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―

総合研究報告書

平成 29 年 3 月

研究代表者

産業医科大学教授
森　晃爾

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―

総合研究報告書

平成 29 年 3 月

研究代表者

産業医科大学教授
森　晃爾

研究班構成

研究代表者

森　晃爾	産業医科大学産業生態科学研究所産業保健経営学教授

研究分担者

塚田順一	産業医科大学病院　血液内科診療教授
高橋　都	国立がん研究センターがん対策情報センターがんサバイバーシップ支援研究部部長
安部治彦	産業医科大学医学部不整脈先端治療学教授
佐伯　覚	産業医科大学医学部リハビリテーション医学教授
藤野昭宏	産業医科大学医学部医学概論教授
立石清一郎	産業医科大学産業医実務研修センター講師

研究協力者

岡　亜希子	産業医科大学　産業医実務研修センター
岡田岳大	産業医科大学　産業医実務研修センター
原田有理沙	産業医科大学　産業医実務研修センター
横山麻衣	産業医科大学　産業医実務研修センター
永尾　保	産業医科大学　産業医実務研修センター
大橋りえ	産業医科大学　産業医実務研修センター
山口享宏	産業医科大学　血液内科
北村典章	産業医科大学　血液内科
河野律子	産業医科大学　不整脈先端治療学
荻ノ沢泰司	産業医科大学　第2内科学
大江学治	産業医科大学　循環器内科、腎臓内科
林　克英	産業医科大学　循環器内科、腎臓内科
高橋正雄	産業医科大学　循環器内科、腎臓内科
加藤徳明	産業医科大学　リハビリテーション医学
伊藤英明	産業医科大学　リハビリテーション医学
白石純一郎	産業医科大学　若松病院リハビリテーション科
二宮正樹	産業医科大学　リハビリテーション科
杉本香苗	産業医科大学　リハビリテーション科

目 次

総合報告書 まとめ

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 …… 1

分担研究報告書

1. 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に関する文献調査

① 職場復帰を阻害する因子-特に血液がんについて

研究分担者 塚田順一 …… 23

② がん罹患と職場復帰との関連についての体系的文献レビュー

研究分担者 立石清一郎

研究分担者 高橋 都

研究代表者 森 晃爾 …… 37

③ 「循環器疾患」

研究分担者 安部治彦 …… 73

④ 「脳卒中・骨関節疾患」

研究分担者 佐伯 覚 …… 85

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

研究分担者 立石清一郎

研究代表者 森 晃爾 …… 103

3. 事業場での就労支援に際して、主治医が提供すべき情報および情報提供において必要な就労実態等に関する検討

① がん患者の就労復帰に与える就労および治療上の要因に関するインタビュー調査 主治医側からみた課題

研究分担者 塚田順一 …… 113

② 「循環器科専門医」へのインタビュー調査―現状と課題の把握―

研究分担者 安部治彦 …… 119

③ 「リハビリテーション科専門医」へのインタビュー調査

研究分担者 佐伯 覚 …… 129

４．　身体疾患患者の仕事と治療の両立に関する実態調査（1）
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に関する
患者インタビュー実態調査
① 血液がん疾患編
研究分担者　立石清一郎
研究分担者　高橋　都
研究代表者　森　晃爾
研究分担者　塚田順一　・・・・・・・・・・・・・・・　139
② 循環器疾患編
研究分担者　立石清一郎
研究分担者　安部治彦
研究代表者　森　晃爾　・・・・・・・・・・・・・・・　179
③ 脳卒中編
研究分担者　立石清一郎
研究分担者　佐伯　覚
研究代表者　森　晃爾　・・・・・・・・・・・・・・・　205

５．　身体疾患患者の仕事と治療の両立に関する実態調査（2）
両立の困難性と必要な支援に関する患者質問紙調査
研究分担者　立石清一郎
研究分担者　塚田順一
研究分担者　安部治彦
研究分担者　佐伯　覚
研究分担者　藤野昭宏
研究分担者　高橋　都
研究代表者　森　晃爾　・・・・・・・・・・・・・・・　229

６．身体疾患を有する患者の治療と就労の両立支援におけるプライバシーへの配慮等の倫理的事項の検討
① 主治医の立場での両立支援における倫理的問題点
研究分担者　藤野昭宏　・・・・・・・・・・・・・・・　253
② 患者・主治医・事業所のインタビュー結果を踏まえて
研究分担者　藤野昭宏　・・・・・・・・・・・・・・・　267
③ 合理的配慮と安全配慮義務に関する法的・倫理的検討
研究分担者　藤野昭宏　・・・・・・・・・・・・・・・　305

