不安と抑うつ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か月 (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。 | 復讐に間接的・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)*ICC) 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、プールのグループ平均 (T1とT2) の差をプールの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 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 | Fausser 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か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か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パタンス・コミットメント・セラピー (ACT) の実施可能性と予備的有効性を検討した。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パタンス&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、症状の経験と向き合うこと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、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)。主要アウトカムである患者と介護者の苦痛は、4項目のPROMIS不安・抑うつ尺度 (48) と1項目のDistress Thermometer (49) で評価した。 | (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)。 | 復職に間接的・病状指標 | 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=.012、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、同一ダイアグラム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(p)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。 | |

| 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 |
|----------|---------------|--------------------|------|--------------|---------|---|--------------|----------------------------|-----------|-------------------------|-----------|-------|---|---|---|-------------------|-------------------|-----------------|--|-------------------|----------------------|-----------------|---|--------------------------|
| 31043093 | Li Y | Integr Cncer Ther | 2019 | QN | 中国 | 本研究では、イコチニブを第一選択薬として投与された進行性NSCLC患者とその介護者を対象に、参加者の募集、介入の提供、データ収集、およびSWE介入の有効性を評価することを目的とした。主要評価項目は、8週間後のQOLであった。 | 71 | 54 | 67 | 57 | 8w | 医療機関 | | | | | | | | | | | | feasibility studyのため不採用 |
| 25886150 | van Egmond MP | BMC Cancer | 2015 | QN | オランダ | そこで、本研究の目的は、失業したCSに合わせたRTW介入プログラムを開発し、SSAが現在提供している通常のケアと比較して、持続的なRTWまでの期間に対する有効性を、12カ月のフォローアップ期間を設けた無作為化比較試験で検討することである。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 研究設計に関する報告であり、結果もないため不採用 |
| 30659739 | Milubury K | Psychology | 2019 | QN | アメリカ | この無作為化比較試験の目的は、サポートケア戦略としてのダイアティックヨガ (DY) の介入の実現性と予備的な有効性を確立することである。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | パイロットスタディである |
| 22574757 | Krebberr 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、高学歴のス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0.64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 |

| 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 | |
|----------|---------------|----------------------|------|--------------|---------|--|--------------|----------------------------|------------|-------------------------|--------------------------------|-------|---|---|--|-----------------|-------------------|-----------------|---|----------|----------------------|-------------|---|---------------------------------------|------------------|
| 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 | |
| 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 | Fauserd | 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用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、このようなり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 | | | 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 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」、「がんによる病氣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 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。最初のパープロトコル分析では、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 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 | Moran, 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 | <p>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。</p> | N/A | <p>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、無支上肢運動負荷試験 (UULEX)、耐久試験、6分歩行試験 (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 (HDAS-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。</p> | 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、4ヶ月間の看護師によるサポート | 通常のケア | QOL | N/A | 2 | <p>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。</p> | N/A | <p>Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G) Quality of Life Scale, 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</p> | 質問紙表 | <p>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ーと、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、クラスター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。</p> | |

| 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 |
|----------|------------|---------------------------------------|------|--------------|--------------|--|--------------|----------------------------|-----------|-------------------------|-----------|-------|--|---|----------|--------------------|-------------------|---|--|--|---|--|---|---------------------------------------|
| 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 | 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により、3か月後のスコアの欠損のインデューションを行った。結果はインデ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、このインデ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 | 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や気分には差がなかったが、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、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 (n=454) が標準群対照群 (n=463) に比べて有意に高かった (75.2 vs 68.7, P=0.02)。10回の簡単な電話連絡はQOLに影響しないよう、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 Therapy-General (FACT-G) スコア 介護者QOL指標-がんスケールは、35項目、5点のリックカート尺度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 | Kampshoff, 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 ($\beta = 5.9$, 95%CI = 0.5, 11.3) および社会的機能 ($\beta = 5.7$, 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 | 持機リスト対照群 | 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 | 質問紙表 & 身体機能検査 | 身体活動：歩数 身体測定：身長、体重、胴回り 生理学的測定：血圧 体力 QOL：オーストラリア版の「Short Form (36) Health Survey」 | 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探るために、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 | 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群では半立位で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 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) さらには、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 n (mean ± SD) | 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アックな介入 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感情的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。一変数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ヵ月後（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（配偶者が非配偶者、性別が介入の効果と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。単変数解析では、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、広範囲（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、広範囲とブリーフ群では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Functional Assessment 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 < 0.05）。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反復最大レックプレス）、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要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 = 0.05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つのがんが診断され、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 | N/A | 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、激しい運動とストレッチの過剰な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 ($\beta = 0.9$; 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)。筋力と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。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。 | 心臓機能 (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 | |
| 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り、CBT-I 療法を受けたことがあり、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 P>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. Korfae | 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 | | 医療機関 | 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) | 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 の実施を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室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 は患者さんご自身が準備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。 | 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) | EUROQLQ-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 | Kazushi 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。右手指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、右手指を使ってブラシで髪をとかず、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・スーパーボッ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がパンクパ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ました。 | 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ります。 | 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、フェロシッパ/看護師であった。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、特定の職場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 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週間後に選んで評価した。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変数にはMantel-Haenszel χ^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 χ^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 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回繰り返して、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%、IQR25-75%、-7~-22%に対し、低位切除術では中央値-3%、IQR25-75%、-12±6%、P<0.003)、1年後のVO2peak(中央値:-17%、IQR25-75%:-25~-10% vs 中央値:-10%、IQR25-75%:-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。 | |

| PMID | Author | Journal | Year | study design | Country | purpose / aim | I(E) group n (mean ± SD) | 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 | Psychology | 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 | 介入方法は、オリジナルの8週間MBSRプログラムに基づいており、週8回の2.5時間のセッションと、毎日45分の自宅練習を含む1回の6時間のサイレントデイで構成されています。7.参加者は、ストレスや悲しみについての教えを受け、自分の経験を共有するように求められた。17 マサチューセッツ大学メディカルスクールのマインドフルネスセンターの上級基準を満たす、正式に訓練された3人のMBSR教師が、合計9つのMBSRグループを運営し、1グループあたり平均9人の参加者がいた(研究参加者その他のがん種の患者の両方で構成される)。教師は毎日の瞑想の練習を続け、定期的にピア・スーパービジョンを受けました。経験豊富な2人のMBSR教師/評価者(うち1人は本試験とは無関係)が、MBI教授評価基準(MBI:TAC)19を用いて各教師の2つのビデオセッションを評価した。1人の教師は初心者レベルと評価され、2コースで試験を終了した。他の2人の教師は熟練していると評価された。教師の違いは、患者とパートナーの転帰には影響しなかった。 | 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」(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。 | 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。 | 復讐に間接的・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)*ICC)29という係数を用いてクラスタリングを補正し、((1+ρ)/2-ρ02)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。最終観察日繰越(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 | |
| 30985930 | Fauserd | 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 as 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 |

| 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 | Krebberr 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セルフ管理戦略の説明、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有の苦痛、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た(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、より綿密でのを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 n (mean ±SD) | 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 | Fauserd | 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と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用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スコアの線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相対ハザード比 (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、χ ² 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。最初のバープロトコール分析では、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 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と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 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 | 肺切除を控えた肺癌患者で、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、パーベルを用いた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 | <p>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。</p> | N/A | <p>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。</p> | 質問紙表 & 身体機能検査 & 血液検査 | <p>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。</p> | |
| 24276777 | Wagner, EH | Journal of clinical oncology | 2014 | QN | アメリカ | 乳がん、大腸がん、肺癌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「がん患者とラップ病患者に対する看護師の介入」を参考にした、4ヶ月間の看護師によるサポート | 通常のケア | QOL | N/A | 2 | <p>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、肺癌の費用はナース・ナビゲーターの患者で6,852ドル少なかった。</p> | N/A | <p>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対応したもとのから選択したサブスケール</p> | 質問紙表 | <p>主要分析では、4ヶ月後の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ヶ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。</p> | |

| 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 |
|----------|------------|---------------------------------------|------|--------------|--------------|--|--------------|----------------------------|-----------|-------------------------|-----------|-------|--|--|----------|--------------------|-------------------|---|--|--|---|---|---|---------------------------------------|
| 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 | 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あり、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 | Brimis, 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、共分散分析 (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、化学療法計画、ECOG performance status、組織型) を調整した同じ線形回帰を行いました。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、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 (n=454) が標準群対照群 (n=163) に比べて有意に高かった (75.2 vs 68.7; P=0.02)。10回の簡単な電話連絡はQOLに影響しない一方で、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 Therapy-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 エラーレートをを用いて実施した。 | |

| PMID | Author | Journal | Year | study design | Country | purpose / aim | I(E) group n (mean ± SD) | 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 | Kamphof, 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の評価すること | 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 ($\beta = 5.9$, 95%CI = 0.5, 11.3) および社会的機能 ($\beta = 5.7$, 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 生理学的測定：血圧 | 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) および感覚的症狀 (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, バテラ: 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 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アック介入 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感情的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感情的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、 $F = 2.84, p = 0.003$ 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。 | 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、広範囲群（ $p = 0.001$ ）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、広範囲とブリーフ群では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 | 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、 $\alpha = 0.05$ レベルで行った。 | 複数がん |

| PMID | Author | Journal | Year | study design | Country | purpose / aim | I(E) group n (mean ± SD) | 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 | Bantumo 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つのがんが診断され、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過剰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ヶ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 hoff | 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検証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 | | | 心臓機能、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。 | 心臓機能 (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 |
| 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 | | 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 $P_s > 0.40$)、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。 | | 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 | | 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、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状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 は患者さんご自身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。 | 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 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% ($p < 0.001$) 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 カ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 | |

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)

労災疾病臨床研究事業費補助金研究 分担研究報告書
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

疾患ごとの両立支援に関するレビュー：脳卒中

研究分担者 佐伯 覚（産業医科大学 リハビリテーション医学講座 教授）

研究要旨

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

1) レビュー方法：

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

英文論文においても数年おきによりシステマティックレビューが発表されている（④Daniel K, Wolfe CDA, Busch MA, McKevitt C: What are the social consequences of stroke for working-aged adults? A systematic review. Stroke 40, e431-e440, 2009; ⑤Edwards J, Kapoor A, Linkewich E, Swartz RH: Return to work after stroke: a systematic review. Int J Stroke13: 243-256, 2018)、これら 2 篇の英文文献は 1946 年～2016 年 5 月第 1 週までをカバーしている。そのた

め、2016年5月以降の5年間の英文論文を主として検索対象として取りまとめる。

2) Search strategy :

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

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

3) 文献検索 :

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

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

↓

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

↓

2,120 hits

↓

Book&document を除く

↓

317 hits

①一次スクリーニング :

「脳卒中に両立支援（復職・復学支援）に必要な情報と能力に関する知見」に関係する論文のみ抽出することとして、分担研究者（佐伯）、研究協力者2名（樋口、下鶴）の計3名で抄録を独立にチェックしたその結果、3名の意見が一致した文献について、17件は二次スクリーニングへ、231件は一次スクリーニングの時点で除外とした。

また、3名の意見が一致しない文献69件は3名で再審議し、12件を二次スクリーニングへ、57件を除外と判定し、最終的に合計39件(F. 参考文献)を二次スクリーニングへまわした。

②二次スクリーニング：

二次スクリーニングの対象とした39件(F. 参考文献)については論文を読み込み、最終的な採択を行うとともに、下記の事項について情報を抽出した。

- ✓ 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)。最終的差採択した文献は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, Rocker R, Wigbers F, Rühmkorf C, Hempen I, List J, Baumgaertner A; FCET2EC study group. Intensive speech and language therapy in patients with chronic aphasia after stroke: a randomised, open-label, blinded-endpoint, controlled trial in a health-care setting. *Lancet*. 2017 Apr 15;389(10078):1528-1538. doi: 10.1016/S0140-6736(17)30067-3. Epub 2017 Mar 1.
- 16) Guzik A, Kwolek A, Drużbicki M, Przysada G. Return to work after stroke and related factors in Poland and abroad: A literature review. *Work*. 2020;65(2):447-462. doi: 10.3233/WOR-203097.
- 17) Cheng HY, Chair SY, Chau JPC. Effectiveness of a strength-oriented psychoeducation on caregiving competence, problem-solving abilities, psychosocial outcomes and physical health among family caregiver of stroke survivors: A randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud*. 2018 Nov;87:84-93. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2018.07.005. Epub 2018 Jul 28.
- 18) Yeh TT, Chang KC, Wu CY. The Active Ingredient of Cognitive Restoration: A Multicenter Randomized Controlled Trial of Sequential Combination of Aerobic Exercise and Computer-Based Cognitive Training in Stroke Survivors With Cognitive Decline. *Arch Phys Med Rehabil*. 2019 May;100(5):821-827. doi: 10.1016/j.apmr.2018.12.020. Epub 2019 Jan 9.
- 19) Funaki T, Takahashi JC, Miyamoto S. Late Cerebrovascular Events and Social Outcome after Adolescence: Long-term Outcome of Pediatric Moyamoya Disease. *Neurol Med Chir (Tokyo)*. 2018 Jun 15;58(6):240-246. doi: 10.2176/nmc.ra.2018-0026. Epub 2018 May 21.
- 20) Pike C, Kritzinger A, Pillay B. Social participation in working-age adults with aphasia: an updated systematic review. *Top Stroke Rehabil*. 2017 Dec;24(8):627-639. doi: 10.1080/10749357.2017.1366012. Epub 2017 Aug 29.
- 21) Gittins M, Lugo-Palacios D, Vail A, Bowen A, Paley L, Bray B,

- Gannon B, Tyson SF. Delivery, dose, outcomes and resource use of stroke therapy: the SSNAPIEST observational study. Southampton (UK): NIHR Journals Library; 2020 Mar.
- 22) Harris GM, Prvu Bettger J. Parenting after stroke: a systematic review. *Top Stroke Rehabil.* 2018 Jul;25(5):384-392. doi: 10.1080/10749357.2018.1452366. Epub 2018 Apr 2.
- 23) Twardzik E, Clarke P, Elliott MR, Haley WE, Judd S, Colabianchi N. Neighborhood Socioeconomic Status and Trajectories of Physical Health-Related Quality of Life Among Stroke Survivors. *Stroke.* 2019 Nov;50(11):3191-3197. doi: 10.1161/STROKEAHA.119.025874. Epub 2019 Sep 17.
- 24) Frank A. Vocational Rehabilitation: Supporting Ill or Disabled Individuals in (to) Work: A UK Perspective. *Healthcare (Basel).* 2016 Jul 16;4(3):46. doi: 10.3390/healthcare4030046.
- 25) Bragstad LK, Hjelle EG, Zucknick M, Sveen U, Thommessen B, Bronken BA, Martinsen R, Kitzmüller G, Mangset M, Kvigne KJ, Hilari K, Lightbody CE, Kirkevold M. The effects of a dialogue-based intervention to promote psychosocial well-being after stroke: a randomized controlled trial. *Clin Rehabil.* 2020 Aug;34(8):1056-1071. doi: 10.1177/0269215520929737. Epub 2020 Jun 10.
- 26) Purdy SC, Wanigasekara I, Cañete OM, Moore C, McCann CM. Aphasia and Auditory Processing after Stroke through an International Classification of Functioning, Disability and Health Lens Semin Hear. 2016 Aug;37(3):233-46. doi: 10.1055/s-0036-1584408.
- 27) Ellis C, Phillips R, Hill T, Briley PM. Social Network Structure in Young Stroke Survivors with Aphasia: A Case Series Report. *Semin Speech Lang.* 2019 Nov;40(5):359-369. doi: 10.1055/s-0039-1688695. Epub 2019 Apr 25.
- 28) Tyagi S, Koh GC, Luo N, Tan KB, Hoenig H, Matchar DB, Yoong J, Chan A, Lee KE, Venketasubramanian N, Menon E, Chan KM, De Silva DA, Yap P, Tan BY, Chew E, Young SH, Ng YS, Tu TM, Ang YH, Kong KH, Singh R, Merchant RA, Chang HM, Yeo TT, Ning C, Cheong A, Tan CS. Dyadic approach to supervised community rehabilitation participation in an Asian setting post-stroke: exploring the role of caregiver and patient characteristics in a prospective cohort study *BMJ Open.* 2020 Apr 23;10(4):e036631. doi:

- 10.1136/bmjopen-2019-036631.
- 29) Ru X, Dai H, Jiang B, Li N, Zhao X, Hong Z, He L, Wang W. Community-Based Rehabilitation to Improve Stroke Survivors' Rehabilitation Participation and Functional Recovery *Am J Phys Med Rehabil.* 2017 Jul;96(7):e123-e129. doi: 10.1097/PHM.0000000000000650.
- 30) Døhl Ø, Halsteinli V, Askim T, Gunnes M, Ihle-Hansen H, Indredavik B, Langhammer B, Phan A, Magnussen J. Factors contributing to post-stroke health care utilization and costs, secondary results from the life after stroke (LAST) study. *BMC Health Serv Res.* 2020 Apr 6;20(1):288. doi: 10.1186/s12913-020-05158-w.
- 31) Jellema S, van der Sande R, van Hees S, Zajec J, Steultjens EM, Nijhuis-van der Sanden MW. Role of Environmental Factors on Resuming Valued Activities Poststroke: A Systematic Review of Qualitative and Quantitative Findings. *Arch Phys Med Rehabil.* 2016 Jun;97(6):991-1002.e1. doi: 10.1016/j.apmr.2016.01.015. Epub 2016 Feb 5.
- 32) Deyhoul N, Vasli P, Rohani C, Shakeri N, Hosseini M. The effect of family-centered empowerment program on the family caregiver burden and the activities of daily living of Iranian patients with stroke: a randomized controlled trial study. *Aging Clin Exp Res.* 2020 Jul;32(7):1343-1352. doi: 10.1007/s40520-019-01321-4. Epub 2019 Aug 31.
- 33) Yu S, Muhunthan J, Lindley R, Glozier N, Jan S, Anderson C, Li Q, Hackett ML. Driving in stroke survivors aged 18-65 years: The Psychosocial Outcomes In Stroke (POISE) Cohort Study *Int J Stroke.* 2016 Oct;11(7):799-806. doi: 10.1177/1747493016641952. Epub 2016 Mar 25.
- 34) Kerr D, McCann T, Mackey E, Wijeratne T. Effects of early motivational interviewing on post-stroke depressive symptoms: A pilot randomized study of the Good Mood Intervention program. *Int J Nurs Pract.* 2018 Aug;24(4):e12657. doi: 10.1111/ijn.12657. Epub 2018 Mar 26.
- 35) Deltombe T, Gilliaux M, Peret F, Leeuwerck M, Wautier D, Hanson P, Gustin T. Effect of the neuro-orthopedic surgery for spastic equinovarus foot after stroke: a prospective longitudinal study based on a goal-centered approach *Eur J Phys Rehabil Med.* 2018 Dec;54(6):853-859. doi: 10.23736/S1973-9087.18.04993-6. Epub 2018 Jun 14.
- 36) Forster A, Ozer S, Crocker TF,

House A, Hewison J, Roberts E, Dickerson J, Carter G, Hulme C, Fay M, Richardson G, Wright A, McKeivitt C, McEachan R, Foy R, Barnard L, Moreau L, Prashar A, Clarke D, Hardicre N, Holloway I, Brindle R, Hall J, Burton LJ, Atkinson R, Hawkins RJ, Brown L, Cornwall N, Dawkins B, Meads D, Schmitt L, Fletcher M, Speed M, Grenfell K, Hartley S, Young J, Farrin A. Longer-term health and social care strategies for stroke survivors and their carers: the LoTS2Care research programme including cluster feasibility RCT Southampton (UK): NIHR Journals Library; 2021 Mar.

37) Tistad M, Flink M, Ytterberg C, Eriksson G, Guidetti S, Tham K, von Koch L. Resource use of healthcare services 1 year after stroke: a secondary analysis of a cluster-randomised controlled trial of a client-centred activities of daily living intervention. *BMJ Open*. 2018 Aug 5;8(8):e022222. doi:

10.1136/bmjopen-2018-022222.

38) Wolf TJ, Baum CM, Lee D, Hammel J. The Development of the Improving Participation after Stroke Self-Management Program (IPASS): An Exploratory Randomized Clinical Study. *Top Stroke Rehabil*. 2016 Aug;23(4):284-92. doi:

10.1080/10749357.2016.1155278.

Epub 2016 Mar 16.

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

Epub 2018 Apr 3.

G. 学会発表

1. 森山 利幸, 堀 諒子, 尾崎 文, 徳永 美月, 二宮 正樹, 杉本 香苗, 蜂須賀 明子, 伊藤 英明, 越智 光宏, 松嶋 康之, 佐伯 覚: 脳卒中における治療と仕事の両立支援—第3報. 第58回日本リハビリテーション医学会学術集会、京都市、2021年6月
2. 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
3. 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
4. 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

シオン医学会秋季学術集会．岡山市、2022年11月

ビリテーション施設協議会報 18：7-8、2022

H. 論文業績

1. 井上董、井上俊介、伊藤英明、杉本香苗、松嶋康之、佐伯覚：障がいとともに働く社員と産業保健－在職中に障害認定を受けた人への支援．産業保健と看護 13：537-544、2021
2. 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
3. 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－脳卒中の治療と仕事の両立支援－．The Japanese Journal of Rehabilitation Medicine 59：1282、2022
4. 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
5. 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
6. 佐伯 覚：脳卒中のリハビリテーションと社会参加．鹿児島県リハ

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）

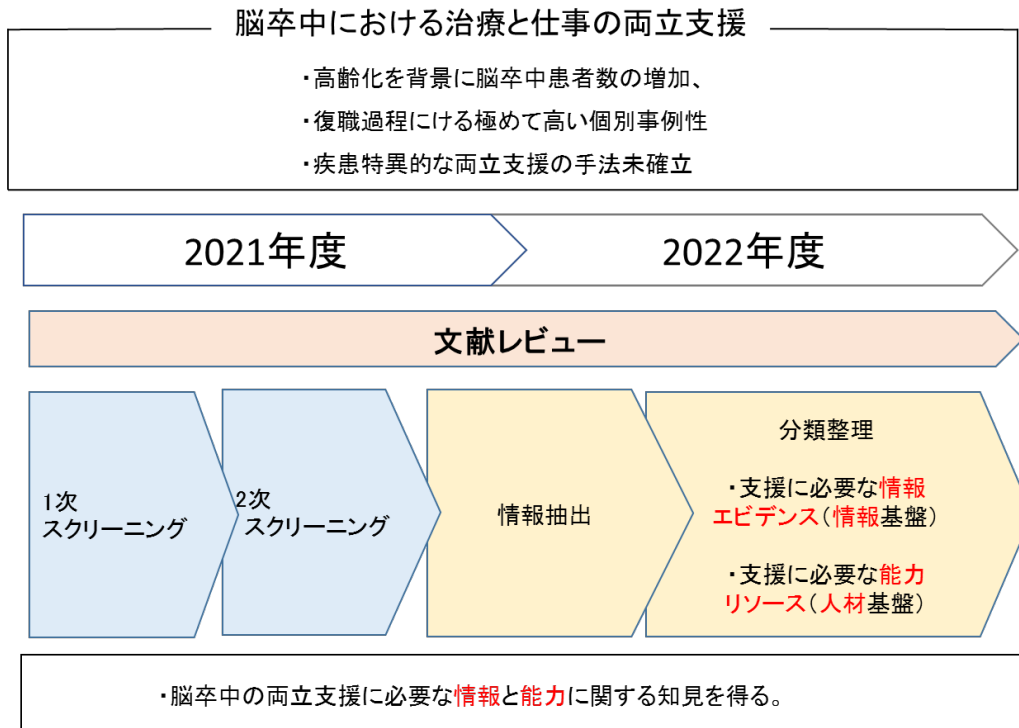


図 1. 本分担研究計画

表 1. 文献検索の結果

| 1. Author'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, qualitative | - | - | 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, qualitative | - | - | 40% (元職), 27% (配転), 33% (復職不可) | citation | mRS, degree of impairment | - | - | - | - | - | 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 | observational 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 | observational study | 61 (stroke 46, control 15) | - | 23 | - | Walking 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)。 |

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|----------------|------|-------------|---------------------|------------------------|----------|------------------------------|---|---------------------------------|----------|-----------|---|---|------------------|---|
| 7) | Lewthwaite R | 2018 | USA | RCT | 361 (56) | 1Y | RTWではなく ability to return to | - | ASAP | OR5.3 | 4.9-5.7 | - | - | - | 脳梗塞からの回復を促進させるための試み。フォローアップの段階で、復職や趣味の能力はAccelerated Skill Acquisition Program (ASAP), Dose-Equivalent Usual Occupational Therapy (DEUCC)により改善している。 |
| 8) | Blomgren C | 2019 | Sweden | observational study | 296 (62.2) 対象者の平均年齢 | 7Y | FAI-work/leisure | - | BNIS | OR0.85 | 0.79-0.92 | - | - | FAI-work/leisure | 認知機能障害とFrenchay Activities Index (FAI)、特に work/leisure低下との強い相関が認められた。 BNIS (Barrow Neurological Institute Screen for higher cerebral functions) |
| 9) | Dehem S | 2019 | Belgium | RCT | 45 (46.6) | 6M | - | - | - | - | - | - | - | 社会参加能力 (SISsd) | ロボット補助による脳卒中リハの効果に関するRCT。社会参加やADLは改善している。 |
| 10) | Cox V | 2020 | Netherlands | RCT | 54 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 脳卒中患者のパートナーに焦点を当てた研究であり、脳卒中患者のアウトカムはない。 |
| 11) | Zhang Q | 2020 | - | SR+MA | 1704 (54.9) | 1~6M・6M~ | - | - | (介入) motor relearning programme | SMD 2.72 | 1.81-3.74 | - | - | SIS (社会参加の評価) | |
| 12) | Sakakibara BM | 2018 | Canada | study protocol | 126 | 1Y | - | - | - | - | - | - | - | - | 脳卒中後の健康的な生活習慣に関する遠隔介入のプロトコル論文。 |
| 13) | Knapp P | 2017 | - | SR | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | |
| 14) | Kirkevold M | 2018 | Norway | study protocol | 330 | 1Y | - | - | - | - | - | - | - | - | |
| 15) | Breitenstein C | 2017 | Germany | RCT | 156 (64.1) | 6M | - | - | - | - | - | - | - | - | ANELT scale (失語評価) |
| 16) | Guzik A | 2020 | - | review | 54,223 | 3M-9Y | RTWをアウトカムとした報告が複数あり、統合が難しい | - | - | - | - | - | - | - | |
| 17) | Cheng HY | 2018 | Hong Kong | RCT | 96 (75) | 3M | - | - | - | - | - | - | - | - | 脳卒中患者のパートナーに焦点を当てた研究であり、脳卒中患者のアウトカムはない。 |
| 18) | Yeh TT | 2019 | Taiwan | RCT | 30 (70) | 18week | - | - | - | - | - | - | - | 社会参加のパラメータに差はなし | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|-------------|------|-----------|---------------------|------------|------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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マティックレビュー。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ヶ月以内の運動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与する自己効力感(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RTW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。 |

特集

1

迷わず悩まず対応するには？
障がいとともに働く社員と産業保健

在職中に障害認定を受けた人への支援



井上 堇

いのうえ・すみれ
産業医科大学医学部
リハビリテーション医学講座

井上 俊介

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

伊藤 英明

いとう・ひであき
産業医科大学医学部
リハビリテーション医学講座

杉本 香苗

すぎもと・かなえ
産業医科大学若松病院
リハビリテーション科

松嶋 康之

まつしま・やすゆき
産業医科大学医学部
リハビリテーション医学講座 准教授

佐伯 覚

さえき・さとる
産業医科大学医学部
リハビリテーション医学講座 教授

● はじめに

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

● 在職中の中途障害者の詳細

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

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

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

● 中途障害者への復職支援

1 現在の両立支援における課題

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

2 事業場と病院の連携

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

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

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

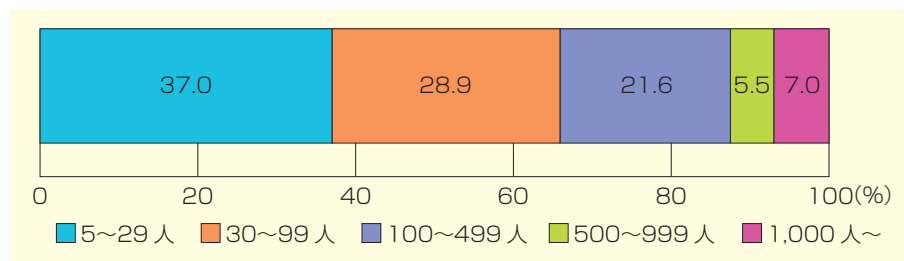


図1 身体障害者雇用の事業場規模別割合

(文献1より転載)



図2 治療と仕事の両立支援の流れ

(文献4より作成)

とも重要です⁵⁾。

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

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

3 職場復帰における配慮

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

安全配慮

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

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



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

図3 両立支援コーディネーターの養成

(文献4より作成)

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

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

合理的配慮

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

下している場合が多いため、リハビリ出勤や試し出勤制度の活用が望まれます。

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

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

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

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

● 高次脳機能障害

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

1 さまざまな症状とその対応

失語症

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

記憶障害

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

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

注意障害

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

遂行機能障害

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

社会的行動障害

感情表出や意欲の低下、怒りっぽくなるといっ

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

2 復職と定着のための支援

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

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

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

● 復職上の注意点

医療機関側が労働可能な作業として「軽作業」を指定しても、事業場が想定する「軽作業」は一律ではなく、職場巡視などに絡めて的確に把握する必要があります¹⁶⁾。加えて、労働者本人が病前の能力や社会的地位にこだわり、過度な期待を持っている時期は就労支援が失敗するリスクも高く、今後の可能性を狭める要因ともなるため、慎重に対応する必要があります³⁾。

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



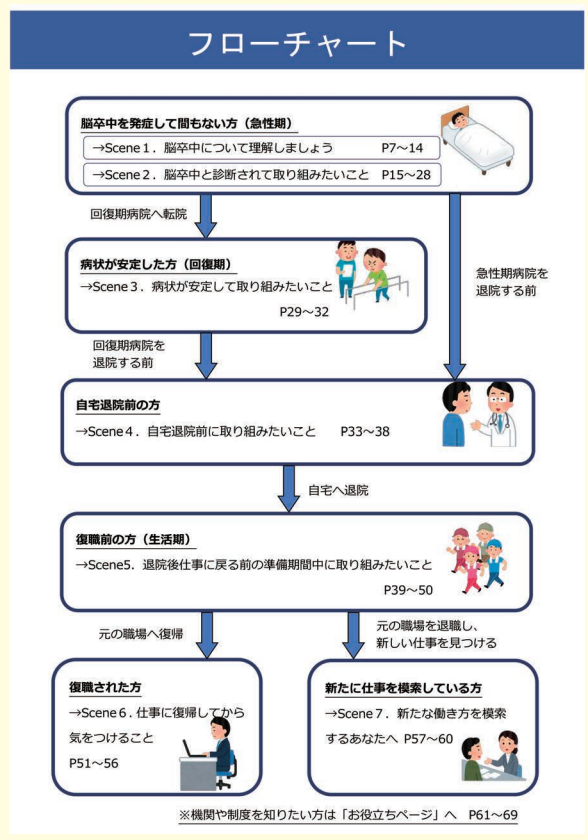
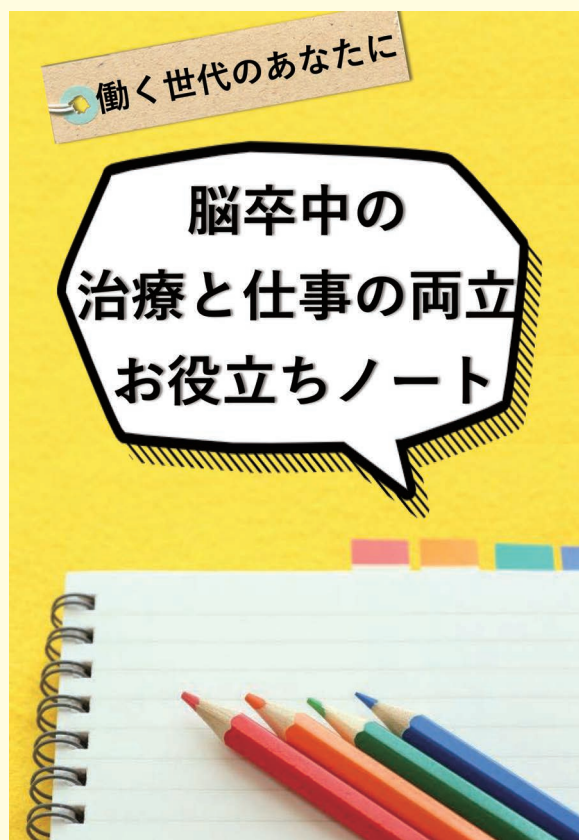


図4 脳卒中の治療と仕事の両立 お役立ちノート

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

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

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

● 当院での取り組み

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

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

● おわりに

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

● 引用参考文献

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

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)

分担研究総合報告書

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)

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

疾病ごとの両立支援に関するレビュー：循環器疾患

研究分担者 荻ノ沢 泰司（産業医科大学 第2内科学 講師・両立支援科兼任）

研究要旨：

【背景】我が国の高齢化と今後生じる労働力不足に対応するため、高齢者の就業促進ならびに病気の治療と仕事の両立は喫緊の課題である。高齢者において罹患率の高い循環器疾患はその他の疾患とは異なり、就労による病状悪化・失神や突然死のリスクなど特有の問題がある。本研究の目的は、循環器疾患の両立支援の情報基盤を構築し、本研究の最終プロダクトであるワンストップ情報サイト「両立支援ナビ」に掲載するデータの根拠を明確化することである。

【方法】循環器疾患における治療と仕事の両立支援に関する国内外の学術論文調査と本邦のガイドライン及びステートメント調査を行った。

【結果】基準に適合した学術論文は英文は151件、和文は1件であった。多くは虚血性心疾患に関するものであり、内容は職場復帰に関連する要因や介入の有効性、職場復帰を目的とした評価方法、性差・経済定期影響などに関するものであった。ガイドラインは厚生労働省が公表しているものが1件、循環器関連学会が公表しているものが6件であった。

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

A. 目的

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

特に、循環器疾患は高齢者において罹患率は高く、平成 30 年には健康寿命の伸延等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法が制定され、令和 2 年に定められた循環器病対策推進基本計画には治療と仕事の両立支援・就労支援が盛り込まれている。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はその他の疾患とは異なり、就労によって病状の悪化を来す可能性があることや、失神や突然死のリスク、植込み型デバイスと職場環境・自動車

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

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

立支援ナビ」の根拠を明確化することを目的とする。

B. 方法

I. 国内外の文献調査

海外論文の文献検索

PubMed を利用して検索式

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

により調査した。

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

国内論文の文献調査

医中誌 web 検索システムを中心に
して検索式

"両立支援" and ("心疾患" or "大動脈瘤" or "大動脈解離" or "除細動器" or "心不全" or "不整脈" or "開心術" or "ペースメーカー" or "心筋梗塞" or "狭心症")

により調査した。

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

II. 国内のガイドラインおよびステートメント調査

A. 厚生労働省および B. 循環器関連学会（日本循環器学会、日本不整脈心電学会、日本心臓病学会、日本脈管学会、日本高血圧学会、日本心臓血管外科学会、日本小児循環器学会・日本動脈硬化学会、日本胸部外科学会、日本冠疾患学会、日本心不全学会、日本心血管インターベンション治療学会、日本循環器病予防学会など）が開設しているホームページを利用して、循環器疾患に関するガイドラインおよびステートメントなどの情報を検索し、それぞれの両立支援に関連した内容について調査を行った。

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179件の論文がヒットし、英語以外の言語によって書かれたもの・症例報告・テーマ違いなどの除外基準に該当したものが28件あり、151件の論文を調査対象とした。研究対象の疾患による分類では、虚血性心疾患が124件と最も多く、虚血性心疾

患および弁膜症を対象としたものが1件、虚血性心疾患および心不全が1件、心不全が14件、不整脈3件、心肺停止蘇生後2件、周産期心筋症1件、大動脈解離1件、成人先天性心疾患1件、頸動脈解離1件、そして複数の疾患群を心疾患としてまとめたもの2件であった。疾患別・年代順に整理した論文の概略を表1¹⁻¹⁵¹に示す。

【虚血性心疾患¹⁻¹²⁶】

① 職場復帰に関連する要因^{6-9, 11, 12, 18, 22, 24, 25, 28-31, 33, 34, 36, 37, 44, 49, 53, 58, 60, 64, 66-70, 72, 73, 76, 79, 82, 85, 87, 91, 93, 95, 103, 110, 114, 117-119, 121-124}

虚血性心疾患患者の職場復帰は、短期的な休職や離職を強いられる場合でも長期的には職場復帰可能となる例も多く、必ずしも全ての症例において介入を必要とするわけではない⁹。一方で、初期機能状態の低下（Duke Activity Status Indexで評価）、次いで高齢、黒人、うつ血性心不全の有無、低学歴、心臓外血管疾患の有無、心理状態の低下、下位の職階³⁷、夫婦関係の質⁴⁸、上司の反応、態度、不安⁶⁷、社会職業的な要因・残存する症状・地域的な影響⁶⁹などの職場復帰を阻害する様々な要因が報告されている。これらの要因のスクリーニングを行う事で支援を行うべき患者をピックアップして過不足のないケアを行うこと

が可能となるものと考えられる。さらに、虚血性心疾患においては長時間労働により再発が増加することも報告されており¹²³、注意が必要である。

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

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

③ リハビリテーション以外の介入^{4, 15, 23, 59, 80, 89, 90, 109, 115}

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

④ 復帰のための評価方法^{5, 10, 11, 27, 65, 84}

職場復帰に先立つ評価方法として、運動負荷の有用性が高い^{5, 10, 11}。その他、職業的作業評価²⁷や簡易うつ病ス

クリーニング^{65, 84}の有用性が示されている。

⑤ **性差**^{38, 43, 51, 52, 62, 78, 83, 86, 94, 106, 110}

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

⑥ **経済的影響**^{32, 104, 108, 116}

虚血性心疾患の罹患に伴う休職・離職による経済的損失について論じた論文も多い。Picardらは、合併症のない心筋梗塞患者のうち低リスク患者を同定し、これらの患者における早期の職場復帰を目指した介入の有用性を検討し、通常ケアを行った場合には復職までの期間が平均75日であったのに対して、介入群では51日と短縮し、6ヶ月目の職業収入は介入群で有意に高く、医療費と職業所得を考慮したベネフィットは全米で年間8億ドル以上の経済効果があることを報告している³²。近年欧州においても急性冠症候群または脳卒中の患者だけでなく、その介護者の生産性損失と間接費用を検討し、患者本人の直接的損失だけでなく、介護者の間接的損失も極めて大きいことを報告している¹¹⁶。

⑦ **特定の職業における問題**^{17, 88}

航空機パイロット¹⁷および消防士⁸⁸

の職場復帰に関して報告がある。

【心不全¹²⁷⁻¹⁴⁰】

① **医療者、社会保険担当者との出会い**¹³⁴⁻¹³⁸

Nordgrenらは病気休暇中の心不全患者において復職能力の自己評価に影響する要因の検討を行い、医療従事者や社会保険担当者との前向きな出会いが職場復帰のプロセスに対してポジティブな影響をもたらす事を示した^{134, 135}。さらに、医療従事者との前向きな出会いは、収入の高い患者で多く見られたが¹³⁸、低収入な患者は疾病保障を受ける可能性が高く、多くの場合社会保険担当者との出会いを肯定的に捉えていた¹³⁶。

② **心理的問題**^{129, 132, 135}

うつや不安は心不全患者においてよく見られる心理状態であり、心臓リハビリテーションへの参加や早期の支援要請・職場の復帰に関連する¹²⁹。特に鬱状態は仕事や社会活動への復帰の遅れをもたらす、生活の質を低下させる¹³²。

③ **左室補助人工心臓(LVAD)関連**^{127, 128, 130, 133, 139}

LVADは重症心不全患者の循環動態を維持し、生命を保持するデバイスであるが、近年は機器の進歩もあり、家庭

への復帰のみならず、社会生活への復帰も可能となっている。Morales らは LVAD 患者 90 名の経過を報告し、44 名 (49%) が退院し、その内 30% が仕事や学校に復帰している¹²⁸。しかしながら依然として血栓や感染・回路の問題などデバイス関連の問題も多く、職場復帰のハードルは高い。

④ 復職に関連する要因¹⁴⁰

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¹⁴⁰。

【不整脈¹⁴¹⁻¹⁴³】

① 植込み型デバイスと電磁干渉¹⁴²

143

ペースメーカーや植え込み型除細動器 (ICD) などの植込み型デバイスは心臓の微弱な電流を感知し、必要に応じて心臓のペースング又は除細動を行う精密機器であるが外部からの電氣的ノイズの影響により作動に異常を

来す電磁干渉の恐れがある。デバイス患者のリスク評価¹⁴²や職場復帰に関して留意すべき点が述べられている¹⁴³。

【心肺停止蘇生後^{144, 145}】

① 認知機能と社会的孤立・離職¹⁴⁴

145

Sunnerhagen らは 75 歳以下の院外心肺停止蘇生後の患者の生活状況を評価した。多くの患者では認知機能が低下し、日常生活動作の能力も低下していた。その結果、仕事への復帰率も低く、社会的孤立も多く見られた¹⁴⁴。

別の研究では、復職を前提とした OHCA 生存者のうち、認知機能障害のある人は、認知機能障害のない人に比べて、病気休暇を取得する可能性が 3 倍高く、心肺停止後 6 ヶ月で社会参加がより制限されていることを報告している¹⁴⁵。

【周産期心筋症¹⁴⁶】

① サポートの不足¹⁴⁶

周産期心筋症 (PPCM) が生活の質に及ぼす影響に関するアンケート調査¹⁴⁶では、ほとんどの女性 (41%) はベースラインの活動レベルに戻らず、28% は診断のために仕事を中断した。医療者から受けたカウンセリングに満足している女性は 26% に過ぎなかった。

【大動脈解離¹⁴⁷】

① 高い離職率¹⁴⁷

Linらの報告¹⁴⁷では、急性A型大動脈解離(AAAD)患者の開胸3枝ステントグラフト留置後12カ月以内の復職率と、復職できなかった理由の調査では、24.8%が仕事に復帰し、70.9%が復帰せず、4.3%が死亡した。復職できなかった231人のうち、105人(45.5%)はAAADのために休職を余儀なくされ、36人(15.6%)はAAADのために仕事を失った。

【成人先天性心疾患¹⁴⁸】

① 復職に関連する要因¹⁴⁸

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いる。しかしながら、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自己の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¹⁴⁸。69%において欠勤・欠席が認められ、illness identityとの関連をみとめた。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¹⁴⁹】

① 復職率の性差¹⁴⁹

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¹⁴⁹。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。

【心疾患全般^{150, 151}】

① 職場復帰における心理的プレッシャー¹⁵⁰

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明らかになっている¹⁵⁰。

② 職場復帰・就業継続における障壁と促進要因¹⁵¹

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¹⁵¹。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。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¹⁵²。

B. 和文論文文献調査

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

遠藤は大企業を中心とした病休デ

ータベースを用いて2000年からの12年間において療養を必要とした心筋梗塞罹患社員130名(平均年齢53歳、男性124名)を検討した。フルタイム勤務が可能となるまでの日数は中央値69日であり、がん罹患社員201日、脳卒中罹患社員259日と比較して健康状態の回復ならびに復帰までの期間が短いことを報告した。従って、心筋梗塞罹患社員の治療と就労の両立支援においては罹患後の早期の段階で疾病性と事例性を念頭に置いて必要に応じた支援を行うことが重要であるとしている¹⁵³。

II. 国内のガイドラインおよびステートメントなど

両立支援に関連する内容を含むガイドラインは、厚生労働省が公表しているものが1件(これに付随する連携マニュアル1件)、循環器関連学会が公表しているものが6件であった。また、ステートメントについては日本不整脈心電学会より自動車運転制限に関するステートメントが2件であった。概要を以下に示す。

【厚生労働省】

ガイドライン

① 事業場における治療と仕事の両

立支援のためのガイドライン（全体版） 令和3年3月改訂版¹⁵⁴

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

「心疾患に関する留意事項」では、頻度が高いもしくは特段の配慮を必要とする事が多い虚血性心疾患（狭心症・心筋梗塞）・不整脈・心不全の3つの病態について、基礎情報として病態・症状、経過、主な治療を示した上で、経過や等張を踏まえた上での対応の基本的考え方・疾患及び症状に特有の対応を示している。メンタルヘルスへの配慮や職場の疾患理解への重要性と対応も記されている。

B. ステートメントなど

① 企業・医療機関連携マニュアル （全体版）令和3年3月改訂版¹⁵⁵

前述のガイドライン①に示す両立

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

② 心疾患の治療と仕事の両立お役立ちノート¹⁵⁶

本ノートは厚生労働省健康局「令和元年度がん患者及び脳卒中患者の仕事と治療の両立支援モデル事業」「令和2年度循環器病の患者に対する治療と仕事の両立支援モデル事業及び令和3年度厚生労働省科学研究費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）「脳卒中及び循環器疾患における治療と仕事の両立支援の手法の開発」の一環として作成された。代表的な心疾患の病態や治療と回復期の経過など、循環器疾患に関する基本情報からはじまり、急性期に

おける取り組み・自宅退院前に必要なこと、退院後職場復帰準備の際に取り組むべき事、復帰後に気をつけることなど、利用可能な制度の情報なども含めてまとめられている。

【循環器関連学会】

ガイドライン

① 心疾患患者の学校、職域、スポーツにおける運動許容条件に関するガイドライン（2008年改訂版）¹⁵⁷

心疾患は労働に関連する身体的負荷により病態の増悪や突然死を含む心疾患死亡を来す恐れがあり、心疾患を有する場合には適切なリスク評価を行うことが極めて重要である。本ガイドラインは心疾患患者の職域における運動許容条件を示すものである。基本的な考え方として、心疾患の重症度を評価し、低リスク・中等度リスク・高リスクに分類し、患者の運動負荷試験データと、想定される作業の運動強度を身体活動強度（metabolic equivalents; METs）で評価し、許容される運動強度と等価の作業強度までの条件を就労上の指示とすることとしている。但し、この様な運動負荷試験から得られる情報は主に有酸素運動能力に関するものであり、重量物の運動など等尺性運動を主体とする作

業については別に考慮しなければならないこと、必要に応じて事後指導を行っていく必要があることに注意を要する。

② ペースメーカー、ICD、CRTを受けた患者の社会復帰・就学・就労に関するガイドライン（2013年改訂版）¹⁵⁸

上記の心臓植込み型デバイス（cardiac implantable electric devices; CIEDs）の植込みを受けている患者の就労上の注意点が詳細に示されている。特に、デバイスに対する電磁干渉については、その科学的原理の詳細から、電磁干渉を生じうる注意すべき職場環境、就労が認められない職業や十分な配慮を要する職業など、両立支援の前提として把握しておかなければならない事項が示されており、CIEDs患者の配慮を行う上で大変参考になる。また、ICD植込み患者の自動車運転制限に付いても詳細が記されているが、制限条件は既に改訂されており、後述するステートメント¹⁶⁴⁻¹⁶⁶を参照されたい。

③ 成人先天性心疾患診療ガイドライン（2017年改訂版）¹⁵⁹

先天性心疾患患者は他の疾患と比較して特段労働力が低いというわけではないため、職業選択の幅としては広いものの、健常人と比較すると運動量

や活動量に制限があるため、無理が出来ないことが特徴であるとしている。また、成人先天性心疾患患者の就業率や年収、疾病の重症度や教育程度との関連、障害者雇用促進法や、就労の機会を提供する継続支援・知識や能力の向上を図る移行支援など、我が国における就労支援施策の体系の全体像が示されており、疾病管理と職業生活を両立するための支援の重要性が強調されている。

④ 急性・慢性心不全診療ガイドライン（2017年改訂版）¹⁶⁰

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

⑤ 不整脈非薬物治療ガイドライン（2018年改訂版）¹⁶¹

不整脈に対する非薬物治療後の就労・就学をテーマとした章を設けている。植込み型心臓デバイス(CIED)植込み後の就労及び自動車運転、カテーテルアブレーション後の就労に関して記載されている。とくにデバイスに関

してはガイドライン③をベースに、2017年に発表されたCIED植込み後の自動車運転制限に関するステートメント内容をアップデートしたダイジェストとなっている。

⑥ 川崎病心臓血管後遺症の診断と治療に関するガイドライン（2020年改訂版）¹⁶²

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

ステートメント・その他

① 不整脈に起因する失神の運転免許取得に関する診断書作成と適性検査施行の合同検討委員会ステートメント（2006年）¹⁶³ および改定のための補遺¹⁶⁴⁻¹⁶⁶

平成13年度の道路交通法改正により、「発作により意識障害または運動障害をもたらす病気であって政令で定めるものについては政令で定める基準に従い、免許を与えず、又は6か月を超えない範囲内において免許を保留することができる」とされている。免許の拒否・保留・取消または停止の対象となりうる病気として再発性の失神が含まれており、循環器疾患

においては失神を来す恐れのある不整脈例、ペースメーカーあるいはICD植込み例がこれに含まれる。ペースメーカー植込み後失神の恐れがないものは原則運転許可であるが、ICDの場合には発作による意識障害のみならず、作動に伴う運動障害により運転に支障を来す恐れがあることから原則運転禁止となる。しかしながら一律の運転禁止は就労を含む日常生活への影響が著しいことから、1日当たりの運転時間・車両の大きさ・意識消失の発生率(年間)・事故による傷害発生率などを予測計算式から求める risk of harm (RH) により運転中のリスク評価を行い、一定の観察期間作動がないことが確認され、ICD作動により自動車事故を起こす確率が一般的な事故率と照らして相当に低いと推定される場合には、公安委員会に診断書を提出することによって運転可能となる。但し、大型車や旅客自動車などの職業運転は適性がないとされている。

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

する見解など関連情報がまとめられている。

② 着用型自動除細動器(WCD)装着患者の自動車運転制限に関するステートメント¹⁶⁷

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

E. 結論

循環器疾患の治療と仕事の両立支援に関する国内外の文献ならびに国内のガイドライン文献調査を行った。国内における報告は極めて乏しいものの、海外では循環器疾患の両立支援に関する多くの学術論文がpublishされており、その知見は本邦における両立支援においても参照しうるエビデンスと考えられた。また、循環器関連学会より発行されているガイドラインやステートメントにおいて、復職の

際にクリアしなければならない運動許容条件や自動車運転・電磁干渉などについては整備されており、実務上重要な情報基盤となりうるものと考えられた。

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-和文

1. 荻ノ沢 泰司

実践講座 医療機関における治療と仕事の両立支援 両立支援の実際 - 心疾患. 総合リハビリテーション. Vo. 50 No. 1. 2022.01

学術論文-欧文

1. 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.

2. 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.

3. 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. Brammell HL, Niccoli A. A physiologic approach to cardiac rehabilitation. *Nurs Clin North Am* 1976;11:223-36.
2. Palatsi I. Feasibility of physical training after myocardial infarction and its effect on return to work, morbidity and mortality. *Acta Med Scand Suppl* 1976;599:7-84.
3. Barnes GK, Ray MJ, Oberman A, Kouchoukos NT. Changes in working status of patients following coronary bypass surgery. *Jama* 1977;238:1259-62.
4. Pozen MW, Stechmiller JA, Harris W, Smith S, Fried DD, Voigt GC. A nurse rehabilitator's impact on patients with myocardial infarction. *Med Care* 1977;15:830-7.
5. DeBusk RF, Davidson DM. The work evaluation of the cardiac patient. *J Occup Med* 1980;22:715-21.
6. Niles NW, 2nd, Vander Salm TJ, Cutler BS. Return to work after coronary artery bypass operation. *The Journal of thoracic and cardiovascular surgery* 1980;79:916-21.
7. D'Elia JA, Weinrauch LA, Kaldany A et al. Improving survival after renal transplantation for diabetic patients with severe coronary artery disease. *Diabetes Care* 1981;4:380-2.
8. Jensen RL, Clayton PD, Liddle HV. Relationship between graft patency, postoperative work status, and symptomatic relief. *The Journal of thoracic and cardiovascular surgery* 1982;83:503-11.
9. Boulay FM, David PP, Bourassa MG. Strategies for improving the work status of patients after coronary artery bypass surgery. *Circulation* 1982;66:iii43-49.
10. DeBusk RF, Dennis CA. Occupational work evaluation of patients with cardiac disease: a guide for physicians. *West J Med* 1982;137:515-20.
11. Wenger NK, Hellerstein HK, Blackburn H, Castranova SJ. Physician practice in the management of patients with uncomplicated myocardial infarction: changes in the past decade. *Circulation* 1982;65:421-7.
12. Stanton BA, Jenkins CD, Denlinger P, Savageau JA, Weintraub RM,

- Goldstein RL. Predictors of employment status after cardiac surgery. *Jama* 1983;249:907-11.
13. Fisher LD, Holmes DR, Jr., Mock MB et al. Design of comparative clinical studies of percutaneous transluminal coronary angioplasty using estimates from the Coronary Artery Surgery Study. *The American journal of cardiology* 1984;53:138c-146c.
 14. Greenland P, Briody ME. Rehabilitation of the MI survivor. Management options to maximize posthospital outcome. *Postgrad Med* 1984;75:79-88, 93-6.
 15. Horlick L, Cameron R, Firor W, Bhalerao U, Baltzan R. The effects of education and group discussion in the post myocardial infarction patient. *J Psychosom Res* 1984;28:485-92.
 16. Herlitz J, Helgesson I, Hjalmarson BM et al. Relationship between serum enzyme activity in acute myocardial infarction and morbidity during a 2-year follow-up. *Cardiology* 1986;73:85-93.
 17. Chaitman BR, Davis KB, Dodge HT et al. Should airline pilots be eligible to resume active flight status after coronary bypass surgery?: a CASS registry study. *Journal of the American College of Cardiology* 1986;8:1318-24.
 18. Maeland JG, Havik OE. Return to work after a myocardial infarction: the influence of background factors, work characteristics and illness severity. *Scand J Soc Med* 1986;14:183-95.
 19. Watson PA, Mayberry JF, Calcraft B, Colbourne G. Employment after myocardial infarction amongst previously healthy men. *J R Soc Med* 1986;79:329-30.
 20. Hedbäck B, Perk J. 5-year results of a comprehensive rehabilitation programme after myocardial infarction. *European heart journal* 1987;8:234-42.
 21. Burgess AW, Lerner DJ, D'Agostino RB, Vokonas PS, Hartman CR, Gaccione P. A randomized control trial of cardiac rehabilitation. *Soc Sci Med* 1987;24:359-70.
 22. Maeland JG, Havik OE. Psychological predictors for return to work

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

- system model. *ANS Adv Nurs Sci* 1989;11:74-84.
34. Diederiks JP, Bär FW, Höppener P, Vonken H, Appels A, Wellens HJ. Predictors of return to former leisure and social activities in MI patients. *J Psychosom Res* 1991;35:687-96.
 35. Oldridge N, Guyatt G, Jones N et al. Effects on quality of life with comprehensive rehabilitation after acute myocardial infarction. *The American journal of cardiology* 1991;67:1084-9.
 36. Denollet J, De Potter B. Coping subtypes for men with coronary heart disease: relationship to well-being, stress and Type-A behaviour. *Psychol Med* 1992;22:667-84.
 37. Mark DB, Lam LC, Lee KL et al. Identification of patients with coronary disease at high risk for loss of employment. A prospective validation study. *Circulation* 1992;86:1485-94.
 38. Cochrane BL. Acute myocardial infarction in women. *Critical care nursing clinics of North America* 1992;4:279-89.
 39. Pilote L, Thomas RJ, Dennis C et al. Return to work after uncomplicated myocardial infarction: a trial of practice guidelines in the community. *Ann Intern Med* 1992;117:383-9.
 40. Riegel BJ, Dracup KA. Does overprotection cause cardiac invalidism after acute myocardial infarction? *Heart Lung* 1992;21:529-35.
 41. Rost K, Smith GR. Return to work after an initial myocardial infarction and subsequent emotional distress. *Archives of internal medicine* 1992;152:381-5.
 42. Hamilton GA, Seidman RN. A comparison of the recovery period for women and men after an acute myocardial infarction. *Heart Lung* 1993;22:308-15.
 43. Agren B, Rydén O, Johnsson P, Nilsson-Ehle P. Rehabilitation after coronary bypass surgery: coping strategies predict metabolic improvement and return to work. *Scand J Rehabil Med* 1993;25:83-95.
 44. Riegel BJ. Contributors to cardiac invalidism after acute myocardial infarction. *Coron Artery Dis* 1993;4:215-20.
 45. Froelicher ES, Kee LL, Newton KM, Lindskog B, Livingston M. Return

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

- Pfalz]. Rehabilitation (Stuttg) 1997;36:106-10.
56. investigators B. Five-year clinical and functional outcome comparing bypass surgery and angioplasty in patients with multivessel coronary disease. A multicenter randomized trial. Writing Group for the Bypass Angioplasty Revascularization Investigation (BARI) Investigators. *Jama* 1997;277:715-21.
 57. Engblom E, Korpilahti K, Hämäläinen H, Rönnemaa T, Puukka P. Quality of life and return to work 5 years after coronary artery bypass surgery. Long-term results of cardiac rehabilitation. *J Cardiopulm Rehabil* 1997;17:29-36.
 58. Brown N, Melville M, Gray D et al. Quality of life four years after acute myocardial infarction: short form 36 scores compared with a normal population. *Heart* 1999;81:352-8.
 59. Robinson KR. Envisioning a network of care for at-risk patients after myocardial infarction. *J Cardiovasc Nurs* 1999;14:75-88.
 60. Skinner JS, Farrer M, Albers CJ, Neil HA, Adams PC. Patient-related outcomes five years after coronary artery bypass graft surgery. *Qjm* 1999;92:87-96.
 61. Soejima Y, Steptoe A, Nozoe S, Tei C. Psychosocial and clinical factors predicting resumption of work following acute myocardial infarction in Japanese men. *International journal of cardiology* 1999;72:39-47.
 62. Covinsky KE, Chren MM, Harper DL, Way LE, Rosenthal GE. Differences in patient-reported processes and outcomes between men and women with myocardial infarction. *J Gen Intern Med* 2000;15:169-74.
 63. Mital A, Shrey DE, Govindaraju M, Broderick TM, Colon-Brown K, Gustin BW. Accelerating the return to work (RTW) chances of coronary heart disease (CHD) patients: part 1--development and validation of a training programme. *Disabil Rehabil* 2000;22:604-20.
 64. Shrey DE, Mital A. Accelerating the return to work (RTW) chances of coronary heart disease (CHD) patients: part 2--development and validation of a vocational rehabilitation programme. *Disabil Rehabil*

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

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

- acute coronary syndrome: a one-year longitudinal survey. *BMC Health Serv Res* 2006;6:9.
85. Aboa-Eboulé C, Brisson C, Maunsell E et al. Job strain and risk of acute recurrent coronary heart disease events. *Jama* 2007;298:1652-60.
 86. Bjarnason-Wehrens B, Grande G, Loewel H, Völler H, Mittag O. Gender-specific issues in cardiac rehabilitation: do women with ischaemic heart disease need specially tailored programmes? *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2007;14:163-71.
 87. Poston RS, Tran R, Collins M et al. Comparison of economic and patient outcomes with minimally invasive versus traditional off-pump coronary artery bypass grafting techniques. *Ann Surg* 2008;248:638-46.
 88. Adams J, Roberts J, Simms K, Cheng D, Hartman J, Bartlett C. Measurement of functional capacity requirements to aid in development of an occupation-specific rehabilitation training program to help firefighters with cardiac disease safely return to work. *The American journal of cardiology* 2009;103:762-5.
 89. Hanssen TA, Nordrehaug JE, Eide GE, Hanestad BR. Does a telephone follow-up intervention for patients discharged with acute myocardial infarction have long-term effects on health-related quality of life? A randomised controlled trial. *J Clin Nurs* 2009;18:1334-45.
 90. Broadbent E, Ellis CJ, Thomas J, Gamble G, Petrie KJ. Further development of an illness perception intervention for myocardial infarction patients: a randomized controlled trial. *J Psychosom Res* 2009;67:17-23.
 91. Waszkowska M, Szymczak W. Return to work after myocardial infarction: a retrospective study. *Int J Occup Med Environ Health* 2009;22:373-81.
 92. Yonezawa R, Masuda T, Matsunaga A et al. Effects of phase II cardiac rehabilitation on job stress and health-related quality of life after return to work in middle-aged patients with acute myocardial infarction. *International heart journal* 2009;50:279-90.

93. O'Neil A, Sanderson K, Oldenburg B. Depression as a predictor of work resumption following myocardial infarction (MI): a review of recent research evidence. *Health Qual Life Outcomes* 2010;8:95.
94. Grande G, Romppel M. Gender differences in recovery goals in patients after acute myocardial infarction. *J Cardiopulm Rehabil Prev* 2011;31:164-72.
95. Biering K, Nielsen TT, Rasmussen K, Niemann T, Hjollund NH. Return to work after percutaneous coronary intervention: the predictive value of self-reported health compared to clinical measures. *PLoS One* 2012;7:e49268.
96. Munro J, Angus N, Leslie SJ. Patient focused Internet-based approaches to cardiovascular rehabilitation--a systematic review. *J Telemed Telecare* 2013;19:347-53.
97. Biering K, Hjollund NH, Lund T. Methods in measuring return to work: a comparison of measures of return to work following treatment of coronary heart disease. *J Occup Rehabil* 2013;23:400-5.
98. Laut KG, Hjort J, Engstrøm T et al. Impact of health care system delay in patients with ST-elevation myocardial infarction on return to labor market and work retirement. *The American journal of cardiology* 2014;114:1810-6.
99. Mirmohammadi SJ, Sadr-Bafghi SM, Mehrparvar AH et al. Evaluation of the return to work and its duration after myocardial infarction. *ARYA Atheroscler* 2014;10:137-40.
100. Worcester MU, Elliott PC, Turner A et al. Resumption of work after acute coronary syndrome or coronary artery bypass graft surgery. *Heart Lung Circ* 2014;23:444-53.
101. Gunn J, Kiviniemi T, Biancari F et al. Predictors of permanent work disability among ≤50-year-old patients undergoing percutaneous coronary intervention. *Scand J Work Environ Health* 2015;41:460-6.
102. Biering K, Andersen JH, Lund T, Hjollund NH. Psychosocial Working Environment and Risk of Adverse Cardiac Events in Patients Treated for Coronary Heart Disease. *J Occup Rehabil* 2015;25:770-5.

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

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

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

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

- Assist Device. *Asaio j* 2019;65:661-667.
140. 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.
 141. Pedersen SS, Skovbakke SJ, Wiil UK et al. Effectiveness of a comprehensive interactive eHealth intervention on patient-reported and clinical outcomes in patients with an implantable cardioverter defibrillator [ACQUIRE-ICD trial]: study protocol of a national Danish randomised controlled trial. *BMC cardiovascular disorders* 2018;18:136.
 142. Tiikkaja M, Aro AL, Alanko T et al. Electromagnetic interference with cardiac pacemakers and implantable cardioverter-defibrillators from low-frequency electromagnetic fields in vivo. *Europace : European pacing, arrhythmias, and cardiac electrophysiology : journal of the working groups on cardiac pacing, arrhythmias, and cardiac cellular electrophysiology of the European Society of Cardiology* 2013;15:388-94.
 143. Fetter JG, Benditt DG, Stanton MS. Electromagnetic interference from welding and motors on implantable cardioverter-defibrillators as tested in the electrically hostile work site. *Journal of the American College of Cardiology* 1996;28:423-7.
 144. Sunnerhagen KS, Johansson O, Herlitz J, Grimby G. Life after cardiac arrest; a retrospective study. *Resuscitation* 1996;31:135-40.
 145. Lilja G, Nielsen N, Bro-Jeppesen J et al. Return to Work and Participation in Society After Out-of-Hospital Cardiac Arrest. *Circulation Cardiovascular quality and outcomes* 2018;11:e003566.
 146. Koutrolou-Sotiropoulou P, Lima FV, Stergiopoulos K. Quality of Life in Survivors of Peripartum Cardiomyopathy. *The American journal of cardiology* 2016;118:258-63.
 147. Lin Y, Chen Y, Zhang H et al. Predictors of return to work after open triple-branched stent graft placement for acute type A aortic

- dissection. *Interactive cardiovascular and thoracic surgery* 2020;30:99-106.
148. 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.
149. 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.
150. 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.
151. 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.
152. 産業保健スタッフ向け 両立支援 10 の質問 http://ohtc.med.uoeh-u.ac.jp/ryouritsu/wp-content/uploads/2017/06/h26_28_81103_q10.pdf (2023. 2. 19 アクセス)
153. 遠藤 源. 【治療と仕事の両立におけるストレス】心筋梗塞罹患社員の就労支援. *産業ストレス研究* 2018;25:305-313.
154. 厚生労働省ガイドライン. 事業場における治療と仕事の両立支援のガイドライン. 2021. <https://www.mhlw.go.jp/content/11200000/000780068.pdf> (2022. 2. 27 アクセス)
155. 厚生労働省. 企業・医療機関連携マニュアル. 2021.

- <https://www.mhlw.go.jp/content/11200000/000780069.pdf> (2022. 2. 27 アクセス)
156. 荻ノ沢泰司ほか. 働く世代のあなたに 心疾患の治療と仕事の両立お役立ちノート. 2021. https://www.mhlw.go.jp/content/shinsikkan3_s.pdf (2022. 2. 27 アクセス)
157. 長嶋 正實ほか. 心疾患患者の学校, 職域, スポーツにおける運動許容条件に関するガイドライン. 2008. https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2020/02/JCS2008_nagashima_h.pdf (2022. 2. 27 アクセス)
158. 奥村 謙ほか. ペースメーカー, ICD, CRT を受けた患者の社会復帰・就学・就労に関するガイドライン. 2013. https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2020/02/JCS2013_okumura_h.pdf (2022. 2. 27 アクセス)
159. 市田 露子ほか. 成人先天性心疾患診療ガイドライン(2017年改訂版). 2017. https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2020/02/JCS2017_ichida_h.pdf (2022. 2. 27 アクセス)
160. 筒井 裕之ほか. 急性・慢性心不全診療ガイドライン(2017年改訂版) 2017. https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2017/06/JCS2017_tsutsui_h.pdf (2022. 2. 27 アクセス)
161. 栗田隆志ほか 日本循環器学会 / 日本不整脈心電学会合同ガイドライン. 不整脈非薬物治療ガイドライン (2018年改訂版). 2018. https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2018/07/JCS2018_kurita_nogami.pdf (2022. 2. 27 アクセス)
162. 小林 順二郎 深隆. 川崎病心臓血管後遺症の診断と治療に関するガイドライン (2020年改訂版) 2020. https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2020/02/JCS2020_Fukazawa_Kobayashi.pdf (2022. 2. 27 アクセス)
163. 山口 巖 ほ. 不整脈に起因する失神例の運転免許取得に関する診断書作成と適性検査施行の合同検討委員会ステートメント. 不整脈 2003;19:502-512.
164. 新田隆、栗田隆志、安部治彦、渡辺重行、野田崇、松田直樹. 「不整脈

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

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

| 文献番号 | 著者 | 発行年 | タイトル | タイトル訳 | 対象疾患 | 治療 | 雑誌名 | Volume | Issue | Pages | DOI | 要旨 |
|------|---|------|---|--|--------|--------|-----------------|--------|-------|-------------|-------------------------------|--|
| 11 | N. K. Wenger; H. K. Hellerstein; H. Blackburn; S. J. Castranova | 1982 | Physician practice in the management of patients with uncomplicated myocardial infarction: changes in the past decade | 合併症のない心筋梗塞患者の管理における医師の実践: 過去10年間の変化 | 虚血性心疾患 | | Circulation | 65 | 3 | 421-7 | 10.1161/1.cir.65.3.421 | 1970年から1980年の間に、合併症のない急性心筋梗塞患者の治療パターンがどのように変化したかを調べるために、1979年に約6000人の医師にアンケートを送付し、その回答を1970年に実施した同様の調査と比較した。1979年には、ほぼすべての医師が、心電図を連続的に監視する集中治療室/冠動脈造影室の施設が利用可能であり、使用していると回答した。また、進行中の医療施設よりも広く利用されるようになってきている。入院期間の中央値は顕著に減少している。早期の歩行と早期の職場復帰がより一般的になっている。入院中および入院後の心筋梗塞とその管理について、患者および患者家族の非公式なカンファレンスが行われており、教材の使用も広がっている。ほとんどの医師は、入院後も段階的な身体活動を推奨しています。入院中の定期的な活動量の減少しているが、予防的な抗不整脈薬の処方が増している。胸痛緩和や精神安定剤は、大部分の医師が合併症のない心筋梗塞患者に自発的に処方している。標準的な運動負荷試験の使用は、すべての専門医の間で増加している。トレッドミルテストが最もよく用いられ、心筋梗塞の6週間後に実施されるのが一般的である。運動負荷試験を利用できるようにしたこと、運動負荷試験に慣れたことは、すべての専門医において特徴的である。新たな胸痛や動悸の症状は、現在では、直ちに救急外来に報告するよう勧めるに足る重要なものと考えられている。その他の最新の知見としては、外科的介入の必要性を評価するために冠動脈造影を日常的に行っている医師の割合が多いことや、合併症のない心筋梗塞患者に対して入院後にアスピリンや硝酸薬を日常的に処方している医師の割合が少ないことが挙げられる。 |
| 12 | B. A. Stanton; C. D. Jenkins; P. Denlinger; J. A. Savageau; R. M. Weintraub; R. L. Goldstein | 1983 | Predictors of employment status after cardiac surgery | 心臓手術後の雇用形態の予測因子 | 虚血性心疾患 | 心臓手術 | Jama | 249 | 7 | 907-11 | | 心臓外科手術を受けた228名の患者（25歳から64歳）を対象に、術後の就業状況の術前予測因子を調査した。手術前の1年間に働いていた150人の患者のうち、73%が6ヶ月以内に復帰した。働いていなかった患者のうち、18%が仕事を始めた。術前に復職を期待していた患者の復職率は82%で、他の患者の39%に比べて高かった。このことは、重回帰分析における強力な予測因子であった。教育水準や家族の収入は、職業に必要な肉体的労働のレベルよりも強い予測因子であった。復職率は、狭心症の重症度が低く、術前の疲労度が低い患者で高かったが、性別、手術方法、罹患期間による有意差はなかった。7つの変数は86%の患者の労働状態を正しく予測した。これらの結果は、職場復帰の決定要因は手術前に存在し、患者の態度や期待が重要な役割を果たしていることを示している。 |
| 13 | L. D. Fisher; D. R. Holmes, Jr.; M. B. Mock; M. Pettinger; R. E. Vlietstra; H. C. Smith; T. J. Ryan; M. P. Judkins; A. J. Gosselin; D. P. Faxon | 1984 | Design of comparative clinical studies of percutaneous transluminal coronary angioplasty using estimates from the Coronary Artery Surgery Study | 冠動脈手術研究からの推定値を用いた経皮経管冠動脈形成術の比較臨床研究のデザインについて | 虚血性心疾患 | | Am J Cardiol | 53 | 12 | 138c-146c | 10.1016/002-9149(84)90768-9 | PTCAのプロスペクティブな無作為化試験のデザインについて議論した。1本以上の血管の近位部完全閉塞の患者がこのような試験の候補となることが示唆されている。1枝CADのコントロールとしての内科的治療、2枝CAD（拡張可能な1枝）のコントロールとしての内科的または外科的治療、3枝CADのコントロールとしての外科的治療は、最もも適合している。PTCAと対照療法と比較基準としては、バイタルステータス、日常生活での狭心症、最大運動負荷試験時の狭心症、MI、入院、労働状態、コスト、フォローアップの血管造影評価、フォローアップの放射線核種による心室造影、初期治療中の即時的な解剖学的または血行動態的変化の測定、QOL指標などが考えられる。これら10種類の測定法は、アウトカム基準として望ましい9つの属性、すなわち、測定量の重要性、再現性、正確性、研究者バイアスの影響が少ないこと、被験者バイアスの影響が少ないこと、測定法が安価で入手しやすいこと、重要な差を検出するのに十分な出現率であること、患者にとって便利であること、疾患による障害を測定していること、に関して評価しています。Coronary Artery Surgery Studyのデータを検討した結果、(1)死亡率のみに基づく試験は実行不可能である（必要なサンプルサイズが数千であるため）、(2)死亡および/またはMIを組み合わせたエンドポイントを用いる試験は、多枝CADを有する患者であっても約1,000例が必要である、(3)職場復帰（10%以内）を評価する試験には約950人の患者が必要である、(4)疼痛緩和（対照群の15%以内）に基づく試験には500人の被験者が必要であることが示唆された。（ABSTRACT TRUNCATED AT 250 WORDS） |
| 14 | P. Greenland; M. E. Briody | 1984 | Rehabilitation of the MI survivor. Management options to maximize posthospital outcome | 心筋梗塞生存者のリハビリテーション。病院後の転帰を最大化する管理オプション | 虚血性心疾患 | | Postgrad Med | 75 | 1 | 79-88, 93-6 | 10.1080/0325481.1984.11699557 | 心筋梗塞生存者に対するリハビリテーションは、生理学的、心理学的、職業的、社会的に最大限の機能を回復または維持するための努力が必要である。その目標は、合併症の発生を遅らせたり予防したりすること、体調不良を予防したり元に戻したりすること、患者が選択した活動に参加する能力を向上させたり仕事に復帰しやすしたりすること、心理的適応を改善すること、そして危険因子を減少させることである。包括的なリハビリテーションプログラムは、生存者における心筋梗塞の自然史と、議論されている介入のリスクとベネフィットを理解することによって導かれる。 |
| 15 | L. Horlick; R. Cameron; W. Firor; U. Bhalaria; R. Baltzan | 1984 | The effects of education and group discussion in the post myocardial infarction patient | 心筋梗塞後の患者に対する教育とグループディスカッションの効果について | 虚血性心疾患 | | J Psychosom Res | 28 | 6 | 485-92 | 10.1016/0022-3999(84)90082-5 | 無作為に選ばれた心筋梗塞後の被験者を対象に、教育とグループディスカッションのプログラムを実施したが、多くの行動的・心理的指標に違いをもたらすことはできなかった。これらの指標には、喫煙行動、健康状態、社会的・娯楽的状態、家族・夫婦生活、職業活動のほか、不安、抑うつ、健康管理の所在などの指標が含まれていた。治療を受けた被験者は、対照群に比べて仕事に復帰するのが遅く、研究終了時に仕事に復帰している可能性も低かった。治療群では補償金を受け取っている人が多く、これが復職を遅らせる要因になっている可能性がある。被験者の大半は最終的な回復に対して非常に楽観的な態度をとっていたため、改善の余地は限られていた。我々は、心臓リハビリテーションは、「肯定的」な態度をとり、通常よりも不安や抑うつが強い患者のみを行うことを提案する。 |
| 16 | J. Herlitz; I. Helgesson; B. M. Hjalmarson; A. Hjalmarson; C. Jonsteg; B. von Sudow; J. Waldenström | 1986 | Relationship between serum enzyme activity in acute myocardial infarction and morbidity during a 2-year follow-up | 急性心筋梗塞における血清酵素活性と2年間の追跡調査における罹患率との関係 | 虚血性心疾患 | | Cardiology | 73 | 2 | 85-93 | | 初発の心筋梗塞患者585人を対象に、酵素学的に推定した梗塞サイズと2年間の追跡調査における臨床経過との関連を調べた。梗塞サイズは、熱安定性乳酸脱氢酵素活性の最大値から推定された。最大乳酸デヒドロゲナーゼ活性が高いほど、死亡率が高く、利尿薬、ジギタリス、抗不整脈薬による治療が多く、職場復帰の頻度が低いことと関連していた。しかし、最大血清酵素活性によって梗塞サイズが小さくなった患者は、狭心症の発生率が高く、再梗塞の発生率も高かった。以上より、2年間の追跡調査において、血清酵素活性と死亡率との間には強い関連性があるが、罹患率との関係はより複雑であると結論づけた。 |
| 17 | B. R. Chaitman; K. B. Davis; H. T. Dodge; L. D. Fisher; M. Pettinger; D. R. Holmes; G. C. Kaiser | 1986 | Should airline pilots be eligible to resume active flight status after coronary bypass surgery?: a CASS registry study | 航空会社のパイロットは冠動脈バイパス手術後に現役飛行を再開する資格を持つべきか?: CASS登録研究 | 虚血性心疾患 | バイパス手術 | Am Coll Cardiol | 8 | 6 | 1318-24 | 10.1016/00735-1097(86)90303-5 | 公共の安全にリスクを伴う職業における冠動脈バイパス手術後の職場復帰のための医学的認証については、特に航空会社のパイロットを対象に議論が行われている。この問題を解決するために、CASS登録から冠動脈バイパス手術を受けた10,312人の患者を調査し、術後に免許更新を申請する可能性のある平均的な航空会社のパイロットと同様の臨床的・術的特徴を持つ男性2,326人を選んだ。急性冠不全、心筋梗塞、突然死と定義される急性心疾患を発生せずに済む5年間の確率は、心筋梗塞の既往のない男性1,207人では0.92 ± 0.01（平均 ± SE）、喫煙者でなく高血圧の既往もない男性122人では0.98 ± 0.01であった。心筋梗塞の既往がある男性1,119人では、左心室収縮スコアが〜9および10以上の場合、急性心疾患を発生せずに済む確率はそれぞれ0.91 ± 0.02および0.92 ± 0.02であった。この患者サブグループの死亡率は、左室収縮スコアが5〜9の場合は年齢をマッチさせた米男性集団と同程度であったが（4.0%対4.3%、p = NS）、左室収縮スコアが10以上の場合には有意に高かった（7%対4.2%、p = 0.05）。このCASS登録研究から得られたデータは、冠動脈バイパス手術後の厳選された航空会社パイロットに対して、運用上問題のないファーストクラスの医療資格を与えるかどうかという問題に関連している。 |
| 18 | J. G. Maeland; O. E. Havik | 1986 | Return to work after a myocardial infarction: the influence of background factors, work characteristics and illness severity | 心筋梗塞後の職場復帰: 背景因子、仕事の特性および病気の重症度の影響 | 虚血性心疾患 | | Scand J Soc Med | 14 | 4 | 183-95 | 10.1177/140349488601400404 | ノルウェー西部の都市部および農村部に住む67歳以下の患者249名を対象に、心筋梗塞後6ヶ月以内の職場復帰（RTW）と、選択した人口統計学的因子、以前の仕事の状況の特徴、心筋梗塞前の健康状態、および心筋梗塞の臨床的重症度との関係を調査した。追跡調査では、都市部の患者10人のうち8人、農村部の患者10人のうち6人が仕事に復帰していた。全サンプルのRTW率は73%であった。51歳以下、高い教育水準と所得水準、第三次産業で働くこと、身体活動が少なく心理社会的ストレスが少ない仕事をしていることは、いずれも仕事の再開に有利な要因であった。多変量解析の結果、社会的な要因や仕事に関連する要因は、RTWにおける都市と農村の違いを完全に説明できないことがわかった。ステップワイズ別分析の結果、以下の因子がRTWの重要かつ独立した予測因子として同定された: 居住地、年齢、学歴、自覚された仕事上のストレス、入院中の臨床的合併症。心筋梗塞後の職場復帰の失敗は、多くの個人的・社会的要因によって説明でき、患者の医学的状態によっては限定的にしか説明できない。心筋梗塞後の仕事の再開に対する考え方について、患者と主治医の間の社会的文化的違いについて、さらなる知見が必要である。 |

| 文献番号 | 筆者 | 発行年 | タイトル | タイトル訳 | 対象疾患 | 治療 | 雑誌名 | Volume | Issue | Pages | DOI | 要旨 |
|------|--|------|--|---|--------|--------|------------------------------|--------|-------|---------|---------------------------------|--|
| 30 | S. T. Fitzgerald; D. M. Becker; D. O. Calentano; R. Swank; J. Brinker | 1989 | Return to work after percutaneous transluminal coronary angioplasty | 経皮的経皮的冠動脈形成術後の職場復帰 | 虚血性心疾患 | PCI | Am J Cardiol | 64 | 18 | 1108-12 | | 経皮的冠動脈形成術 (PTCA) を受ける前の6ヶ月間に就業していた82名の患者を対象に、仕事再開のタイムラグのパターンと、早期の仕事復帰に関連する要因を明らかにするための前向きな研究を行った。PTCAの1ヵ月後には59%の患者が仕事を再開していたのに対し、PTCAの6ヵ月後には87%が就業していた。PTCA前月に心筋梗塞を発生した患者や、教育年数が12年未満、ブルーカラーの仕事、職業に対する自己効力感 (セルフ・コンフィダンス) が低い患者は、24週間の追跡期間中、どの時点でも仕事を再開できなかった。Cox比例ハザード分析では、心理社会的構成要素である自己効力感が、最近の心筋梗塞の有無、疾患の重症度、年齢、職歴、性別、医師の助言とは独立して、PTCA後1カ月の復帰を最も強く予測することが明らかになった (p=0.0006)。PTCA後の復帰に関するKaplan-Meier解析では、PTCA後の退院直前に得られた自己効力感の推定値が高い患者は、自己効力感が低い患者よりも早く復職することが確認された (p=0.0001)。また、PTCA前月に心筋梗塞を発生した患者と発生していない患者でも同様の関係が見られ、それぞれp=0.0022、0.0012となった。これらの結果から、PTCAは医師の間では比較的安全で低侵襲であると考えられているが、患者は身体的には仕事に復帰できる状態であっても、自信を持って待てていないのではないかと考えられる。 |
| 31 | B. Bryant; R. Mayou | 1989 | Prediction of outcome after coronary artery surgery | 冠動脈手術後の転帰の予測 | 虚血性心疾患 | バイパス術後 | J Psychosom Res | 33 | 4 | 419-27 | 10.1016/0022-3999(89)90003-2 | 冠動脈手術は通常、狭心症には成功するが、日常生活の質に対する効果は期待外れに終わることがある。一般化線形相互作用モデリング (GLIM) を用いて、冠動脈手術の3ヵ月後と12ヵ月後の心理および社会的転帰の手術前の予測を検討した。本研究では、職場復帰 (社会的報酬、以前の雇形態態)、精神的転帰 (手術前の精神状態)、社会的適応 (手術前の精神状態、年齢、社会階層) の予測因子を特定した。術後3ヵ月時点での1年後の転帰の予測因子についての我々の分析は詳細ではないが、長期転帰不良のリスクがある人を臨床的に特定するには、回復期の早い時期が最適であると考えられる。この知見は、手術の選択と準備、および追加のリハビリテーションが有効な人の識別に影響を与える。 |
| 32 | M. H. Picard; C. Dennis; R. G. Schwartz; D. K. Ahn; H. C. Kraemer; W. E. Berger, 3rd; R. Blumberg; R. Heller; H. Lew; R. F. DeBusk | 1989 | Cost-benefit analysis of early return to work after uncomplicated acute myocardial infarction | 合併していない急性心筋梗塞後の早期職場復帰の費用対効果の分析 | 虚血性心疾患 | | Am J Cardiol | 63 | 18 | 1308-14 | 10.1016/0022-3999(89)91040-0 | 合併症を伴わない急性心筋梗塞から回復した低リスクの患者を対象に、職場復帰を早めることを目的とした職業評価の経済的影響を無作為化試験で評価した。AMIから回復した臨床的に低リスクの男性患者2,101人を、職業的労働評価からなる介入を受ける群 (介入群、99名) と、通常のケアを受ける群 (通常ケア群、102名) に無作為に割り付けた。職場復帰までの期間は、通常ケアを受けた患者の75日から、介入を受けた患者の51日に短縮された (p<0.002未満)。フォローアップ期間中の医療費と職業所得については、グループ間で有意差が認められた。AMI後6ヵ月間の患者1人当たりの総医療費は、介入患者の方が通常治療を受けた患者よりも高かった (2,970ドル対3,472ドル)。患者1人当たりの職業所得は、AMI後6ヵ月間において、介入患者の方が通常治療群よりも高かった (9,655ドル対7,553ドル)。医療費と職業所得を考慮した一人当たりのペネフィットは、介入患者で6,685ドル、通常ケア患者で4,081ドルであった。国内の低リスクで雇用されているAMI患者数は年間30万人以上であることから、職業評価によって得られる節約額は年間億ドル以上の経済効果をもたらす可能性がある。 |
| 33 | B. Riegel | 1989 | Social support and psychological adjustment to chronic coronary heart disease: Johnson's behavioral system model | ソーシャルサポートと慢性冠動脈疾患への心理的適応: Johnsonの行動システムモデルの運用化 | 虚血性心疾患 | | ANS Adv Nurs Sci | 11 | 2 | 74-84 | 10.1097/0002272-198901000-00011 | 冠動脈性心疾患 (CHD) のような慢性疾患に対する社会的支援と心理的適応に関する包括的な理論は存在しない。この論文では、Johnsonの行動システムモデルの観点から、社会的支援とCHDへの適応に関する文献をレビューしている。社会的支援や養育の質が、心筋梗塞 (MI) 後の心筋梗塞発作や依存症を予測する主要な要因であると論じている。また、自尊心、不安、抑うつ、機能的な能力の認識といった変数が、回復や治療レジメンの遵守といった選択や心筋梗塞後の依存という行動結果に影響を与える変数として特定された。 |
| 34 | J. P. Dienderiks; F. W. Bär; P. Høppener; A. Vonken; A. Appels; H. J. Wellens | 1991 | Predictors of return to former leisure and social activities in MI patients | 心筋梗塞患者が以前の余暇活動や社会活動に復帰するための予測因子 | 虚血性心疾患 | | J Psychosom Res | 35 | 6 | 687-96 | 10.1016/0022-3999(91)9119-9 | 心筋梗塞後の予後は、一般的に運動耐容性、健康再発、仕事への復帰などが概念化されている。本研究では、366名の心筋梗塞 (MI) 患者を対象に、以前の余暇・社会活動 (LSA) への復帰の相対的な尺度を検証した。次に、心理社会的要因が医学的要因よりもLSAへの復帰の重要な予測因子であるという仮説を検証した。その結果、ベースライン (心筋梗塞後3週間) では36%、テスト後 (心筋梗塞後3ヵ月) では51%、フォローアップ (心筋梗塞後1年) では54%が以前のLSAレベルに達している。重回帰分析とパス分析の両方で、ベースライン時の心理的脆弱性が以前のLSAへの復帰の最も重要な予測因子であることが示された。女性、高齢者、単身者、狭心症の患者は、ベースラインで心理的に不利なプロフィールを示した。これらの患者に対しては、心筋梗塞後すぐに心理状態を改善することにもっと注意を払うべきであることが示された。 |
| 35 | N. Oldridge; G. Guyatt; N. Jones; J. Crowe; J. Singer; D. Feeny; R. McKelvie; J. Runions; D. Streiner; G. Torrance | 1991 | Effects on quality of life with comprehensive rehabilitation after acute myocardial infarction | 急性心筋梗塞後の包括的リハビリテーションによるQOLへの影響 | 虚血性心疾患 | | Am J Cardiol | 67 | 13 | 1084-9 | 10.1016/0022-9149(91)90870-q | この研究は、急性心筋梗塞 (AMI) 発症後6週間以内に開始した短期間の心臓リハビリテーションが、AMIの患者の生活の質および一般的な健康関連QOL、運動耐容性、職場復帰に与える影響を明らかにするために企画された。層別並行群設計により、AMI後にうつ病または不安症、あるいはその両方が認められる低リスク患者201人を、8週間の運動コンディショニングと行動カウンセリングのプログラム、または従来のケアのいずれかに無作為に割り付けた。その差はわずかであったが、8週間のリハビリテーション群では、新しい疾患別健康関連QOL質問票の感情状況、不安状態、運動耐容性において、有意に大きな改善がみられた。両群の健康関連QOLすべての指標は、12ヵ月のフォローアップ期間中に有意に改善された。しかし、12ヵ月のフォローアップにおける健康関連の95%信頼区間は、疾患特異的 (利便、-2.70、1.40; 感情、-4.86、1.40) におけるリハビリテーションの持続的で臨床的に重要な利益を事実上除外した。10、ここで示された利便は従来のケアに有利、そのほかリハビリテーションに有利)、一般的な健康関連QOL (時間トレードオフ、-0.662、0.052; 健康の、-0.042、0.035) あるいは運動耐容性 (-38.5、52.1 kpm/min) において、臨床的に重要な効果は認められなかった。また職場復帰は2群間で同等であった (相対リスク、0.93 信頼区間、0.71、1.16)。 |
| 36 | J. Denollet; B. De Potter | 1992 | Coping subtypes for men with coronary heart disease: relationship to well-being, stress and Type-A behaviour | 冠動脈性心疾患を持つ男性のコーピングサブタイプ: 幸福、ストレス、タイプA行動との関係 | 虚血性心疾患 | | Psychol Med | 22 | 3 | 667-84 | 10.1017/s0033291700038113 | 本研究では、クラスター分析を用いて、Antwerp外来リハビリテーションプログラムを修了した冠動脈性心疾患の男性166名のサンプルを対象に、コーピングのサブタイプを明らかにした。これらのサブタイプは、包括的な分類から選択された3つの明確な上位特性 (負の感情性、社会的抑制、自己欺瞞) に基づいて同定された。Wardの最小分散法と3次元クラスター分析に基づいて、4つの対応サブタイプ、すなわち、低負の感情性 (N=48)、高負の感情性 (N=30)、抑制性 (N=62)、抑圧性 (N=26) の個人を同定した。結果として得られた分類の精度は、並行しているデータセットで実証され、さらに、クラスターリングに含まれていない外部の健康関連の相関関係に対しても検証された。同定された対応サブタイプは、主観的苦痛/知覚されたストレスの自己報告、A型行動と抑圧さの評価、職場復帰、胸膈の訴えの高頻率、マイグレーションクライアントと職業家との使用に有意に関連していた。本研究で得られた主な知見は、(a) 男性の冠動脈性心疾患患者は、明確に異なる対応サブタイプを持つ異なる集団であること、(b) 比較的少数の同質なサブタイプが、主観的苦痛、冠動脈性心疾患および行動、および職場復帰におけるかなりの量の変動を説明できること、を示している。これらの知見は、心身医学研究において、上記の特性が個人内でどのようなように相互作用するかに焦点を当てることが重要であることを示し、男性冠動脈性心疾患患者の対応サブタイプを記述するためのクラスター分析の適切さを裏付けるものである。また、A型行動と健康に関する研究結果が一貫しないのは、対象サンプルの対応サブタイプに関連しているのではないかと論じている。この分類法を相互に検証し、健康関連の相関関係を調べることが必要である。 |
| 37 | D. B. Mark; L. C. Lam; K. L. Lee; N. E. Clapp-Channing; R. B. Williams; D. B. Pryor; R. M. Califf; M. A. Hlatky | 1992 | Identification of patients with coronary disease at high risk for loss of employment. A prospective validation study | 失業のリスクが高い冠動脈疾患患者の特定。プロスペクティブな検証研究 | 虚血性心疾患 | | Circulation | 86 | 5 | 1485-94 | | 【背景】 冠動脈性心疾患では、仕事に支障をきたすことが多く、経済的にも生活の質的にも悪影響を及ぼす可能性がある。本研究の目的は、冠動脈性心疾患の早期離職を予測するモデルを構築し、このモデルを独立した患者コホートで前向きに検証することである。方法と結果: 診断的で心臓カテーテル検査を受けた1,252人の冠動脈性心疾患患者のうち、65歳未満で就労しており、冠動脈形成術や冠動脈バイパス術の既往がない患者を登録した。ベースラインの診断的カテーテル検査時に、医学的、機能的、経済的、および仕事に関する変数を測定し、すべての患者を1年間の追跡した。312名の患者がカテーテル検査後60日以内に経皮的経皮的冠動脈形成術 (PTCA) を受け、448名の患者がカテーテル検査後60日以内に冠動脈バイパス手術 (CABG) を受けた。残りの491人の患者は初期の内科的治療を受けた。ロジスティック回帰法を用いて、トレーニングサンプルの患者 (1986年3月から1989年2月までに登録された872人) の1年後の勤務状態を予測する多変数モデルを作成した。このモデルは、独立したプロスペクティブなサンプル (1989年3月から1990年6月までに登録された380人の患者) で検証された。その結果、8つの因子が離職の独立した予測因子となった。すなわち、初期健康状態の低下 (Duke Activity Status Indexで評価)、高い高齢、単身、うつ病、心不全の有病、低学歴、心臓病の既往、下位の職歴であった。標準的な臨床変数は、フォローアップの仕事の成果に関するモデルから得られる予測精度全体の20%にしかなかったが、機能的な指標は27%、人口統計学的および社会経済的な指標は45%であった。テストサンプルでは、モデル予測の患者が初期に診断された患者 (40.74対40.74) に対して、トレーニングサンプルで10.80対あり、モデル予測は観察された症例とよく一致した。ベースラインの平均年齢は72歳で、初期PTCAまたはCABG治療を受けた患者と初期の内科的治療を受けた患者との間で、1年後の職場復帰率を比べると有意な差はなかった。包括 管理職員のリスクが高い冠動脈性心疾患患者は、医学的リスク因子と非医学的リスク因子の組み合わせから正確に特定することができる。本研究で開発されたモデルは、労働力からの早期離職のリスクが高い患者を特定するツールとなる。このような患者には、労働状態を維持するための特別な多面的介入プログラムが有効である。我々のデータは、PTCA/CABGによる血行再建だけでは、この目標を達成するのに十分ではないことを示している。 |
| 38 | B. L. Cochrane | 1992 | Acute myocardial infarction in women | 女性の急性心筋梗塞について | 虚血性心疾患 | | Crit Care Nurs Clin North Am | 4 | 2 | 279-89 | | 女性の死因の1位は心筋梗塞であるが、急性心筋梗塞に対する女性の反応や回復についてはほとんど知られていない。心筋梗塞の女性に提供される医療・看護ケアは、主に男性を対象とした研究に基づいている。女性だけを対象とした研究はほとんどなく、女性と男性を比較した研究でも、意味のある比較を行うにはサンプル数が少なすぎることであり、男性の関心事を反映した研究変数 (例えば、特定の危険因子や職場復帰の問題) によって制限されている。女性の心臓血管の解剖学および生学的特徴は男性とは多少異なります。女性は生学的に心臓、冠動脈の血管径が小さく、体脂肪の分布も異なります。女性の心臓血管系は、妊娠および出産の異常な変化に反応するように設計されており、収縮期には大きく拡張期の機能を要するることによって悪化します。同様の血管系は運動にもよく見られます。女性は、エストロゲンプロゲステロンレベルが高いため、脂質代謝とホルモン受容体の活動に影響を与えます。そのため、男性を対象とした研究に基づいた診断検査 (心電図や運動負荷試験など) では、女性では偽陽性や偽陰性の結果が多くなる。さらに、男性向けに開発された治療的介入 (PTCA/CABGなど) は、女性では効果が高い。CHDは、女性では明らかに発症率が低く、臨床経過は、女性におけるCHDの発症率に似ていない (危険因子は女性よりも少ない)。CHDの初期発症は狭心症を伴うよりも多く、心臓突然死を起こすことはほとんどない。女性は男性よりも合併症が多く、急性心筋梗塞の死亡率も高い。女性は内科的、外科的治療から得られる利益が少なく、副作用も多い。急性心筋梗塞に対する女性の反応の多くは、生物学的な違いというよりもむしろ性別を反映している。女性の世界、女性が生きている社会的文化文脈、女性の活動は男性のそれとは質的に異なる。女性に提供される看護ケアは、このような女性特有の経験や関心事に対応する健全な科学的根拠に基づいていないと見なされるべきではない。 |