7. 患者を中心とした職場と医療の情報共有支援ツールの開発
① 医療機関における妥当性の検討
研究分担者 立石清一郎
研究分担者 塚田順一
研究分担者 安部治彦
研究分担者 佐伯 覚
研究分担者 藤野昭宏
研究代表者 森 晃爾 …… 319
② 事業場における妥当性の検討
研究分担者 立石清一郎
研究代表者 森 晃爾 …… 329
③ 両立支援のための情報共有様式およびガイドの作成
研究分担者 立石清一郎
研究分担者 塚田順一
研究分担者 高橋 都
研究分担者 安部治彦
研究分担者 佐伯 覚
研究分担者 藤野昭宏
研究代表者 森 晃爾 …… 353

8. 両立支援のための情報収集質問リストの作成
研究分担者 立石清一郎
研究分担者 塚田順一
研究分担者 高橋 都
研究分担者 安部治彦
研究分担者 佐伯 覚
研究分担者 藤野昭宏
研究代表者 森 晃爾 …… 385

9. 身体疾患を有する患者の治療と就労の両立支援のために必要な環境整備に関する提言
研究代表者 森 晃爾
研究分担者 立石清一郎
研究分担者 塚田順一
研究分担者 高橋 都
研究分担者 安部治彦
研究分担者 佐伯 覚 …… 403

１０．　身体疾患を有する患者の治療と就労の両立支援のためのウェブサイトの開設
研究分担者　立石清一郎　‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥　411

労災疾患臨床研究事業費補助金研究

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―

総合研究報告書（まとめ）

研究代表者　森　晃爾（産業医科大学産業生態科学研究所産業保健経営学　教授）

研究要旨：

身体疾患（あるいは内部障害）を有する就労者が治療を継続しつつ、事業場側で健康状態に応じた配慮を受け、治療と仕事の両立の支援がなされるためには、主治医から事業主または担当者（産業医を含む）に対して、病状や治療状況、業務上の注意などについて情報や意見が提供される必要がある。身体疾患の種類と事業場側の状況を勘案した、治療と仕事を両立するための主治医と事業場間での情報交換のあり方とその有効性に関する評価・検討を行うとともに、主治医、事業場（産業医等）、患者（就労者）の3者が関わる「両立支援システム」の提言およびそれを可能とする「両立支援パス」の開発を目的とした研究を実施することにした。

研究の実施に当たっては、疾患群として、急性期治療と急性期リハビリを経て、退院後も通院治療が必要な疾患であり、職場復帰後もリハビリを含む治療継続が必要であるという共通点を持つとともに、治療状況や心理状態が就労に大きく影響する「がん」、心肺機能や治療内容が就労に大きく影響する「循環器疾患」、四肢の運動機能が影響する「脳卒中・骨関節疾患」を対象とした。一方、事業場側の要因として、規模によって産業医の選任等の健康管理体制に大きな差異が生じるため、健康管理体制（企業規模）ごとに、主治医に求める情報の内容等について検討することとした。

そのうえで、平成 26 年度から 28 年度の3年間に、以下の項目の研究を行った。

1．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に関する文献調査
2．事業場において就労支援を行う上で必要な治療状況等の情報および就業配慮を行う上で障害となる要因に関するインタビュー調査
3．事業場での就労支援に際して、主治医が提供すべき情報および情報提供において必要な就労実態等に関する情報に関する検討
4．身体疾患患者の仕事と治療の両立に関する実態調査（インタビュー調査および質問紙調査）
5．プライバシーへの配慮等の倫理的事項の検討
6．両立支援のための情報共有様式およびガイド（案）の有効性・妥当性の検討

以上の検討結果をもとに、以下の成果物を作成した。

1．両立支援のための情報共有様式およびガイドの作成
2．両立支援のための情報収集質問リスト
3．身体疾患を有する患者の治療と就労の両立支援のために必要な環境整備に関する提言

今後、円滑な治療と就労の両立支援のためには、医療機関と事業場側で両立支援に関する価値観を共有化したうえで、倫理的事項に配慮しながら両立支援に必要な情報の共有が図

られ、事業場において労働者によって異なる就業継続における困難性に配慮した支援が行われることが必要である。また、我が国において治療と就労の両立支援が推進されるためには、必要な社会環境の整備を図るとともに、本研究班で作成したツール類が活用されることが望まれる。