| 文献番号 | 筆者 | 発行年 | タイトル | タイトル訳 | 対象疾患 | 治療 | 雑誌名 | Volume | Issue | Pages | DOI | 要旨 |
|------|--|------|---|---|--------|--------|-----------------------|--------|-------|---------|-------------------------------------|---|
| 39 | L. Pilote; R. J. Thomas; C. Dennis; N. Houston-Miller; H. Kraemer; C. Leong; W. E. Berger, 3rd; H. Lew; R. S. Heller; et al. | 1992 | Return to work after uncomplicated myocardial infarction: a trial of practice guidelines in the community | 合併症のない心筋梗塞後の職場復帰：地域における診療ガイドラインの試行 | 虚血性心疾患 | | Ann Intern Med | 117 | 5 | 383-9 | 10.7326/0003-4819-117-5-383 | 目的：急性心筋梗塞後の職場復帰のための診療ガイドラインを、大学を拠点とした環境から診療所を拠点とした環境に普及させた場合の効果と副作用を評価する。デザイン：無作為化臨床試験。対象者：合併症のない急性心筋梗塞の患者187名。介入：患者は介入群（n = 95）または通常のケア群（n = 92）に無作為に割り付けられた。介入の内容は、トレッドミル検査、検査結果に基づくカウンセリングセッション、心臓専門医からプライマリケア医へのコンサルテーションセンターであった。相違点は、患者の心筋梗塞再発のリスクに基づいて、職場復帰のタイミングを個別に提案した。測定方法：質問票、チャートレビュー、電話インタビューにより、復帰時間、心臓病、冠動脈形成術、冠動脈手術、心筋梗塞再発の割合を記録した。結果：急性心筋梗塞から職場復帰までの期間の中央値は、両群とも同程度であった（介入群：54日、通常ケア群：67日、P=10.2より大きい）。しかし、心筋虚血のない患者では、介入群の方が通常治療群よりも復帰までの期間が短かった（それぞれ38日、65日、P = 0.008）。心筋虚血の患者では、両群ともに治療開始の同程度であった（それぞれ80日と76日、P=0.2より大きい）。結論：大学で作成された診療ガイドラインは、実際の診療現場で検証したところ、合併症のない急性心筋梗塞後の職場復帰を早めることは成功しなかった。心筋虚血の患者に対してガイドラインに従おうとする医師は、治療成績が良好であっても予後を気にしていることが反映されていた。 |
| 40 | B. J. Riegel; K. A. Dracup | 1992 | Does overprotection cause cardiac invalidism after acute myocardial infarction? | 急性心筋梗塞後の過保護は心筋梗塞無効を引き起こすか？ | 虚血性心疾患 | | Heart Lung | 21 | 6 | 529-35 | | 目的：急性心筋梗塞後、患者の家族や友人の過保護が心臓病による弱体化に寄与しているかどうかを明らかにする。デザイン：縦断的調査。設定：米国内西部の9つの病院。対象者：初発の急性心筋梗塞を経験した患者111名を対象とした。81名の患者が過保護（家族や友人からの社会的支援を希望以上に受けている）と答え、28人が不十分な支援を受けていると答えた。また、希望するだけの支援を受けていると答えたのは2名のみであった。結果指標：自尊心、精神的苦痛、健康感、対人依存症、職場復帰。結果：過保護な患者は、不十分な支援を受けた患者に比べて、心筋梗塞の1か月後に、不安、抑うつ、怒り、混乱、元氣、高い自尊心を経験した（p<0.05）。不十分な支援を受けた患者は、心筋梗塞から4か月後にはより依存症的になっていた。結論：家族や友人による過保護は、急性心筋梗塞後の数か月間における心臓病による弱体化よりもむしろ心理社会的適応を促進する可能性がある。 |
| 41 | K. Rost; G. R. Smith | 1992 | Return to work after an initial myocardial infarction and subsequent emotional distress | 初発の心筋梗塞とその後の精神的苦痛からの職場復帰について | 虚血性心疾患 | | Arch Intern Med | 152 | 2 | 381-5 | | 目的：急性心筋梗塞後、その後の職場復帰がその後の精神的苦痛の変化をどのように予測するかを調べる。90人の患者（63%）が4か月までに復帰し、12か月時点で再雇用されていた。復帰した患者とそうでない患者の間では、ベースライン時の精神的健康状態に差はなかったが、復帰したグループのみが、4か月後と12か月後の間の精神的苦痛が有意に減少した。心筋梗塞後に不満を感じていた仕事に復帰した場合でも、復帰後に精神的苦痛は減少した。両群ともに治療開始の同程度であった（それぞれ80日と76日、P=0.2より大きい）。結論：大学で作成された診療ガイドラインは、実際の診療現場で検証したところ、合併症のない急性心筋梗塞後の職場復帰を早めることは成功しなかった。心筋虚血の患者に対してガイドラインに従おうとする医師は、治療成績が良好であっても予後を気にしていることが反映されていた。 |
| 42 | G. A. Hamilton; R. N. Seidman | 1993 | A comparison of the recovery period for women and men after an acute myocardial infarction | 急性心筋梗塞後の女性と男性の回復期間の比較 | 虚血性心疾患 | | Heart Lung | 22 | 4 | 308-15 | | 目的：急性心筋梗塞から回復した女性と男性の職場復帰、心臓リハビリテーションへの参加、および性行為を比較する。デザイン：記述的調査を用いた。記述統計学とカイ二乗検定を用いて、AMI後の女性と男性の違いを比較した。設定、調査者は被験者の自宅に郵送された。対象者：女性20名、男性42名の意図的なサンプル。結果：女性と男性を比較すると、以下の項目で有意な差があり、AMI前の家事分担率、AMI後の家事分担率、食器洗い、洗濯、ほこり取り、掃除は女性の方が高かった。AMIに性行為を再開した被験者は、平均8週間後には全員が性行為を再開した。女性は、頻度の低下、満足度の低い間接的、性行為中の痛みなどの報告が多かった。男性は、看護婦が家事の再開、職場復帰の問題、および性行為に関するカウンセリングをほとんど、あるいは全く行わなかったと報告した。女性は男性に比べてAMI後のカウンセリングを受けていなかった。結論：今回の調査結果は、一般の人々に一般化できるものではないが、AMIを経験した女性の回復期についてさらに調査する必要性を示している。 |
| 43 | B. Ager; O. Rydén; P. Johnsson; P. Nilsson-Ehle | 1993 | Rehabilitation after coronary bypass surgery: coping strategies predict metabolic improvement and return to work | 冠動脈バイパス手術後のリハビリテーション：対処法が代謝改善と職場復帰を予測する | 虚血性心疾患 | バイパス術後 | Scand J Rehabil Med | 25 | 4 | 183-95 | 10.1177/103349488601400404 | ノルウェー西部の都市部および農村部に住む67歳以下の患者249名を対象に、心筋梗塞後6か月以内の職場復帰（RTW）と、選択した人口統計学的因子、以前の仕事の状況の特徴、心筋梗塞前の健康状態、および心筋梗塞の臨床的重症度との関係を調査した。追加調査では、都市部の患者10人のうち8人、農村部の患者10人のうち6人が仕事に復帰していた。全サンプルのRTW率は73%であった。51歳で、高い教育水準と所得水準、第三次産業で働くこと、身体活動が少なく心理社会的ストレスが少い仕事をしていることは、いずれも仕事の再開に有利な要因であった。多変量解析の結果、社会的な要因や仕事に関連する要因では、RTWにおいて都市と農村の違いを完全に説明できないことがわかった。ステップワイズ判別分析の結果、以下の因子がRTWの重要な予測因子として特定された：居住地、年齢、学歴、自覚された仕事のストレス、入院中の臨床的合併症。心筋梗塞後の職場復帰の失敗は、多くの個人的・社会的要因によって説明でき、患者の医学的状態によっては限定的にしか説明できない。心筋梗塞後の仕事の再開に対する考え方について、患者と主治医の間の社会的文化的な違いについて、さらなる知見が必要である。 |
| 44 | B. J. Riegel | 1993 | Contributors to cardiac invalidism after acute myocardial infarction | 急性心筋梗塞後のcardiac invalidismの要因 | 虚血性心疾患 | | Coron Artery Dis | 4 | 2 | 215-20 | 10.1097/00019501-199302000-00013 | Cardiac invalidismは、過去数十年の間、文獻で繰り返し使われてきた用語だが、この現象に寄与する変数の研究にはほとんど注意が払われていない。初発の急性心筋梗塞の患者111人からデータを収集した。患者は退院後1か月と4か月後に自宅を訪問した。社会的支援、自尊心、健康感、精神的苦痛、対人依存症、神経症を標準化された尺度を用いて測定した。病状の重症度は、Coronary Prognostic Index, Specific Activity Survey, およびトレッドミルテストの結果を用いて判断した。神経症と社会的支援は、心筋梗塞の4か月後のcardiac invalidismの有意な予測因子であった。病気の重症度は、cardiac invalidismや職場復帰の有意な予測因子ではなかった。復職の唯一の有意な予測因子ではなかった。急性心筋梗塞後、希望以上のサポートを受けている患者は、心臓病の無効化が少なかった。医師は、大きな心筋梗塞を持つ患者が心臓病になると思い込まないようしてほしい。心理的な回復には多くの患者が4か月以上を必要とするが、患者の健康に関するボジティブメッセージはそのような影響を与えることができる。家族や友人は、適切な種類と量のサポートを提供するように指導すべきである。一般的に適切だと考えられている支援の量は十分ではないかもしれない。最初に希望以上の支援を受けた患者は、心理学的に最良の結果を得ることができる。高いレベルの支援をいつまでも続ける必要はない。 |
| 45 | E. S. Froelicher; L. L. Kee; K. M. Newton; B. Lindskog; M. Livingston | 1994 | Return to work, sexual activity, and other activities after acute myocardial infarction | 急性心筋梗塞後の仕事や性行為などへの復帰について | 虚血性心疾患 | | Heart Lung | 23 | 5 | 423-35 | | 目的 (1) 急性心筋梗塞後の以前の活動への復帰率について、通常の医療および看護ケアと比較して、運動のみの効果と、運動を伴うトレーニング・カウンセリング・プログラムの追加効果を検討すること。デザイン：前向き無作為化臨床試験。設定：北西部の7つの病院。対象者：急性心筋梗塞と診断され、参加病院の冠動脈造影室に入院した70歳以下の患者258名。結果指標：仕事への復帰、性的活動、車の運転、以前の最大活動レベル、家外での活動。介入方法：被験者は、通常の医療および看護ケアを受ける対照群A、通常のケアに加えて運動を行うB1群、通常のケアに加えて運動とトレーニング・カウンセリング・セッションを行うB2群に無作為に割り付けられた。B1群とB2群の患者には、自宅での運動プログラムが処方された。B2群の患者は、危険因子の低減と心筋梗塞への心理社会的適応に関する8つのグループセッションからなる外来トレーニング・カウンセリングプログラムにも参加した。すべての被験者は、紙と鉛筆を使った12項目の自己記入式質問票である「活動概要質問票」を、毎週、12週連続で、そして退院後の24週目に記入した。結果：3群間に有意な差はなかった。以前に仕事をしていた患者は、24週目までに仕事に復帰した。以前の最大レベルの活動に戻った患者は、24週目までに再開した。ほとんどの患者は12週目までに性行為、車の運転、家外での活動に復帰した。結論：活動への復帰率は3群間で有意な差はなかった。ほとんどの患者は以前に報告されたよりも早く活動していた。急性心筋梗塞後2週間までに50%以上の患者が性行為、車の運転、屋外での活動に復帰した。これらの結果は、活動再開における期待値について患者とカウンセリングを行う医療従事者にとって有用である。 |
| 46 | A. M. Holmbäck; U. Sääw; B. Fagher | 1994 | Training after myocardial infarction: lack of long-term effects on physical capacity and psychological variables | 心筋梗塞後のトレーニング：身体能力および心理的変数に対する長期的効果の欠如 | 虚血性心疾患 | | Arch Phys Med Rehabil | 75 | 5 | 551-4 | | 本研究では、心筋梗塞後の身体的パフォーマンスと心理的準備に対する、45分以上のトレーニングを2週、12週間にわたって行うことと長期的効果とを評価した。69名の患者を、運動群と非運動群に無作為に割り付けた。心筋梗塞後6週間の最大運動能力は、梗塞サイズの指標となる血中のアスパラギン酸アミノトランスフェラーゼの急性ピーク値と逆相関していた。心筋梗塞後1年では、トレーニング群の体力レベルの向上（10%）は、対照群の向上（2%）を有意に上回ることになった（p = 0.10）。自己評価の心理的幸福度や身体的スコア、職場復帰率はグループ間の差は認められなかった。対照群ではなくトレーニング群では、余暇活動時の呼吸困難感の変化は、客観的に測定されたワーク運動能力と正の相関があった。結論として、MIの場合、トレーニング終了から6ヶ月後には身体的パフォーマンスのわずかな改善しか得られず、通常のケアプログラムと比較して長期的な心理的メリットは明らかでない。したがって、心筋梗塞後に従来の運動プログラムと同等の適応性には疑問がある。 |
| 47 | H. Boudrez; G. De Backer; B. Comhaire | 1994 | Return to work after myocardial infarction: results of a longitudinal population based study | 心筋梗塞後の職場復帰：人口ベースの縦断的研究の結果 | 虚血性心疾患 | | Eur Heart J | 15 | 1 | | 10.1093/oxfordjournals.ahle.a060376 | 1983年から1988年の間に、60歳以前に初めて心筋梗塞を発症し、セント市の検査登録簿に登録されたすべての男性を対象に、仕事への復帰を調査した。1991年に郵便調査で仕事の再開に関する情報を収集し、295人の対象者のうち78%が参加した。全回答者の69%、心筋梗塞前に仕事をしていた全回答者の85%が仕事に復帰した。年齢、仕事の重要性の認識、友人からのサポート、包括的な心臓リハビリテーションプログラムへの参加は、仕事の再開に有意に関連していた。 |
| 48 | M. L. Brecht; K. Dracup; K. Moser; B. Riegel | 1994 | The relationship of marital quality and psychosocial adjustment to heart disease | 心疾患に対する夫婦の質と心理社会的適応と心疾患の関係 | 虚血性心疾患 | | J Cardiovasc Nurs | 9 | 1 | 74-85 | 10.1097/0005082-199410000-00008 | 心臓病に対する心理社会的適応は様々である。一部の患者は、心筋梗塞や心臓手術から速やかに回復し、仕事や余暇活動に復帰し、精神的苦痛をほとんど感じない。一方で、心理社会的適応に大きな問題を抱える患者もいる。我々は、夫婦関係の質、不機嫌さ、年代、心臓イベント（心筋梗塞または手術）からの時間を含めた適応の理論モデルを提案し、検証した。本研究は、冠動脈性心疾患と診断された198名の患者に、Spanier Dyadic Adjustment Scale, Multiple Affect Adjective Checklist, Psychosocial Adjustment to Illness Scaleの各尺度を用いて行われた。研究への参加時と3か月後にデータを収集し、経時的な関係の安定性を確認した。理論モデルは支持された。病気になる患者の心理社会的適応は、患者の結婚生活の質と精神障害の両方に影響を受けることが明らかになった。配偶者は、患者の感情的な苦痛や不機嫌の経験に影響を与えると、間接的に心理社会的適応に影響を与えるようである。看護婦は、患者と配偶者が結婚生活の質を向上させる方法に焦点を当て、夫婦間のコミュニケーションを改善し、病気に関する恐怖心や誤解を減らすための戦略を提案することで、冠動脈性心疾患に対する心理社会的適応を高めることができる。 |
| 49 | M. A. Hlatky; E. D. Charles; F. Nobrega; K. Gelman; I. Johnston; J. Melvin; T. Ryan; R. Wiens; B. Pitt; G. Reeder; et al. | 1995 | Initial functional and economic status of patients with multivessel coronary artery disease randomized in the Bypass Angioplasty Revascularization Investigation (BARI) | BARI (Bypass Angioplasty Revascularization Investigation) で無作為に割り付けられた多枝冠動脈疾患患者の初期機能および経済状態について | 虚血性心疾患 | | Am J Cardiol | 75 | 9 | 34c-11c | | 冠動脈形成術とバイパス手術の無作為化試験では、これらの治療法の長期的な死亡率と心筋梗塞発症率は同等であると仮定されている。したがって、機能的状態、生活の質、雇用、および医療費は、これらの代替血管再建術の有効性を測る重要な尺度となる。BARI (Bypass Angioplasty Revascularization Investigation) に参加した7施設で、SEQOL (Study of Economics and Quality of Life) の補助的研究に登録された。身体機能はDuke Activity Status Indexで、精神的状態はMental Health Inventoryで評価した。また、雇用形態と医療利用率は、研究開始時と追跡調査の3か月間隔で測定した。SEQOLに登録された934名の患者は、BARIの無作為化された残りの895名の患者と類似していた。64歳以下の患者のほとんど（63%）が働いており、働いている患者のほぼ全員（96%）が仕事に復帰することを望んでいた。65歳以上の患者は、世帯収入は低かったが、健康保険の加入率は高かった。全体的な健康状態の評価は、身体的および感情的な状態と有意な相関があった（p < 0.001）。SEQOLに登録されている患者は、BARIの全人口を代表している。SEQOLで収集されたデータは、冠動脈形成術およびバイパス手術後の身体的、精神的、経済的な幸福についての詳細な情報を提供する。 |

| 文献番号 | 筆者 | 発行年 | タイトル | タイトル訳 | 対象疾患 | 治療 | 雑誌名 | Volume | Issue | Pages | DOI | 要旨 |
|------|--|------|---|--|--------|------|------------------------------|--------|-------|---------|---------------------------------|---|
| 50 | F. J. Pashkow | 1995 | Rehabilitation in the patient after myocardial infarction with or without surgical management | 心筋梗塞後の患者におけるリハビリテーション(外科的治療の有無を問わず) | 虚血性心疾患 | リハビリ | Semin Thorac Cardiovasc Surg | 7 | 4 | 240-7 | | 心臓リハビリテーションは、心筋梗塞や冠動脈バイパス手術などの急性冠動脈イベント後の患者を正常な状態に戻すことを主な目的とした、運動トレーニング、心理社会的サポート、教育的複合的な治療法として発展してきた。このプロセスは、治療に入る前にかんりレベルを修正していた患者には特に重要と思われる。心筋梗塞後の心管死率が20~30%減少することで、生存率が向上する。今日の外科患者に対する心臓リハビリテーションは、入院期間の短縮や病気の再発防止にも重要である。既知の冠動脈疾患を持つ患者の危険因子を修正することは、バイパス手術を受けた患者にとって特に重要な意味を持っている。2回目、さらには3回目の冠動脈バイパス手術を受ける患者の割合を増し続けている。最近の研究では、その後の急性冠動脈イベントや将来の血行再建の必要性を減少させることに加えて、冠動脈化の進行を遅らせたり、場合によっては実際に止めたり、遅延させたりする可能性が示唆されている。また、バイパス手術後の生活の質や仕事への復帰、手術による心臓以外の合併症なども重要な問題となっている。 |
| 51 | B. Riegel; I. Gocka | 1995 | Gender differences in adjustment to acute myocardial infarction | 急性心筋梗塞への適応における男女差 | 虚血性心疾患 | | Heart Lung | 24 | 6 | 457-66 | 10.1016/s0147-9563(95)02023-9 | 目的: 初めに急性心筋梗塞を経験した女性と男性のマッチドサンプルにおいて、心理社会的適応、機能クラス、および仕事への復帰を比較する。デザイン: 縦断的調査。設定: 対象者は南カリフォルニア地域の2つの病院から選ばれた。データは入院後1ヶ月と4ヶ月後に自己申告で収集された。対象者は初回AMIを経験した女性32人のデータを、同じサンプルの男性32人と神経症と心機能障害についてマッチさせた。測定方法: 入院後1ヶ月および4ヶ月後に以下の尺度を実施した。Self-Perception Inventory (自尊心)、Profile of Mood States (感情の苦痛)、General Health Perceptions Questionnaire (健康感)、Interpersonal Dependency Inventory (依存性)、UCLA Social Support Inventory (社会的支援)、Eysenck Personality Inventory (神経症)は1ヶ月目に実施した。心機能障害は、病院の記録から得られたデータを用いて測定した。機能クラスは、1ヶ月後にSpecific Activity Scaleを用いて測定した。人口統計および職場復帰に関する自己報告は、それぞれ1ヶ月後と4ヶ月後に行った。結果: 女性は、現在の健康状態に対する認識が改善したのに対し、以前の健康状態に対する評価は低下した。全般的な情緒的苦痛、不安、および抑うつ、女性において時間の経過とともに有意に減少した。女性は、1ヶ月後には男性よりも多くの支援を求め、受け、与えたと報告し、4ヶ月後には男性よりも多くの支援を受け、与えたと報告したが、支援関係のストレスは時間の経過とともに増加した。男性では、不安、抑うつ、健康不安がいずれも時間の経過とともに有意に減少したのに対し、以前の健康状態の評価は上昇した。男性では、望んでいる社会的支援と受けている社会的支援との一致度が時間の経過とともに低下し、受けている支援に対する満足度も低下した。男性は1ヶ月後に女性よりも高い機能クラスを報告したが、4ヶ月後の職場復帰には差がなかった。結論: AMI発症後4ヶ月以内に、女性も男性も心理的適応が改善したが、改善した具体的な領域は異なっていた。仕事への復帰は、機能クラスの速いにもかかわらず、同等であった。女性は男性に比べてAMI後の社会的支援システムをより効果的に活用しているようであった。社会的支援の違いが、女性の標準的なデータから予測されるよりも優れた適応に寄与しているかどうかを明らかにするには、さらなる研究が必要である。 |
| 52 | V. Brezinka; F. Kittel | 1996 | Psychosocial factors of coronary heart disease in women: a review | 女性の冠動脈性心臓病の心理社会的危険因子に関するレビュー | 虚血性心疾患 | | Soc Sci Med | 42 | 10 | 1351-65 | 10.1016/0277-9536(95)0284-7 | 冠動脈性心疾患は、ほとんどの先進国で女性の死因の第1位となっているが、これまでに行われた研究は、男性に比べてはるかに少ない。本稿では、女性の冠動脈性心臓病の心理社会的要因について概観し、社会経済的地位、雇用状況、慢性的な痛みを抱える感情、社会的支援、死別・寡婦など、女性の冠動脈性心臓病の心理社会的危険因子に焦点を当てている。第二の焦点は、冠動脈疾患が顕在化した後の女性の心理社会的適応、すなわち、心筋梗塞や冠動脈バイパス移植後の幸福感、職場復帰、性的活動、リハビリテーションの結果です。1980年から1994年の間に、Medline、Psychlit、Sociofileでコンピュータによる文献調査を行い、これらのテーマに関するすべての研究を収集し、レビューした。女性の冠動脈性心疾患に対する心理社会的適応よりも、冠動脈性心疾患の心理社会的危険因子に関する研究が比較的多く行われている。女性の危険因子としては、社会階級の低さ、教育水準の低さ、仕事と家庭の二重負担、慢性的な痛みを抱える感情、社会的支援の欠如などが明らかになっている。女性の冠動脈性心疾患に対する心理社会的適応については、データが少なく、女性の大規模なサンプルを含む、性別を調整した研究が必要である。心筋梗塞後の女性の心理社会的適応は男性よりも悪いようだが、冠動脈バイパス移植後の適応に関する結果は結論が出ていない。心筋梗塞または冠動脈バイパス移植後の職場復帰率は、男性よりも女性のほうが低い。心筋梗塞や冠動脈バイパス移植後の女性の性的活動に関するデータは少なく、この結論に関する医師のカウンセリングは全くないようである。リハビリテーションの成果に関する研究では、男性よりも女性のほうがプログラムの受講率、アドヒアランスが低く、脱落率が有意に高いことが報告されているが、心臓リハビリテーションを完了した女性は、男性と同等かそれ以上の機能改善を示している。 |
| 53 | K. J. Petrie; J. Weinman; N. Sharpe; J. Buckley | 1996 | Role of patients' view of their illness in predicting return to work and functioning after myocardial infarction: longitudinal study | 心筋梗塞後の職場復帰と機能回復の予測における患者の疾病観の役割: 縦断的研究 | 虚血性心疾患 | | Bmj | 312 | 7040 | 1191-4 | 10.1136/bmj.312.7040.1191 | 目的: 患者の心筋梗塞に対する初期認識が、その後の心臓リハビリテーションコースへの参加、職場復帰、障害、性功能障害を予測するかどうかを検査する。デザイン: 初めの心筋梗塞で入院したときと、3ヶ月および6ヶ月後の追跡調査で、患者の病状に対する認識を測定した。セッティング: ニューゼーランドのオークランドにある2つの大きな教育病院。対象者: 初めに心筋梗塞を発症した65歳未満の連続した143名の患者。主要評価項目: リハビリテーションコースへの参加、職場復帰までの期間、睡眠と休息、コミュニケーション能力、家庭管理に関する疾病影響度調査票による障害の測定、および性功能障害。結果: リハビリテーションコースへの参加は、病気が治る、あるいはコントロールできるという入院中の信念の強さと有意に関連していた ($t=2.08, P=0.04$)。6週間以内の職場復帰は、病気が短期間で終わる ($t=2.52, P=0.01$)、患者にとって重大な結果をもたらさないという認識と有意に関連していた ($t=2.87, P=0.005$)。心臓病の回復に関する信念は、その後の家族、コミュニケーション活動、社会的交流による障害と有意に関連していた。強い病気のアイデンティティは、3ヶ月後と6ヶ月後の両方において、より大きな性功能障害と有意に関連していた。結論: 患者の病状に対する初期認識は、心筋梗塞後の回復のさまざまな側面を決定する重要な要素である。リハビリテーションプログラムの成果を最適化するための基盤として、特定の病気の認識を早い段階で特定する必要がある。 |
| 54 | S. J. Pocock; R. A. Henderson; P. Seed; J. Treasure; T. R. Hampton | 1996 | Quality of life, employment status, and anginal symptoms after coronary angioplasty or bypass surgery. 3-year follow-up in the Randomized Intervention Treatment of Angina (RITA) Trial | 冠動脈形成術またはバイパス手術後の生活の質、雇用状況、および狭心症の症状。狭心症の無作為化介入治療 (RITA) 試験における3年間の追跡調査 | 虚血性心疾患 | | Circulation | 94 | 2 | 135-42 | 10.1161/01.cir.94.2.135 | 背景: Randomized Intervention Treatment of Angina (RITA) 試験は、狭心症患者1011名を対象に、経皮的冠動脈形成術 (PTCA) と冠動脈バイパス移植手術 (CABG) の初期方針を比較したものである。本報告では、3年間の追跡調査で、これらの血行再建術が狭心症、QOL (Nottingham Health Profileによる)、および雇用性に与える影響を評価した。方法と結果: いずれの治療法も、QOLのすべての側面 (エネルギー、痛み、情動反応、睡眠、社会的孤立、移動性) と、日常生活の7つの側面に顕著な改善をもたらした。2年目の狭心症患者は、狭心症のない患者よりもQOLが低下していたが、その健康感と生活の質は同等であった。これは、ベースラインで狭心症のグレードとQOLが密接に関連していることを反映している。PTCA患者がCABG患者と比較してQOLが劣る傾向は、特に6ヶ月後に狭心症を発症する可能性が有意に高いことに起因する。就業状況は主に60歳未満の男性を対象に調査した。PTCA患者の半数が職場復帰が早かった (2ヶ月後に40%、CABG患者では10%)、5ヶ月後には患者がいた。2年後には、CABG患者の22%とPTCA患者の25%が職を失った。5年後には狭心症を有する患者は、そうでない患者よりもはるかに無難な可能性が高かった。結論: 狭心症が生活の質や失業率に与える影響は、PTCAまたはCABGによって大きく緩和される。狭心症はCABGの方がより回復できるが、PTCAの方がより早く仕事に復帰できる。その後、どちらの介入戦略も数年間わたって生活の質と同様の効果をもたらす。 |
| 55 | B. Hüssler; M. Keck | 1997 | [Improvement in occupational rehabilitation of myocardial infarct patients—results of a model study in Rhineland-Pfalz] | [心筋梗塞患者の職業的リハビリテーションの改善—モデル研究の結果] | 虚血性心疾患 | リハビリ | Rehabilitation (Stuttg) | 36 | 2 | 106-10 | | ラインラント・プファルツ州で行われたパイロット試験では、心筋梗塞患者の医学的・職業的リハビリテーションを最適化するための2つの方法が検証された。(1) 地域の心臓病学ワーキンググループが設立され、モデル地域の病院でリハビリテーションプロセスを促進するための方法を模索した。(2) パイロット・リハビリテーション・クリニックでは、ケース・マネジメント・トータル・スキームの下、患者のためのカウンセリング・サービスを提供した。その結果、心筋梗塞から3週間後に活動的役割を果たした患者は、標準治療を受けた患者の割合が0.54に比べて、パイロット・トライアルの患者 (症例群) の0.77に増加した。入院中のリハビリテーションは、症例群の患者が、雇用者と復職について話し合った割合が高かった。リハビリテーション後、職業上の将来はまだ不安であったが、対照群の29.5%以上、症例群の13.2%であった。症例群の91.8% (対照群の64%) は、SGB 74条に基づく段階的な職場復帰の支援の可能性について説明を受けており、リハビリテーション開始から半年後には、症例群の56.3% (対照群の50%) が職場復帰を果たしていた。 |
| 56 | BARI investigator s | 1997 | Five-year clinical and functional outcome comparing bypass surgery and angioplasty in patients with multivessel coronary disease. A multicenter randomized trial. Writing Group for the Bypass Angioplasty Revascularization Investigation (BARI) Study Investigators | 多枝冠動脈疾患患者におけるバイパス手術と血管形成術を比較した5年間の臨床的および機能的転帰。多施設共同無作為化試験であるBARI (Bypass Angioplasty Revascularization Investigation) 研究会の執筆グループ | 虚血性心疾患 | | Jama | 277 | 9 | 715-21 | | 目的: 冠動脈バイパス移植手術 (CABG) と経皮的冠動脈形成術 (PTCA) で5年生存率が同程度であった患者の臨床的および機能的状態を比較する。デザイン: 1829人の患者を対象とした無作為化試験で、平均5.4年間の追跡調査を行った。参加対象者: CABGとPTCAの両方に適した多枝冠動脈疾患を有し、過去に血行再建を受けていない患者。介入: 無作為化後2週間以内に冠動脈バイパス移植またはPTCAを実施。結果: 結果測定: 臨床、運動耐性試験の結果、薬の使用状況、QOL (生活の質) の評価を、無作為化後〜14週目、1、3、5年目に実施。解析方法: Intention to treat。結果: PTCAとCABGに割り付けられた患者の無難な差は、4~14週目の73%対95% ($P<0.001$) から、5年目の71%対85% ($P=0.007$) に減少した。運動耐性の狭心症と虚血性心疾患については、両群の差は有意ではなかった。1年後以降の追跡調査では、生活の質、仕事への復帰、変遷や運動耐性の修正、コストパフォーマンスは2つの治療法の間で同等であった。CABGに割り付けられた患者と比較して、PTCAに割り付けられた患者では、抗血栓薬の使用率が低かったが、その他の薬については差がなかった。5年後に狭心症でなくなった患者のうち、PTCAを受けた患者の52%が最初の治療後に再治療を必要としたのに対し、CABGを受けた患者では16%であった。結論としては、狭心症と運動耐性低下の発生率における治療法の差が縮まったことは、CABGに割り付けられた患者が症状をより戻したと、PTCAに割り付けられた患者が外科的処置を増やしたことに由来すると思われる。PTCAに割り付けられた患者は、QOLと5年生存率が同等であることから、より高い残存虚血率に耐えられることが明らかである。 |
| 57 | E. Engblom; K. Korpi; H. Hämlä; T. Rönkä; M. P. Puukka | 1997 | Quality of life and return to work 5 years after coronary artery bypass surgery. Long-term results of cardiac rehabilitation | 冠動脈バイパス手術から5年後のQOLと仕事への復帰。心臓リハビリテーションの長期的結果 | 虚血性心疾患 | | J Cardiol Rehabil | 17 | 1 | 29-36 | 10.1097/0008483-199701000-00004 | 背景: リハビリテーションは虚血性心疾患の患者の治療において重要な役割を果たしている。そのため、冠動脈バイパス手術 (CABS) を受けた患者の多くは、心臓リハビリテーションプログラムにも参加している。本研究は、リハビリテーションがCABS後の生活の質や仕事への状態に影響するかどうかを調べるために実施した。方法: 選択的CABSを受けた連続した患者を、リハビリテーション群 ($N=119$) と病院治療群 ($N=109$) に無作為に割り付けた。すべての患者は通常の医療を受けた。RITAは無作為化とカウンセリングを中心としたリハビリテーションプログラムに参加した。観察期間は5年であった。健康関連QOLの測定指標は、心臓の症状、機能クラス、運動能力、薬の使用、抑うつ、患者の健康に対する認識、生活全般であった。知覚的疼痛の指標としてNottingham Health Profileを用いた。結果: 症状、薬の使用、運動能力、うつ病のスコアは、RITAとRITAで差がなかった。CABSから5年後、RITAの患者はRITAの患者に比べて、Nottingham Health Profileの身体的移動の制限が少なくと報告し ($P=0.005$)、健康 ($P=0.03$) と全体的な生活の質 ($P=0.02$) を良好と認識している患者はRITAよりもRITAの方が多かった。仕事をしている人の割合の増加は、CABS後3年の時点でRITAよりもRITAの方が多かった ($P=0.02$)、他のフォローアップの時点ではなかった。結論: CABS後に通常の医療に加えて心臓リハビリテーションプログラムを行うことで、健康状態が改善したという認識が得られる可能性がある。仕事への復帰への影響は限定的である。 |
| 58 | N. Brown; M. Melville; D. Gray; T. Young; J. Munro; A. M. Skeen; J. R. Hampton | 1999 | Quality of life four years after acute myocardial infarction: short form 36 scores compared with a normal population | 急性心筋梗塞から4年後の生活の質: ショート形式36スコアと通常人口と比較 | 虚血性心疾患 | | Heart | 81 | 4 | 352-8 | 10.1136/hl.81.4.352 | 心筋梗塞が4年生存者の生活の質に与える影響を「地域社会の標準」のデータと比較して評価し、生活の質の低下に関連する要因を明らかにする。デザイン: ノッティングハム心臓発作登録に基づくコホート研究。設定: 都市部と農村部にまたがる2つの地区総合病院。対象者: 1992年に急性心筋梗塞で入院し、中央値で4年後に生存していた全患者。主要評価項目: ショート・フォーム36 (SF36) の領域得点と総合得点。結果: 1992年に急性心筋梗塞で入院した900名の患者のうち、1997年にアンケートに回答できる状態で生存していた患者は476名であった。回答率は42.4% (89.1%) であった。年齢と性別を調整した標準データと比較すると、65歳未満の患者は8つの領域すべてで得点を示し、その中でも身体機能 (平均差20ポイント)、身体的役割 (平均差23ポイント)、一般的健康 (平均差19ポイント) の領域が大きかった。65歳以上の患者では、平均的なスコアは地域社会の基準に近いものだった。多変量分析の結果、QOLの低下は、体質不調による復讐不調、冠動脈疾患の必要性、不安、睡眠不足、収入不足、復讐不調、2種類の以上、2種類の以上の治療法が必要な患者、週1回以上の胸痛の頻度、Rose dyspnoeaスコアが3以上であることと密接に関連していた。結論: SF36は、実際の臨床家に貴重な追加情報を提供する。地域社会の標準と比べて、QOLに最も大きな影響を与えるのは労働年齢の患者である。生活の質の低下は、仕事にできない患者、狭心症や弱冠動脈を有する患者、肺疾患を併発している患者、不安や睡眠障害を有する患者で報告された。心筋梗塞後の生活の質を向上させることは、医師にとっての課題である。 |

| 文献番号 | 筆者 | 発行年 | タイトル | タイトル訳 | 対象疾患 | 治療 | 雑誌名 | Volume | Issue | Pages | DOI | 要旨 |
|------|--|------|--|---|--------|--------|----------------------|--------|-------|---------|----------------------------------|---|
| 59 | K. R. Robinson | 1999 | Envisioning a network of care for at-risk patients after myocardial infarction | 心筋梗塞後のリスクのある患者さんのためのネットワークの想定 | 虚血性心疾患 | | J Cardiovasc Nurs | 14 | 1 | 75-88 | 10.1097/0005082-199910000-00008 | 心筋梗塞は、その有病率の高さから、引き続き重要な医療問題となっている。治療法によって生存率が向上する一方で、心筋梗塞という人生の一大事に適応し、再発を防ぐ方法を学ばなければならない人も増えている。回復には困難が伴うが、多くの患者さんは、感情的な苦痛、死への恐怖、家族の混乱を経験し、生理学的に可能であっても仕事に復帰できず、以前のレベルの活動に戻ることができない。急性期の管理戦略は引き続き標準サイズを抑えることを目的としているが、患者と家族の反応に対するリアルタイムアプローチは、症状が現れたときに迅速な治療を求めると、心理的な適応、ストレスの軽減、セルフケアとストレス管理のための患者と家族の教育を目標としなければならないと述べている。急性心筋梗塞の入院期間が短縮されるにつれ、医療専門家間のかつ協力的なアプローチを行い、心筋梗塞のリスクを持つ患者が満足いく生産的で健康的な生活を送るために必要なあらゆる情報とサポートを提供しなければならない。看護師がこの課題に取り組むだけでなく、その努力をリードするための優れた方法は、心筋梗塞リスクのある患者のケアネットワークを構築することであろう。 |
| 60 | J. S. Skinner; M. Farrer; C. J. Albers; H. A. Nell; P. C. Adams | 1999 | Patient-related outcomes five years after coronary artery bypass graft surgery | 冠動脈バイパスグラフト手術後5年間の患者関連アウトカム | 虚血性心疾患 | バイパス術後 | Qjm | 92 | 2 | 87-96 | 10.1093/qjmed/92.2.87 | イングランド北部で、安定した狭心症に対して初めて冠動脈バイパスグラフト手術 (CABG) を受けた連続した353人の患者を5年間にわたり前向きに調査した。狭心症は、ほぼすべての患者で術前に認められ、術後3ヵ月後には20%、6ヵ月後には48%が認められた。Nottingham Health Profileによると、術前に比べて術後12ヵ月と60ヵ月後のPHS (Perceived Health Status) が有意に改善した。しかし、60ヵ月後のPHSは、パート1の「痛み」と「身体的運動能力」、パート2の「家庭での世話」と「休日の過ごし方」において、12ヵ月後よりも悪化した。就業率は、術前、術後12ヵ月、60ヵ月で、それぞれ36%、34%、21%であった。12ヵ月後および60ヵ月後の就業率は、年齢が定年未満であること、手術前に働いていたこと、狭心症がなかったことと関連し、12ヵ月後は月あたり、60ヵ月後は月あたりであることも関連していた。この研究は、日常の臨床現場を描写しています。CABG後の狭心症症状とPHSの有意な改善は、少なくとも5年間は持続する。しかし、この地域では患者の3分の1が仕事に復帰しておらず、これは臨床症状だけに依存しているわけではない。 |
| 61 | Y. Soejima; A. Steptoe; S. Nozoe; C. Tei | 1999 | Psychosocial and clinical factors predicting resumption of work following acute myocardial infarction in Japanese men | 日本人男性の急性心筋梗塞後の仕事再開を予測する心理社会的および臨床的要因 | 虚血性心疾患 | | Int J Cardiol | 72 | 1 | 39-47 | 10.1016/s0167-5273(99)01517-6 | 日本人男性患者を対象に、急性心筋梗塞後の仕事再開、仕事復帰の遅れ、仕事の活動レベルに関連する心理社会的および臨床的要因を調査した。初発の急性心筋梗塞を経験した、66歳以下でフルタイムの仕事に就いている既婚男性患者111名が参加しました。入院中に面接と質問票を実施し、仕事に関する転帰の潜在的な予測因子を評価し、平均8ヵ月後に追跡調査 (81.6%) を行った。その結果、復帰できないことは、高齢 (P=0.019)、内向的な性格 (P=0.011)、入院中の抑うつ症状の有無 (P=0.031) によって独立して予測された。職場復帰の遅れは、健康への関心の高さ (P=0.011)、社会的支援の低さ (P=0.021)、ストレスや対処法と病気の関連性を認識していないこと (P=0.001) によって予測された。休業前よりも低い活動レベルで仕事を再開することは、年齢が高いこと (P=0.008)、健康への関心が高いこと (P=0.012)、仕事の活動レベルが低下することを患者が予測していること (P=0.001) と関連していた。休業の長さや重症度に関連する仕事に関する転帰を予測しなかった。以上の結果から、仕事中心の生活を送る日本人男性においては、心理社会的要因が仕事の再開に関連しており、異なる要因が異なる仕事の結果に重要であると結論づけた。また、重要であるとされた臨床的要因は、教育水準や重症度で確認されているものと類似していた。 |
| 62 | K. E. Covinsky; M. M. Chren; D. L. Harper; L. E. Way; G. E. Rosenthal | 2000 | Differences in patient-reported processes and outcomes between men and women with myocardial infarction | 心筋梗塞患者の男女間における患者報告プロセスとアウトカムの違い | 虚血性心疾患 | | J Gen Intern Med | 15 | 3 | 169-74 | 10.1046/j.1525-1497.2000.01269.x | 目的: 心筋梗塞の男性と女性のケアの違いを測定するこれまでの研究は、処置の使用や死亡率の違いに焦点を当てていた。しかし、対人関係におけるケアのプロセスや健康状態など、患者が報告するプロセスや結果の違いについてはほとんど知られていない。我々の目的は、最近心筋梗塞で入院した男性と女性について、患者が報告する指標の違いを測定することである。参加者と設定 クリニック地域の27の病院のいずれから自宅に退院した心筋梗塞患者を対象に、退院から3ヵ月後に調査を行ったところ、783人(中502人 (64%) から回答を得た。対象者の平均年齢は65歳で、40%が女性であった。測定法: プロセス評価は、入院中および退院後のコミュニケーションの質、入院中の健康教育に関する話し合いの報告などであった。アウトカム指標は、Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Surveyの身体的および精神的健康スコア、労働状態の変化、体調不良のために欠けた日数などであった。年齢、その他の人口統計学的特性、併存疾患、心筋梗塞の重症度、入院前の世界的な健康状態を調整した多変量解析を用いて、男性と女性の経過と結果を比較した。主な結果: 多変量解析では、入院中または退院時に少なくとも1つのコミュニケーションの問題を報告する確率は、男性と同様に女性も高かった (オッズ比 [OR] 0.86、95%信頼区間 [95%CI] 0.56~1.33、OR 1.24、95%CI 0.82~1.89)。89)、退院前に食事のアドバースを受けた (OR 0.60、95%CI 0.36~1.01)、胸の痛みを感じたときの対処法を教えたもらった (OR 1.21、95%CI 0.66~2.23)、タバコを吸っている場合には禁煙方法についてアドバイスを受けた (OR 0.64、95%CI 0.26~1.58) と回答した人もいました。しかし、退院後3ヵ月後には、女性は身体的健康 (P<0.05) と精神的健康 (P<0.05) の悪化を報告し、体調不良のためにベッドで過ごすことを報告する傾向が強くなった (OR 1.80、95%CI 1.06~3.05)、心筋梗塞の前よりも仕事量が減ったと報告する傾向が強くなった (OR 4.02、95%CI 1.58~10.20)。結論: 患者の報告で測定されたケアのプロセスに関しては、心筋梗塞の女性はケアの質が男性と同様であった。しかし、心筋梗塞の女性は3ヵ月後には、女性は男性よりも健康状態が悪く、仕事に復帰する可能性が低かった。 |
| 63 | A. Mital; D. E. Shrey; M. Govindaraju; T. M. Broderick; K. Colon-Brown; B. W. Gustin | 2000 | Accelerating the return to work (RTW) chances of coronary heart disease (CHD) patients: part 1—development and validation of a training programme | 冠動脈性心臓病 (CHD) 患者の職場復帰 (RTW) を促進するために: パート1—職業リハビリテーションプログラムの開発と検証 | 虚血性心疾患 | | Disabil Rehabil | 22 | 13-14 | 604-20 | 10.1080/09638280050138287 | 目的: 従来の第2次心臓リハビリテーション (CR) プログラムでは、35歳以上とわかって冠動脈性心疾患 (CHD) 患者の職場復帰の改善が見られなかった。国立障害者リハビリテーション研究所がスポンサーとなっているこの年間の現場主導型研究では、従来のCRプログラムと、仕事の要素をシミュレートした低強度のCRプログラム (Job-Simulated CRプログラム) を、職場復帰 (RTW) と生理学的コンディションの観点から比較している。また、仕事を模したCRプログラムに参加した患者の身体能力に対するトレーニングの効果についても同様に関心があった。方法: 30名の患者 (バイパス術15名、血管形成術15名、男性15名、女性15名) が、従来のCRプログラム (対照群) に参加した。仕事を模したCRプログラムには、男性15人、女性2人のバイパスと血管形成術の患者が参加した (実験群)。対照群の患者は、通常の有酸素運動トレーニング (トレッドミルと自転車) を行った。実験群の患者は、プログラムアップ、タイム-エクササイズ、柔軟性エクササイズ、並行してワークアウトと一連の低強度エクササイズに参加した。結果: 低強度の仕事模したCRプログラムに参加した患者は、全員、心筋梗塞 (MI) 発症時と同じ仕事に復帰した。一方、対照群では60%の患者が仕事に復帰し、そのうち少なくとも3分の1の患者はM1発症時に戻れなかった。両グループの患者は、同じレベルの生理学的コンディションを達成した。実験群の患者の身体機能能力は、トレーニングを通して著しく向上した。結論: このフェーズ2の研究の結果から、仕事の要素をシミュレートした低強度の第2次心臓リハビリテーションプログラムは、患者の職場復帰という点で、従来の持久力運動をベースとした心臓リハビリテーションプログラムよりもはるかに優れている可能性があるという結論が得られた。また、このようなプログラムは、患者の生理学的コンディションを換なうことなく、患者を強化し、身体能力を向上させることができる。 |
| 64 | D. E. Shrey; A. Mital | 2000 | Accelerating the return to work (RTW) chances of coronary heart disease (CHD) patients: part 2—development and validation of a vocational rehabilitation programme | 冠動脈性心疾患 (CHD) 患者の職場復帰 (RTW) を促進するために: パート2—職業リハビリテーションプログラムの開発と検証 | 虚血性心疾患 | | Disabil Rehabil | 22 | 13-14 | 621-6 | 10.1080/09638280050138296 | 目的: 本論文は、2部構成のうちの第2部であり、第1部で報告された実験的実地調査に参加した冠動脈性心臓病患者の職場復帰の結果をレビューする。本研究の結果は、様々な仕事における肉体的・精神的要求に関連した特定の仕事上のストレス要因を反映していた。また、「タイムアウト」と呼ばれる性格的特徴や心疾患の危険因子が、職場復帰に影響を与える可能性があることが示された。方法: 結果: 実験対象者の多くは、比較的高いレベルの仕事満足度を報告した。復帰への期待が高にもかかわらず、これらの患者は、具体的な復職行動計画を促進するための具体的な戦略やリソースを欠いていた。結論: 研究者らは、心臓リハビリテーションスタッフが心臓病患者の職場復帰計画を立てる際には、仕事の物理的および心理社会的側面、雇用者の受容性、安全でタイムリーな職場復帰を促進するために必要な要素を検討することが不可欠であると結論づけた。 |
| 65 | A. C. Leon; L. Portera; J. T. Walkup | 2001 | The development and evaluation of the brief depression screen in medically ill disability claimants | 医学的に病的な障害を持つ申請者を対象とした簡易うつ病スクリーニングの開発と評価 | 虚血性心疾患 | | Int J Psychiatry Med | 31 | 4 | 389-400 | 10.2190/a.2e4-976y-bw2q-d9xc | 目的: プライマリケアにおけるうつ病の有病率が高いことを示す文献がある。しかし、医療従事者のために特にデザインされ、評価された簡単なうつ病スクリーニングが必要である。我々の目的は、重度の医学的障害を持つ長期障害者を対象とした、簡単なうつ病スクリーニングを開発し、検証することである。方法: 本研究では、がん、糖尿病、心筋梗塞、関節リウマチ、脳卒中、多発性硬化症のいずれかの病気を持つ55歳未満の長期障害申請者480名を対象とした。各被験者は、26の潜在的なスクリーニング項目を含む質問票を記入しました。対象者の一部には、DSM-IVのうつ病およびジスキミア診断のゴールドスタンダードとなっているSCIDを投与した。結果: 大うつ病性障害とジスキミアのための3項目のスクリーニングである「簡易うつ病診断」が開発された。対象者の約34%が大うつ病性障害またはジスキミアの基準を満たしていた。簡易うつ病診断では、このサンプルのうち75%の被験者が検出された。さらに、スクリーニングの結果が陽性であった被験者の半数が、うつ病またはジスキミアの基準を満たしていた。これらの結果は、8項目のBurnamスクリーニングの結果と同等であるが、より広く使用されている20項目のCES-Dほどの感度はない。結論: Brief Depression Screenは、重症の長期障害申請者に使用するために開発・評価された。実際には、うつ病のスクリーニングが陽性であっても、訓練を受けた臨床家が実施する包括的な診断評価を行う必要がある。精神科以外の医学的疾患を持つ障害者のうつ病を同定し治療することで、併存する医学的疾患があっても職場復帰が容易になるかどうかについては、さらなる研究が必要である。 |
| 66 | O. Mittag; K. D. Kolenda; K. J. Nordman; J. Bernien; C. Maurischat | 2001 | Return to work after myocardial infarction/coronary artery bypass grafting patients' and physicians' initial viewpoints and outcome 12 months later | 心筋梗塞/冠動脈バイパスグラフト術後の職場復帰: 患者と医師の初期視点と12ヵ月後の転帰 | 虚血性心疾患 | | Soc Sci Med | 52 | 9 | 1441-50 | 10.1016/s0277-9536(00)02501-1 | 心筋梗塞やCABG後に患者が仕事を再開するかどうかを決定するには、医療外的要因が重要な役割を果たしている。本研究では、以下のような疑問を持っている。職業上の障害に関する医師と患者の判断の根拠は何か、誰が仕事に復帰し、誰が復帰しないかを予測するための決定の必要要因は何か。対象となったのは、心臓リハビリテーションプログラムに参加している男性患者132名、年齢層は40歳から59歳までの患者に限定した。リハビリテーション後12ヵ月間の仕事の状況は、119人の対象者について明らかにされており、74人が職業を再開していた。回復分の結果、障害と再就職に関する患者と医師の見解は異なる要因に基づいていることがわかった。医師は主に医学的変数 (心疾患の状態と併存疾患) から推定値を導き出しているのに対し、患者の見解は全体的な健康状態、以前の仕事の状況、仕事への満足度、ジスキミアの否定的なイベントに基づいている。全症例の85%で再就職の予測可能な3つの変数が見つかった。(1)年齢、(2)心臓疾患による障害の程度に関する患者の気持ち、(3)患者の医学的状況全般による職業上の障害の程度に関する医師の見解。医学的変数 (心疾患の状態など) は、再就職にはほとんど関連していなかった。この結果は、心臓リハビリテーションへの影響に関して結論づけられた。 |
| 67 | T. Kushnir; O. Luria | 2002 | Supervisors' attitudes toward return to work after myocardial infarction or coronary artery bypass graft | 心筋梗塞または冠動脈バイパスグラフト後の職場復帰に対する上司の態度 | 虚血性心疾患 | | J Occup Environ Med | 44 | 4 | 331-7 | 10.1097/00043764-200204000-00013 | 職場の監督者は職場復帰のプロセスにおいて重要な役割を果たしていると考えられるが、この効果についての科学的な文献はほとんどない。本研究では、心筋梗塞や冠動脈バイパス術後の従業員の職場復帰に関する上司の反応、態度、不安を調査した。復職した従業員の監督者58名が、産業医・看護師、心臓病患者、経験豊富な監督者へのインタビューをもとにした自己報告式のアンケートに回答した。上司は、心臓病患者の職業リハビリテーションの成功に大きく貢献していると考えており、産業医との継続的な相談の重要性を強調した。しかし、回答者の多くは、このような従業員は、初期には職業機能が低下していることが多く、特別な注意やサポートが必要であるため、かなりの程度問題があると考えていた。 |

| 文献番号 | 筆者 | 発行年 | タイトル | タイトル訳 | 対象疾患 | 治療 | 雑誌名 | Volume | Issue | Pages | DOI | 要旨 |
|------|--|------|--|--|--------|--------|-------------------------------|--------|-------|---------|-----------------------------------|---|
| 68 | L. Pilote; C. Lauzon; T. Huynh; D. Dion; R. Roux; N. Racine; S. Carignan; J. G. Diodati; C. Lévesque; F. Charbonneau; J. Pouliot; L. Joseph; M. J. Eisenberg | 2002 | Quality of life after acute myocardial infarction among patients treated at sites with and without on-site availability of angiography | 現場での血管造影が可能な施設と不可能な施設で治療を受けた患者の急性心筋梗塞後のQOLについて | 虚血性心疾患 | | Arch Intern Med | 162 | 5 | 553-9 | 10.1001/archinte.162.5.553 | 背景：これまでの研究では、血管造影が可能な施設と不可能な施設に入院した急性心筋梗塞 (AMI) 患者の治療と転帰を比較した。死亡率は違いないが、QOL (生活の質) や機能的状態に違いがあるかどうかは不明である。方法：ケベック州内の血管造影が可能な5施設 (n = 253) と不可能な5施設 (n = 334) で治療を受けたAMI患者のQOLと機能的状態を測定した。結果：入院時の臨床的特徴、合併症の発生率、QOLと機能的状態のベースライン測定値は、血管造影を行った施設と行わなかった施設で同等であった。入院中、血管造影を行った施設で治療を受けた患者は、血管造影を行わなかった施設に入院した患者よりも機能的な心臓手術を受けられる可能性が高かった (血管造影：63%対26%、経皮的冠動脈形成術：33%対13%、冠動脈バイパスグラフト：12%対5%)。AMI発症後30日目と6ヶ月目には、QOLは血管造影を行った施設でわずかに優れていたが、1年後には、QOLのほとんどの指標はどちらの施設でもベースラインに落ち、2群間で類似していた。6ヶ月後には、健康関連の標準的なQOLのほとんどの項目は同程度であったが、身体的および精神的な夜間の制限のみが血管造影を行った施設で高かった。仕事への復帰も早く (30日後、23%対12%)、狭心症で再入院した患者の割合も血管造影を行った施設で低かった (AMI発症1年以内、12%対18%)。結論としてはAMI発症後早期において、血管造影を行った施設に入院した患者のQOLは、血管造影を行わなかった施設に入院した患者のQOLよりも高かった。しかし、1年後には、患者のQOLと機能的状態は両群で同等であった。QOLの差は、治療法の差が最も大きいときに生じたものであり、AMI後のケアにおける早期の機能的アプローチとQOLの改善との間には、小さいながらも肯定的な関連性があることが裏付けられた。 |
| 69 | P. Sellier; P. Varalliac; G. Chatellier; M. C. D'Agost-Boiteux; H. Duard; C. Dubois; P. C. Goeffert; C. Monpère; A. S. Pierre | 2003 | Factors influencing return to work at one year after coronary bypass graft surgery: results of the PERISCOPE study | 冠動脈バイパスグラフト手術後1年目の職場復帰に影響する因子：PERISCOPE試験の結果 | 虚血性心疾患 | バイパス術後 | Eur J Cardiovasc Prev Rehabil | 10 | 6 | 469-75 | 10.1097/11hj.00000106837.97722.86 | 目的：本研究の目的は、PERISCOPE研究に含まれる60歳未満の職業的に活動的な患者のサブグループを対象に、冠動脈バイパスグラフト手術後の仕事への復帰の予測因子を評価することであった。方法：本研究では、2065名の患者を対象に、運動負荷試験、心エコー図、24時間の外来心電図モニターを用いて、術後20-10日目に評価した。術後1年後にアンケート調査を実施した。我々は、この集団のサブグループを調査し、以前に定義された530名の患者 (94.5%が男性、平均年齢：50.5±5.5歳) で構成された。結果：手術の1年後、これらの患者のうち5.5%が死亡し、21.1%が追跡調査不能となった。残った患者のうち、340名 (67.5%) は仕事に復帰した。40名 (7.5%) が転職、45名 (8.9%) が病気で休職、22名 (4.4%) が無職、49名 (9.7%) が期限の12ヶ月後に復帰、6名 (1.6%) が復帰に関する情報が不十分であった。多変量解析では、復帰できない独立した予測因子として、年齢が51歳以上であること (OR: 0.39 (95%CI: 0.25-0.59))、肉体的労働者であること (OR: 0.49 (95%CI: 0.31-0.79))、前房ガラス体出血 (OR: 0.42 (95%CI: 0.23-0.74))、狭心症の有無 (OR: 0.40 (95%CI: 0.20-0.82))、呼吸困難 (OR: 0.46 (95%CI: 0.28-0.77))、運動時間420秒未満 (OR: 0.50 (95%CI: 0.33-0.76)) であった。CONCLUSIONS 冠動脈バイパスグラフト手術後の職場復帰率は67.5%の症例で認められ、基本的には社会経済的な要因と既存する症状に依存する。また、地域的な影響も認められ、さらなる検討が必要である。 |
| 70 | E. Söderman; J. Lisspers; O. Sundin | 2003 | Depression as a predictor of return to work in patients with coronary artery disease | 冠動脈疾患患者の職場復帰の予測因子としての抑うつ状態 | 虚血性心疾患 | | Soc Sci Med | 56 | 1 | 193-202 | 10.1016/S0277-9536(02)0024-2 | 冠動脈疾患 (CAD) の転帰におけるうつ病の重要性がますます認識されている。本研究の目的は、スウェーデンで実施された行動指向型のリハビリテーションプログラムに参加してから12か月以内に、フルタイムおよび労働時間を短縮して仕事に復帰することの予測因子としてのうつ病の力を調べることであった。サンプルは、最近、急性心筋梗塞 (AMI, n=85) を経験したか、冠動脈バイパス手術 (CABG, n=73) または冠動脈形成術 (PTCA, n=40) を受けた被験者198名であった。その結果、介入前の臨床的うつ病 (Beck Depression Inventory) による測定値が15以上) は、フルタイムでも (オッズ比0.43, CI=0.15-28.21)、短時間の労働でも (オッズ比0.44, CI=0.10-18.53)、仕事の再開に大きな影響を与えたが、軽度のうつ病 (BDI 10-15) は、フルタイムでの仕事の再開にも多量の影響を与えた (オッズ比2.89, CI=1.08-7.70)。また、学歴とフルタイムの場合は年齢も仕事の再開を予測した。この結果は、CADイベント後の仕事への復帰に関連する抑うつ症状の重要性を強調している。うつ病の治療が仕事復帰率とどの程度向上させるかを詳しく調べるには、さらなる研究が必要である。 |
| 71 | L. V. Toms; M. E. O'Neill; A. Gardner | 2003 | Long-term risk factor control after a cardiac rehabilitation programme | 心臓リハビリテーションプログラム後の長期的な危険因子のコントロール | 虚血性心疾患 | リハビリ | Aust Crit Care | 16 | 1 | 24-8 | 10.1016/S1036-7314(03)0025-5 | 本研究では、第2期心臓リハビリテーション参加者 (CRP) は、心筋梗塞後18ヵ月から36ヵ月の間に、非参加者 (NP) に比べて、長期的なリスクファクターのコントロール、自己評価による健康感、職場復帰率が良好であるという仮説を検証した。この研究は550名の病院で行われた比較的研究である。両群の約半数が総コレステロール (TC) 5.5mmol/L以下を達成していなかった。NPと比較して、CRPはTCが5.5mmol/L以下である割合が有意に高かった (7%対28%) (p=0.006)。また、TCが6.5mmol/L以上のNPは、治療を受けている割合が有意に低かった (p=0.002)。CRPはNPよりも定期的に運動をしている率が高かった (79%対61%) (p=0.038)。血圧の目標値に対する成功率、職場復帰率、自己評価による健康感、両群とも同程度であった。結論として、CRPはNPよりもいくつかの危険因子を長期的にコントロールすることができた。本研究は、オーストラリアの心臓リハビリテーション (CR) プログラム後の心臓病の患者のアウトカムを比較し、さらなるワークアウト測定を形成するものである。 |
| 72 | E. Broadbent; K. J. Petrie; C. J. Ellis; J. Ying; G. Gamble | 2004 | A picture of health-myocardial infarction patients' drawings of their hearts and subsequent disability: a longitudinal study | 健康の絵-心筋梗塞患者が描いた心臓の絵とその後の障害：縦断的研究 | 虚血性心疾患 | | J Psychosom Res | 57 | 6 | 583-7 | 10.1016/j.psychres.2004.03.014 | 目的：本研究の目的は、心筋梗塞患者が描いた心臓の絵が、その後の仕事への復帰、運動、症状に対する苦痛、3ヵ月後の回復感を予測するかどうかを検討することである。方法：急性心筋梗塞で入院した70歳未満の連続した74名の患者が退院直前に自分の心臓の絵を描いた。退院前、70歳未満の患者74名に心臓の絵を描いてもらい、3ヵ月後に郵便質問票で回復度を評価した。結果：入院中に心臓に損傷を受けた患者は、損傷を指かかっていた患者に比べて、3ヵ月後の心臓の回復度が低いこと (P = 0.005)、心臓の絵が長方形 (P = 0.01)、心臓の形状に対するコントロールの認知度が低いこと (P = 0.05) を認識した。また、心臓に描かれたダメージの大きさは、仕事への復帰の遅さと関連していた (r = 0.37, P < .05)。入院中の患者のトロポニンTのピーク値は、ダメージを描いた量と関連していたが (r = 0.41, P < 0.001)、心臓の自己期間 (r = 0.26, P < 0.05) を除いて、職場復帰の早さやその他の3ヵ月間の結果とは関連していなかった。結論：心筋梗塞後に患者が自分の心臓の損傷を描いた場合、医学的損傷の指標よりも回復を予測することができる。描いた絵は、医師が心臓の状態について話し合う際に患者の考えを評価する簡単な出発点となり、病気の否定的な信念に対抗する機会となる。 |
| 73 | C. R. McBurney; K. A. Eagle; E. M. Kilne-Rogers; J. V. Cooper; D. E. Smith; S. R. Erickson | 2004 | Work-related outcomes after a myocardial infarction | 心筋梗塞後の仕事に関する成果 | 虚血性心疾患 | | Pharmacotherapy | 24 | 11 | 1515-23 | 10.1592/phco.24.16.1515.50946 | 研究の目的：心筋梗塞後7ヵ月目の患者の仕事に関する転帰を評価し、これらの転帰に関連する患者、疾患、介入の特徴を明らかにする。デザイン：クロスセクショナル調査分析。設定：中西部の大規模手術医療機関。対象者：1年間の指標期間中に急性心筋梗塞と遠隔診断された89人の患者。介入：電話による業務遂行能力に関するアンケート調査および医師記録の調査。測定および主な結果：測定から7ヵ月後、232名の患者に電話インタビューを行い、心筋梗塞前の仕事に関する測定した結果 (欠勤、およびFunctional Status QuestionnaireのWork Performance Scale [WPS]) で評価した仕事のパフォーマンスの認識)、および健康関連のQOLを調べた。単変量解析を用いて、個人の特性と心筋梗塞の転帰と関連を調べた。指標となる心筋梗塞の前において89人の患者のうち、21人 (23.6%) は仕事に復帰しなかった。復帰しなかった原因に関連する変数は、過去の心筋梗塞 (指針心筋梗塞以前)、冠動脈バイパスグラフト手術、不完全、ストレス不安、Short-Form-12のPhysical Component Summary (PCS-12) スケールの低得点であった。また、復帰しなかった患者は、復帰した患者に比べて、併存疾患が多く、処方された薬剤を多く服用している傾向があった。WPSスコアの中央値は、退院時の中央値よりも、指標イベント以前に心筋梗塞を発生しており、入院時に経皮的血管形成術を受けており、最近休職していない患者が高かった。欠勤を報告した労働者は、同様の労働者よりもPCS-12スコアが低く、また調査前に再入院を報告していた。結論：心疾患の既往と身体機能の低下は、仕事関連の転帰の悪化に一貫して関連していた。この小規模な研究は、健康上の信念、治療、および仕事関連の転帰に影響を及ぼす可能性のあるその他の仕事および患者の要因を含めた、より大規模で広範な研究の必要性を示している。 |
| 74 | A. Mital; A. Desai; A. Mital | 2004 | Return to work after a coronary event | 冠動脈イベント後の職場復帰 | 虚血性心疾患 | | J Cardiopulm Rehabil | 24 | 6 | 365-73 | 10.1097/0008483-200411000-00001 | 要旨なし (review) |
| 75 | J. Perk; K. Alexanderson | 2004 | Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU), Chapter 8. Sick leave due to coronary artery disease or stroke | スウェーデン保健医療技術評価委員会 (SBU)、第8章 冠動脈疾患または脳卒中による病欠 | 虚血性心疾患 | | Scand J Public Health Suppl | 63 | 63 | 181-206 | 10.1080/14034950410021880 | 心血管疾患による病欠期間に関する文献の評価には、十分な科学的品質を有する研究のみが含まれている。これらの研究は、脳卒中、心筋梗塞、冠動脈バイパスグラフト手術 (CABG)、経皮的冠動脈介入療法 (PCI) 後の病欠期間について記述されている。以下の結果については、限られた科学的根拠しか認められなかった。脳卒中後、発症後1年間で労働年齢の患者の半分以上が職場復帰 (RTW) した (若年層の患者で高い)。この点については、ADL能力や認知能力の低下など、脳障害の結果が重要な役割を果たしている。また、心筋梗塞の後、ほとんどの患者がRTWしている。PCIはCABGよりも早引でRTWしており、RTWはより迅速である。しかしながら、長期的には病欠期間には差はない。年齢が高い人や身体的に不健康な人は、職場復帰の程度が低い。国際比較によると、スウェーデンではこれらの症状による病欠期間が他国よりも長い、この習慣を裏付ける科学的証拠はない。近年、心血管疾患患者の病欠期間に関する研究への関心は薄れてきている。急性期の心臓病治療の発展に刺激されて、この分野の研究に再び科学的に取り組むべきである。 |
| 76 | A. Kiesling; P. Henriksson | 2005 | Perceived cognitive function in coronary artery disease--an unrecognised predictor of unemployment | 冠動脈疾患における認知機能-知られざる失業の予測因子 | 虚血性心疾患 | | Qual Life Res | 14 | 6 | 1481-8 | 10.1007/s11136-005-0195-x | 目的：認知した認知機能が冠動脈疾患 (CAD) 患者の就業および再就職に影響するかどうかを評価することを目的とした。デザイン：前向き縦断的コホート研究。設定：スウェーデンのストックホルム県セーデルリエの医療機関。対象者：65歳以上の連続した非選択的なCAD患者を対象とし、2年間の追跡調査を行った。主要評価項目 CAD患者の有給状態と仕事への復帰。結果：認知機能は、ベースライン時と2年後の失業率 (OR 2.06 (95% CI: 1.36-3.13); p = 0.0006) および冠動脈疾患による早期退職・病欠 (OR 1.59 (95% CI: 1.12-2.25)) を予測することがわかった。さらに、認知機能は、急性冠動脈イベント後の職場復帰を予測していた (OR 2.28 (95% CI: 1.08-4.84))。年齢、性別、狭心症の有病率と程度 (CCSグレード)、心血管危険因子、イベントなどの共変量は、予測力を変化させなかった。結論：認知された認知機能は、これまで認識されていなかった冠動脈疾患患者の失業、病欠期間、職場復帰の独立した予測因子である。認知された認知機能は、冠動脈疾患患者の有給状態への能力に新たな視点を与えた。この知見は、個人のケアと社会の両方に重要であると考えられる。 |
| 77 | I. Korzeniowska-Kakubacka; R. Piotrowicz | 2005 | [Cardiological rehabilitation--a chance of returning to work] | [心臓リハビリテーション-復帰の可能性について] | 虚血性心疾患 | リハビリ | Med Pr | 56 | 4 | 325-7 | | 世界保健機関 (WHO) の定義によると、「リハビリテーションとは、医学的、社会的、教育的、職業的措置を総合的に協調的に適用し、病人を新しい生活に適応させ、可能な限り最高の体力を獲得することを支援することである」とされている。心血管疾患の患者さんに関して、包括的な心臓リハビリテーションの重要性が特に強調されている。リハビリテーションの効果を示す指標として、職場復帰を挙げる人もいる。2004年5月にダブリンで開催された第8回世界リハビリテーション会議で、Perk (スウェーデン) は職場復帰の問題を扱った文書をレビューし、2年間の追跡調査で、このテーマに関連した460の出版物が発表されている。それらの中には、心筋梗塞、経皮的冠動脈形成術、大動脈、冠動脈ステント留置術後に仕事に復帰した人の割合と、その成功の要因に焦点を当てている。リハビリテーションは多くの要因の一つであることが明らかになっている。興味深いことに、社会経済的、心理的要因は、医学的要因ではなく、職場復帰を促進する上で大きな役割を果たしている。また、年齢<50歳、教育、社会的支援、身体的効率、疾患の認識、仕事の満足度、臨床症状の有無、抑うつ、恐怖、経営者と従業員の間、居住地 (農村部か都市部)、経済状況、障害感、外科手術の待ち時間 (3ヵ月より短い期間の方が復帰の頻度が高い) など、他の要因も役割を果たしている。リハビリテーションが職場復帰の可能性を高めるといふ証拠を示した研究の数は、かなり限られている。著者らは、入手可能な文献に基づいて、この分野の最新情報をレビューしている。 |

| 文献番号 | 筆者 | 発行年 | タイトル | タイトル訳 | 対象疾患 | 治療 | 雑誌名 | Volume | Issue | Pages | DOI | 要旨 |
|------|--|------|---|---|--------|--------|--------------------------------|--------|-------|---------------|----------------------------------|--|
| 87 | R. S. Poston; R. Tran; M. Collins; M. Reynolds; I. Connerney; B. Reichert; D. Zmirin; B. P. Griffith; S. T. Bartlett | 2008 | Comparison of economic and patient outcomes with minimally invasive versus traditional off-pump coronary artery bypass grafting techniques | 低侵襲手術と従来のoff-pump冠動脈バイパスグラフト術の経済的および患者の転帰の比較 | 虚血性心疾患 | バイパス術後 | Ann Surg | 248 | 4 | 638-46 | 10.1097/SLA.0b013e318181a1b5 | 背景：低侵襲冠動脈バイパスグラフト術 (minimally invasive coronary artery bypass grafting: miniCABG) は、従来の胸膜切開CABGと比較して院内罹患率を低下させる。我々は前向きコホート研究 (NCT00481806) を行い、miniCABGがコストに与える影響と退院後のQOLに影響する指標を評価した。方法：内乳動脈 (IMA) グラフト + α の冠動脈ステントを用いて行われた連続したminiCABG症例100例を、IMAと伏在静脈を用いたマッチさせた胸膜切開CABG症例100例と比較したが、どちらもメタボリック症候群の標準的冠動脈 (2.7対2.9) を治療した。両者のコスト、仕事と通常の活動に復帰するまでの時間、1年後の主要な心臓-脳血管系の有害イベント (MACCE) のリスクを比較した。心腔瘻 (ドロゴニン上昇または心電図変化)、標的血管閉塞 (1年後のCT血管造影)、脳卒中、死亡など。結果：miniCABGでは、ロボット機器とステントが術中コストを増加させたが、挿管時間 (4.80 +/- 6.35 vs. 12.24 +/- 6.24時間)、入院期間 (3.77 +/- 1.51 vs. 6.38 +/- 2.23日)、輸血 (0.16 +/- 0.37 vs. 1.37 +/- 1.35 U) が有意に減少した。さらに、術後コストは減少し、総コストには有意な差はなかった。miniCABGを受けることは、交絡因子を調整した後、早期の職場復帰を独立して予測した (t = -2.15; P = 0.04)。一方、胸骨切開CABGは、主に標的血管の開閉率の低下により、MACCEを増加させた (HR, 3.9; 95% CI, 1.4-7.6)。結論：MiniCABGは、患者の回復時間を短縮し、1年後のMACCEリスクを最小限に抑え、標準的CABGと比較して優れた品質と結果の指標を示した。これらの結果は、コストを増加させることなく、優れた標的血管グラフトの開閉率で得られた。 |
| 88 | J. Adams; J. Roberts; K. Simms; D. Cheng; J. Hartman; C. Bartlett | 2009 | Measurement of functional capacity requirements to aid in development of an occupation-specific rehabilitation training program to help firefighters with cardiac disease safely return to work | 心疾患を持つ消防士が安全に職場復帰するための職業別リハビリテーションプログラムの開発に役立つ機能的要件の測定 | 虚血性心疾患 | | Am J Cardiol | 103 | 6 | 762-5 | 10.1016/j.amjcard.2008.11.003 | 心疾患の既往歴のない健康な男性消防士23名が、7つの一般的な消防作業を模擬した火災救助用の障害物コースに参加しました。彼らは完全個人用保護具と、データ収集用マスクを含む携帯型の代謝測定器を着用しました。各検査者の酸素消費量 (VO(2)) と作業心拍数をモニターし、年齢予測最大心拍数 (220-年齢) とトレーニング目標心拍数 (年齢予測最大心拍数の85%) を算出した。障害物コースの走行中、被験者の平均作業心拍数とピーク心拍数は、算出したトレーニング目標心拍数よりも高かった (t(22)=5.69 [作業心拍数対目標心拍数、p<0.001]、t(22)=15.14 [ピーク心拍数対目標心拍数、p<0.001])。これらの結果は、ピーク時の平均VO(2)の平均値 (3.447ml/min) と代謝等価の平均値 (11.9メッツ) と合わせて、被験者の機能的な能力は、従来の心臓リハビリテーションプログラムで一般的に達成できている能力 (5~8メッツ) を大きく上回っていたことを示している。結論として、今回の結果は、消防士が心疾患後に安全に仕事に復帰するためには、職業に特化した強力な心臓リハビリテーションプログラムが必要であることを示している。 |
| 89 | T. A. Hanssen; J. E. Nordrehaug; G. E. Elde; B. R. Hanestad | 2009 | Does a telephone follow-up intervention for patients discharged with acute myocardial infarction have long-term effects on health-related quality of life? A randomised controlled trial | 急性心筋梗塞で退院した患者への電話によるフォローアップ介入は、健康関連のQOLに長期的な効果をもたらすか？無作為化比較試験 | 虚血性心疾患 | | J Clin Nurs | 18 | 9 | 1334-45 | 10.1111/j.1365-2702.2008.02654.x | 目的：退院後の急性心筋梗塞患者を対象に、プロアクティブとリアクティブを組み合わせた電話によるフォローアップ介入を行ったところ、6ヵ月後にポジティブな効果が認められた。本研究の目的は、この介入が退院後18ヵ月までの長期的な効果を持つかどうかを評価することである。デザイン：18ヵ月間の追跡調査を行った前向き無作為化対照試験である。方法：本試験は288名の患者を、電話によるフォローアップの介入群 (n=156) と対照群 (n=132) に割り付けて実施した。主要評価項目は、SF-36を用いた健康関連QOLであった。副次的評価項目は、喫煙・運動習慣、仕事への復帰、胸痛による再入院などであった。結果：介入群と対照群の間において、健康関連QOLのほとんどの項目とサマリスコアが米国の標準集団レベルまで経時的に有意に改善していた。介入群では、身体的および精神的サマリスコアにおいて、6ヵ月以降の全体的な有意な改善は見られなかったが、70歳以上では有意な効果が見られた。胸痛による再入院については有望な効果が認められたが、6ヵ月後の副次的評価項目については、両群間に有意な差は認められなかった。結論：本研究では、6ヵ月間の短期的な効果は良好であったものの、電話によるフォローアップ介入は、健康関連のQOLや二次的な評価項目に長期的な効果をもたらさないことが示された。しかし、急性心筋梗塞患者の罹患率が低下したことを反映して、6ヵ月以降の改善の可能性は予想よりも小さかった。臨床現場への関連性：退院後の電話によるフォローアップは、患者がストレスを感じる人が多い時期に、個別に情報や支援を提供することができる。実施が容易なフォローアップ介入である。今回の研究では、6ヵ月間の適切なサポート期間であることが示された。退院後6ヵ月間は良好な結果が得られたが、本研究では、通常のケアと比較して、電話フォローアップの有意な長期追加効果は認められなかった。 |
| 90 | E. Broadbent; C. J. Ellis; J. Thomas; G. Gamble; K. J. Petrie | 2009 | Further development of an illness perception intervention for myocardial infarction patients: a randomized controlled trial | 心筋梗塞患者に対する疾病認識介入のさらなる発展：無作為化比較試験 | 虚血性心疾患 | | J Psychosom Res | 67 | 1 | 17-23 | 10.1016/j.psychores.2008.12.001 | 目的：心筋梗塞患者を対象とした院内での簡単な病識介入をさらに発展させ、試験する。方法：急性心筋梗塞で入院した患者103名を、標準治療または標準治療に加えて疾病認識介入を受ける群に無作為に割り付けた。この介入は、院内で行われた30分の患者セッション3回と30分患者と医師のセッション1回で構成された。患者は6ヵ月まで追跡調査された。主要評価項目は、職場復帰率の群間差であった。結果：介入群と対照群に比べて復帰率が早く、介入群は対照群に比べて3ヵ月までにフルタイムの仕事に復帰した患者が多かった。退院時には、介入群の患者はMIに関する原因病識に変化が見られ、その変化は6ヵ月後の追跡調査でも維持された。また、退院時には、病院で与えられた情報の理解が深まり、心臓リハビリテーションクラスへの参加意向が高まり、職場復帰への意欲が残り、運動量が増加し、フォローアップ時に心臓の状態について関係医に電話する回数が増えたと報告された。結論：本研究は、心筋梗塞患者において、院内での標準的な病識に関する介入が認識を変え、仕事への復帰率を向上させることができるといふ以前の試験結果を再現したものである。また、現在のより広い心筋梗塞の定義や、以前のより広い心筋梗塞を患ったことのある患者に対する介入の一般化が可能となった。 |
| 91 | M. Waszkowska; A. W. Szymczak | 2009 | Return to work after myocardial infarction: a retrospective study | 心筋梗塞後の職場復帰：レトロスペクティブ研究 | 虚血性心疾患 | | Int J Occup Med Environ Health | 22 | 4 | 373-81 | 10.2478/v10001-009-0033-4 | 目的：最近の心筋梗塞を発症した労働者の職業機能を評価し、職業活動を継続するための健康関連の決定要因を明らかにすること。材料と方法：本プロジェクトは、調査の約3年前に合併症のない原発性心筋梗塞に罹患した39~65歳の男性労働者183名を対象としたレトロスペクティブ研究である。研究グループは、事故後に仕事に復帰した人と復帰しなかった人の両方で構成されました。対象者のメンタルヘルス、QOL、職業機能は、NHPスケール、Beck Depression Inventory、SpielbergerらによるSTAI質問票、WAI、および自身の質問票「私の仕事」を用いて評価した。結果：データ解析の結果、心筋梗塞後に仕事に復帰した人は、職業活動を再開しなかった人よりも早く、年齢が若く、教育水準、自己評価の健康度、生活の質が高いという特徴があった。職業活動をしている人たちは、仕事への再適応の程度に差があった。不適応では、即ち、不安、作業能力の低下などの障害が発生した。結論を述べると、本研究の結果は、最近心筋梗塞を発症した労働者においては、身体的健康の評価のみに基づいた現在の作業能力の評価手順では不十分であり、精神的健康の評価を補完すべきであることを示している。また、使用者は、心筋梗塞を経験した労働者の能力に合わせて労働条件をよりよく調整するための活動を行うべきである。 |
| 92 | R. Yonezawa; T. Masuda; A. Matsunaga; Y. Takahashi; M. Saitoh; A. Ishii; T. Kutsuna; T. Matsumoto; K. Yamamoto; N. Aiba; M. Hara; T. Izumi | 2009 | Effects of phase II cardiac rehabilitation on job stress and health-related quality of life after return to work in middle-aged patients with acute myocardial infarction | 中年の急性心筋梗塞患者の復職後の仕事上のストレスおよび健康関連QOLに対する第2相心臓リハビリテーションの効果 | 虚血性心疾患 | | Int Heart J | 50 | 3 | 279-90 | 10.1536/ihj.50.279 | 本研究の目的は、急性心筋梗塞 (AMI) を発症した中年患者において、第II相心臓リハビリテーション (CR) が仕事のストレスと復職後の健康関連 QOL (生活の質) に及ぼす影響を明らかにすることであった。AMI後に第II相CRプログラムを終了した中年の外來患者109名 (57名) を対象とし、そのうち72名は退院後5ヵ月後、第III相CRプログラムに参加し (CR群)、37名は退院後に第III相CRプログラムを中止した (非CR群)。仕事のストレスは、仕事のストレス要因、職場のサポート、仕事や日常生活への満足度、心理的苦痛に関する質問を含む職場の仕事のストレス質問票を用いて、AMIの6ヵ月後に評価した。HRQOLは、退院時、AMIの3ヵ月後および6ヵ月後に、36項目の短気健康調査 (SF-36) を用いて評価した。CR群と非CR群の間では、臨床的および職業的特性に有意な差はなかった。CR群の患者は、非CR群の患者と比較して、AMIの6ヵ月後に、仕事のストレス要因と心理的苦痛の結果が有意に良好で、SF-36のスコアも高かった。これらの結果から、これらの中年のAMI後の患者において、第II相CRプログラムを中止することは、復職後の慢性的な心理社会的ストレスを誘発することが示唆された。 |
| 93 | A. O'Neil; K. Sanderson; B. Oldenburg | 2010 | Depression as a predictor of work resumption following myocardial infarction (MI): a review of recent research evidence | 心筋梗塞後の仕事再開の予測因子としての抑うつ状態：最近の研究成果のレビュー | 虚血性心疾患 | | Health Qual Life Outcomes | 8 | 95 | 477-7525-8-95 | 10.1186/1477-7525-8-95 | 背景：うつ病はしばしば心筋梗塞と共存し、仕事などの生活の主要分野における機能的低下を通じて回復を妨げることが分かっている。生存率が向上し、労働寿命が延長された現代において、うつ病が心筋梗塞後の労働成績低下の予測因子であり続けるかどうかを、過去15年間の文献を体系的に検討して検討した。方法：PubMed, OVID, Medline, Proquest, CINAHL plus, SCOPUS, Web of Knowledgeなどの医学、健康、職業、社会科学のデータベースを用いて論文を検索し、以下の事前定めた基準を使用した。(i)データベースにうつ病の指標 (「心理的苦痛」とは異なる) と仕事の状況を考慮していること、(ii)仕事の成果の予測因子を検討し、統計的に分析していること、(iii)急性冠症候群 (ACS) に一致する症状を示す患者のコーホートを含むこと、(iv)仕事に特有の成果も最低6ヵ月間追跡調査していること、(v)過去15年以内に英語で発表されたこと。対象とした論文の結核は、質を評価し、効果の大きさを比較して分析した。結果：基準を基準とした12年の論文のうち、大多數の研究 (n=7) において、うつ病は職場復帰 (RTW) の可能性の低下を有意に予測した。さらに、うつ病の重症度の増加は、心筋発生後6~12ヵ月のRTWアウトカムと関連していることを示唆する傾向が見られた。その他のRTWの共通の有意な予測因子は、年齢と患者の病気の仕事のパフォーマンスに対する認識であった。結論：うつ病は心筋梗塞後の仕事再開の予測因子である。仕事は生活の質 (QOL) の主要な要素であるため、この知見は現代の臨床、社会、公衆衛生、経済に影響を与える。ターゲットを絞ったうつ病への介入は、MI後のRTWを促進する可能性がある。 |
| 94 | G. Grande; M. Rompell | 2011 | Gender differences in recovery goals in patients after acute myocardial infarction | 急性心筋梗塞後の患者の回復目標の男女差 | 虚血性心疾患 | | J Cardiopolm Rehabil Prev | 31 | 3 | 164-72 | 10.1097/CRD.0b013e3182033e3c8 | 目的：心臓リハビリテーションは、包括的な心臓病治療に不可欠なものとして確立されているが、女性患者の参加率は男性患者に比べて大幅に低い。紹介者の低さと女性患者の年齢の高さが、この利用率の低さの要因である。また、心臓病患者の回復目標の性別については検討されていない。方法：以下のように。急性心筋梗塞で入院した590名の患者 (女性22.2%) が、回復の5つの領域 (身体機能、リスクファクターの修正、心理的苦痛、日常生活の自立、職場復帰) における24日間の目標に関する質問票に回答した。さらに、心理的苦痛と医療データを評価した。性別による違いは、χ検定、Student t検定、多変量ロジスティック回帰モデル、相関係数モデルを用いて検証した。結果：24日間の回復目標のうち7項目で男女差が認められた。心理社会的特性と臨床的的特性を調整すると、女性は「家事の遂行」 (オッズ比[OR]=8.62、95%信頼区間[CI]、0.43-13.66)、「日常生活の自立」 (OR=2.38、CI、1.58-3.59)、「感情の均等」 (OR=1.58、CI、1.01-2.46) の重要性を高く評価していた。男性は、「身体的持続性」と「職場での負担軽減」をより重要な目標としていた (OR=0.64、CI、0.42-0.97、OR=0.39、CI、0.17-0.92)。心理的苦痛を除いて、健康状態の男女差は目標の違いとは関連していなかった。結論：急性心筋梗塞後の患者の回復目標には、性別による役割や社会生活状況の違いが重要な影響を与えている可能性がある。個々の患者への介入プログラムを計画する際には、回復目標を検討する必要がある。 |