研究代表者

森　晃爾	産業医科大学産業生態科学研究所産業保健経営学教授

研究分担者

塚田順一	産業医科大学病院　血液内科診療教授
高橋　都	国立がん研究センターがん対策情報センターがんサバイバーシップ支援研究部部長
安部治彦	産業医科大学医学部不整脈先端治療学教授
佐伯　覚	産業医科大学医学部リハビリテーション医学教授
藤野昭宏	産業医科大学医学部医学概論教授
立石清一郎	産業医科大学産業医実務研修センター講師

研究協力者

岡　亜希子	産業医科大学　産業医実務研修センター
岡田岳大	産業医科大学　産業医実務研修センター
原田有理沙	産業医科大学　産業医実務研修センター
横山麻衣	産業医科大学　産業医実務研修センター
永尾　保	産業医科大学　産業医実務研修センター
大橋りえ	産業医科大学　産業医実務研修センター
山口享宏	産業医科大学　血液内科
北村典章	産業医科大学　血液内科
河野律子	産業医科大学　不整脈先端治療学
荻ノ沢泰司	産業医科大学　第2内科学
大江学治	産業医科大学　循環器内科、腎臓内科
林　克英	産業医科大学　循環器内科、腎臓内科
高橋正雄	産業医科大学　循環器内科、腎臓内科
加藤徳明	産業医科大学　リハビリテーション医学
伊藤英明	産業医科大学　リハビリテーション医学
白石純一郎	産業医科大学　若松病院リハビリテーション科
二宮正樹	産業医科大学　リハビリテーション科
杉本香苗	産業医科大学　リハビリテーション科

A. 研究の背景と目的

身体疾患（あるいは内部障害）を有する就労者が治療を継続しつつ、事業場側で健康状態に応じた配慮を受け、治療と仕事の両立の支援がなされるためには、主治医から事業主または担当者（産業医を含む）に対して、病状や治療状況、業務上の注意などについて情報や意見が提供される必要がある。しかし、事業場で実施できる配慮は、就労規則などのルールに則り行うことになるため、主治医側から提供される情報の内容によっては、却って配慮を困難にする場合も少なくない。そこで、身体疾患の種類と事業場側の状況を勘案した、治療と仕事を両立するための主治医と事業場間での情報交換のあり方とその有効性に関する評価・検討を行うとともに、主治医、事業場（産業医等)、患者（就労者）の３者が関わる「両立支援システム」の提言およびそれを可能とする「両立支援パス」の開発を目的とした研究を実施することにした。

研究の実施に当たっては、疾患群として、急性期治療と急性期リハビリを経て、退院後も通院治療が必要な疾患であり、職場復帰後もリハビリを含む治療継続が必要であるという共通点を持つとともに、治療状況や心理状態が就労に大きく影響する「がん」、心肺機能や治療内容が就労に大きく影響する「循環器疾患」、四肢の運動機能が影響する「脳卒中・骨関節疾患」を対象とした。一方、事業場側の要因として、規模によって産業医の選任等の健康管理体制に大きな差異が生じるため、健康管理体制（企業規模）ごとに、主治医に求める情報の内容等について検討することとした。

B. 方法

平成 26 年度から 28 年度の３年間に、以下の項目の研究を行った。

１． 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に関する文献調査
２． 事業場において就労支援を行う上で必要な治療状況等の情報および就業配慮を行う上で障害となる要因に関するインタビュー調査
３． 事業場での就労支援に際して、主治医が提供すべき情報および情報提供において必要な就労実態等に関する情報に関する検討
４． 身体疾患患者の仕事と治療の両立に関する実態調査(インタビュー調査および質問紙調査)
５． プライバシーへの配慮等の倫理的事項の検討
６． 両立支援のための情報共有様式およびガイド（案）の有効性・妥当性の検討

また、以上の検討結果をもとに、以下の成果物を作成した。

１． 両立支援のための情報共有様式およびガイド（両立支援パス使用ガイド（職場・事業者向け））
２． 両立支援のための情報収集質問リスト（産業保健スタッフ向け・両立支援 10 の質問）
３． 身体疾患を有する患者の治療と就労の両立支援のために必要な環境整備に関する提言

C. 結果

1. 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に関する文献調査

(1) 職場復帰を阻害する因子−特に血液がんについて

就労復帰を阻害する因子を抽出し、就労復帰に際する留意点や現状での課題を明確にし、就業復帰時への配慮に役立つ情報を得る目的で、血液がん患者の就労復帰に関して、文献の体系的レビューを実施した。