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

| 文献番号 | 筆者 | 発行年 | タイトル | タイトル邦訳 | 対象疾患 | 治療 | 雑誌名 | Volume | Issue | Pages | DOI | 要旨 |
|------|--|------|--|--|------------|----|-------------------------------|--------|-----------|--------|---------------------------------|---|
| 101 | J. Gunn; T. Kiviniemi; F. Biancari; O. Kajander; T. Mäkkilä; M. Eskola; E. Iiveskoski; K. Korpihilti; J. O. Wristbacka; V. Anttila; J. Heikkinen; J. Araksinen | 2015 | Predictors of permanent work disability among ≤50-year-old patients undergoing percutaneous coronary intervention | 冠動脈病的な冠動脈介入を受けた50歳以下の患者における永久的労働障害の予測因子 | 虚血性心疾患 | | Scand J Work Environ Health | 41 | 5 | 460-6 | 10.5271/sjweh.3508 | 目的 本研究では、経皮的冠動脈インターベンション (PCI) を受けた50歳以下の患者における永久労働障害 (PWD) 年間の発生率と手術後の予測因子を記述することを目的とした。方法: 2002~2012年にフィンランドの4つの病院でPCIを受けた連続した患者910人の患者登録を、ベースラインデータ、手術後データ、後期有害事象についてレビューした。永久労働障害 (PWD) の年次発生率に関するデータは、フィンランドの法定年金保険を管理するFinnish Centre for Pensionsから入手した。結果: 平均追跡期間は41 (標準偏差 (SD) 31) 月であった。103/910 (11.3%) の患者が追跡終了時にPWDに加入しており、そのうち60例 (58.3%) は心臓病と診断されていた (7年後のPWD率の累積発生率は81%)。PWDの独立した予測因子は、結果後の脳卒中 (ハザード比 (HR) 4.7、95%信頼区間 (95%CI) 1.8~11.9)、処置後の心筋梗塞 (HR 3.3、95%CI 1.8~6.0)、糖尿病 (HR 2.0、95%CI 1.1~3.7)、退院時の利尿薬 (HR 3.5、95%CI 2.1~5.9)、および年齢の上昇 (HR 1.2、95%CI 1.1~1.3) であった。心臓疾患の診断におけるPWDの予測因子は、結果後の脳卒中と心筋梗塞、退院時の利尿薬、カルシウムチャンネル遮断薬の使用、糖尿病、高齢であった。結論 PCIを受けた50歳以下の患者は、心臓疾患による後遺障害のリスクが高い。この知見は、心臓リハビリテーションによる二次予防のアドヒアランスの強化と、産業保健医療従事者との早期連携の必要性を強調するものである。 |
| 102 | K. Biering; J. H. Andersen; T. Lund; N. H. Hjøllund | 2015 | Psychosocial Working Environment and Risk of Adverse Cardiac Events in Patients Treated for Coronary Heart Disease | 冠動脈疾患治療患者の心理社会的労働環境と心疾患のリスク | 虚血性心疾患 | | J Occup Rehabil | 25 | 4 | 770-5 | 10.1007/s10926-015-9585-2 | ここ数十年、心理社会的労働環境と冠動脈性心疾患 (CHD) のリスク増加との間に関連性があるかどうか議論されてきたが、高い心理的要求、社会的支援の欠如、iso-strain (高い仕事上の緊張と社会的支援の欠如の組み合わせ) が関連していることを裏付ける中程度の証拠が存在する。しかし、心理社会的労働環境が、既存の心血管疾患患者の新規心疾患や再入院のリスク因子として役割を果たしているかどうかは、あまり研究されていない。方法: 2006年に経皮的冠動脈介入 (PCI) を受けた67歳未満の患者のコホートを作成した。PCIの3ヵ月後、患者は心理社会的労働環境に関するアンケートに答えた。患者はデンマーク全国患者登録およびデンマーク市民登録システムで3年以上追跡し、心臓の有害事象と死亡を確認した。心理社会的労働環境と心臓の有害事象との関連をCox回帰法で分析した。結果: 528名の患者がPCIの12週間後に職場に復帰したが、97名はまだ病気療養中であった。フォローアップ中に12名の死亡と211名のその他のイベントが確認された。心理社会的労働環境と心臓の有害事象や再入院・死亡のリスクとの間には、統計的に有意な関連は認められなかった。結論: 心理社会的労働環境は心臓の有害事象とは関連しなかった。 |
| 103 | K. Biering; T. Lund; J. H. Andersen; N. H. Hjøllund | 2015 | Effect of Psychosocial Work Environment on Sickness Absence Among Patients Treated for Ischemic Heart Disease | 虚血性心疾患治療患者の病欠に及ぼす心理社会的労働環境の影響 | 虚血性心疾患 PCI | | J Occup Rehabil | 25 | 4 | 776-82 | 10.1007/s10926-015-9587-0 | はじめに: 過去数十年の間、治療法の改善と生活スタイルの変化により、冠動脈性心疾患患者の死亡率は低下し、その結果、慢性心疾患を抱えて生活する人が増えてきました。このことは、リハビリテーションと労働力への復帰がますます重要になることを意味している。健康な労働者を対象とした先行研究では、心理社会的労働環境が病欠欠動と関連していることが示唆されています。しかし、既存の心血管疾患患者の職場復帰や病欠欠動において、心理社会的労働環境がどのような役割を果たしているかについては、あまり研究されていない。方法: 2006年に67歳以下で経皮的冠動脈介入 (PCI) を受けた患者のコホートを構築した。患者 (n=625) はPCI治療の3ヵ月後、心理社会的労働環境に関するアンケートに回答した。患者は翌年のレジスターで追跡調査され、3ヵ月後、1年後の病欠、および1年目の新規病欠との関連をロジスティック回帰法で検討した。結果: PCIの3ヵ月後に仕事に復帰した患者は528名で、97名はまだ病気療養中であった。1年後には、1名が死亡、465名が病欠、85名が健康関連の給付を受けたが、74名は永久に離職していた。106人の患者は、最初の1年の病欠と病欠療養中、永久に職場を離れた。最初の職場復帰後、90人が最初の1年間に新たな病欠欠動を経験したが、残りの429人は経験しなかった。仕事のペースが速い、職場へのコミットメントが低い、認識 (報酬) が低い、仕事のコントロールが低い、3ヵ月後には病欠欠動と関連していたが、1年後には関連しなかった。仕事のコントロールの低さ、および仕事の緊張 (高い要求と低いコントロールの組み合わせ) は、新たな病欠のリストアップと関連していた。結論: 心理社会的労働環境は、PCIの3ヵ月後には病欠欠動と関連していたが、1年後には関連しなかった。 |
| 104 | L. Chaker; A. Fallo; S. J. van der Lee; T. Muka; D. Imao; L. Jaspers; V. Colpani; S. Mendici; R. Chowdhury; W. M. Bramer; R. Pazoki; O. H. Franco | 2015 | The global impact of non-communicable diseases on macro-economic productivity: a systematic review | マクロ経済の生産性に対する非感染性疾患のグローバルな影響: システマティックレビュー | 虚血性心疾患 | | Eur J Epidemiol | 30 | 5 | 357-95 | 10.1007/s10654-015-0026-5 | 非感染性疾患 (NCD) は、様々なレベルで大きな経済的影響を及ぼす。NCD [冠動脈性心疾患 (CHD)、脳卒中、2型糖尿病 (DM)、がん (肺がん、大腸がん、子宮頸がん、乳がん)、慢性閉塞性肺疾患 (COPD)、慢性腎臓病 (CKD) を含む] がマクロ経済の生産性に与える経済的影響について調査した文献を系統的にレビューする。2014年11月6日までに、医療データベース (Medline, Embase, Google Scholar) を言語制限なしで系統的に検索した。追加された研究の参考文献リストを検索し、その分野の著者に連絡した。成人 (18歳以上) を対象に実施された無作為化対照試験、コホート、ケースコントロール、クロスセクション、生化学的研究、モデリング研究を対象とした。2人の独立した査読者が、すべての抄録と全文の選択を行った。意見の相違は、コンセンサスを得るか、第三者の査読者に相談して解決した。2人の独立した査読者が、所定のデータ収集フォームを用いてデータを抽出した。主な結果指標は、選択したNCDが生産性 (DALYsで測定)、生産性コスト、労働市場への参加 (失業、職場復帰、病気休職など) に与える影響であった。452件の文献から、126件の研究が組み入れ基準を満たし、その多くは複数のNCDが生産性に与える影響に焦点を当てていた。最も多かったのは乳がん (n=45) で、次いで脳卒中 (n=31)、COPD (n=24)、大腸がん (n=24)、糖尿病 (n=22)、肺がん (n=16)、CKD (n=15)、子宮頸がん (n=7)、CKD (n=2) となっていた。WHO7フリカ地域から4件、地域域域から52件、米州地域域から53件、西太平洋地域域から6件、東地中海地域域から1件、東南アジアからは1件も認められなかった。NCDsに起因するDALYsには大きな地域差が見られたが、特に子宮頸がんと肺がんについては大きな差があった。米国の生産性損失は、COPDの8,800万ドルから、大腸がんの209億ドルまでの範囲であった。CHDはオーストラリア経済に年間132億ドルの損失を与えている。糖尿病、COPD (慢性閉塞性肺疾患)、乳がん (特に肺がん) の生存者は、労働市場への参加率が低下するリスクが高くなる。全体として、NCDは、大陸や所得に関係なく、WHOのほとんどの地域でマクロ経済の生産性に大きな影響を与えている。しかし、中所得国からの情報が限られていることに加え、対象となる研究には多様性があるため、ドルやDALYsといった絶対的な世界規模の影響を把握することは困難である。 |
| 105 | M. Söderberg; A. Rosengren; S. Gustavsson; L. Schiöler; A. Hårenstam; K. Torén | 2015 | Psychosocial job conditions, fear avoidance beliefs and expected return to work following acute coronary syndrome: a cross-sectional study of fear-avoidance as a potential mediator | 心理社会的な職務上の条件、恐怖回避の信念、および急性冠動脈症候群後職場復帰の予測: 恐怖回避を潜在的な媒介とした横断的な研究 | 虚血性心疾患 | | BMC Public Health | 15 | | 1263 | 10.1186/s12889-015-2599-z | 背景: 治療法の改善にもかかわらず、急性冠動脈症候群は長期にわたる病欠や早期退職の大きな原因となっている。復職に何が役立つかについての知識は限られており、特に心理的プロセスや心理社会的な仕事の影響の役割は大きい。この横断的研究の目的は、心理社会的に不利な職務条件と仕事に対する恐怖回避信念との関連を調べること、およびそうした信念が急性冠動脈症候群患者の職務条件と期待される復職との関係を媒介するかどうかを調べることである。方法: 研究の対象基準: 急性心筋梗塞または不安定狭心症の診断を受け、65歳以下で、スウェーデンの西部に居住し、現在働いている人。全体で509人 (女性21.8%) が研究参加を受け入れ、研究対象となるすべてのデータが分析可能であった。心理社会的な仕事の実数である仕事の要求とコントロールおよび報酬の不均衡は、標準的な質問票を用いて評価した。線形回帰モデルを用いて、心理社会的要因と恐怖回避との関係を調べ、恐怖回避の媒介効果を検証した。全サンプルおよび性別による層別分析を行った。結果: 仕事に対する恐怖回避の信念は、高い緊張 (β1.4; CI1.2-1.6)、能動的・変動的な仕事、高い努力と報酬の不均衡 (β0.6; CI0.5-0.7) を特徴とする心理社会的な仕事環境と関連していた。さらに、このような信念は、不利な労働条件と予想される復職期間との関係を媒介していた。しかし、これらの結果は、全サンプルを対象とした分析、または男性参加者についてのみの観察された。女性では、高い緊張が恐怖回避と関連していただけで、これらの関係は選択した交絡因子を考慮すると有意ではなかった。結論 この横断的研究は、心理社会的に不利な労働条件で働いている急性冠動脈症候群の生存者が、職場に対して恐怖回避の信念を持っていることを示した。さらに、これらの信念は、緊張の高い仕事や努力と報酬のバランスが取れていない仕事と、期待される職場復帰との関係を媒介していた。しかし、これらの結果は主に男性に見られたものであり、女性の研究参加者が少なかったことや、復職のメカニズムに男女差があったことが考えられる。しかし、心理社会的な労働条件の改善や、恐怖回避の信念を対象とした認知行動療法に焦点を当てた介入によって、早期の職場復帰が促進される可能性がある。 |
| 106 | R. P. Dreyer; X. Xu; W. Zhang; X. Du; K. M. Strait; M. Bierlein; E. M. Bucholz; M. Geda; J. Fox; G. D'Onofrio; J. H. Lichtman; H. Bueno; J. A. Spertus; H. M. Krumholz | 2016 | Return to Work After Acute Myocardial Infarction: Comparison Between Young Women and Men | 急性心筋梗塞後の職場復帰。若い女性と男性の比較 | 虚血性心疾患 | | Circ Cardiovasc Qual Outcomes | 9 | 2 Suppl 1 | 545-52 | 10.1161/circoutcomes.115.002611 | 【背景】急性心筋梗塞後の職場復帰は重要な転帰であり、特に若年層の患者に関係する。女性は同年齢の男性よりもAMI後の回復が遅いという証拠から、職場復帰できないリスクが高いと考えられる。しかし、AMI後の職場復帰における性差については、若年層 (55歳以下) を対象とした広範な研究は行われていない。【方法と結果】「Variation in Recovery」プロジェクトに参加した18~55歳のAMI患者1680人 (女性が57%) のデータを分析した。VIRGO (Variation in Recovery: Role of Gender on Outcomes of Young AMI Patients) 試験に参加した18~55歳のAMI患者1680例 (女性が57%) のデータを解析した。データは、医療記録の抽出と患者のインタビューによって得られました。多変量回帰分析を行い、AMI発症後12か月時点での復職率の性差と、患者の特徴と復職率の関連性を調べた。若年層と比較すると、若年女性の復職率は低かった (89%対85%、85%対89%、P=0.02)。しかし、この性差は、患者の社会人口統計学的特性、心理社会的因子、健康指標を調整しても有意ではなかった。結核していること、専門職や事務職に従事していること、身体的健康状態が良好であること、冠動脈疾患や高血圧の既往がないことは、12ヵ月後の職場復帰の可能性が高いことと有意に関連していた。結論 若年層では、女性は男性よりもAMI後の職場復帰の可能性が低い。この不利な状況は、人口統計学的、職業的、および健康上の特性の違いによって説明される。 |

| 文献番号 | 筆者 | 発行年 | タイトル | タイトル訳 | 対象疾患 | 治療 | 雑誌名 | Volume | Issue | Pages | DOI | 要旨 |
|------|--|------|---|---|--------|-------|-------------------------------|--------|---------|-----------|------------------------------------|--|
| 107 | C. Şahan; Y. Demiral; B. Kiliç; Ö. Aslan | 2016 | Changes in Employment Status after Myocardial Infarction among Men | 男性の心筋梗塞後の就業状態の変化について | 虚血性心疾患 | | Balkan Med J | 33 | | 419-25 | 10.5152/balkanmedj.2016.150611 | 背景：Turkey Burden of Disease Studyによると、国民の疾病負担の10%が心血管疾患に起因している。標準化された冠動脈疾患 (CHD) の罹患率は全国的に低下しているが、若年層におけるCHDの罹患率は上昇している。一方で、平均寿命の伸びと定年退職年齢の上昇の結果、労働者のCHD率も上昇しています。したがって、診断後の労働能力と職場復帰は、人口の健康と幸福にとって重要である。社会経済的要因と労働能力は、文獻に記載されている職業に影響を与える臨床状況と同様に、重要な役割を果たしていると考えられる。目的：この研究の目的は、急性心筋梗塞 (AMI) 後の患者の雇用と労働能力の変化を探り、社会経済的要因、個人の要因、職業的要因および影響を調べることである。研究デザイン：定性的研究方法：2011年から2012年の間に、大学病院の冠動脈疾患診療で初めて心筋梗塞と診断された患者に対しては、有職で働いていた患者53名を対象とした。私たちは、全人口にリサーチすることを意図した。病院の記録から電話番号が与えられた71人の患者に連絡した。12人の患者に対して、病院の会議室で半構造化インタビューを行った。インタビューは、メモを取りながらテープに録音し、内容分析の方法を評価した。結果：参加者の多くは、仕事量を減らして同じ仕事を続けていたが、3分の1は「機会があればもうような仕事に就こうと思っている」と答えた。一方で、ほとんどの場合、AMIによる労働能力に関する評価や労働条件の変化はなかった。彼らは他のサポートも受けずに、経済的、心理社会的状況に対処しなければならなかった。結論としては患者は経済的、社会的な理由で仕事に復帰しなければならないが、AMIと診断された後すぐに、労働能力を評価するための専門的なサポートにたどり着けなかった。したがって、AMI患者の職場復帰を管理するための具体的なアルゴリズムや評価ツールが有用である。 |
| 108 | N. Catalá Tella; C. Serna Arnaiz; J. Real Gatuso; O. Yuguero Torres; L. Galván Santiago | 2017 | Assessment of the length of sick leave in patients with ischemic heart disease | 虚血性心疾患患者における病気休暇の長さの評価 | 虚血性心疾患 | | BMC Cardiovasc Disord | 17 | 1 | | 10.1186/s12872-016-0460-7 | 【背景】 虚血性心疾患の有病率が高い。これらの患者の病気休暇の期間を調査した最近の研究はほとんどない。我々の目的は、急性冠症候群後の病欠期間、その費用、関連因子を明らかにし、抗うつ薬や抗不安薬の使用を評価することである。方法：2008～2011年にある保健医療地域で虚血性心疾患により病欠した患者のレトロスペクティブコホートを対象とした観察研究で、最初の復職、死亡、または研究終了 (2012/12/31) まで追跡調査を行った。【測定項目】 病気休暇の期間、社会人口統計学的変数、医療費支出。【結果】 4,977人の患者 (平均年齢58歳、男性90.7%) が、急性心筋梗塞 (60%)、狭心症 (20.7%)、慢性虚血性心疾患 (19.1%) と診断された。診断の翌年に37%の患者が抗不安薬を服用し、15%が抗うつ薬を服用していた。病欠の平均期間は177日 (95%CI: 163～191日) だった。急性心筋梗塞と診断された患者は、平均192日後に職場復帰したのに対し、狭心症の患者は128日であった。診断後1年間に抗うつ薬を服用した患者は、平均240日以上に仕事を復帰した。労働生産性の損失は、平均9,673ユーロ/人/人と推定された。【結論】 虚血性心疾患による病気休暇の平均期間は約6ヶ月であった。向精神薬の消費量はイベント後に倍増した。高齢であること、急性心筋梗塞を発生していること、抗うつ薬を服用していることは、病気休暇の期間が長くなることと関連していた。 |
| 109 | M. J. Figueiras; J. Maroco; R. Monteiro; R. Casiro; D. Dias Neto | 2017 | Randomized controlled trial of an intervention to change cardiac misconceptions in myocardial infarction patients | 心筋梗塞患者における心臓に関する誤解を改めるための介入の有効性比較試験 | 虚血性心疾患 | | Psychol Health Med | 22 | 3 | 225-265 | 10.1080/13548506.2016.1153677 | 病気が対する考え方を覚えることで、前向きな回復が得られるというエビデンスが蓄積されている。しかし、心臓に関する誤解への介入は、主に狭心症や虚血性心疾患の患者を対象に研究されており、心筋梗塞の患者ではあまり行われていない。これらの患者では、心臓の認知誤りやライフスタイルの変化に役割を果たしている可能性がある。この論文では、初回心筋梗塞の患者に対して、誤解の強さを軽減することを目的とした介入の有効性を検証し、主要アウトカムは誤解の程度、副次的アウトカムは、運動、現状、職場復帰、気分 (不安と抗うつ) だった。介入対象の患者 (n = 60) と、通常のケアを受けている対照群 (n = 67) を比較した。両グループは、ベータストリキ、退院後4、8、12月目日評価されました。心臓に関する誤解の合計スコアには、時間とグループ間に有意な相互作用が認められた。介入を受けた患者は、対照群と比較して、4ヶ月後の心臓に関する誤解の合計スコアが有意に減少し、この差は長期に持続した。また、介入を受けた患者は対照群に対してMI後のフォローアップ期間に関する知識を増進する傾向があった。この介入は、心筋梗塞患者の心臓に関する誤解の強さを軽減するのに有効であり、健康行動アウトカムにプラスの影響を与えた。これらの結果は、健康行動における誤解の重要性と、心筋梗塞患者の健康増進における信念変更介入の有効性を支持するものである。 |
| 110 | Z. Jiang; R. P. Dreyer; J. A. Spertus; F. A. Masoudi; J. Li; X. Zheng; X. Li; C. Wu; X. Bai; S. Hu; Y. Wang; H. M. Krumholz; H. Chen | 2018 | Factors Associated With Return to Work After Acute Myocardial Infarction in China | 中国における急性心筋梗塞後の職場復帰に関連する要因について | 虚血性心疾患 | | JAMA Netw Open | 1 | 7 | e184831 | 10.1001/jamanetworkopen.2018.14831 | 重要性：職場復帰は、急性心筋梗塞後の回復の重要な指標である。しかし、中国における急性心筋梗塞後の1年以内の復職率や、急性心筋梗塞後の復職に関連する要因については、ほとんど知られていないのが現状である。目的：急性心筋梗塞後12ヶ月以内の職場復帰率を調べ、職場復帰できなかった理由を分類し、職場復帰に関連する患者の要因を明らかにする。デザイン、設定、参加者：この前向きコホート研究は、中国の21省にある553の病院で実施され、指標となる急性心筋梗塞の入院時に就労していた、China Patient-centered Evaluative Assessment of Cardio Events Prospective Study of Acute Myocardial Infarctionに参加していた1566人の患者を特定した。収集したデータは、患者のベータストリキ、急性心筋梗塞後12ヶ月時点での就業状況、12ヶ月時点での就業状況にはなかった女性などの理由によるもので、退院後12ヶ月以内に再就職することと定義された。結果：1566人の患者 (女性130人、男性1436人、平均 [SD] 年齢、52.2 [9.72] 歳) のうち、875人 (55.9%、95%CI、53.4%–58.3%) が急性心筋梗塞後12ヶ月以内に職場復帰した。復帰しなかった691人のうち、287人 (41.5%) は急性心筋梗塞のために働くことができなかったが、働きたくなかったと回答していた人が、131人 (19.0%) は急性心筋梗塞のために早期退職した人であった。女性 (相対リスク0.65、95%CI、0.41–0.88)、喫煙 (相対リスク0.82、95%CI、0.65–0.98)、指標となる急性心筋梗塞の院内合併症 (相対リスク0.96、95%CI、0.93–0.99) は、仕事に復帰する可能性が低いことと関連していた。結論と妥当性：以前に雇用されていた中国人患者の約半数が、急性心筋梗塞後12ヶ月以内に仕事に復帰できなかった。性別が異なること、喫煙歴があること、院内合併症があることは、職場復帰の可能性が高いことと関連していた。TRIAL REGISTRATION: ClinicalTrials.gov Identifier: NCT01624905。 |
| 111 | L. Long; L. Anderson; A. M. Dewhirst; J. He; C. L. Bridges; M. Gandhi; R. S. Taylor | 2018 | Exercise-based cardiac rehabilitation for adults with stable angina | 安定した狭心症を持つ成人を対象とした運動療法による心臓リハビリテーション | 虚血性心疾患 | | Cochrane Database Syst Rev | 2 | 2 | Cd012786 | 10.1002/14651858.cd012786.pub2 | 背景：以前のコクランレビューでは、運動を中心とした心臓リハビリテーション (CR) が心筋梗塞や血行再建術後の患者に有効であることが示された。しかし、安定した狭心症への影響はいまだに不明であり、ガイダンスも一致していない。米国心臓病学会や欧州心臓病学会のガイドラインでは推奨されているが、英国国立医療技術評価機構 (NICE) は、「安定した狭心症の管理にCRが臨床的にも費用対効果的にも有効であることを示唆するエビデンスはない」としている。目的：成人の安定した狭心症に対して、通常のケアと比較して、運動療法に基づくCRの効果を評価すること。検索方法：2017年10月2日にCochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL)、MEDLINE、Embase、DARE、CINAHL、Web of Scienceを検索して、前回のCochraneレビュー「冠動脈性心疾患患者のCRと運動療法に基づく心臓リハビリテーション」の検索を更新した。2つの試験登録を検索し、追加の研究を特定するために、すべての一次研究とレビュー論文の参考文献チェックと前方引用検索を行った。選択基準：安定した狭心症の患者を対象に、構造化された運動療法のCRと通常のケアを比較した。フォローアップ期間が6ヶ月以上の無作為化比較試験 (RCT) を対象とした。データ収集と分析：2人のレビュー著者が独立してバイアスのリスクを評価し、Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventionsに基づいてデータを抽出した。また、2人のレビュー執筆者がGRADEの原則を用いて証拠の質を独立して評価し、その情報を「所見の要約」の表に示した。主要な結果：7つの研究 (581人) が組み入れ基準を満した。試験は、介入期間が6週間から12ヶ月、追跡期間が6ヶ月から12ヶ月であった。すべての試験の比較群は、通常のケア (構造化された運動トレーニングやアドバイスを行わない) または運動を行わない比較群であった。試験参加者の平均年齢は50–66歳で、男性が多かった (範囲：74–100%)。バイアスのリスクに関しては、大部分の試験で無作為化シーケンスの生成とコンソールメントのプロセスが不明であった。1件の試験では、参加者が結果評価者の盲検化を行っていないため、検出バイアスのリスクが高く、2件の試験では、過剰不透明となった参加者が多いため、減少バイアスのリスクが多かった。エビデンスベースの質が非常に低いため、完全にに対するエクササイズベースのCRの効果については不確実である (リスク比 (RR) 1.01、95%信頼区間 (CI) 0.8–1.67、195人の参加者、3つの研究、非常に質の低いエビデンス)、急性心筋梗塞 (RR 0.33、95%CI 0.07–1.63、254人の参加者、3つの研究、非常に質の低いエビデンス)。心臓管関連入院 (RR 0.14、95%CI 0.02–1.1、101人の参加者、1つの研究、非常に質の低いエビデンス)。運動療法に基づくCRは、対照群と比較して運動能力をわずかに改善する可能性があるという低質エビデンスが得られた (標準化平均差 (SMD) 0.45、95%CI 0.20–0.70、参加者267人、5件の研究、低質エビデンス)。運動療法に基づくCRは、狭心症の頻度、感情的な健康関連QOLスコアやCR関連の有害事象 (骨折/脱臼、心不全) などに与える影響については、エビデンスの質が非常に低いため、結論を出すことができなかった。仕事への復帰に関するデータは報告されていない。著者の結論：試験数は不明である。低質エビデンスによると、エクササイズベースのCRは、通常のケアと比較して、運動能力がわずかに向上する可能性がある。成人の安定した狭心症患者に対する運動療法ベースのCRの有益性と有害性を評価するために、高品質で報告された無作為化比較試験が必要である。このような試験では、臨床イベントや健康関連のQOLなど、患者に関連するアウトカムを収集する必要がある。 |
| 112 | M. Tran; E. Pesah; K. Turk-Adawi; M. Supervia; F. Lopez Jimenez; P. Oh; C. Baer; S. L. Grace | 2018 | Cardiac Rehabilitation Availability and Delivery in Canada: How Does It Compare With Other High-Income Countries? | カナダにおける心臓リハビリテーションの提供状況と提供方法。他の高所得国との比較は？ | 虚血性心疾患 | | Can J Cardiol | 34 | Suppl 2 | S252-e262 | 10.1016/j.cjca.2018.07.413 | 【背景】 カナダでは心臓リハビリテーション (CR) の能力が十分ではないが、アンメットニーズは不明である。さらに、カナダにはCRのガイドラインがあるが、それに沿って実施されているかどうかは、州や地域によって特徴づけられていない。本研究では、(1)CRの量、容量、密度、(2)プログラムの性質を明らかにし、(3)これらを(a)州・地域別、(b)他の高所得国(HICs)と比較することを目的とした。【方法】 この横断的な研究では、世界中のCRプログラムに対してオンライン調査を実施した。全米心臓協会 (National Cardiac Association) がある場合は、プログラムの特定の容容にするために、その地域のチャンピオンに依頼した。プログラムの密度は、カナダの慢性心臓病サーベイランスシステムによる虚血性心疾患の発生率を用いて推定された。比較のためには他の28のHICsを選択し (N = 619プログラム)、マシケルレポート解析を行った。【結果】 13州中10州 (76.9%) でCRが実施され (カナダでは実施されていない)、182プログラム中74プログラムが調査を開始した (40.7%の回答)。プログラムの数は、中央値=250で、カナダ内ではカナダ以外よりも多かったが、最終的には、全米の虚血性心疾患患者4.55人に1人のCRをスタートしかなく (他のHICsでも同様)、年間186,187人の追加コストが必要であると考えられた。ほとんどのプログラムは政府や病院からの資金提供を受けたが (N = 48,676)、23件 (31.5%) では患者がプログラム費用の一部または全部を自己負担していた。90%以上のプログラムでガイドラインに示された条件を受け入れている。プログラムには16.2±2.11の学理的予備があり、7.7±1.5/10のコアコンポーネントを提供していた (州によって異なる、P = 0.001)；他のHICsに比べて複雑なサービスを提供する頻度が低く、P = 0.03)、時間は42.0 ± 26.0時間であった (州と他のHICsの違い、P < 0.001)。【結論】 カナダのCR能力は増強する必要があるが、利用可能な場合は他のHICsと同様のサービスが提供されている。 |
| 113 | M. Wang; M. Vaez; T. E. Donner; J. Tiitonen; M. Voss; T. Ivert; E. Mittendorfer-Rutz | 2018 | Trajectories and characteristics of work disability before and after acute myocardial infarction | 急性心筋梗塞の前後の労働障害の軌跡と特徴 | 虚血性心疾患 | Heart | 104 | | 340-348 | | 10.1136/hrt.2017.311950 | 目的：急性心筋梗塞患者における病欠欠および障害年金 (SA/DP) の観点からの労働障害に関する科学的知見は少ない。本研究では、AMIの有無にかかわらず、SA/DPの軌跡を調査し、AMI患者の社会人口学的特性、罹患率、冠動脈血行再建術の特性とこれらの軌跡との関連を検討した。方法：本研究は、2008～2010年に初回AMIを発症し、AMI発症後30日以内に生存していた30～60歳の10 255人を対象とした人口ベースのコホート研究である。各症例は社会人口統計学的にAMIを発症していない1名の対照者とマッチさせた。症例と対照の6年間の連続SA/DP月数の軌跡を、グループベースの軌跡モデリングにより解析した。特性と軌跡のグループと関連はX(2)検定と多項ロジスティック回帰で推定した。結果：大多数の患者 (59%) はAMI発症時にSA/DP (1ヵ月) の年間のレベルがわずかに上昇していたが、イベントの2年後にはSA/DPならなくなった。1群 (4%) ではAMIの前でSA/DPが増加していた。3群は、低いレベル (14%)、中レベル (15%)のSA/DP月数が一定であった。性別、失業率、教育、筋骨格系疾患、抗うつ剤の使用は、SA/DP月数を最も強く予測する因子であった。 (R(2)(difference))=0.02-0.03、p<0.01)。結論：AMI患者の大多数は、AMI後2年以内の労働障害が少ないという点で良好な転帰を示している。AMI前のSA/DPのパターン、性別、社会経済的地位、さらには筋骨格系疾患の併存は、AMI後の作業障害に重要な臨床情報を提供する。 |
| 114 | H. J. Warraich; L. A. Kaltenbach; G. C. Fonarow; E. D. Peterson; T. Y. Wang | 2018 | Adverse Change in Employment Status After Acute Myocardial Infarction: Analysis From the TRANSLATE-ACS Study | 急性心筋梗塞後の雇用状況の変化、TRANSLATE-ACS試験の結果 | 虚血性心疾患 | | Circ Cardiovasc Qual Outcomes | 11 | 6 | e004528 | 10.1161/circoutcomes.117.004528 | 【背景】 急性心筋梗塞後に仕事を再開できないことは、患者にとって重要な意味を持つ。われわれは、米国全国規模のコホートにおいて、心筋梗塞後の雇用の不利な変化の有病率とそれに関連する転帰を評価することを目的とした。【方法・結果】 TRANSLATE-ACS試験 (Treatment with Adenosine Diphosphate Receptor Inhibitors: TRANSLATE-ACS試験) (Treatment with Adenosine Diphosphate Receptor Inhibitors: Longitudinal Assessment of Treatment Patterns and Events after Acute Coronary Syndrome) では、米国内の233病院に登録された心筋梗塞患者9319例 (平均年齢60.8歳、SD13.1、女性27.3%) を対象に、ベータストリキ時に1年間の雇用状況を評価した。ベータストリキには働いていたが、心筋梗塞後1年目は仕事を辞めた、あるいは仕事をしなくなった患者は就業状態の悪いと定義された。多変量モデルでは、雇用の上昇に関連する因子と、患者が報告したうつ病、健康状態、退院後に処方されたエビデンスに基づいた薬の継続性、および家事を手にするための経済的困難さとの関連を評価した。MIの時分で、患者の半数 (51%; n=4730) が就業していた。そのうち3% (n=143) は仕事量が減り、7% (n=349) は仕事をしなくなった (退職を報告した) は349人中27.4のみ)。不利な転帰と有害に関連する因子は、予定外の入院、再入院、退院後の合併症、高血圧、喫煙などであった。1年後の時点で、不利な転帰は患者のうつ病 (Patient Health Questionnaire-18) スコアが3以上 (27.4%対16.7%)、健康状態の低下 (EuroQoL-VIII) スコアが27.4未満)、労働力の低下 (EuroQoL-VIII) スコアが27.4未満)、薬剤による中等度から高度の経済的困難 (41.0%対28.4%)、いずれもP<0.001) を訴える傾向がありました。退院時に処方されたエビデンスに基づく薬の継続性には差がなかった。【結論】 心筋梗塞後に雇用の不利な変化を経験した患者は、生活の質が低下し、うつ病が増加し、薬の購入が困難になったと報告した。これらの結果は、この患者中心の結果とその健康への影響に対処するための介入の必要性を強調するものである。臨床試験登録：URL : https://www.clinicaltrials.gov . 識別子: NCT01088530。 |