その結果、血液がんの特徴として、治療後長期にわたる疾患および治療の影響（障害や後遺症）がみられ、これらが長期的に就労復帰に影響し、治療後複数年を経ての就労復帰も珍しくないことが挙げられた。さらに、近年の分子標的薬や造血幹細胞移植技術の進歩から、血液がんの生存率が急速に向上したため、以前の報告と比べ血液がんサバイバー数は急激に増加しており、この急な増加は、健康や社会的な問題を有した血液がんサバイバーの増加を意味し、今回抽出した文献でも以前と比べて血液がんサバイバーの就労復帰率が低下してきていることを指摘されていた。そのため、血液がんサバイバーの健康状態を正確に解析するためには、文献検索は有効とはいえず、また経年的縦断研究の重要性が指摘されているものの、就労復帰の阻害因子を改善するなどの介入研究は皆無であることが分かった。このように、血液がんは今後我が国が取り組むべき、抗がん剤治療患者の就労支援モデルとして有用であると考えられた。

(2) がん罹患と就労復帰との関連についての体系的文献レビュー

がん就労者の復職時における就業配慮の実態および課題を整理することを目的とし、がん罹患と就労復帰との関連を検討した文献の体系的レビューを行った。

抽出された文献を、がん就労者の復職に関わる事象について 5 つのカテゴリーに分類し、がん就労者の復職時における就業配慮の実態および課題を整理した。①症状または機能低下：症状にはがんそのものによる症状と治療誘発性のものがある。②病院からの支援：治療によって症状軽減できると、仕事がしやすくなる。患者に対しリハビリや教育を行うことで、心理的不安を軽減し働く意欲をもたらす。また職場へ働きかけることで、職場からの配慮をしやすくなる。③職場からの配慮：職場ではビジネスと雇用のバランスに重きをおくため、公平性に留意しながら、ルールの枠組み内で配慮を行う必要がある。コミュニケーションや作業姿勢・動作や認知機能等、業務遂行能力に関わる症状がある場合、配慮を行い、働きやすい環境を整える。求められる配慮は個別性が高いため Flexible な対応が必要であり、職場の理解・協力によって患者の就労意欲は高められる。④家族・社会からの支援：収入や人種等の個人的背景によって支援を受けづらい群が差別されることのないよう、一般的な支援も必要である。⑤患者本人の要因：人種や経済状況等の個人の背景に関する要因や、仕事に対する意欲等があり、特に復職の意思が大切であった。本レビューでは、実施されている標準的な就業配慮は見いだされなかった。

がん就労者が治療を継続しつつ、事業場側で健康状態に応じた就業配慮を受け、治療と仕事の両立支援がなされるためには、今後、事業場規模や、症状毎の就業上の困難等の特徴を踏まえた実態調査が必要であると考えらえた。

(3) 循環器疾患

就労支援に関与する文献や臨床ガイドラ

イ心疾患を発症した患者には就労者も多く、その後の復職（職場復帰）や就労に関しては各々に対し配慮が必要である。しかし就業区分の決定や就業上の配慮すべき点に関して、企業側（産業医側）と主治医（医療機関）間でのコミュニケーションは実際的には非常に希薄であり、産業医側に必要な情報が伝わっているか、あるいは患者の不利益になっていないか、などの不安が医療現場にはある。本研究の目的は、Web 検索システムや循環器疾患に関わる学会ホームページ等を利用し、就労支援に関与する文献や臨床ガイドラインが、どの程度言及されているのかを明らかにすることにある。

Web 検索の結果、日本循環器学会から「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」と「ペースメーカ、ICD、CRT を受けた患者の社会復帰・就学・就労に関するガイドライン」が既に発行されていた。特に後者は、労働安全衛生法・労働基準法に基づいた就労指導のみならず、個人情報保護に関する記載もなされていた。心疾患を有する就労者の身体活動能力は勿論、職場環境から自動車運転制限に至るまで幅広くしかも具体的に記載されており、臨床医にとって極めて有用性が高いガイドラインである。

国内からの文献調査では、介護職、看護職、リハビリテーション領域から心筋梗塞患者を対象とした報告が多くなされていたが、復職時の主治医と産業医の対応、等に言及したものはなかった。

現時点では「主治医ー産業医間のコミュニケーション」の必要性に関しては検討されていない。しかし、臨床医は日々の診療においてその重要性を認識しており、いかに作り上げて行くかが今後の課題であり、適切なツールを作成する必要がある。

(4) 脳卒中・骨関節疾患

より復職が困難とされる脳卒中を対象とすることによって、骨関節疾患に伴う他の肢体不自由機能障害においてもある程度カバーできると考えられるため、脳卒中に絞り文献調査を実施した。

脳卒中後の復職の過程は各々の事例できわめて個別性が高く、神経学的、機能的要因など多要因によって影響を受けている。そのため、疾病や心身機能が改善されても、なかなか仕事に就くことが困難であることが多く、復職を望む 60%以上の者の復職が困難な状況である。また、雇用者側も、脳卒中を抱えている従業員を雇った経験がないため、どのように対応すればよいのか分からず時間ばかりが過ぎていくことが多い。脳卒中リハにおいて復職成功例を生み出すことが最も重要な援助であり、リハビリチームの実力そのものであると説いている。医療スタッフが一丸となって、対象者を理解し制度を把握し、環境を調整していくことで、対象者の働くことに関する作業ニーズに応えることが出来ると考えられる。また、科学的根拠に基づいた予測やアプローチだけでなく、さまざまな障壁を乗り越える努力あってこそ復職は実現可能なゴールになると考えられた。

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

大企業・中規模事業場・小規模事業場の 3 群について身体疾患患者の復職の際、医療職との情報共有する上において、それぞれの専門職にフォーカスグループディスカッションを実施し、聴取された内容については KJ 法を参考に類似の意見をまとめた。

その結果、治療内容、病状、ステージ、処方内容といった医療情報が両立支援に有用であるとともに、就業配慮を実施するために必要な医療情報という因果がはっきりわかる情報共有が望まれていた。また、安全にかかわる情報については確実な提供が望まれていた。一方で職場の事情を考えない一方的な医療の側からの情報は、かえって阻害要因になるとの指摘があった。また、医療情報で詳細すぎる項目は困惑していた。特に予後が期待できない情報についてはあまりほしくないとの意見が大勢であった。

企業規模で専門家の有無や就業配慮余地に差があるが、それ以外については大きく差は認められなかった。

3. 事業場での就労支援に際して、主治医が提供すべき情報および情報提供において必要な就労実態等に関する情報に関する検討

(1) がん専門医へのインタビュー調査

血液がん患者の就労復帰に関して、主治医側からみた就労復帰に際する現状での問題点・課題を明確にするにするために、血液内科医に半構造化面接法を用いたインタビューを実施した。

その結果、まず、患者（就労者）を守るシステムの構築を行った上で、職場と医療機関（主治医）の連携を図ることが必要であること、主治医側の視点として、現実的には会社側から主治医へ患者の就労支援に関するアプローチがないことが明らかとなった。また、産業医の関与も稀であることが指摘された。

診療情報提供書を用いた職場との情報共有については、患者健康状態を具体的に記載することは、提出先が会社であるために不可能であるとの意見が強い。主治医が安心して情報提供できるように、就労者を保護する法的整備がなされ患者の就労支援プログラムも存在すれば、患者保護の立場から当然提出すべきとも考えている。

(2) 循環器科専門医へのインタビュー調査

心疾患を有する就労者の職場復帰に関して、復職支援の現状を把握した上で、その改善事項を見出すために、循環器内科医へのインタビュー調査を行った。

その結果、心疾患患者自身から日常生活や社会生活上での一般的な相談を受けることがあっても、企業の産業医から就労や職場復帰を行う上での具体的な患者情報の紹介依頼は殆どなされていないことが明らかとなった。特に、嘱託産業医からの依頼を経験した主治医は皆無であった。そのため、診断書でのやり取りしかなされていないため、具体的な患者（就労者）の心機能の程度・身体活動能力や職場環境での注意点など、就労を行う上で必要となる情報提供依頼は殆どなされていない。そのため、単に就労者本人からの意見聴取と診断書の疾患病名のみで判断されている可能性が高く、過度の就労制限や就労者の医療支援への配慮なしに就労区分が決定されている可能性を示唆するものである。

主治医−産業医間の情報提供を円滑に行うための適切なツールが必要であり、それらを駆使して患者―主治医―産業医の三者間でのコミュニケーションをいかに作り上げて行くかが今後の課題であると考えられた。