| 文献番号 | 筆者 | 発行年 | タイトル | タイトル邦訳 | 対象疾患 | 治療 | 雑誌名 | Volume | Issue | Pages | DOI | 要旨 |
|------|---|------|---|--|--------|-----------|----------------------------|--------|-------|-----------|--------------------------------|---|
| 115 | J. Hegewald; U. E. Wegewitz; U. Euler; J. L. van Dijk; J. Adams; A. Fishta; P. Heinrich; A. Seidler | 2019 | Interventions to support return to work for people with coronary heart disease | 冠動脈性心臓病患者の職場復帰を支援する介入策 | 虚血性心疾患 | | Cochrane Database Syst Rev | 3 | 3 | CD010748 | 10.1002/14651858.CD010748.pub2 | 【背景】 冠動脈性心疾患 (CHD) 患者は、心筋梗塞などの急性疾患や、冠動脈バイパス移植 (CABG) や経皮的冠動脈インターベンション (PCI) などの血行再建術を受けた後、回復のために長期的休職を余儀なくされることが多い。冠動脈性疾患による機能能力の低下や不安は、仕事への復帰をさらに遅らせたり、妨げたりする可能性がある。【目的】 冠動脈性心疾患患者の職場復帰を促進することを目的とした、たとえ仕事に直接した介入を、通常のケアや介入を行わない場合と比較して、その効果を評価すること。【検索方法】 2018年10月11日まで、データベースCENTRAL, MEDLINE, Embase, PsycINFO, NIOSHTIC, NIOSHTIC-2, HSELINE, CISDQ, LILACSを検索した。米国国立医学図書館の登録機関であるclinicaltrials.govを検索し、進行中の研究を確認した。選択基準 介入または通常のケアのいずれかを提供したCHD患者の職場復帰した無作為化対照試験 (RCT) を対象とした。選択された研究では、心筋梗塞の治療を受けた人、またはCABGまたはPCIのいずれかを受けた人のみを対象とした。試験対象者の80%以上がCHD発症前から働いていることが必要である。【データ収集と分析】 2人のレビュー者がデータを抽出し、独立してバイアスのリスクを評価した。復職率と復職までの期間についてメタアナリシスを行った。副次的アウトカムである健康関連QOLと患者満足については、試験参加者の80%以上が復職可能であった研究を対象とした。【主要な結果】 39件のRCT (クワステラ型RCT1件、3群RCT4件) が見つかった。Person-directed, psychological counselling vs. usual care65人の参加者のメタ分析に含めた。ほとんどの介入は、参加者の疾患関連不安を軽減するために何らかのカウンセリングを行い、指導を払すためにCHDの原因や経過に関する情報を提供した。これらの介入によって、6ヶ月までの職場復帰が増加するの (リスク比 (RR) 1.08、95%信頼区間 (CI) 0.84~1.40) の研究が非常に低い確率性の証拠、6~12ヶ月後の職場復帰が増加するの (RR 1.24、95%CI 0.95~1.63 ; 2件の研究; 非常に低い確率性の証拠) は分かっていない。また、心理学的介入が職場復帰までの期間を短縮するかどうかはわかっていない。心理学的介入は、1年から5年の間に60名以上の参加者の割合はほとんど、あるいは全く影響を及ぼさないかもしれない (RR 1.09、95%CI 0.88~1.34 ; 3件の研究; 確実性の低い証拠)。人を介した、仕事を介したカウンセリング vs 通常のケア4件の研究では、仕事を介したカウンセリングが検討された。これらのカウンセリング介入は、トレッドミル検査に基づいて患者に職場復帰のタイミングを助言するものや、CHDに関する同僚の不安や悩みを含めてカウンセリングを拡大するものがあった。職場主導型のカウンセリングは、職場復帰までの日数の平均差 (MD) にほとんど差をもたらさない可能性がある (MD -7.52日、95%CI -20.07~5.03日; 4件の研究; 確実性の低い証拠)。仕事を介したカウンセリングでは、心臓発作にほとんど差がないと思われる (RR 1.00、95%CI 0.19~5.39 ; 2件の研究; 中程度の確実性の証拠)。個人主導の身体調整介入と通常ケアの介入は、6~9ヶ月後の研究で、運動プログラムの影響が検討された。通常ケアと比較して、フィジカルな介入が6ヶ月までの職場復帰を増加させるかどうかは分かっていない (RR 1.17、95%CI 0.97~1.41 ; 4件の研究; 非常に低い確率性の証拠)。フィジカルコンディショニングの介入は、1年から5年の間に60名以上の参加者の割合はほとんど差をもたらさない可能性があり (RR 1.09、95%CI 0.99~1.20 ; 5件の研究; 確実性の低い証拠)。また1年後の患者の就労率にもほとんど差をもたらさない可能性がある (RR 1.04、95%CI 0.82~1.20 ; 3件の研究; 確実性の低い証拠)。フィジカルコンディショニングの介入は、職場復帰に要する期間にほとんど差をもたらさないかもしれない (MD -7.86日、95%CI -29.46~13.74日; 4件の研究; 確実性の低い証拠)。フィジカルコンディショニング介入は、おそらく心臓発作率を増加させない (RR 1.00、95%CI 0.35~2.80 ; 2件の研究; 中程度の確実性の証拠)。個人指導型の複合介入と通常ケア複合介入後の職場復帰を検討した13件の研究をメタアナリシスに含めた。複合的な心臓リハビリテーションプログラムは、6ヶ月までの職場復帰を増加させた可能性があり (RR 1.56、95%CI 1.23~1.98 ; 追加の有益な結果を得るための治療必要数 (NNT) 5 ; 4件の研究; 確実性の低い証拠)。6~12ヶ月後のフォローアップでの職場復帰率にはほとんど差がない可能性がある (RR 1.06、95%CI 1.00~1.13 ; 10件の研究; 確実性の低い証拠)。複合的な介入が、1年から5年の間に働く参加者の割合 (RR 1.14、95%CI 0.96~1.37 ; 6件の研究; 非常に低い確率性の証拠)、または5年の時点で働く参加者の割合 (RR 1.09、95%CI 0.86~1.38 ; 4件の研究; 非常に低い確率性の証拠) を増加させたかどうかはわからない。介入を組み合わせた介入は、職場復帰までの期間が短縮されたと考えられる (MD -40.77、95%CI -67.19~-14.35 ; 2件の研究; 中程度の確実性の証拠)。Work-directed, intervention職場での厳密なwork-directed interventionsのみを評価した研究は見当たらない。【著者の結論】 複合的な介入は、最長6ヶ月間の職場復帰を促進し、おそらく休業期間を短縮する可能性がある。それ以外では、人を対象とした介入が有益または有害な効果を持つという証拠は見つからなかった。様々な介入とアウトカムに関するエビデンスの確信性は、非常に低いものから中程度のものまで様々である。復職は一般的に研究の副次的な結果であり、そのため復職に関する結果はあまり報告されていないことが多い。RCT報告ガイドラインを遵守することで、今後の研究のエビデンスが大幅に改善される可能性がある。仕事を介した介入の対照試験、復職プロセスにおける健康関連のQOL、および副作用に関しては、研究のギャップが存在する。 |
| 116 | K. Kotseva; L. Gerlier; E. Sidelnikov; L. Kutkova; M. Lutomka; P. Amarencu; L. Annemans | 2019 | Patient and caregiver productivity loss and indirect costs associated with cardiovascular events in Europe | 欧州における心血管イベントに伴う患者および介護者の生産性低下と間接コスト | 虚血性心疾患 | | Eur J Prev Cardiol | 26 | 11 | 1150-1157 | 10.1177/094783719834770 | AIMS: 本研究の目的は、欧州における急性冠症候群 (ACS) または脳卒中後の患者および介護者の生産性損失と間接費用を推定することである。方法: ヨーロッパの7つの国で横断研究を行った。検証済みの質問票を、イベント後3~12ヶ月間の循環器科/神経内科の診察時に使用した。また、職場復帰した患者も対象とし、特にプレセンティブに注目した。過去4週間の患者の欠勤、フレアアップ、介護者の損失を1年に比例させ、最初の入院/病状による休職と合わせた。失われた時間は、国の人口費 (2018年ユーロ) に従って評価した。結果: 分析対象は、ACS患者196人 (86%が心筋梗塞) と脳卒中患者198人 (99%が虚血性、77%が修正Rankin Scale 0-1) であった。ACS患者と脳卒中患者の平均年齢は53歳で、それぞれ86%と78%が男性、28%と25%が心血管イベントの既往があり、心臓病が確認していた。生産性時間損失の平均 (国別の範囲) は、ACSでは470 (47-91) 日、脳卒中では68 (45-88) 日であった (年間労働時間の25%)。特に、ACS患者では59日 (37~79日)、介護者では11日 (0~16日) の労働損失が心臓病、11日 (0~16日) の労働損失が脳卒中 (それぞれ13,953ユーロ (€641~23,160ユーロ) であった。脳卒中後は、患者が56日 (42~70日)、介護者が12日 (3~20日) の労働を失い、13,773ユーロ (10,469~20,215ユーロ) となった。過去にイベントがあり、心血管疾患が確認されている患者では、80 (ACS)、73 (脳卒中) の労働日数が失われ、それぞれ16,061ユーロ、14,942ユーロの費用がかかった。結論: 今回の結果から、ACS/脳卒中後の生産性時間損失と間接コストは相当なものであり、間接コストは直接コストに匹敵することが示唆された。 |
| 117 | B. Schwaab; U. Zeymer; C. Janowitz; D. Pittrow; A. Gitt | 2019 | Improvement of low-density lipoprotein cholesterol target achievement rates through cardiac rehabilitation for patients after ST elevation myocardial infarction or non-ST elevation myocardial infarction in Germany: Results of the PATIENT CARE registry | ドイツにおけるST上昇型心筋梗塞または非ST上昇型心筋梗塞の患者に対する心臓リハビリテーションによる低密度リポタンパク質コレステロールの目標達成率の改善。PATIENT CARE登録の結果 | 虚血性心疾患 | リハビリテーション | Eur J Prev Cardiol | 26 | 3 | 249-258 | 10.1177/094783718817082 | 目的: PATIENT CARE登録は、心筋梗塞後の心臓リハビリテーション中の患者の臨床的特徴を記録することを目的とし、現在の薬理学的治療、危険因子の修正、高密度リポタンパク質コレステロール (LDL-C) の治療目標の達成状況などを記録した。方法: ドイツ国内の20の心臓リハビリテーション入院センターにおける多施設共同の前向き非介入研究。結果: 合計1408名の心筋梗塞後の患者を分析した。患者の平均年齢は62±11歳で、27.0%が女性であった。入院の原因はST上昇型心筋梗塞 (n=657、48.7%) と非ST上昇型心筋梗塞 (n=617、45.8%) が同じくらいの間であった。冠動脈バイパス術の既往はn=134人 (9.9%) であった。平均して、心臓リハビリテーションは目標となるイベント0.19±0.10日間に開始され、22±4日間続けた。退院時に、96.7%の患者がスタチンを投与され、13.0%がスタチンに追加して別の脂質低下薬を投与され、98.5%が抗血栓薬を投与され、23.3%が抗凝薬を投与された。欧州心臓学会/欧州動脈硬化学会の脂質管理ガイドライン2011に基づくLDL-Cの目標値 (70mg/dl (1.8mmol/l)) を満たした患者の割合は、心臓リハビリテーション入院時の21.4%から心臓リハビリテーション後の退院時には41.9%に増加した。ほとんどの患者 (95.2%) が心臓リハビリテーションを終了し、88%が元の仕事にフルタイムで復帰した。結論: 心筋梗塞後の患者において、心臓リハビリテーションの実施により、修正可能な心血管危険因子、特にLDL-Cが大幅に改善された。大多数の患者は仕事に復帰することができた。しかし、短期の心臓リハビリテーションでLDL-Cガイドラインの目標値に達したのは50%以下であった。 |
| 118 | R. Du; P. Wang; L. Ma; L. M. Larcher; T. Wang; C. Chen | 2020 | Health-related quality of life and associated factors in patients with myocardial infarction after returning to work a cross-sectional study | 心筋梗塞患者の職場復帰後の健康関連QOLと関連因子: 横断研究 | 虚血性心疾患 | | Health Qual Life Outcomes | 18 | 1 | 190 | 10.1186/s12955-020-01447-4 | 背景: 心筋梗塞後の職場復帰は、回復の重要な指標となる。しかし、心筋梗塞は、患者が仕事中にプレッシャーや孤独感、劣等感を感じたり、さらには復職後に離職したりする原因となり、生活の質に影響を及ぼす可能性がある。本研究の目的は、心筋梗塞患者の復職後の健康関連生活の質 (HRQL) の影響因子を明らかにし、これらの因子とHRQLとの相関関係を探索することである。方法: 本研究は横断的研究である。2017年10月~2018年3月に中国の三次病院から全参加者を募集した。一般データ質問票、Short-Form Health Survey-8 (SF-8)、Health Promoting Lifestyle ProfileII (HPLPII)、Medical Coping Modes Questionnaire (MCMQ)、Social Support Rating Scale (SSRS) を用いて、心筋梗塞患者326名の退院後の職場復帰を評価した。復職後の心筋梗塞患者のHRQLに関連する要因を探索するために、重層分析を行った。結果: サンプルは326名の患者であった。QOLの平均得点は28.03±2.554であった。重層分析によると、次の要因がHRQLの向上と関連していた: 若年 (B = -0.354, P = 0.039)、高収入 (B = 0.513, P = 0.000)、併存疾患の少なさ (B = -0.440, P = 0.000)、復職までの期間が良いほど (B = 0.235, P = 0.003)、ステント設置数の減少 (B = -0.359, P = 0.003)、心臓リハビリテーション (CR) への参加 (B = -1.777, P = 0.000)、CRの完了 (B = -1.409, P = 0.000)、健康への責任感の高さなどの健康行動の改善 (B = 0.172, P = 0.000) や運動 (B = 0.165, P = 0.000)、より良い栄養 (B = 0.178, P = 0.000) や自己実現 (B = 0.165, P = 0.000) などのより良い健康行動 (B = 0.172, P = 0.000)、ストレス反応 (B = 0.172, P = 0.000)、より客観的なサポートのより多くの社会的サポート (B = 0.175, P = 0.000)、主観的支持 (B = 0.167, P = 0.000)、社会的支持の活用度 (B = 0.189, P = 0.028)、対処感の高さ (B = 0.133, P = 0.000)、服薬の低さ (B = 0.165, P = 0.000) などのポジティブな対戦略が挙げられる。結論: MI患者の職場復帰後のHRQLは満足できるものではない。健康行動、対戦略、社会的支援はHRQLに影響を与える要因である。HRQLを改善し、患者の社会復帰を成功させるためには、包括的に絞ったガイドが有効であると考えられる。 |
| 119 | S. J. Olsen; H. Schirmer; T. Willigaard; K. H. Biehaa; T. A. Hanssen | 2020 | Employment status three years after percutaneous coronary intervention and predictors for being employed: A nationwide prospective cohort study | 経皮的冠動脈インターベンションから3年後の雇傭状況と予測因子: 全国規模の前向きコホート研究 | 虚血性心疾患 | PCI | Eur J Cardiovasc Nurs | 19 | 5 | 433-439 | 10.1177/1474515120930614 | 背景: 急性冠動脈インターベンション後の患者の社会的再適応には仕事への復帰が重要であることから、心臓リハビリテーション (CR) を受けている患者には職業支援が推奨される。経皮的冠動脈インターベンション (PCI) 後にCRが長期的な就業率向上につながるかどうかについては情報が不足している。AIMS: 本研究の目的は、PCIから3年後の就業状況を明らかにすること、CRの参加者とCR非参加者の就業状況を比較すること、および就業の予測因子を評価することであった。方法: NorStent試験の初回PCI患者を対象とした。方法: NorStent試験の初回PCI患者を対象とした。結果: 1262名の患者 (54%が女性、77%が男性) のうち、86名 (6%) が仕事に復帰した。RTW失敗の予測因子は、主にCR退院時の年金給付希望 (OR = 0.33、95%CI: 0.22-0.50) と自己評価した職業再適応の悪化 (OR = 0.34、95%CI: 0.24-0.48)、急性冠症候群 (OR = 0.64、95%CI: 0.47-0.88) と心不全の併存 (OR = 0.51、95%CI: 0.30-0.87) であった。学歴、仕事上のストレス、心身の健康は、RTW成功と関連していた。HRQLは、臨床的/ワークアウトパフォーマンスは高く、患者が報告するワークアウト指標 (年金支給希望、健康再適応の自己評価、不安、身体的/精神的HRQL/健康、ストレス、幸福感、自己効力感など) によって主に決定された。結論: 心疾患患者の職場復帰とHRQLには、患者が報告するワークアウト指標が生に影響していた。したがって、心理社会的支援に焦点を当てた多成分CRアプローチは、主観的な健康向上と職業再開のために重要である。TRIAL REGISTRATION: 本研究は、ドイツ臨床試験登録所および世界保健機関国際臨床試験登録プラットフォーム (ICTRP) に登録された (DRKS00011418; https://www.drks.de/DRKS00011418), http://apps.who.int/trialssearch/Trial2.aspx?trialID=DRKS00011418) 。 |
| 120 | A. Salzwedel; I. Koran; E. Langheim; A. Schitt; J. Nothoff; C. Bongartz; M. Wrenger; S. Seher; R. Reibis; K. Wegscheide; r. H. Völler | 2020 | Patient-reported outcomes predict return to work and health-related quality of life six months after cardiac rehabilitation: Results from a German multi-centre registry (OutCaRe) | 患者の報告によるアウトカムは、心臓リハビリテーション後の6ヶ月後の職場復帰と健康関連QOLを予測する。ドイツの多施設共同登録 (OutCaRe) からの結果 | 虚血性心疾患 | | PLoS One | 15 | 5 | e0232752 | 10.1371/journal.pone.0232752 | 背景: 多成分心臓リハビリテーション (CR) は、心血管危険因子の管理、身体的パフォーマンスや患者の主観的健康の改善を通じて、予後の改善、優れた健康関連生活の質 (HRQL)、職業の再開を達成するために行われる。我々は、CRの入院時に収集した多数の患者のデータから、CRの6ヶ月後の職場復帰 (RTW) とHRQLの予測因子を特定することを目的とした。デザイン: 前向き観察型多施設研究。2017年5月から2018年5月の間にCRに登録した。方法: 一般的なデータ (年齢、性別、診断名など) の他に、リスク因子管理のパラメータ (喫煙、高血圧など)、身体的パフォーマンス (最大運動能力、持久力トレーニング時間、6分間歩行距離など)、患者報告ワークアウト指標 (ワークアウト、不調、不安、HRQL)、主観的健康感、身体的/精神的健康、痛み、ライフスタイル変更機能、一般の自己効力感、年金受取、複数の質問票を用いた職業復帰の自己評価など) をCR入院時に記録した。これらの変数 (測定時およびCR中の変化) は、CR6ヶ月後のRTW割合 (97% vs. 102%) と、主観的健康感、身体的/精神的健康、痛み、ライフスタイル変更機能、一般の自己効力感、年金受取、複数の質問票を用いた職業復帰の自己評価など) をCR入院時に記録した。これらの変数 (測定時およびCR中の変化) は、CR6ヶ月後のRTW割合 (97% vs. 102%) と、主観的健康感、身体的/精神的健康、痛み、ライフスタイル変更機能、一般の自己効力感、年金受取、複数の質問票を用いた職業復帰の自己評価など) をCR入院時に記録した。結果: 1262名の患者 (54%が女性、77%が男性) のうち、86名 (6%) が仕事に復帰した。RTW失敗の予測因子は、主にCR退院時の年金給付希望 (OR = 0.33、95%CI: 0.22-0.50) と自己評価した職業再適応の悪化 (OR = 0.34、95%CI: 0.24-0.48)、急性冠症候群 (OR = 0.64、95%CI: 0.47-0.88) と心不全の併存 (OR = 0.51、95%CI: 0.30-0.87) であった。学歴、仕事上のストレス、心身の健康は、RTW成功と関連していた。HRQLは、臨床的/ワークアウトパフォーマンスは高く、患者が報告するワークアウト指標 (年金支給希望、健康再適応の自己評価、不安、身体的/精神的HRQL/健康、ストレス、幸福感、自己効力感など) によって主に決定された。結論: 心疾患患者の職場復帰とHRQLには、患者が報告するワークアウト指標が生に影響していた。したがって、心理社会的支援に焦点を当てた多成分CRアプローチは、主観的な健康向上と職業再開のために重要である。TRIAL REGISTRATION: 本研究は、ドイツ臨床試験登録所および世界保健機関国際臨床試験登録プラットフォーム (ICTRP) に登録された (DRKS00011418; https://www.drks.de/DRKS00011418), http://apps.who.int/trialssearch/Trial2.aspx?trialID=DRKS00011418) 。 |

| 文献番号 | 筆者 | 発行年 | タイトル | タイトル訳 | 対象疾患 | 治療 | 雑誌名 | Volume | Issue | Pages | DOI | 要旨 |
|------|--|------|---|--|--------------|------|---------------------------------|------------|--------|-----------|--------------------------------|--|
| 121 | W. Sun; L. Gholizadeh; L. Perry; K. Kang; M. Heydari | 2021 | Factors associated with return to work following myocardial infarction: A systematic review of observational studies | 心筋梗塞後の職場復帰に関連する要因。観察研究のシステマティックレビュー | 虚血性心疾患 | | J Clin Nurs | 30 | 3-4 | 323-340 | 10.1111/jocn.15562 | 目的 心筋梗塞後の患者の職場復帰に関する文献を調査し、批判的にまとめ、その要因を明らかにすること。背景: 心筋梗塞後の患者の復職時間とそれに関連する要因を理解することは、患者のリハビリテーションと復職を促進するための個人を中心とした治療計画の立案に役立つ可能性がある。デザイン: ナラティブ・システマティック・レビュー。レビュー方法: MEDLINE, CINAHL, Academic Search Complete, EMBASE, SCOPUS, ProQuest Health and Medicineの6つのデータベースと、検索エンジンGoogleを使用した。2008年1月～2020年1月に英語で発表された査読付き論文を探索した。合計で22,217本の論文が出版され、スクリーニングが行われ、Joanna Briggs Institute Critical Appraisal Toolsを用いた品質評価のために18本の論文が残された。結果: 職場復帰までの平均期間は46～192日で、約半数の患者が3か月以内に仕事を再開していた。男性、若年者、教育を受けた者、非マニュアル労働者または自分のビジネスを所有している者、自らの一般的および精神的健康を高評価している者、入院期間が短く、併存疾患や合併症、精神的問題が少ない者は、心筋梗塞後に仕事に復帰する可能性が高かった。臨床現場への関連性: 今回の知見は、看護師が職場復帰できないリスクの高い患者を発見し、それを促進するための適切な支援を行うのに役立つと考えられる。 |
| 122 | S. Ruile; C. Meisinger; K. Burkhardt; M. Heier; C. Thilo; I. Kirchberger | 2021 | Effort-Reward Imbalance at Work and Overcommitment in Patients with Acute Myocardial Infarction (AMI): Associations with Return to Work 6 Months After AMI | 急性心筋梗塞患者における職場での努力と報酬の不均衡および過剰コミットメント。AMI発症6ヵ月後の職場復帰との関連性について | 虚血性心疾患 | | J Occup Rehabil | 31 | 3 | 532-542 | 10.1007/s10926-020-09942-7 | 目的 ストレス関連因子は、職場復帰を含む急性心筋梗塞 (AMI) 後の生活適応に影響を及ぼす。本研究の目的は、仕事関連のストレス (努力と報酬の不均衡 (ERI) モデルで表される) がAMI後の職場復帰に及ぼす影響を調査することである。方法 独立変数である努力、報酬、ERI、過剰コミットメントとAMI後の復職との関連を評価するために、AMI患者を対象とした縦断的研究を行った。復職については、6ヵ月後の追跡調査を行った。分析にはロジスティック回帰モデルを使用した。完全に調整されたモデルには、人口統計学的、臨床的、社会的、ストレス関連、健康関連の生活の質 (HRQL) の共変量が含まれていた。結果 31～82歳の登録患者346名のうち、239名 (69.1%) が回帰分析の対象となった。ERIのオッズ比 (OR) は1.72 (95%信頼区間 (CI) 0.86-3.42) であった (未調整モデル)。努力と過剰コミットメントの関連は、0.98 (95%CI 0.83-1.15) と1.09 (95%CI 0.99-1.18) であった。しかし、報酬は、職場復帰との間に有意な逆関係を示し、ORは0.90 (95%CI 0.83-0.99) であった。完全調整モデルでは、ERIのORは1.20 (95%CI 0.49-2.96) に減少した。努力、報酬、過大なコミットメントも、すべてのモデルで有意な結果を示さず、ORが減少した。糖尿病、現在の喫煙、身体および精神的HRQLの低下は、職場復帰と有意に負の関連を示した。結論 AMI後の職場復帰において、仕事関連のストレスはHRQLやレジリエンスよりも重要ではないと考えられた。 |
| 123 | X. Trudel; C. Brisson; D. Talbot; M. Gilbert-Ouimet; A. Milot | 2021 | Long Working Hours and Risk of Recurrent Coronary Events | 長時間労働と冠動脈イベントの再発リスク | 虚血性心疾患 | | J Am Coll Cardiol | 77 | 13 | 1616-1625 | 10.1016/j.jacc.2021.02.012 | 背景: プロスペクティブな研究から、長時間労働が冠動脈性心疾患 (CHD) イベントの発生と関連していることが示唆されている。しかし、初回心筋梗塞後に復職した患者において、長時間労働が冠動脈疾患の再発リスクの増加と関連するかどうかを検討した研究はこれまでない。目的 本研究の目的は、長時間労働がCHDイベントの再発リスクに及ぼす影響を検討することである。方法 本研究は、初回心筋梗塞後に職場復帰した35～59歳の男女967名を対象とした前向きコホート研究である。患者はカナダのケベック州にある30の病院から集められた。平均追跡期間は5.9年であった。長時間労働は復職後平均6週間で評価された。フォローアップ期間中に発生したCHDイベント (致死的または非致命的なMIおよび不安定狭心症) は、患者の医療ファイルを用いて決定した。ハザード比は、Cox比例ハザード回帰モデルを用いて推定した。スプラインと分数量項式回帰を用いて、柔軟な曝露と時間のモデル化を行った。結果: 205人の患者にCHDイベントの再発が見られた。長時間労働者 (週55時間以上) は、社会人口統計、生活習慣関連リスク因子、臨床リスク因子、職場環境因子、性格因子を制御した後、CHDイベント再発のリスクが高かった (35～40時間/週に対するハザード比、1.67、95%信頼区間 [1.10～2.53])。これらの結果から、240時間を境に線形的にリスクが上昇し、最初の4年間の追跡調査では、長時間労働と臨床リスク因子との関係が弱まり、さらに強い影響が見られた。結論を述べると、初回心筋梗塞後に復職した患者では、適当な長時間労働は長いほど、CHDイベントの再発リスクが高くなる。これらの患者の労働時間を短縮することを目的とした二次予防的介入は、CHDの再発リスクを低下させる可能性がある。 |
| 124 | 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 | 虚血性心疾患 | | 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前向き、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せんでした。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労働者の患者の大半は、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。 |
| 125 | S. H. Rankin | 1990 | Differences in recovery from cardiac surgery: a profile of male and female patients | 心臓手術後の回復の違い: 男性と女性の患者のプロファイル | 虚血性心疾患および弁膜症 | 開心術 | Heart Lung | 19 | 5 Pt 1 | 481-5 | | 本研究の目的は、心臓手術 (冠動脈バイパスグラフト術および弁置換術) を受けた男女の両期間および自宅療養期間中の生物物理学的および心理学的プロファイルと比較対照することである。冠動脈疾患は男性よりも女性の方が質的に悪いのだが、女性の有病率が男性の有病率に近くは第2世代になってからである。弁膜症または、性別によって異なるプロファイルを示しており、女性に心臓病が多いことと関係している。北カリフォルニアの患者と関係している。医療従事者が117人の患者とその配偶者 (234人) を対象に、前向きに観察的調査を行い、両期間の重要な3つのデータポイントで患者の反応を調べた。女性患者は両期間において、息切れが有意に多く、心臓機能状態 (New York Heart Association) が低下し、集中治療室での滞在期間が有意に長く、死亡数も比肩して多かった。しかし、退院後1ヵ月と3ヵ月の時点では、セクシュアリティ、レクリエーション、復職などの項目で比較しても、男性と女性の間には有意な差は見られなかった。意外なことに、女性患者は男性患者に比べて、Medical Mood Statesで測定される気分障害が有意に少なく、家族の満足度の指標では男性患者よりも高いスコアを示した。本研究の意義は、女性の心臓病の早期発見、集中治療室での長期滞在に対する家族の準備、手術に対する心理社会的反応の違いの認識などである。 |
| 126 | B. L. Bitsch; C. V. Nielsen; C. M. Stapelfeldt; V. Lynggaard | 2018 | Effect of the patient education - Learning and Coping strategies - in cardiac rehabilitation on return to work at one year: a randomised controlled trial show (LC-REHAB) | 心臓リハビリテーションにおける患者教育 (学習と対処の戦略) が1年後の職場復帰に及ぼす影響: 無作為化比較試験で明らかに (LC-REHAB) | 虚血性心疾患および心不全 | | BMC Cardiovasc Disord | 18 | 1 | 101 | 10.1186/s12872-018-0832-2 | 背景: 心臓リハビリテーション (CR) を受けている虚血性心疾患 (IHD) または心不全 (HF) の患者が職場復帰 (RTW) するためには、個人的なリソースが重要であると考えられている。虚血性心疾患 (IHD) や心不全 (HF) の患者が心臓リハビリテーション (CR) を受ける際には、RTWの能力が重要であるとされている。本研究では、標準的なCRと比較して、CRにLC (learning and coping) 戦略を追加することで、CR後1年後のRTW状態に与える影響を評価することを目的とした。方法: オープンランダム無作為化比較試験で、IHDまたはHFの患者を、デナムマークの3つの病院で、LC群 (LC+CR) または対照群 (CRのみ) に: 1) 1の前向きプロックランダムに割り付けた。対象となったのは、18歳以上60歳未満で、労働市場から退出していない患者。介入は、経験豊富な患者を共同指導者として、医療従事者による個人面談とグループベースの指導からなる帰納的な教育的アプローチで開発された。対照群は、演習的教育的 (標準的なCR) であった。RTW状態は、Danish Register for Evaluation of Marginalisation (DREAM) から得られた。質化はロジスティック回帰分析で評価し、悪いオッズ比 (OR) と調整済みオッズ比 (OR)、95%信頼区間 (CI) で報告した。結果: 今回の解析対象者はN=244名 (LC群: N=119名、対照群: N=125名)。1年後のRTWステータスは、各アーム間で差がなかった (LCアーム: 64.7%対コントロールアーム: 68.8%、調整済みオッズ比OR: 0.76、95%CI: 0.43-1.31)。結論: CRにLC戦略を追加しても、1年後のフォローアップでRTWの改善は見られなかった。TRIAL REGISTRATION: www.clinicaltrials.gov 識別子 NCT01668394、初掲載、2012年8月29日 |
| 127 | P. Mohacsi; M. C. Deng; R. Murphy; C. H. Bergh; E. Gronda; R. Komajda; R. Pachter; J. Spinar; K. Swedberg; J. F. Cleland | 2000 | Implantable left ventricular assist systems (LVAS): recent results. A report from a series of meetings sponsored by the Study Group on Advanced Heart Failure of the Working Group on Heart Failure | 植え込み型左心室補助システム (LVAS): 最近の結果。最近のシリーズの会議にスポンサーシップを受けた研究グループの主要論文の要約 | 心不全 | LVAD | Eur J Heart Fail | 2 | 1 | 13-8 | 10.1016/s1388-9842(00)0055-6 | 植え込み型左心室補助システム (LVAS) は、小型の制御コンソールと電源を備えた植え込み型ポンプで構成されており、外部から装着することができる。これらのシステムは、かさばる制御コンソールを備えた外部ポンプに比べて、患者の移動性と自立性を高めることができる。植え込み型LVASを装着した患者は、退院して仕事に復帰したり、活発なスポーツを再開したりすることができると期待されている。これらのシステムは、心臓移植への候補としてこれらのシステムを受け入れる。デバイスと心臓移植後の患者は、これらのシステムを受け入れる。デバイスの植え込み後、臨床状態と生活の質は劇的に改善し、サポートでの生存率 (約100日後に60～70%) は、内科的治療を受けている移植候補者と比べても問題ない。LVASでは、患者の選択と、主に出血、血管性虚脱、感染などのある有害事象が重要な課題となっている。将来的には、長期サポートと心臓回復への機能的LVASの重要な適応となるかもしれない。 |
| 128 | D. L. Morales; K. A. Catanese; D. N. Helman; M. R. Williams; A. Weinberg; D. J. Goldstein; E. A. Rose; M. C. Oz | 2000 | Six-year experience of caring for forty-four patients with a left ventricular assist device at home: safe, economical, necessary | 左心室補助装置を装着した44人の患者を自宅でケアした6年間の経験: 安全性、経済性、必要性 | 心不全 | LVAD | J Thorac Cardiovasc Surg | 119 | 2 | 251-9 | 10.1016/s0022-5223(00)0180-2 | 目的: 植え込み型左心室補助装置 (LVAS) は、小型の制御コンソールと電源を備えた植え込み型ポンプで構成されており、外部から装着することができる。これらのシステムは、かさばる制御コンソールを備えた外部ポンプに比べて、患者の移動性と自立性を高めることができる。植え込み型LVASを装着した患者は、退院して仕事に復帰したり、活発なスポーツを再開したりすることができると期待されている。これらのシステムは、心臓移植への候補としてこれらのシステムを受け入れる。デバイスと心臓移植後の患者は、これらのシステムを受け入れる。デバイスの植え込み後、臨床状態と生活の質は劇的に改善し、サポートでの生存率 (約100日後に60～70%) は、内科的治療を受けている移植候補者と比べても問題ない。LVASでは、患者の選択と、主に出血、血管性虚脱、感染などのある有害事象が重要な課題となっている。将来的には、長期サポートと心臓回復への機能的LVASの重要な適応となるかもしれない。 |
| 129 | S. Newman | 2003 | The psychological perspective: a professional view | 心理学的視点: プロの視点 | 心不全 | | Heart | 89 Suppl 2 | | | ii16-8; discussion ii35-7 | 心血管疾患の患者さんのケアを取り巻く心理的問題は多岐にわたる。この論文では、認知、感情、社会的支援と影響する3つの主要分野について論じている。ここでは主に心筋梗塞後の患者を例に挙げるが、議論される概念は心血管疾患の他の病態にも関連している。患者さんの認知は、心筋梗塞の症状に対する早期の支援要請、心臓リハビリテーションへの参加、行動の変化、職場への復帰などに影響する。うつ病や不安は心筋梗塞後によくみられる症状であり、死亡率の上昇と関連している可能性がある。したがって、気分の変化は心臓リハビリテーションプログラムの一環として対処しなければならない。社会的支援もまた、心臓リハビリテーションにおいて重要な役割を果たしている。 |
| 130 | L. E. Samuels; E. C. Holmes; R. Petrucci | 2004 | Psychosocial and sexual concerns of patients with implantable left ventricular assist devices: a pilot study | 植え込み型左心室補助装置を装着した患者の心理社会的および性的関心事:パイロット調査 | 心不全 | LVAD | J Thorac Cardiovasc Surg | 127 | | 1432-5 | 10.1016/j.jtcvs.2003.12.009 | 目的: 植え込み型左心室補助装置を装着して退院した患者の心理社会的および性的関心事を明らかにすること。方法: ハートメイト左心室補助装置を装着したBridge-to-transplant患者は、退院後1か月目に心理社会的および性的な調査を行った。調査は3つのパートで構成されており、各カテゴリーに5つの質問が用意されている。患者は回答に丸をつけて記入し、必要に応じてより詳細な回答をするよう求められた。結果: アンケートに回答した男性患者は8名であった。心理学的には、すべての患者が前向きな気分を表明し、家族や宗教的なリソースからのサポートを見つけた。大多数の患者が態度や行動に変化があったと述べた。社会的には、すべての患者がライフスタイルの変化や、家族や友人の反応の変化を述べた。移植後に仕事に復帰した患者や、復帰したいと思った患者はいなかった。喫煙や飲酒を認める患者は少数派であった。性的な面では、大多数の患者が性的欲求を持ち、性的活動に参加していた。大多数の患者は性的刺激剤を使用しており、使用することに関心を持っていました。左心室補助装置には機械的な問題はない。結論: 植え込み型左心室補助装置を装着して退院した心不全患者では、心理社会的および性的状況が変化していた。1ヵ月後の時点では、気分が改善、生活習慣の改善、家族や友人との関係の好転が見られた。性欲もあり、性欲増進薬への関心もある。最も多い心配事は、装置の耐久性や部品の交換など、ポンプに関するものであった。 |
| 131 | L. Phillips; T. Harrison; P. Houck | 2005 | Return to work and the person with heart failure | 心不全者の職場復帰について | 心不全 | | Heart Lung | 34 | 2 | 79-88 | 10.1016/j.hrling.2005.4.06.001 | 心不全は、何百万人ものアメリカ人にとって、経済的にも社会的にも大きな問題である。医療費や生活費は、その生命を脅かす疾患と診断された人にとって圧倒的なストレスとなる。急性期の状態が安定した後、看護師はカウンセリングを行い、職場復帰を目指す患者の代替者ととしての役割を求められることが多い。この論文の目的は、職場復帰に関する文献をレビューし、高血圧患者を治療している看護師に提案することである。看護師は、高血圧患者を評価し、リソースを提供し、必要に応じて支援者として行動する必要があることが推奨されている。高血圧患者の安全で効果的な職場復帰については、さらなる研究が必要である。 |

| 文献番号 | 筆者 | 発行年 | タイトル | タイトル邦訳 | 対象疾患 | 治療 | 雑誌名 | Volume | Issue | Pages | DOI | 要旨 |
|------|---|------|---|---|--------|----------|-------------------------------|--------|-------|---------|---------------------------------|---|
| 141 | S. S. Pedersen; S. J. Skovbakke; U. K. Will; T. Schmidt; R. dePont Christensen; C. J. Brandt; J. S. arensen; M. Vinther; C. E. Larroude; T. M. Melchior; S. Riahi; K. G. E. Smolderen; J. A. Spertus; J. B. Johansen; J. C. Nielsen | 2018 | Effectiveness of a comprehensive interactive eHealth intervention on patient-reported and clinical outcomes in patients with an implantable cardioverter defibrillator [ACQUIRE-ICD trial]: study protocol of a national Danish randomised controlled trial | 植込み型除細動器を装着した患者の患者報告アウトカムおよび臨床アウトカムに対する包括的な対照試験の試験プロトコル | 不整脈 | 植込み型除細動器 | BMC Cardiovasc Disord | 18 | 1 | 136 | 10.1186/s12872-018-0872-7 | 【背景】 デンマークをはじめとする国々では、植込み型除細動器 (ICD) を装着した患者の管理方法が変化してきており、病院で診察に代わって遠隔地での機器のモニタリングが行われるようになってきている。患者と看護、患者と医師の交流が減ることで、患者のケアの質にギャップが生じ、ICDを使用した生活にうまく適応できなくなる可能性がある。目標設定、抑うつ、不安、生活の質のモニタリング、心理的治療、情報提供、支援ツール、看護師とのオンライン対話、オンラインコミュニティネットワークへのアクセスを含む包括的なeHealthの介入は、これらのギャップを埋めるのに役立つ。不安や抑うつに苦しむ患者には特に有益であると考えられる。本研究では、包括的かつインタラクティブなヘルス介入であるACQUIRE-ICDケアイノベーションが、患者報告および臨床アウトカムに及ぼす効果を検証します。方法: ACQUIRE-ICD試験は、デンマークの6つの植込みセンターで初めてICDまたは心臓同期療法 (CRT-D) 付きICDを植え込まれた478名の患者を登録する、多施設、前向き、2群、非盲検の無作為化対照優越性試験。本試験では、ACQUIRE-ICDケアイノベーションの臨床効果および費用対効果を、通常のケアへの追加として、通常のケアのみの場合と比較して評価した。主要評価項目であるデバイスの受容性 (Florida Patient Acceptance Surveyで評価) は、移植後12ヶ月目に評価された。副次的評価項目は、植え込み後12ヶ月および24ヶ月の時点で、患者報告アウトカム、職場復帰、初回ICD治療および初入院までの期間、死亡率、費用対効果などを評価した。解説: ICDを装着した患者を対象に、ウェブベースのプラットフォームを介して提供される、患者中心のパーソナライズされたツールに依存する、包括的かつインタラクティブなeHealth介入の有効性は、これまで評価されていない。ACQUIRE-ICDのケア・イノベーションは、患者が自身の疾患の管理に積極的に参加することを促進し、より患者中心の疾患管理アプローチの必要性に対応する。このケアイノベーションが患者にとって有益であることが証明できれば、患者のエンパワメントとQOLを向上させるだけでなく、臨床費がより多くの患者をケアするための時間を確保できるようになるかもしれない。TRIAL REGISTRATION: 本試験は2016年11月30日に https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT02976961 、登録番号 [NCT02976961] で登録。 |
| 142 | M. Tiikkaja; A. L. Aro; T. Alanko; H. Lindholm; H. Sistonen; J. E. Hartikainen; L. Toivonen; J. Juutilainen; M. Hietanen | 2013 | Electromagnetic interference with cardiac pacemakers and implantable cardioverter-defibrillators from low-frequency electromagnetic fields in vivo | 生体内の低周波電磁場による植込み型除細動器および植込み型除細動器への電磁干渉 | 不整脈 | CIEDs | Europace | 15 | 3 | 388-94 | 10.1093/europace/eus345 | AIMS: 電磁干渉 (EMI) は、ペースメーカーや植込み型除細動器 (ICD) を装着した作業員に危険を及ぼす可能性がある。職場によっては、EMIを引き起こす可能性があるほど高い電磁場が存在する。この研究では、ペースメーカーとICDが外部の電磁場に対してどのような影響を受けやすいかを評価することを目的とした。方法と結果: ペースメーカーを装着した11名のボランティアとICDを装着した13名のボランティアを対象に、ヘルムホルツコイルを用いて、周波数2-200Hzの正弦波、パルス波、ランパルス波、矩形波の磁場に曝した。磁場の磁束密度は300μTまで変化した。また、EAS (Electronic Article Surveillance) ゲート、IHクッキングヒーター、MIG (Metal Inert Gas) 溶接機からのEMIの発生についても試験を行った。すべてのペースメーカーはユニポーラ設定で、3つのペースメーカーはユニポーラ設定で試験を行った。バイポーラ型のペースメーカーとICDは、いずれも、どのような環境下でも干渉を受なかった。ユニポーラ設定の3台のペースメーカーは、ヘルムホルツコイルの最高磁場の影響を受け、そのうち1台はEASゲートと溶接ケーブルの影響も受けた。IHクッキングヒーターは、ユニポーラ設定のペースメーカーのいずれにも影響を与えなかった。結論: この研究で使用されたような高強度の磁場は、産業界の作業環境でもまれである。ほとんどの場合、従業員は適切なリスク評価を行った上で、双極性ペースメーカーまたはICDを植え込んだ後、職場に復帰することができる。単極性にプログラムされたペースメーカーは、高電磁場の環境下では使用者に危険を及ぼす可能性があるため、可能な限り回避すべきである。 |
| 143 | J. G. Fetter; D. G. Benditt; M. S. Stanton | 1996 | Electromagnetic interference from welding and motors on implantable cardioverter-defibrillators as tested in the electrically hostile work site | 電気的に過熱な作業現場でテストされた植込み型除細動器の溶接とモーターによる電磁干渉 | 不整脈 | 植込み型除細動器 | J Am Coll Cardiol | 28 | 2 | 423-7 | 10.1016/0735-1097(96)0147-7 | 目的 本研究は、患者が職場に復帰できるようにすることを最終的な目標とし、電気的に過熱な職場環境における埋め込み型除細動器の電磁干渉への影響を調べることが目的とした。背景: 埋め込み型除細動器の正常な動作は、心臓の電気的活動を確実に感知できるかどうかにかかっている。そのため、職場の外部からの電磁干渉、特に溶接装置やモーター・ジェネレーター・システムからの電磁干渉が感知され、不適切なショックやリードスイッチの異常動作を引き起こし、心室検拍や心室細動の検出が一時的に中断されることが懸念される。方法: 最大900Aのアーク溶接機を操作しているか、200馬力のモーターの近くで作業している患者10名と、最大400Aを引く機関車のスターターの近くにいる患者1名を対象に、1種類の植込み型除細動器 (メドトロニック社製モデル7217および7219) の動作に対する電磁干渉の影響を、内部イベントカウンターのモニタリングを用いて測定した。結果: 電磁干渉は、感知回路またはリードスイッチの動作にそれぞれ2つの潜在的な干渉を生じさせた。1) 溶接電極の活性化に伴う大電流によって発生する。測定周波数が最大50MHzの電界。2) 溶接電極とケーブルに流れる電流によって発生する電界。除細動器の感度は、0.15 mV (モデル7219) または0.3 mV (モデル7217) と最も高い値に設定された。心室検拍と心室細動の治療法は一時的にオフにしたが、検出回路はオンのままにした。結論 試験した埋め込み型除細動器は、検出回路からの過剰測定で確認されたように、電界の過剰による影響を受けていなかった。225Aの溶接電流による磁界は1.2Gの磁束密度を発生させたが、この密度は約10Gを必要とするリードスイッチを閉じるのには不十分であった。患者は職場に復帰することができた。患者は次の注意事項を守る必要がある: 1) 溶接アークとケーブルまたは大型モーターから61cmの最小距離を保つ。2) 溶接装置の試験電流を超えない。3) 電気機器を操作するときは絶縁手袋を着用する。4) 電気機器が適切に接地されていることを確認する。5) 治療が行われたり、誤がば一つとするような感覚があった場合は、すぐに溶接をやめて作業場を離れる。 |
| 144 | K. S. Sunnerhage n; O. Johansson; J. Herlitz; G. Grimby | 1996 | Life after cardiac arrest: a retrospective study | 心停止後の生活: 回顧的研究 | 心停止後 | | Resuscitation | 31 | 2 | 135-40 | 10.1016/0300-9572(95)0903-5 | 目的: 病院外での心臓蘇生 (CPR) 後の生存者の生活状況を評価すること。方法: 当時75歳以下で、病院から生きて退院したCPR生存者を連続的に特定した。平均追跡期間は25.5か月で、追跡時に24%が死亡、9%が行方不明であった。質問票は93%が記入し、71%がインタビューに肯定的であった。結果: 認知機能が低下し、日常生活動作の能力も低下していた。その結果、生活のために多くの人 (老人ホーム) に依存するようになり、仕事への復帰率も低かった。社会的孤立は一般的な訴えであった。また、被験者は基準集団に比べて痛みに対する意識が低いと報告している。健康関連のQOLの他の側面に関しては、この小集団は以前に評価された梗塞後の患者と多くの類似点を示した。結論: 心臓蘇生を受けた患者が虚血性心疾患を患っている場合、痛みに対する意識の低下を考慮する必要がある。可能であれば、社会的孤立を防ぐようにする。 |
| 145 | G. Lijla; N. Nielsen; J. Bro-Jeppesen; H. Dunford; H. Friberg; C. Holgren; J. Horn; A. Insaors; I. Kjaergaard; F. Nilsson; P. Pelosi; T. Winters; M. P. Wise; T. Cronberg | 2018 | Return to Work and Participation in Society After Out-of-Hospital Cardiac Arrest | 院外心停止後の職場復帰と社会参加について | 心停止後 | | Circ Cardiovasc Qual Outcomes | 11 | 1 | e003566 | 10.1161/circoutcomes.117.003566 | 背景: 本研究の目的は、病院外心停止 (OHCA) 生存者が、仕事への復帰を含む日常生活や社会活動に参加する能力について説明することである。具体的目的は、認知機能障害の潜在的な影響を評価することである。方法と結果: TTM試験 (Target Temperature Management) に参加したOHCA生存者278人と、マッチさせたST区分子冠心筋梗塞の対照者119人が、イベント後180日の追跡調査に参加し、参加、仕事への復帰、感情的問題、および認知障害の評価を行った。Mayo-Portland Adaptability Inventory-4 Participation Index では、OHCA生存者 (n=270) は、STセグメント上昇型心筋梗塞対照者 (n=118) と比較して、日常生活や社会への参加が制限されていた (47%対30%、P<0.001)。さらに、イベント前に働いていたST上昇型心筋梗塞対照者 (n=45) の7% (n=3) と比較して、イベント前に働いていたOHCA生存者 (n=135) の27% (n=36) が病状改善を取得していた (オッズ比: 4.9; 95%信頼区間: 1.4-16.8; P<0.01)。復帰を前提としたOHCA生存者 (n=135) では、認知機能障害のある人 (n=55) は、認知機能障害のない人 (n=40; 36%、n=20、対15%、n=6) に比べて、病状改善を取得する可能性が3倍高かった (オッズ比: 3.3; 95%信頼区間: 1.2-9.3; P<0.02)。OHCA生存者の場合、参加者の低下を最も予測した変数は、うつ病、移動手段の制限、記憶障害、新しい問題解決の困難さ、疲労、処理速度の低下であった。結論 OHCAの生存者は、心停止後6ヶ月で社会参加がより制限されていることを報告し、ST区分子冠心筋梗塞の対照者と比較して、仕事への復帰率が低かった。認知機能障害は、疲労、抑うつ、運動制限といった密接に関連した症状とともに、社会参加の低下と有意に関連していた。これらの予測変数は、OHCA生存者のうち、回復が遅れているリスクがあり、さらなる支援やリハビリテーションが必要となるため、追跡調査に利用できる可能性がある。臨床試験登録: URL: https://www.clinicaltrials.gov 。ユニークな識別子: NCT01946932 |
| 146 | P. Koutoulou-Sotiropoulou; F. V. Lima; K. Stergopoulou | 2016 | Quality of Life in Survivors of Peripartum Cardiomyopathy | 周産期心筋症の生存者のQOLについて | 周産期心筋症 | | Am J Cardiol | 118 | 2 | 258-63 | 10.1016/j.amjcard.2016.04.016 | 周産期心筋症 (PPCM) が生活の質に及ぼす影響については、ほとんどデータがない。本研究の目的は、PPCMが生活の質や感情的幸福に与える影響を明らかにすること。ソーシャルメディアを利用したQOL調査の実現可能性を明らかにすることを目的とした。本研究では、ソーシャルネットワークサイト「Facebook」上のサポートグループ「Peripartum Cardiomyopathy Survivors」のメンバーを対象にアンケート調査を実施した。合計116名の女性が調査に参加し (年齢36±6.4歳、91%が白人、75%が既婚、46%が大学卒)、最初の診断からの経過年数は4.9±0.5年 (範囲0.02~24年) であった。ほとんどの女性 (41%) はベースラインの活動レベルに戻らず、28%は診断のために仕事を中断した。ほとんどの回答者 (56%) は、過去2ヶ月間に心不全の症状による制限を受けなかったか、わずかに制限を受けただけであった。ほとんどの回答者 (56%) は、PPCMと診断された後、感情をベースラインに戻すことはなく、ほとんどの患者 (73%) は、現在の心不全症状のレベルに不満を持っていた。ほとんどの患者 (67%) は、心不全のために頻繁に (月に数回以上) 落胆を感じていた。また、医師から勧められたカウンセリングに満足している女性は26%に過ぎなかった。PPCMと診断してから数年が経過した若い母親が受けるPPCMの精神的・肉体的負担は顕著です。より良い情緒的健康を促進する戦略の特定と、潜在的な治療的介入が必要となるかもしれない。 |

| 文献番号 | 著者 | 発行年 | タイトル | タイトル訳 | 対象疾患 | 治療 | 雑誌名 | Volume | Issue | Pages | DOI | 要旨 |
|------|--|------|--|--|----------------------|----------|---------------------------------|--------|-------|---------|----------------------------|---|
| 147 | Y. Lin; Y. Chen; H. Zhang; Y. Peng; S. Li; X. Huang; Q. Chen | 2020 | Predictors of return to work after open triple-branched stent graft placement for acute type A aortic dissection | 急性A型大動脈解離に対する開胸3枝ステントグラフト留置後の職場復帰予測 | 大動脈解離 | ステントグラフト | Interact Cardiovasc Thorac Surg | 30 | 1 | 99-106 | 10.1093/ivctvs/vvz236 | 目的 急性A型大動脈解離 (AAAD) 患者の開胸3枝ステントグラフト留置後12か月以内の復職率と、復職できなかった理由を調査する。方法: 2013~2018年の期間に福建省心臓センターで生存退院したAAAD患者を対象に、このコホート研究を行った。収集したデータには、患者のベースライン特性、AAAD後12か月時点での就業状況、12か月時点で仕事に復帰しなかった人の潜在的な理由を分類する変数が含まれていた。ロジスティック回帰法を用いて、12か月後の職場復帰に関連する要因を推定した。結果: AAAD入院から1年後、326名のAAAD患者のうち、81名 (24.8%) が仕事に復帰し、231名 (70.9%) が復帰せず、14名 (4.3%) が死亡した。復職できなかった231人のうち、105人 (45.5%) はAAADのために仕事ができず、36人 (15.6%) はAAADのために仕事を失った。他の危険因子を調整しても、年齢、女性、仕事の種類、手術時間、大動脈クローズアップ時間、集中治療室 (ICU) の滞在期間は、復職の可能性を低くすると有意に関連していた。CONCLUSIONS AAAD後12か月時点で、以前に雇用されていた患者の25%以上が仕事に復帰した。高齢、女性性、手術時間または手術後のICU滞在時間の長さ、大動脈クローズアップ時間の長さ、ICU滞在期間の長さは、復職の可能性を低くすると関連していた。 |
| 148 | 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できれば、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。 |
| 149 | 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 | 611 | 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影響は十分に報告されていない。我々は、自然発症した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) を他の症と併せて評価した。【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%の被験者がフォローアップ中に離職した。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)、離職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、自然発症した頸動脈解離患者、特に女性の長期ケアにおいて考慮されるべきでもある。 |
| 150 | Bernt Ja rgensen SM, Johnsen NF, Gerds TA, Brendum 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 | 心臓病、心不全、心臓弁膜症、虚血性心疾患 | | BMC Public Health | 22 | 1 | 1049 | 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年に心臓病、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ーにおいて、復職へのプレッシャーを感じている確率を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歳以上の心臓病を持つ男性で18.3% (95%CI: 13.1-24.6)、55歳以下の心臓病を持つ女性で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り、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程度の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。 |
| 151 | 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 | 1229 | 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と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。他者から見えない障壁 (主に脳卒中)、他者から見えない障壁 (主に心臓病)、時間の経過とともに変化する障壁 (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、系統的なテキスト分析を用いて分析され、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、部門関連性、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、部門関連性、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。 |

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)

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、初年度は当事者に対してインターネット調査を実施し、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」）を作成した。それを受けて、2年目（最終年度）は、そのコンピテンシーそれぞれについての支援者向けの e-learning 教材を作成することとし、6つのコンピテンシーについては動画向けの資料を作成し、3つのコンピテンシーについては実際に動画を作成した。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。

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应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料を開発(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

(令和3年度)

①難病患者の就労に関する先行研究のレビュー

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

②福岡県難病相談支援センターへのヒアリング

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

③当事者向けのインターネット調査

1) 研究デザイン

本研究は、インターネットによる横断調査とした。

2) 研究の具体的な方法

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

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

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

選択基準

以下の項目をすべて満たす者を本調査の対象者とする。

- ・調査実施時点で、がん、脳卒中、心臓病、肝炎、膠原病、神経難病(パーキンソン病等)、高血圧、糖尿病、脂質異常症(高コレステロール血症等)、慢性閉塞性肺疾患、甲状腺疾患、アレルギー性疾患(気管支喘息等)、認知症、てんかん、血液疾患(血友病等)、うつ病やその他のこころの病気など、反復・継続して治療が必要で、短期(おおむね1か月以

内)で治癒しない疾病や障害を抱えている。

- ・調査実施時点で、仕事をしている。
- ・調査実施時点で、適切な治療を受けながら、仕事を継続するにあたって、会社から何かしらの支援を必要としている。
- ・調査実施時点の年齢が20歳から65歳である。

3) 実施期間

2022年2月

4) 回答者数

700名から回答を得た。

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

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

(令和4年度)

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

(令和3年度)

①難病患者の就労に関する先行研究のレビュー

研究分担者がとりまとめ、2021年5月に産業医学レビュー34巻1号に公開した「難病患者における治療と仕事の両立

支援に関する研究の現状」の内容を確認した。レビューの実施から1年程度しか時間が経過していないため、レビューの更新については次年度にゆだね、今年度については、このレビューをそのまま活用することとした。

②福岡県難病相談支援センターでのヒアリング

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

③当事者向けのインターネット調査

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

(令和4年度)

「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(図2)、動画は3本(図3)を製作した。

図2 作成した資料

疾患に関する情報収集

当事者の支援をするために、支援者には、当事者が罹患している疾患に関して、就労に影響する可能性のある症状や治療についてある程度の情報の収集が求められます。

当事者によっては言語化がうまくできない方がいますので、そういった方に対しては、面談を複数回行うことで、情報収集をすることが見込めます。

当事者が、自分の症状についてうまく言語化できるようになると、職場の理解が得られやすくなり、職場とのコミュニケーションもスムーズになります。

当事者が、現在の状況(治療や症状)をどの様に理解しているのか、把握することに努めます。

支援者には、当事者の認識に基づく支援が求められます。罹患している疾患が同じで、同じような現状であっても、当事者によって、困難を感じている点、支援を必要としている点は異なります。

当事者からの疾患に関する情報を踏まえたうえで、信頼できる情報に参考にして当事者の罹患している疾患について理解を深めます。

それぞれの疾患について、多くの情報がインターネット上にあります。その中で、支援者は、専門家として信頼できる情報源からの情報収集が求められます。それぞれの職種に応じて開催される勉強会などに定期的に参加して、同じ専門家のネットワークを構築し、いつでも情報交換ができるように努めます。

参考情報
・がん情報サービス
・難病情報センター

本人の自己理解を促すこと

就労に必要な3要素
知力
体力
気力

会社への報告
※申し出ていない
24%
※申し出ていない
74%

両立支援の申し出
※申し出ていない
46%
※申し出ていない
54%

病気の受け入れを支援する
説明力をあげることを支援する
うまくいかなかったときの落ち込みからの立ち直りを支援する

- 現在の体調、治療の状況
- 主治医の見解と今後の見通し
- 以前と変わらずできること、できないこと
- 仕事上の注意事項、必要な配慮
5. どういう仕事ならできそうか：具体的なイメージ

言語化することが本人の自己理解を促す

コーチング

支援者には当事者に対してコーチングスキルが求められます。

コーチングとは、「自己認識や責任感の向上による学習者の学習と成長の強化に焦点を当てた1対1の会話であり、コーチは支援的かつ激励的な雰囲気の中で質問、アクティブライスニング、適切な挑戦を通して学習者の自己主導型学習を促進すると定義されます。」
Van Newkirk, L. C. Coaching in Education, 2012.

1対1コーチングではコーチと学習者の信頼関係構築、機密保持、個別対応可能という点において優れています。

1対1コーチングではコーチと学習者が共同で設定した目標を共有します。目標の共有方法のモデルとして、GROWモデル(Goal, Reality/resource, Options, Will)があります。

コーチングを意図した支援者から当事者への関与の通りです。

Goal 「あなたにとって治療を受けながら仕事を続けるためには必要な支援はどのようなものがありますか？ 今日の話だけでもそのようなことはありますか？」

Reality/Resource 「あなたの治療と仕事の両立の現状を教えてください」「どのような状況になれば、あなたが理想と仕事の両立が実現しそうですか？」

Options 「他に何か良い方法はありますか？」「もし、あなたが、あなたの上司であれば、な情報を知りたいですか？」

Will 「上司とのコミュニケーションについて明日そんなことは何ですか？」「次回診察の際に、主治医に何を相談したいですか？」

本人のヘルスリテラシーを高めること

勤務先において、当事者が適切な支援を受けるためには、勤務先とのコミュニケーションが不可欠です。このコミュニケーションを左右する大きな要因の一つが、当事者のヘルスリテラシーです。

ヘルスリテラシーとは、「情報を理解・活用できる力」です。支援者には、患者のヘルスリテラシーを理解し、その向上を支援することが求められます。

ヘルスリテラシー尺度(HLS-14)
Sakai M. et al. The 14-Item Health Literacy Scale for Japanese adults (HLS-14). Enton Health Prom Med. 2013;18:407-15.
を参考にします。

病院や薬局からもらう説明書やパンフレットなどを読む際に
1. 読めない漢字がある
2. 字が細かくて読みにくい
3. 内容が難しくて分かりにくい
4. 読むのに時間がかかる
5. 誰かに代わりに読んでもらうことがあがる

ある病気と診断されてから、その病気やその治療・健康法に関することで、自分自身(または家族)の病状について
1. 自分にも当てはまるかどうか考えた
2. 信頼性に疑問を持った
3. 正しいかどうか聞いたり調べたりした
4. 病院や治療法などを自分で決めるために調べた

病院や薬局からもらう説明書やパンフレットなどを読む際に
6. いろいろなところから情報を集めた
7. たくさんある情報から自分が求めるものを選び出した
8. 自分が見聞した情報を理解できた
9. 病気についての自分の意見や考えを医師や身近なひとに伝えた
10. 見聞された情報をもとに実際に生活を変えてみた

「機能的ヘルスリテラシー」：基本的な読み書き能力
「伝達的ヘルスリテラシー」：情報を自分で探したり、他人に伝達したり、自分で適用しようとする能力
「批判的ヘルスリテラシー」：得られた情報をうのみにせず、批判的に吟味し、主体的に活用しようとする能力

図3 動画作成例

職場の環境の評価

支援者には、当事者が働いている職場環境についてできるだけ多くの情報を収集する必要があります。

職場環境の情報の具体的であるほど、支援者として当事者の就労上の課題を理解することができます。

職場環境に関する情報には、客観的な情報と主観的な情報があります。

客観的な情報には、ストレスチェックの結果や、スマートフォンなどで撮影された職場の写真や仕事をしている様子の動画などが含まれます。

主観的な情報とは、職場の人間関係など当事者が認識している職場環境のことです。支援者には、当事者からどのように職場が見えているのか丁寧に話を聴くことが求められます。当事者の話が理解できない時には、支援者なりに理解ができるまで、情報収集するようにしましょう。同じ職場環境であっても、認識には個人差があることに十分に留意しましょう。

職場環境の評価の欄には、以下のような項目を質問し

- 業務と当事者の能力及び意欲・関心との適合性
- 職場の同僚や管理監督者との人間関係など
- 業務量(作業時間、作業密度など)や賃(賃金、待遇)の適否
- 作業環境の維持・管理の状況
- 業務量の定期的な変動や、不測の事態に対する対応の適切さ
- 就労時に求められる業務遂行能力の程度(自動車の運転免許や作業機器の操作など)
- 当事者を変える職場の雰囲気や疾患に関する理解の程度
- 実施可能な就業上の配慮(業務内容や業務量の変更、時間等)
- 実施可能な人事労務管理上の配慮(配属転換、異動、勤務の変更等)

疾患に関する情報収集

当事者の支援をするために、支援者には、当事者が罹患している疾患に関して、就労に影響する可能性のある症状や治療についてある程度の情報の収集が求められます。

当事者によっては言語化がうまくできない方がいますので、そういった方に対しては、面談を複数回行うことで、情報収集をすることが見込めます。

当事者が、自分の症状についてうまく言語化できるようになると、職場の理解が得られやすくなり、職場とのコミュニケーションもスムーズになります。

当事者が、現在の状況(治療や症状)をどの様に理解しているのか、把握することに努めます。

支援者には、当事者の認識に基づく支援が求められます。罹患している疾患が同じで、同じような現状であっても、当事者によって、困難を感じている点、支援を必要としている点は異なります。

当事者からの疾患に関する情報を踏まえたうえで、信頼できる情報に参考にして当事者の罹患している疾患について理解を深めます。

それぞれの疾患について、多くの情報がインターネット上にあります。その中で、支援者は、専門家として信頼できる情報源からの情報収集が求められます。それぞれの職種に応じて開催される勉強会などに定期的に参加して、同じ専門家のネットワークを構築し、いつでも情報交換ができるように努めます。

参考情報
・がん情報サービス
・難病情報センター

患者会に関する情報収集

患者会
「当事者の視点で話を聞いてもらえる患者会同士の交流の場です。」
同じ病気や障害、症状など、同様の共通する患者体験を持つ人たちが集まり、自主的に運営する会のことです。
お互いの悩みや不安を共有したり、情報を交換したり、会によっては、患者のためにさまざまな支援プログラムを用意していたり、社会に対する働きかけを行う活動をしているところもあります。

ピアサポート
ピア(Peer)とは「仲間」という意味で、ピアサポートとは、同じような悩みがあるいは経験を持つグループの中で、同じ仲間として対等な立場で行われる支援のことです。仲間から受け取られると感じられる場にいることによって、お互いに支え合ったり、悩みの解決につながりやすくなることも期待されています。

患者サロン
患者サロンとは、患者やその家族など、同じ立場の人、がんのことを気軽に本音で語り合う交流の場のことです。最近、患者会の少ない地域でも広まっています。
最近では、患者や市民の要望を受けて、がん診療連携拠点病院など医療機関の中や公民館などに患者サロンを設置する病院や自治体もふえています。

一般社団法人 日本難病・疾病団体協議会 加盟団体
一般社団法人 全国がん患者団体協議会 加盟団体
公財社団法人 日本対がん協会 加盟・指導支援団体

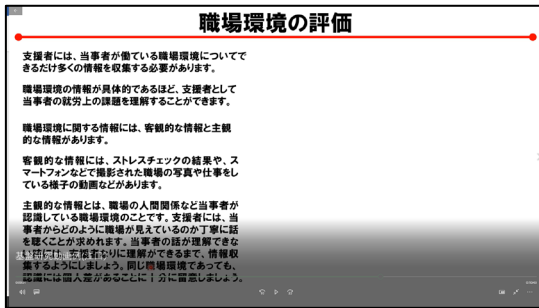
仕事に関する悩みは個別性が高いため、支援者が提供できる一般論はうまくいきません。その点、当事者からの具体的なアドバイスはより役立つ力があります。
支援者にとっては患者会に所属して身近な情報を持っていることも重要です。

コーチング

支援者には当事者に対してコーチングスキルが求められます。

コーチングとは、「自己認識や責任感の向上による学習者の学習と成長の強化に焦点を当てた1対1の会話であり、コーチは支援的かつ激励的な雰囲気の中で質問、アクティブライスニング、適切な挑戦を通して学習者の自己主導型学習を促進すると定義されます。」
Van Newkirk, L. C. Coaching in Education, 2012.

基盤研究動向例(江口)



D. 考察

(令和3年度)

①難病患者の就労に関する先行研究のレビュー

先行研究のレビューでは、炎症性腸疾患、多発性硬化症、関節リウマチ、パーキンソン病の患者を対象に、就労継続に影響する要因を検討した研究が多く、支援者の支援の内容と就労継続に関する研究は無かった。ただし、春名らの研究では、医療相談窓口への相談機関への相談状況や産業医、産業保健師への相談状況についての調査があることが確認できた。また、【難病患者の総合的支援体制に関する研究】班の調査では、そのような窓口を利用している者ほど、就労していることが示されていたことから、窓口の認知の向上への取り組みや、支援を必要としている者にアウトリーチする姿勢などが、支援のコンピテンシーとなりうることが示唆された。

②福岡県難病相談支援センターでのヒアリング

特に難病については、障害者総合支援法や難病の患者に対する医療等に関する法律（難病法）など、医療費の助成や各種福祉系就労支援サービスなどが提供されるなど、受けられる支援が複雑で、様々な機関に窓口がある。そのため、医療ソーシャルワーカーでも十分な情報提供ができないこともあるため、難病相談支援員がコンシェルジュとして、当事

者が「一筆書き」で関連する窓口を回るができるように案内をすることができていることが、強みであるとのことであった。

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

③当事者向けのインターネット調査

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

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

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

(令和4年度)

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と考えられた。

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と考えられた。これらの資料は、支援者のスキルの向上に一定の役割を担うことができると考えられた。

E. 結論

2年間の研究期間中に、当事者向けのインターネット調査や支援者へのヒアリングをもとに30個のコンピテンシーを抽出し、そのうちPPT資料については6つ、動画資料については3つ、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

1. 厚生労働省. 事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン. 企業・医療機関連携のためのマニュアル(事例編). 【難病】事例1. 2021.
<https://www.mhlw.go.jp/content/1200000/000608633.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: 焦させない技術 |
| 職場内のキーパーソンを探す能力 |
| 疾患理解 |
| 職場の制度についての知識、情報収集 |
| 会社とのコミュニケーションの取り方のアドバイス |
| インターネットや SNS の正しい活用法 |
| 最低限のカウンセリングスキル |
| 事例の共有を通じて自分なりのベンチマークを作る |
| 仕事内容の把握 |
| 復職後のフォロー |
| 家族と当事者のコミュニケーション |
| 異動先での転院先の相談や調整 |
| 支援者を作るためのアドバイス |
| 状態が安定している時でも、悪化した時のことを打ち合わせる |
| 本人の就業能力のアセスメント |
| 病気のことを踏まえた本人の仕事観を理解する |
| セルフケアについての情報提供 |
| 院内の専門職との多職種連携 |
| 復職に向けた休職中の過ごし方 |
| 障害者総合支援法の就労支援サービスの説明 |

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

| 性別 | 年齢 | 疾患名 | あなたが仕事を継続する上で、必要な情報、役立つ情報についてできるだけ詳しくご回答ください。 |
|----|----|---------------|---|
| 男性 | 40 | うつ病 | 自分の場合、会社に通勤することそのものが苦痛であるため、在宅勤務に切り替えて作業をしている。個人によって治療対応は異なるはずなので一律ではなく、患者の言うことを考慮して勤務を継続できる環境を用意してほしい。通勤が続いたら会社は辞めたいと思う。 |
| 男性 | 32 | うつ病 | とくにないよ。ただつらいこともある。けれども稼がないといけない。子供がいる。学費がかかるし、どうしたらいい |
| 女性 | 53 | 糖尿病 | 特にないですが現在の勤務先では体調のことを常に理解してくれる経営者がいるので何か不調があった場合でもすぐ相談でき助かります。 |
| 女性 | 42 | うつ | 相談できる環境がどこにあるのか、通院の負担の相談できるところがあるか。また、上司への相談だけで仕事調整ができるのか。 |
| 男性 | 43 | うつ病 | 会社としては、健康状態を考えて、負荷の比較的小さい部署に異動させてくれたが、それで対応を完了させていると思われ、治療が完了するまでどのような対応を考えているのかを明確に示してもらえたら、仕事がしやすくなる |
| 女性 | 52 | 関節リウマチ 摂食障害 | 関節リウマチに関する新薬の情報。摂食障害に関するセミナーや研修会や、治療に関する最新の情報があれば良いです。 |
| 男性 | 43 | うつ病 | とくにないのですが、強いていうのであれば、精神疾患の従業員に対してメンタルサポートなどサポート体制を強化してほしい。 |
| 男性 | 59 | 高血圧、大腸ガン | やはり通勤時間である。勤務できる場所が多数ある職場であるならば、本当に近場の勤務地に異動させるべきである。私の場合、常に1時間半以上である。本当に辛い。 |
| 男性 | 43 | 高血圧 | 年齢的にしんどい事があるので新しい人が見つかったら、出来だけ体に負担が少ないシフト調整して欲しいです。 |
| 女性 | 32 | ADHD,うつ病、睡眠障害 | フルタイム勤務でなくても大丈夫なこと、自分のペースで物事が進められる事が重要。スピーディさを求められたり臨機応変な対応は苦手 |
| 女性 | 41 | うつ病 | インターネットなどの情報を集めるようにしています。同じ病気の人の情報を参考にしています。病気を持ちながら働く方法など。 |
| 男性 | 64 | 高血圧、脂質異常症 | 主治医とのコミュニケーションが一番の情報源だが、今のところ上手く行っていると思うので、他に必要としていることは特になし。 |
| 女性 | 46 | 膠原病、慢性腎臓病 | 一昨年、膠原病からの合併症で慢性腎臓病になり（身体障害4級）従事していた保険外交員の仕事が出来なくなり退職。以降、ハローワークの障害者雇用窓口を利用し仕事を探していたが、週5日勤務にも関わらず最低賃金や、障害者雇用でも当時月2回の通勤のための欠勤が認められない等、障害や病気の程度と能力に応じた最適なマッチングが叶わなかった。難病患者、障害者と一緒にすると、バリアフリー、エレベーターあり、軽作業等の言葉が並ぶが、病気の度合いと能力、職歴、通院の頻度など、個別の条件に対応できる相談窓口がないと感じた。コロナ禍でもあることから、益々求人数は減少し、現在は派遣会社に登録し、希望シフト制のアルバイトに就いているが、もちろん病気の事は伝えられていない。今現在は持病や軽度の障害はあるが、通院の為のお休みや、多少の配慮（屋外作業や外回り不可等）が必要であるが能力的には満たしている等、個々の条件に合わせ企業側と上手くマッチングしてくれるようなシステムがあればと思っている。 |
| 男性 | 46 | 甲状腺異常 | 就業前には準備体操がひつようで身体を温めてから出ないと人と同じ動きが出来ないので、定期的に体をほぐしながらが必要 |
| 女性 | 52 | 肺がん | 仕事場では、できる限り 痛いとか、弱味を見せない。 みんながよく言うしんどいよってニアンス的な事は言うが、特別扱いされたくない |

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

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

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

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

| 性別 | 年齢 | 疾患名 | あなたが仕事を継続する上で、必要な情報、役立つ情報についてできるだけ詳しくご回答ください。 |
|----|----|----------|---|
| 男性 | 49 | 双極性障害 | 特にないが、同様の病気を抱えている人がどのような配慮がされているのか、事例があれば知りたいと思います。 |
| 女性 | 24 | 体位性頻脈症候群 | 体位性頻脈症候群をもつ社会人がどのように仕事をしているか知りたい。仕事内容や時間などの改善が必要でも職場長に伝えにくい場合どうしたらよいか知りたい。 |
| 男性 | 48 | 高血圧 | 職場や周囲の理解が必要です。また、職場だけでなく社会のルールも改善していけばより働きやすい環境ができると思います。 |
| 女性 | 32 | 鬱病 | 鬱病への理解度を示す文書。休暇制度などの福利厚生に関するルール。特に障害者に対する福利厚生の充実度と休暇取得率。 |
| 男性 | 51 | 椎間板ヘルニア | 会社の組織体制の見直し。体調が悪い時、休みやすい体制。人員不足解消の見直し、体制作りが必要であると感じます。 |
| 女性 | 48 | うつ病 | 特に思いつかないが、受けられる支援や自分の病気が客観的にどうであるのか知りたいと思うがどうしたら良いかわからない |
| 男性 | 29 | うつ病 | 職場において、体調の変動や通院に関して理解をえながら働き続けることが出来るようなサポート体制の根拠となるルール等の開示、共有。 |
| 男性 | 43 | うつ病 | 会社は全く信用できないが、病気に対して会社が支援できる仕組みなどの情報公開をしてほしい。サイトなどで。 |
| 男性 | 40 | 悪性リンパ腫 | 社内の福利厚生制度を知ること。 経済的支援、休暇制度、相談窓口などを知ることによって多角的に活用できるようになる |
| 男性 | 49 | 高血圧症 | 自己管理することや仕事分担をすること人間関係を良好にすることチームワークでお互い助け合うことが必要である |
| 女性 | 47 | うつ病 | 上司の理解があれば、仕事はいくらでもできる。包み隠さず、報告、相談し、できるときにはしっかりやります、という気持ちも伝えておくことが大事だと思います。 |
| 男性 | 54 | 高血圧 | ストレスカイショウホウ、簡単に出来るストレッチのほうほう、リラックス出来る音楽 身体に良い食事療法など |
| 男性 | 38 | 躁うつ病 | 克服事例を紹介する研修や情報を従業員に示すなどの配慮を求めている。地方においては旧態依然の会社風土が大半を占めており、個人への配慮がなく、同調圧力が強い |
| 男性 | 49 | 高血圧 | おおくのデータから、エクセルでしりょうをさくせいし、ピポッドでまとめたうえ、さまざまなかいぎをかいさいし、そのたのぶしょに説明する |
| 男性 | 44 | 鬱病、適応障害 | 精神疾患に関しては職場の同僚等に話す事がしづらい病気である。職場の人間以外の第3者に相談できるような体制を作って頂けるとありがたい。 |
| 女性 | 30 | 修正大血管転位 | 力仕事なのか 座れる仕事なのか 病気に対する配慮があるのか 通院への配慮はあるのか それにたいする嫌がらせ、パワハラなどの 不当な扱いを受けることがないのか |
| 男性 | 58 | 肥大型心筋症 | 人間関係が上手く行くために、まずは挨拶をしっかりと行う。また、愛想よく笑顔で接する。相手の長所を見つけて話題にする。 |
| 女性 | 41 | 多発性骨髄腫 | 有給休暇を使いきった後に支援を受けられる制度とか、両立のために受けられる支援制度があるのか知りたい。 |

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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)

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され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こなかった。

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への不安があった。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慮するので、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よいかわからず、それ以上話を進めることができなかった。また、外来では放射線治療についての説明に時間を要し、支援する時間が足りなかった。結局、通院・治療時間を患者の都合に合わせたので、治療自体は問題なく遂行できた。就労に関してはフォローしなかったため不明である。

(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良く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50kg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1000mg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1500mg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2mg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しいケースも多い。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、個人の能力を發揮した就労継続につながることを期待される。

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、経営面を考慮する医師は、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は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お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思う。
- ・ 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思う。
- ・ 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い、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.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：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、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

- 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

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：
「医療機関の両立支援部門運営の
アクションチェックリスト」の開発

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)

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：

「医療機関の両立支援部門運営のアクションチェックリスト」の開発

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。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慮するので、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、現在ほ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が心がけている。
- ・ 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」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割近いため、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。
 - 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。
 - 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。
 - 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。

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。

- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ 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

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のアピールしながら、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 MSWI 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。
- ・ 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。
- ・ 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おうというように、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」などが挙げられた。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は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思う。
 - ・ 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い、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ると思う。
- ・ 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ていきたいと考えている。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、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、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

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

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)

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

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。また、コンピテンシーの妥当性を評価し、教育コンテンツを作成する際の優先順位を検討するために、質問紙調査を実施した。

【方法】

（インタビュー調査）両立支援の人材基盤調査として、経験豊富な医療機関（9施設）及び事業場（4施設）に施設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。

（質問紙調査）2022年ホワイト500に選定された事業場（499機関）とがん診療連携拠点病院（409機関）を対象に質問紙調査を行い、作成したコンピテンシーの妥当性を評価した。

【結果】

（インタビュー調査）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項目（全過程共通 13個、両立支援ニーズの拾い上げ 4項目、初回面接まで 4項目、面接時 36項目・医療機関と事業場との連携 10項目・職場調整及び配慮の実施 4項目・フォローアップ 7項目）、B. 活動展開に関するコンピテンシー6項目の、計80項目が抽出された。

（質問紙調査）回収数（回収率）は、事業場53施設（10.6%）、医療機関は139施設（33.9%）だった。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で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項目に職種での意見の差を認めた。

【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）を、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）に関するコンピテンシーの習得には「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。また、支援者らには、事業場と医療機関、職種等の立場によって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とした情報提供や啓発をす

る必要性が示された。本研究結果は、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。

【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。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。

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

一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とその教育優先度を明らかにすべく、質的研究及び質問紙調査を行った。

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及び分析した。また、医療機関及び事業場を対象に質問紙調査を行い、それら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ーの検討を行い、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。

IV. 医療機関及び事業場への質問紙調査の実施

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の有無を尋ねた。

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。その後分析した。

C. 結果

インタビュー調査結果

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ってくれているから、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の良いと考えている。」

- 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りたいか」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、「大変だよな」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。」

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。」

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

- 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げできた」

- 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、病欠休暇制度の有無）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、抗がん剤治療法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、経済的状況、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
「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。」

- 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。」

「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。」

「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

「肺がん和乳がんの5年生存率を比較した場合、乳癌の5年生存率は9割近いため、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は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うことが多い。」

「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言っていた。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ない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)

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。」

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、という意思を尊重し営業職から総務系業務への変更を産業医から会社へ打診。」(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

- 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。そうで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。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合っ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。困っていると伝え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前に働け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)

質問紙調査結果

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

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影響の有無を確認できる
- 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

医療機関及び事業場へのインタビュー調査で明らかにした両立支援の支援者に必要なコンピテンシーについて、質問紙調査でその妥当性を評価し、教育コンテンツを作成する際の優先順位を検討した。

両立支援の支援者に必要なコンピテンシーの内容

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。

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。

A2-4 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。そのためには、客観的な視点を保持することが重視される。

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。

A9-13 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。

A14-17 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。

A18-21 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。

A22-35 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。

A36-42 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。

A43-57 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。

A58-63 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。

A64-67 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。

A68-74 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。

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。

両立支援の支援者に必要なコンピテンシーの妥当性と施設による優先度の違い

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、「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」などであった。医療機関の必要度が高かった項目は、「A14 当事者の両立支援ニーズを鋭敏に察知できる」、「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」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項目に職種の見の差を認めた。具体的には、看護職は、「A5 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。

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
 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、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

機関の役割、公衆衛生 85(1)33-37

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

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、経済的事業、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 |
| | 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 |

添付2

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討てる人がいる。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くいちがい、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まなう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】

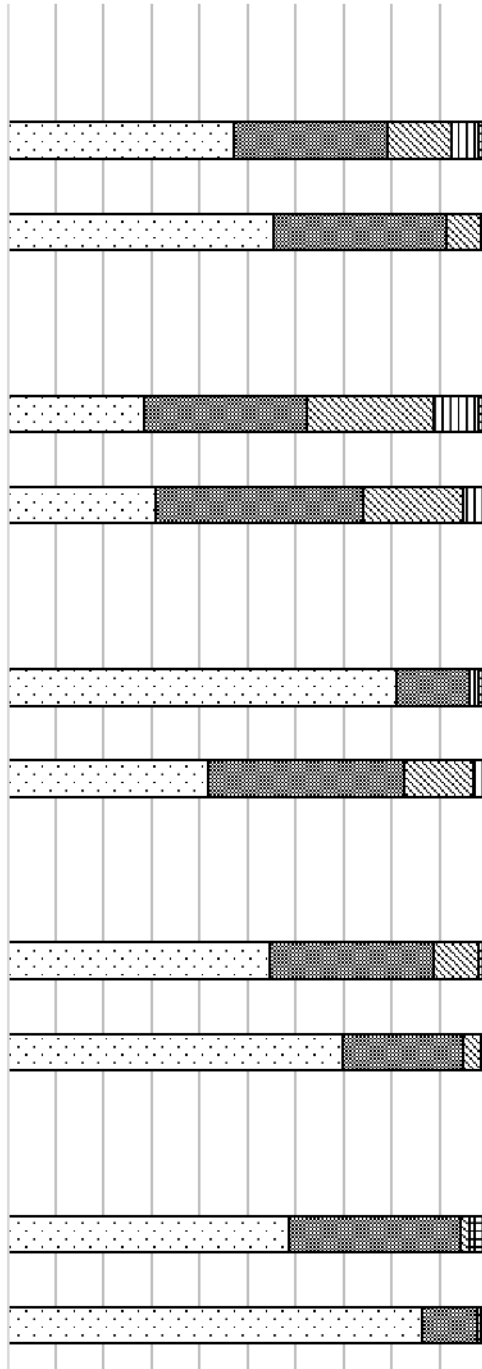
【医療機関】

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

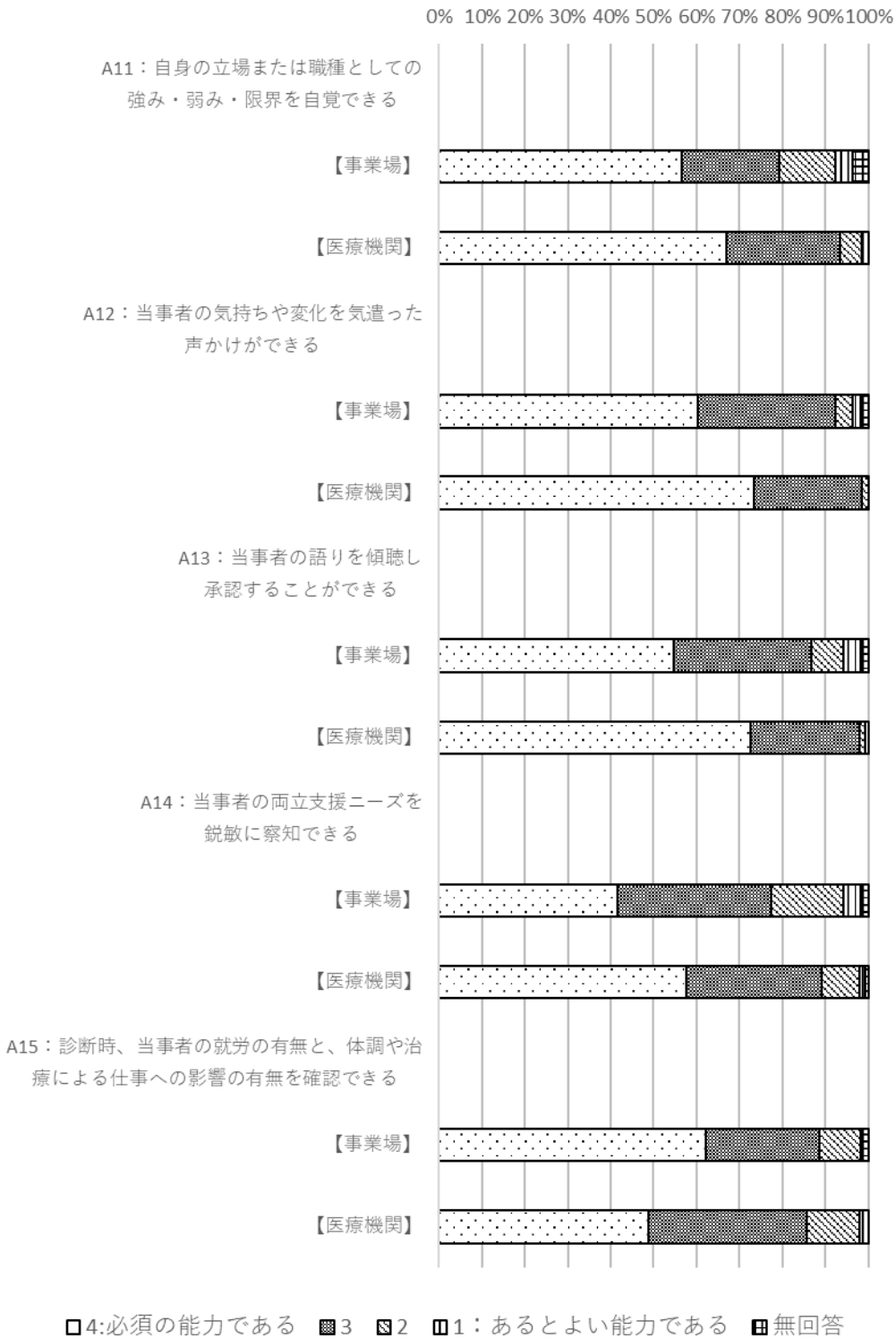
【事業場】

【医療機関】

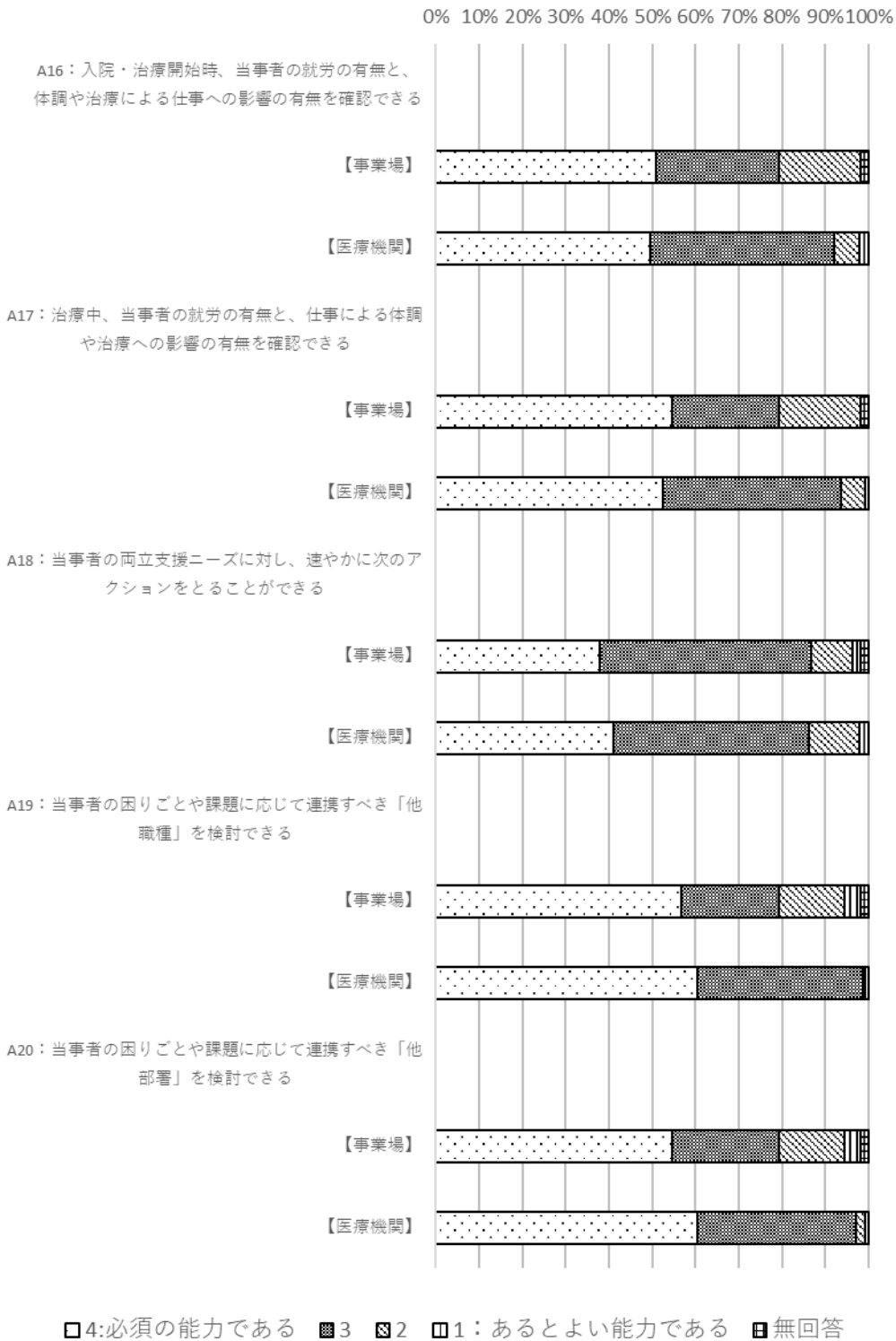
■ 4: 必須の能力である ■ 3 ■ 2 ■ 1: あるとよい能力である ■ 無回答