(3) 「リハビリテーション科専門医」への

インタビュー調査

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

その結果、医療機関側より情報提供できる脳卒中および骨関節疾患の復職を促進する要因および阻害する要因については、すでに予後予測研究などで明らかとなった要因に合致している。しかし、どのような情報でも、事業場側で復職できない事由として利用されることがあるため、当初は曖昧な表現や内容で診断書を記載することが多い。この情報は、脳卒中の場合には復職可否の判定に、骨関節疾患の場合は就業制限の内容に利用されることが多い。

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

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

4. 身体疾患患者の仕事と治療の両立に関する実態調査(1)-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に関する患者インタビュー実態調査

(1) 血液がん疾患編

血液がんを有する就労者の就労継続において、「症状や治療による副作用等から生じる様々な課題」を質的に評価し類型化することを目的に、血液がん患者へのIn-depth interview 調査を実施し、その記録から KJ 法を参考にした内容分析法を用いて課題の抽出を行った。

インタビューを 11 例実施し、復職に直接的・間接的影響を与える課題に関わる64 個の要素が抽出された。これら小カテゴリーをさらに 10 個の大カテゴリーに類型化した（1.業務遂行能力の低下、2.心理的影響、3.本人の背景、4.自助努力、5.職場の背景、6.職場の受け入れ、7.職場の適正配置、8.社会・家族の背景、9.職場と医療の連携、10.情報獲得)。この内、共に研究を進めている脳血管疾患・循環器疾患と比較して、特に血液がんに特徴的であったものは、1,6,9 であった。血液がんは治療において抗がん剤を使用する為、その副作用として生じる倦怠感や手のしびれ、嘔気、脱毛といった症状が業務遂行能力を低下させていた(項目 1 関連)。またそのような症状は直接本人に確認しなければわかりにくいため、病気に対する職場や上司の理解・受け入れ(項目 6 関連)重要であることが特徴的であった。血液がんは多くの場合、通院で抗がん剤の治療を行いながら仕事を継続することができるようになった。しかし、複数回抗がん剤投与を繰り返す必要があるため、

通院時間の確保が問題となる。そのため、職場と主治医の情報交換が密に行われ(項目 9 関連)、柔軟な勤務スケジュールを立てられるかどうかが、就労継続に直接的な影響を及ぼすことになる。

今回の検討から、「症状から派生した課題」について聴取してもその他の要因の方が多く聴取され、患者の困っていることは必ずしも症状に依存しないという事が示唆された。これは血液がん患者の復職支援を行う際に、症状の詳細な聴取だけでなく、職場の状況や周囲の人の状況についての聴取も重要であることを示唆していると考えられた。

(2) 循環器疾患編

循環器疾患を有する就労者での就労継続において「症状や治療による副作用等から生じる様々な課題」を質的に評価し類型化することを目的に、患者 In-depth Interview 調査を実施した。その上で、インタビュー内容を文字に起こし、研究班員 5 名によって KJ 法を参考にした内容分析法を用いて課題の抽出を行った。

インタビューを9例(不整脈による心臓デバイス植込み治療後 6 例、心筋梗塞後 2 例、心不全 2 例))実施し、復職に直接的・間接的影響を与える課題に関わる 57 個の要素が抽出された。これら小カテゴリーをさらに 10 個の大カテゴリーに類型化した(1.業務遂行能力の低下、2.心理的影響、3.本人の背景、4.自助努力、5.職場の背景、6.職場の受け入れ、7.職場の適正配置、8.社会・家族の背景、9.職場と医療の連携、10.情報獲得)。このうち特に直接的な業務に関わる事象(欠勤・休憩・異動・通勤形態の変更を要する事象、作業困難・作業不可・退職に至る事象)は 1. 2. であり、1. において、副作用(薬物治療)、身体機能の低下(心不全症状等)、疲労(長期間の安静療養による体力低下等)、ICD への電磁干渉(電磁波を発する機器のある職場等)、ICD による運転制限(営業業務での運転代行の必要性等)、2. において、症状再発への不安(業務中の ICD 作動への不安等)、の 5 個の小カテゴリーがあった。

不整脈は、発作性の疾患であるため、心臓デバイス、特に埋込み型除細動器植込みによっても、その症状が根本的に改善されるのではなく、次の不整脈発作による失神発作や突然死予防されることとなる。これらの患者は、外見上の変化もなく、概ね直接的な業務遂行能力低下はほとんどないが、次の発作への不安や電磁干渉や自動車運転制限等の外見に表れない不都合を周囲に理解されずに苦心する、といった循環器疾患に特異的な課題を認めた。更に、「障害者」として社会的支援を受ける立場となり、このギャップから精神的葛藤が生まれ苦しむ。