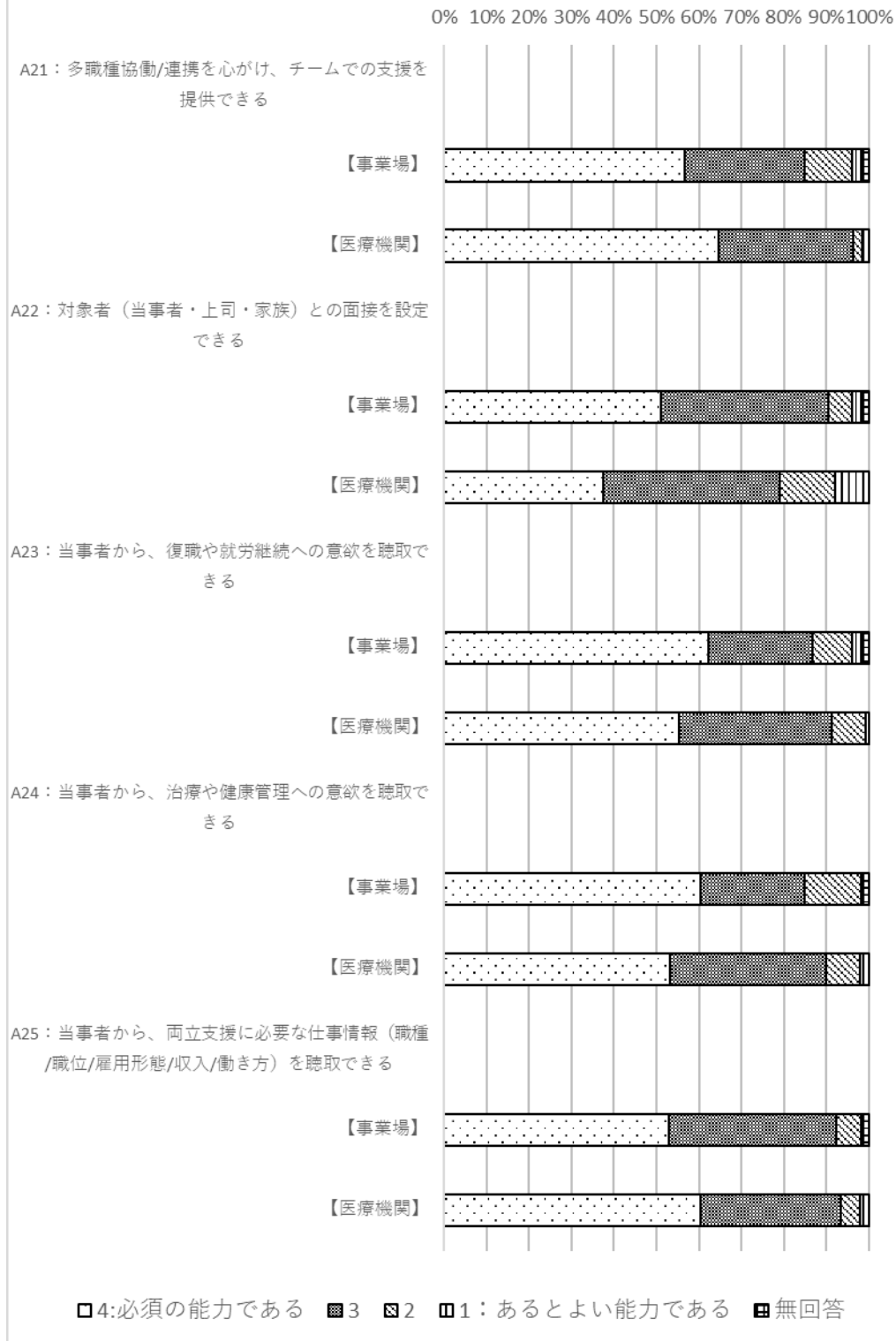
支援者の能力として有識者から提案されている項目について



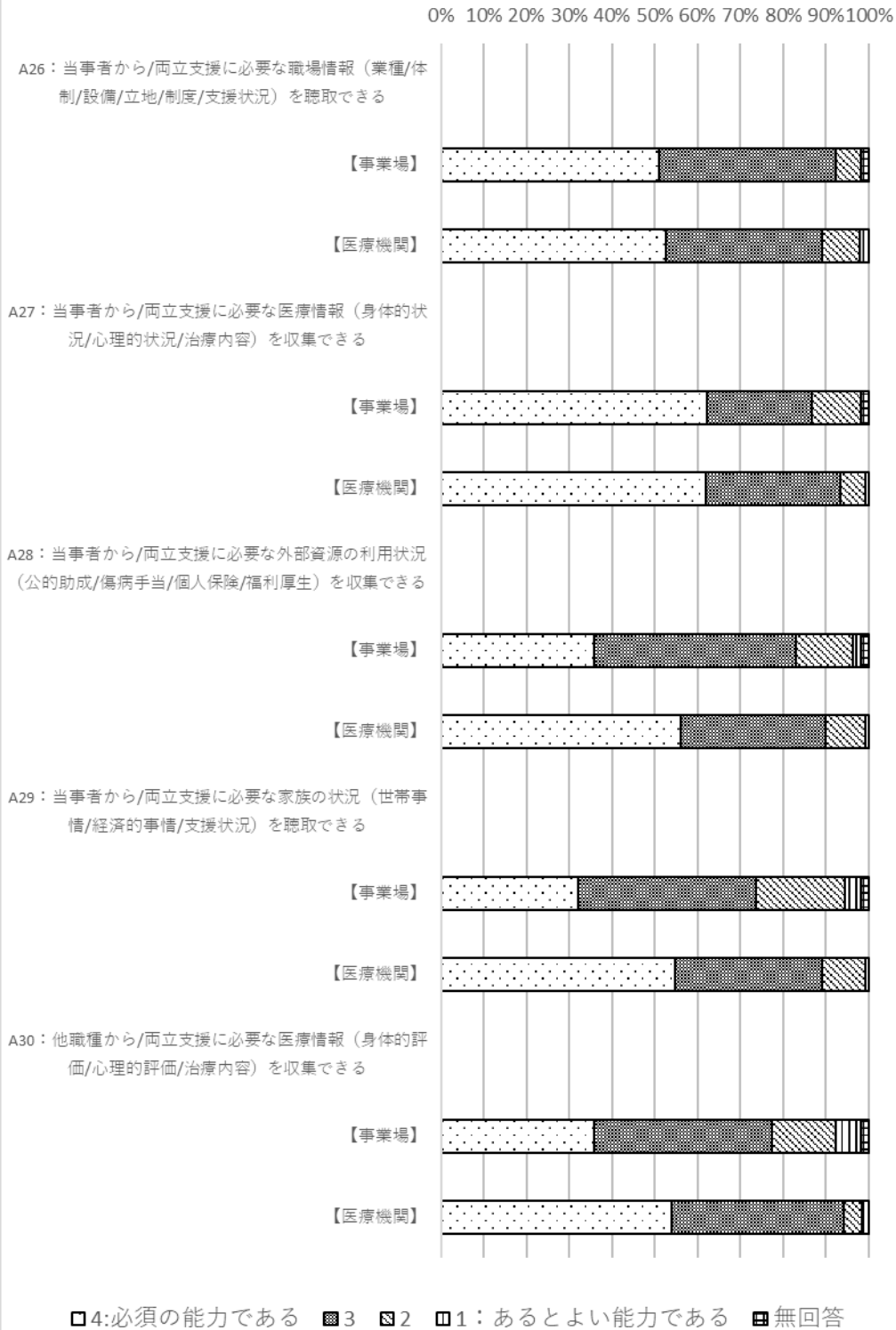
支援者の能力として有識者から提案されている項目について



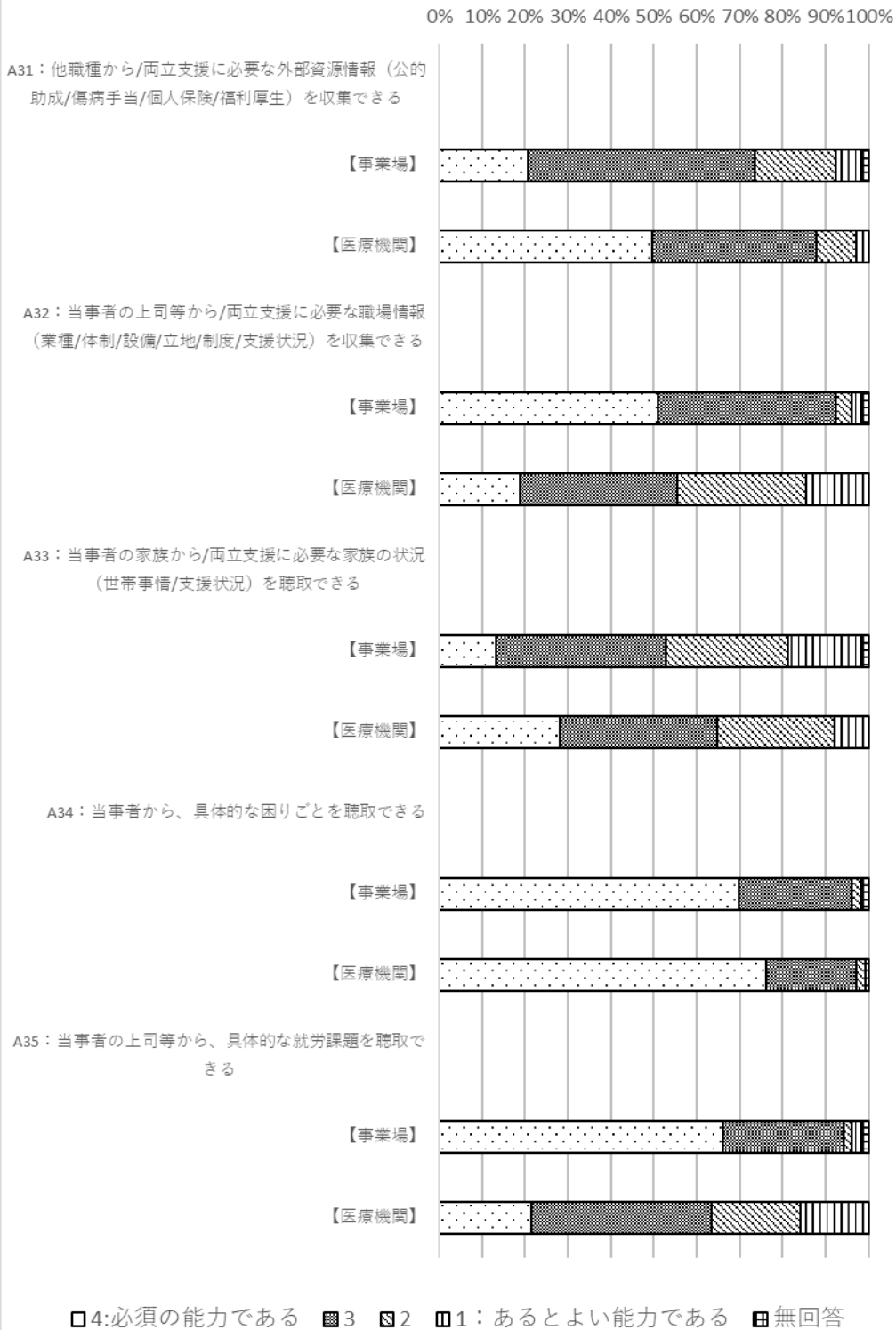
支援者の能力として有識者から提案されている項目について



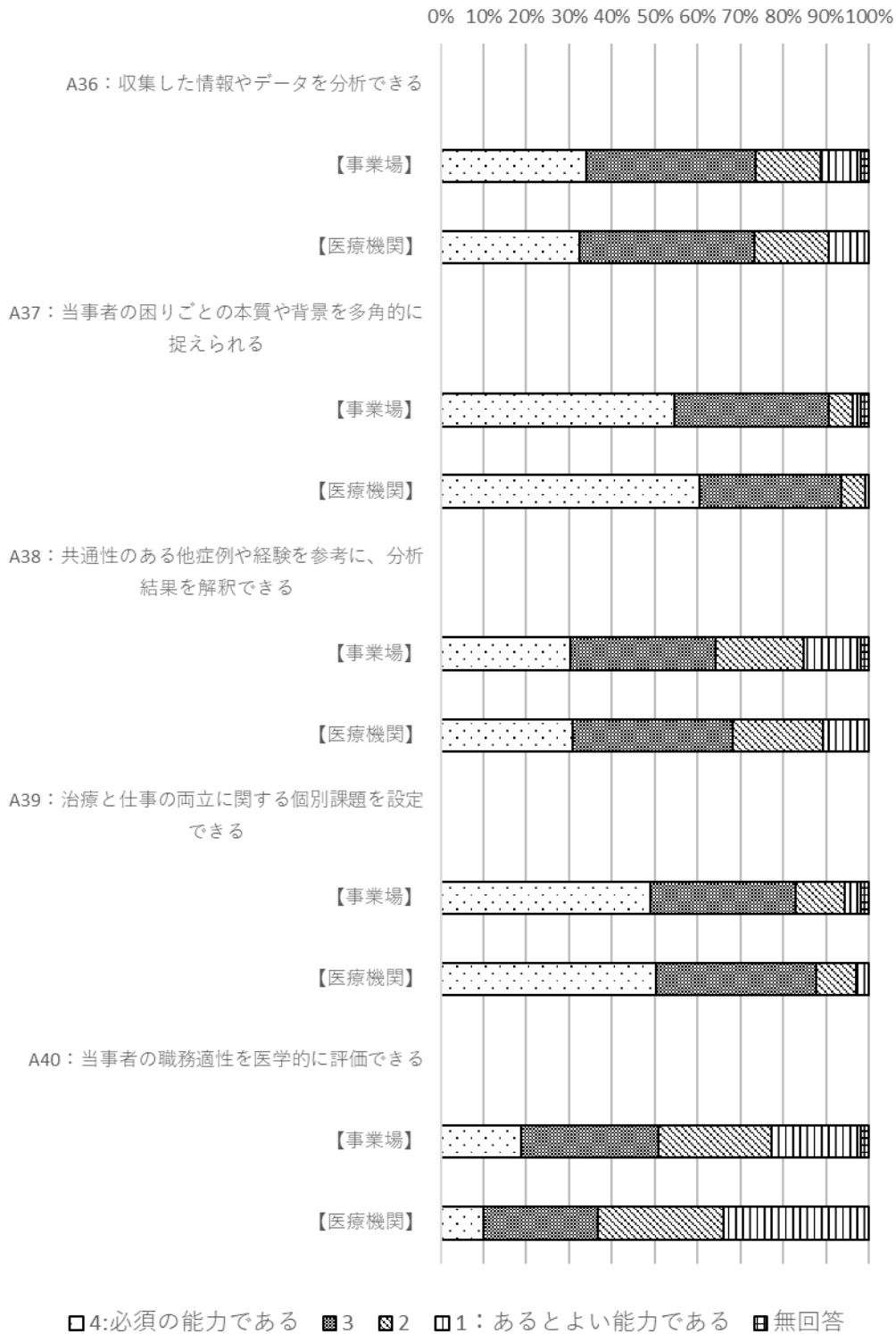
支援者の能力として有識者から提案されている項目について



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

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

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

【事業場】

【医療機関】

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…

【事業場】

【医療機関】

A43：当事者の特性に合わせた説明や指導ができる

【事業場】

【医療機関】

A44：職場の特性に合わせた説明・指導ができる

【事業場】

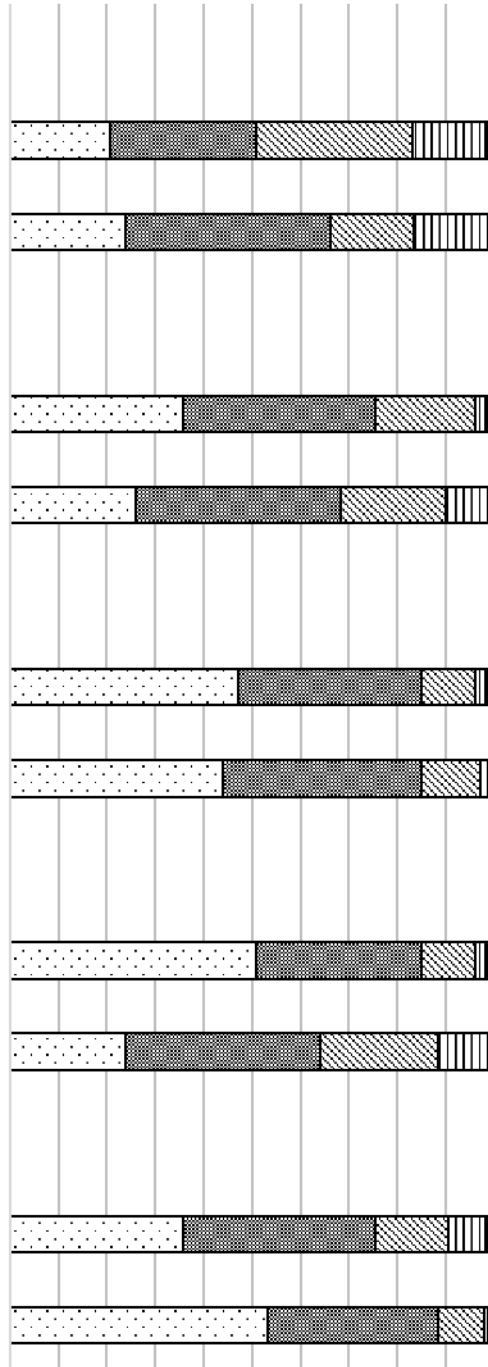
【医療機関】

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

【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

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

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

【事業場】

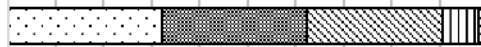


【医療機関】



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

【事業場】



【医療機関】



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

【事業場】



【医療機関】



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

【事業場】



【医療機関】



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

【事業場】

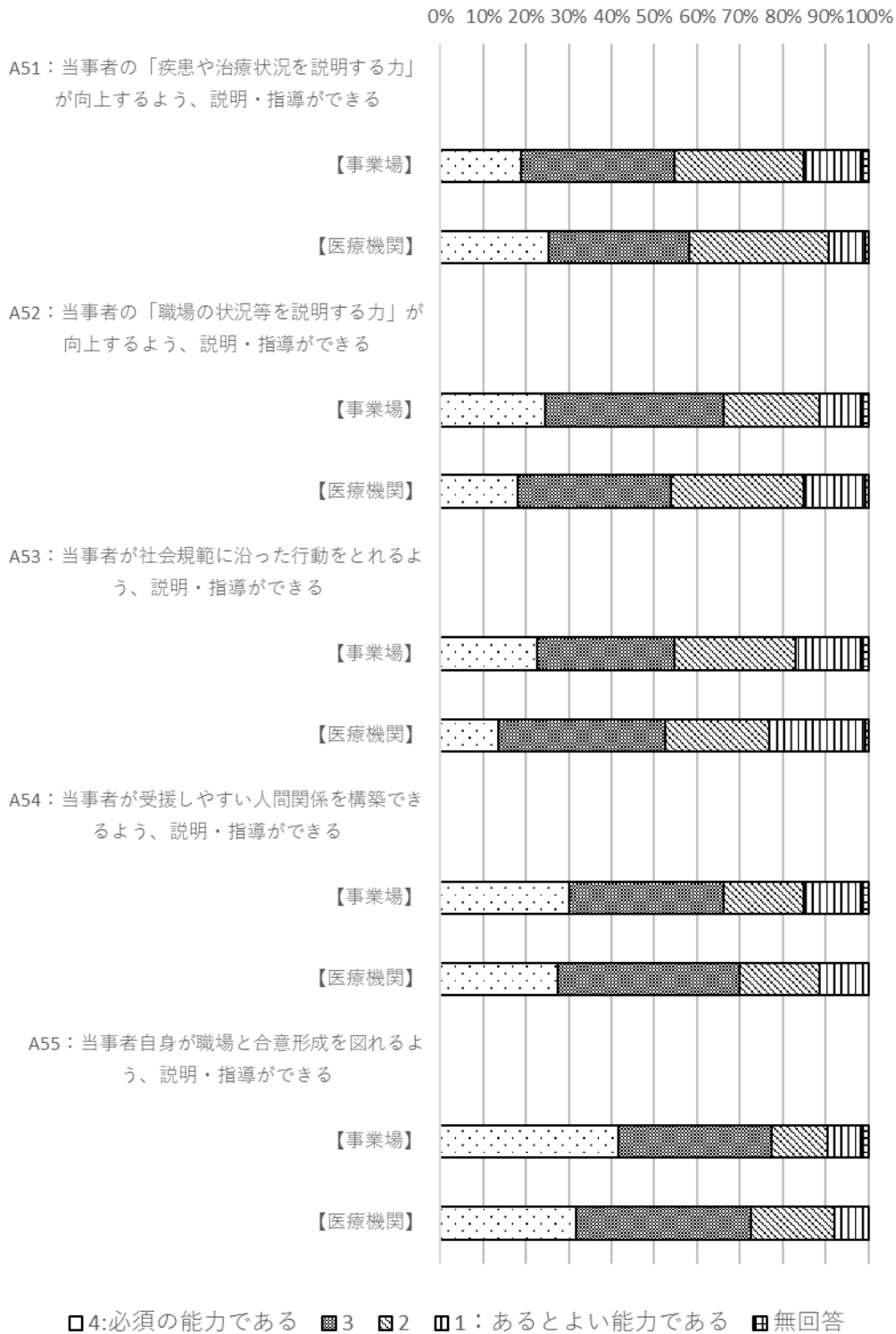


【医療機関】

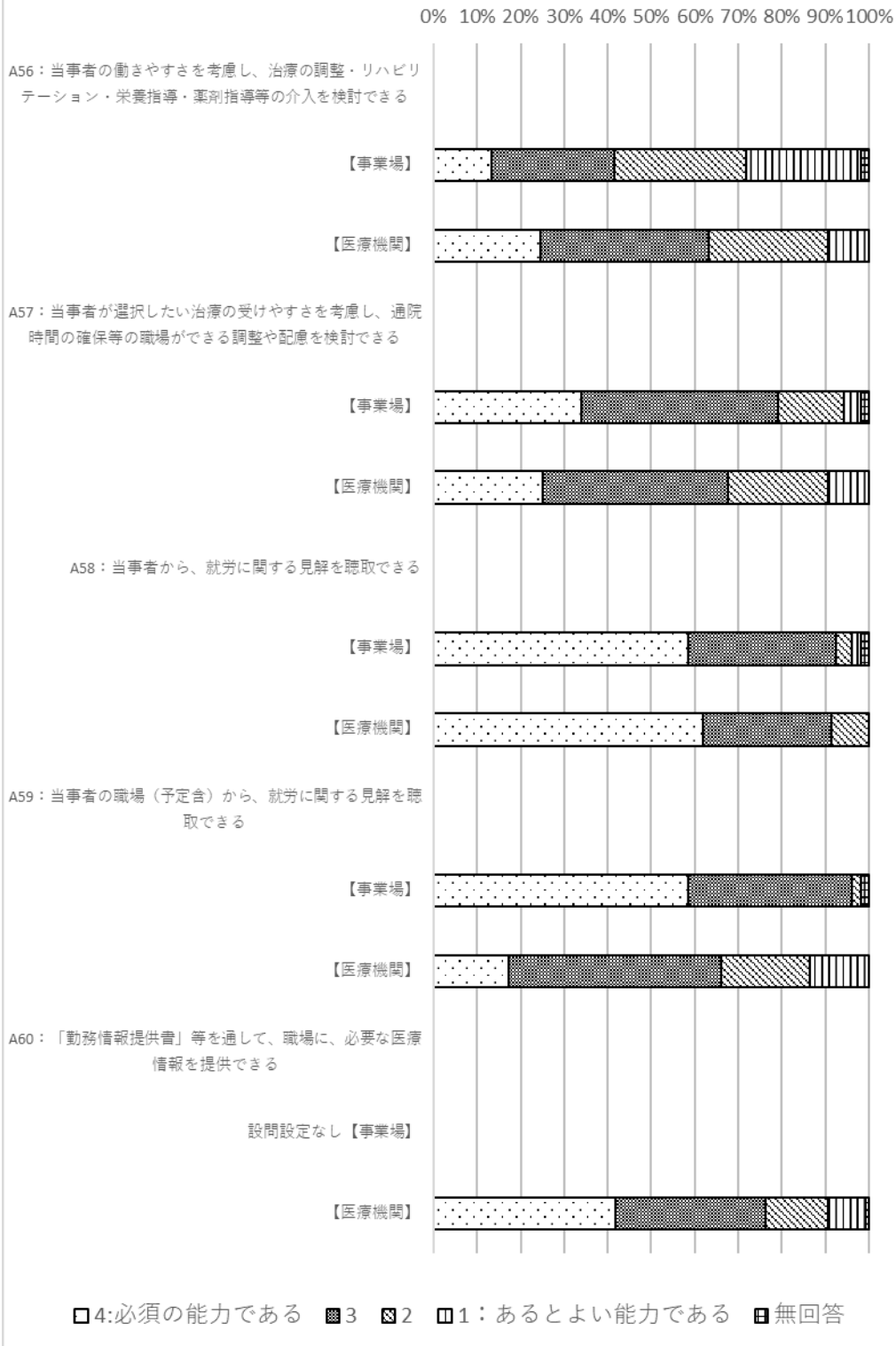


□4:必須の能力である ■3 ▨2 ▩1:あるとよい能力である ■無回答

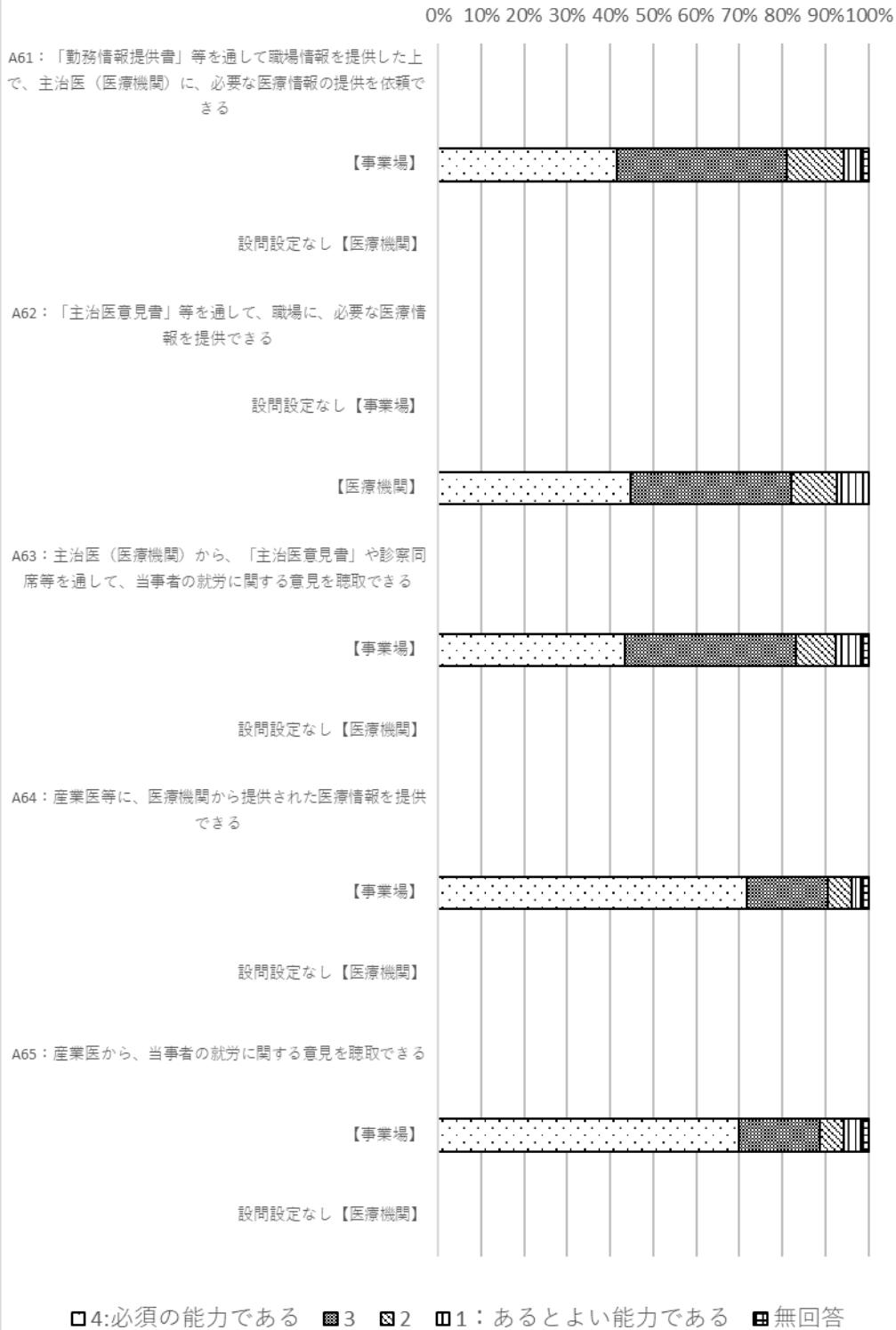
支援者の能力として有識者から提案されている項目について



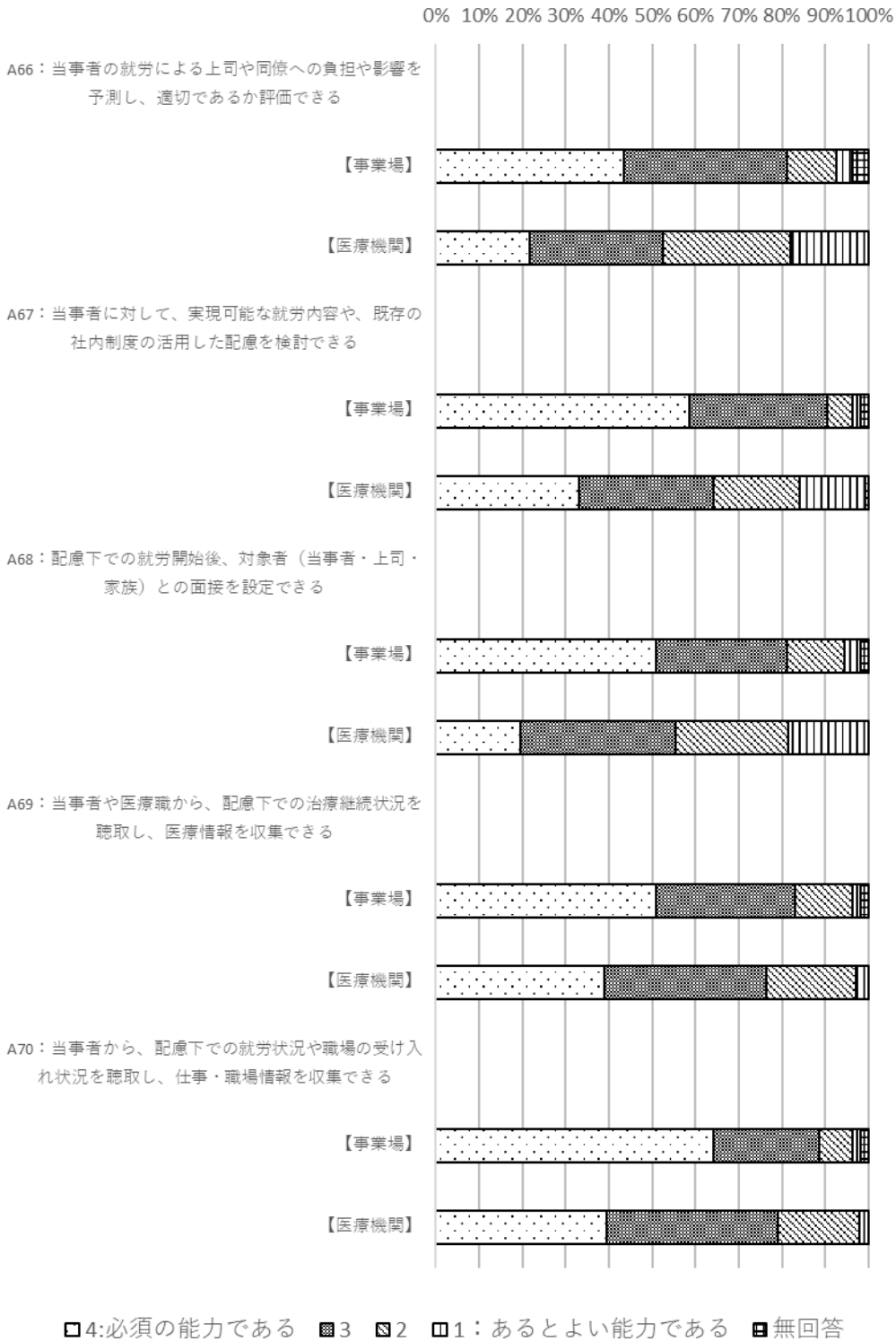
支援者の能力として有識者から提案されている項目について



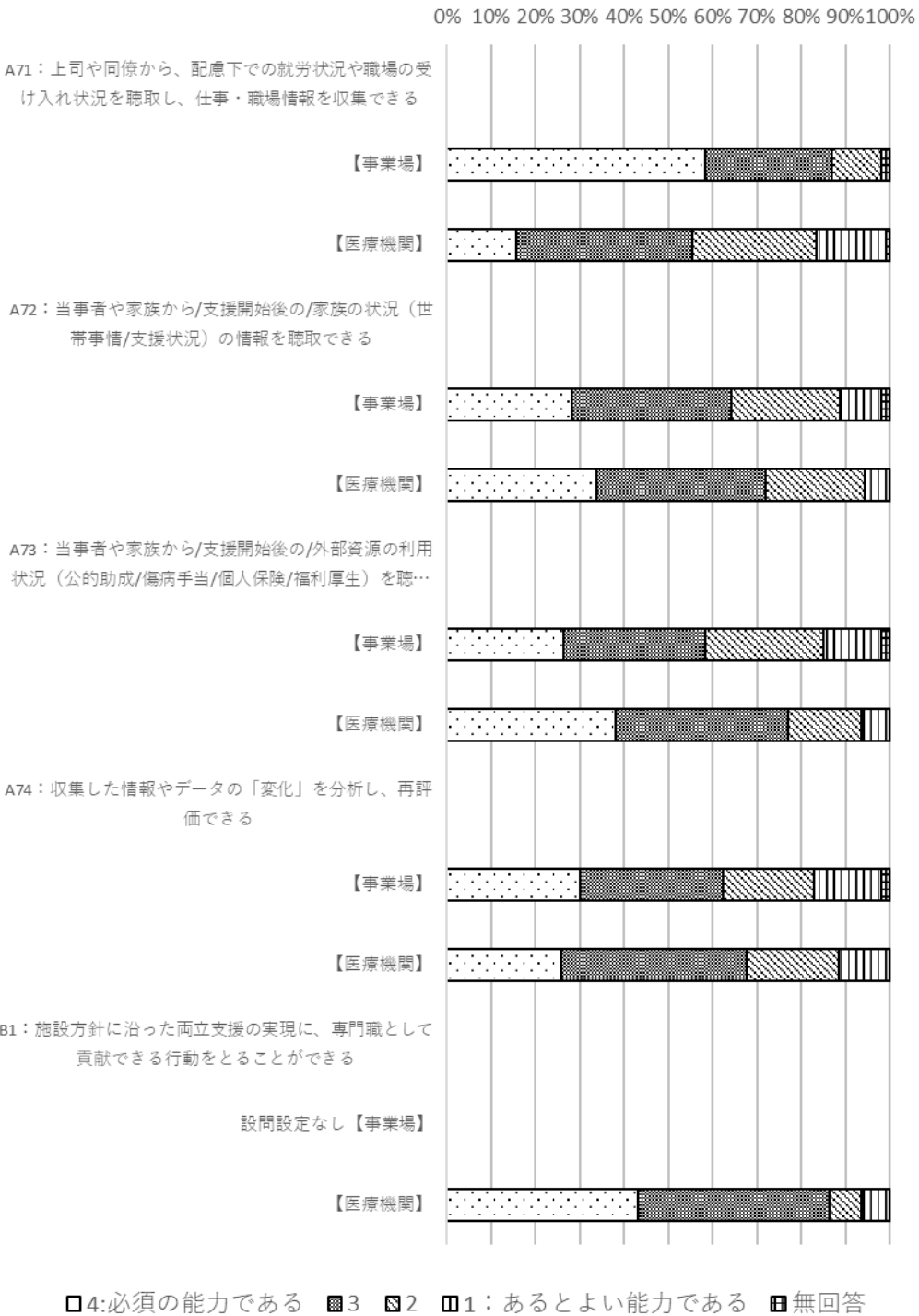
支援者の能力として有識者から提案されている項目について



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

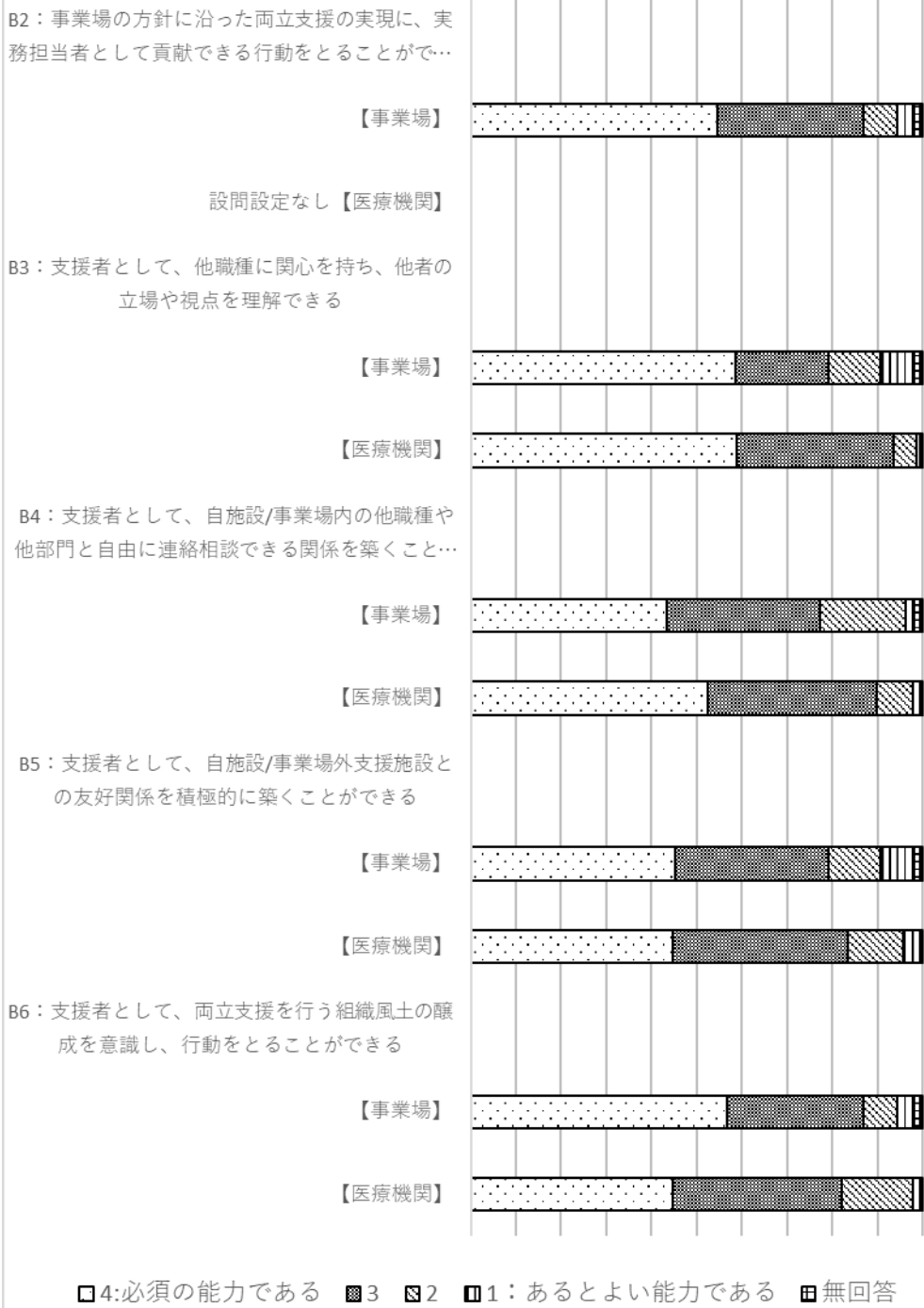


支援者の能力として有識者から提案されている項目について



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

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



添付 3

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。

初年度はアプリの使用許諾や対象事業場の選定及び倫理審査などの遅延により、調査開始が大幅に遅れることとなった。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 助教）

A. 目的

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

『情報基盤』として、多くのユーザーが必要な情報は、「具体的な支援方策の考え方」と「豊富な対応事例」である。医療機関の両立支援のケースも追加で収集し両立支援を行う上での必要な情報がすべて得られる仕組みが必要である。また、今後の両立支援の展開のためには、国際的な両立支援の在り方を踏まえて我が国に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端末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

現在、携帯電話のアプリケーションの中で、健康管理目的で公開されているものの多くは、血圧、運動量、食事摂取カロリーなどの情報を記録し管理する自己健康管理を目的としている。健康リスク予測などのロジックを組み込んで自らの健康管理を推進するためのアプリが大半を占め、産業保健における両立支援を意図したアプリはまだごく少数であるといえる状況である。

そのような中で、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。

このアプリを使えば、画像情報として健診結果、薬剤処方箋、検査画像データ、診療情報提供書、主治医の診断書、あるいは個人的に記録した血圧、歩数、体温、心拍数などのデータを自分の携帯電話に記録することが可能である。よって、両立支援における、主治医-産業医-労働者間を情報連携するツールとして活用することが期待できる。

一方で、このアプリの利活用の制限事項として、第一に健康情報の取り込みが参加者（利用者）本人の自主性に

任されている点があり、利用者が検査結果、診断書、薬剤情報、診療情報提供書、等の各種情報を、各文書の利用目的を理解した上で取り込まなければ記録できないことは情報利活用の制約となる。これに関しては、アプリへの自動取り込みや、自動読み取りなどの機能追加をどう図るかが重要と思われる。

次に、取り込まれた情報は提示する機会が無ければ単なる情報として埋没する可能性があるということである。今回の調査結果でも、アプリインストール後に産業医面談が実施されなかった例もあり、アプリの評価が得られなかったこと結果からも、情報利用の機会を創造する事は今後の課題と考えられた。

また、デジタル媒体での記録ツールとなることが期待されるが、データは個人の携帯電話内の記録媒体に保存されることになり、記憶容量の多寡により制限があることも制約の1つと思われる。最近の携帯電話の記憶容量は大容量化が進んでおり、ギガバイトでの記録が可能になってきているが、データ保全上データのバックアップを外部に設置することは今後必要となると思われる。また、取り込まれたデータはデジタル媒体ではあるが、画像やテキスト又は数字データを解析目的に使用するためには、このアプリ内の保存されたデータ情報を抽出加工することが必須になると思われ、今後の技術的な課題の1つになると思われる。

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覗えた。

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

(別添1)

「健康・医療情報自己管理アプリ」に関するアンケート (1回目:調査開始時)

調査票への回答方法

まず、本ページ下部の各質問にお答えください。

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

まず、あなたの個人属性についてお尋ねします。

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

Q01, 職種をお答えください (複数回答可)。

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

Q02, 現在の職種の経験年数をお答えください

_____ 年

Q1.

現在、治療中(通院・内服・リハビリ・検査)の病気は何ですか？

該当する病名があれば右の空欄に○印を付けて下さい。

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

Q2. 治療中の疾患についてどのくらいの頻度で通院していますか？

(週に・月に・年に) _____ 回

Q3. この半年の間に何回通院しましたか？

_____ 回

Q3. 現在服用している薬は何種類ですか？

一日に _____ 種類 服用している。

Q4. この半年の間に何回産業医との面談がありましたか？

_____ 回

ご参加ありがとうございました。

(添付2)

「健康・医療情報自己管理アプリ」に関するアンケート (2回目:調査終了時)

調査票への回答方法

まず、本ページ下部の各質問にお答えください。

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

まず、あなたの個人属性についてお尋ねします。

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

Q01, 職種をお答えください (複数回答可)。

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

Q02, 現在の職種の経験年数をお答えください

_____ 年

Q1.

現在、治療中(通院・内服・リハビリ・検査)の病気は何ですか？

該当する病名があれば右の空欄に○印を付けて下さい。

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

Q2. 治療中の疾患についてどのくらいの頻度で通院していますか？

(週に・月に・年に) _____ 回

Q3. この半年の間に何回通院しましたか？

_____ 回

Q3. 現在服用している薬は何種類ですか？

一日に _____ 種類 服用している。

Q4. この半年の間に何回産業医との面談がありましたか？

_____ 回

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

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

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5

上手くいかなかった

ふつう

上手くいった

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せんか。

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。