また、心不全状態に至ると就労能力が著しく低下し職場で細やかな配慮が必要となる為、医療機関との密な情報交換は欠かせない。事業場での就労配慮を検討する上では、高リスク業務(ひとり作業等)においていかにリスクを回避し安全配慮義務履行するかが最も重要な課題であると考えらえた。

(3) 脳卒中編

脳卒中後の就労者での就労継続において、症状や治療による副作用等から生じる様々な困難性を就業・業務からの視点で抽出することにより様々な職種であったとしても応用可能な困難性の類型化を目指して、患者 In-depth Interview 調査を実施し、その記録を用いて KJ 法を参考にした内容分析法を用いて課題の抽出を行った。

インタビューを 5 例(脳梗塞後 4 例、脳出血後 1 例)実施した。内容分析法により、復職時における困難性は、54 個の要素、10 個の大カテゴリーに類型化された(1.業務遂行能力の低下、2.心理的影響、3.本人の背景、4.自助努力、5.職場の背景、6.職場の受け入れ、7.職場の適正配置、8.社会・家族の背景、9.職場と医療の連携、10.情報獲得)。このうち特に直接的な業務遂行に関わる事象(欠勤・休憩・異動・通勤形態の変更を要する事象、作業困難・作業不可・退職に至る事象)は項目1であり、身体機能の低下(運動・感覚麻痺、言語障害等)、疲労(体力低下等)、高次脳機能障害(強制笑い)の 3 個の中カテゴリーがあった。

脳卒中後の患者における主な困難性は、身体的な業務遂行能力の低下である。発症以降はほぼ一相性に回復へ向かうとともに、ある段階で症状が固定することが脳卒中の特徴である。復職成功者を対象とした今回インタビューでは、上司や職場の理解・支援が比較的良好である、本人の復職への意欲が強い、などが復職を促進する要因としての意見が多く挙げられた。本人の機能回復、また疾病の受け入れを支援し、職場としても設備などハード面の整備に加え、職場メンバーの理解を促すなど、本人、医療、職場・産業医の密な連携が良好な復職への鍵となると考えられた。

5. 身体疾患患者の仕事と治療の両立に関する実態調査(2)-両立の困難性と必要な支援に関する患者質問紙調査

がん・脳卒中・心疾患の 3 疾患による症状から就業困難に結びつくモデルを作成し疾患ごとの問題点を整理するために質問紙調査を実施した。

質問紙では、年齢、性別、パートナー・経済的ゆとりの有無、雇用形態、会社・職場規模、勤続年数、職場内設備、職場の両立支援経験、会社から本人への復職期待、産業医の有無、業務内容について、また、復職に影響のあった症状や、職場や医療機関で得られた支援に加え、『働きづらさ』の点数を 5 点満点(5 に近いほど働きづらい)で 20 項目を聴取し、分析した。

患者 89 名の回答を得た。「業務遂行能力の低下」では骨関節・神経疾患群、「副作用」では悪性新生物群において有意に点数が高かった。復職・就労継続に影響する要素として、症状のみに留まらない困難が回答として挙がった。職場による支援では合理的配慮の他、精神的なサポートに関する回答が挙がった。医療機関による支援では、病気や治療の説明の他、高い治療効果や、職場との連携に関する回答が挙がった。本調査によって、全体として課題となる頻度の高い働きづらさや、特定の疾患群において優先度の高い課題、また職場、医療機関において期待される支援や、連携の要点を明らかにした。

6. 身体疾患を有する患者の就労支援における倫理的事項の検討

(1) プライバシーへの配慮等の倫理的事項の検討－主治医の立場での両立支援における倫理的問題点

身体疾患を有する患者の就労復帰に際し、主治医と産業医又は企業の間での医療情報の開示及び提供において倫理的に留意すべき事項を検討するために、国内外の産業医の倫理綱領や産業保健従事者のための倫理ガイドラインの中から、主治医と産業医との間で身体疾患を有する患者の就労復帰の際に留意すべき倫理的事項を抽出して整理した。さらに、本研究の共同研究者であ

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

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

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

(2) 主治医と産業医の情報共有に関する倫理的検討プライバシーへの配慮等の倫理的事項の検討－患者・主治医・事業所のインタビュー結果を踏まえて

共同研究者が実施した血液がん、循環器疾患、脳卒中患者に対する In-depth Interview 結果を用いて、治療中の職場復帰や就労において患者本人と会社または産業医と医療情報を共有した際のメリットと問題点について倫理的観点から検討した。

身体疾患を有する患者の就労復帰に際して、患者本人及び主治医と会社との医療情報の共有化がもたらすメリットは、病気に対する積極的な職場の理解、上司による業務中の積極的な傾聴・声掛け、治療スケジュールと労働時間の調整、上司の配慮による業務転換などであった。一方、医療情報の共有化による問題点は、病気に対する職場の誤解と偏見、主治医から職場への不十分な説明による職務に対する配慮の不徹底と就労中の症状に対する忍耐、同僚によって病気に関する個人情報を広められた精神的負担などであった。また、主治医と産業医との間での医療情報の共有化におけるメリットは、医療者同士の直接的な情報交換によって会社が病気や就労に対する偏見を生じない職場環境を育成できること、産業医から人事や上司に就業上の具体的なアドバイスがあることなどであり、一方で問題点と考えられるのは、情報の共有化があっても就労復帰に際して産業医が積極的に関与していなかったことが挙げられていた。

以上の倫理的検討の結果から、本人及び主治医と産業医及び企業とが就労復帰に際して医療情報を共有化する場合、身体疾患を抱えて就労することへの職場での理解と個別対応姿勢及び組織的な支援体制があって、はじめて医療情報の共有化の効果が生じるものであり、就労復帰の際の倫理的問題点を解消するには産業医の役割が大きいことが示唆された。一方で、医療情報の共有化で最も倫理的問題が生じるのは、産業医が不在の職場において人事担当者が主治医から直接に医療情報を得る場合であり、本人同意の原則だけではなく、主治医が安心して情報提供するための倫理的配慮を十分に踏まえた書類の様式と倫理ガイダンスの検討が必要であると考えられる。

(3) 主治医と産業医の情報共有に関する倫

理的検討プライバシーへの配慮等の倫理的事項の検討－合理的配慮と安全配慮義務に関する法的･倫理的検討

『両立支援パス』利用における事業者の倫理的配慮としての「合理的配慮指針」の活用の有効性について、「安全配慮義務」を含めて検討した。

主治医と事業者が医療情報の共有化によって「患者の就労上のメリットを高め、デメリットを防ぐこと」が倫理的配慮として不可欠あることが明らかとなった。『両立支援パス』は、これらの倫理的検討の結果を考慮して作成されたものであるが、相互の対話に基づく『両立支援パス』を職場内で有効に活用するためには、身体疾患を有する患者に対する会社組織内で統一した理解と柔軟に個別対応できる組織体制が必要となる。その倫理的アプローチとして、「合理的配慮指針」の活用が有効であることが示唆された。

身体疾患を有する患者の就労支援に向けて、両立支援パスを効果的かつ倫理的手順を踏まえて利用するには、主治医が最も懸念する患者本人に就労上の不利益が被ることがないように、相互理解のための対話型アプローチを基本とする「合理的配慮指針」の社内での活用が有効であると考えられる。そのためには、事業者のみならず、主治医・産業医をはじめとする医療関係者への「合理的配慮指針」の周知徹底が必要である。しかしながら、障害者と認定されることを拒否する患者については、事業者の安全配慮義務が優先されるため、本人の希望とは異なる配置転換や就業の変更となるケースが想定され、障害者として合理的配慮を受けるメリットとデメリットについて十分理解した上での拒否であることの確認が患者本人と事業者の双方に求められる。

7. 両立支援のための情報共有様式およびガイドの作成

両立支援ツールを作成するにあたり、これまでの研究分担報告書である、「各科主治医インタビュー調査」、「患者インタビュー調査」、「職域調査」を参照のうえ、産業保健を専門職によるツールである両立支援パス使用ガイドα案を作成した。

その経緯において、「治療医は業務の内容が分からないので意見を述べようがない」、「職域は医療情報が不足しているため必要な配慮が分からない」という意見もあり、ギャップを埋めるためには本人を中心とした対応以外で解決することは難しいと判断した。そこで合理的配慮の考え方を盛り込んだ『本人の申し出に基づき必要な配慮を職場で検討の上、職場から主治医にポイントを絞った情報提供を依頼する』手順のα版を作成した。

次に、α版を研究班メンバー（産業保健専門 5 名、臨床専門家 15 名、倫理専門家 1 名）で 2 回集まり改善点や問題点を議論しβ版を開発した。β版作成の議論では、「職場からの依頼では本人に利益か不利益かわからない」、「主治医に会社のリスクを押し付けられているようで書きづらい」、「主治医側にインセンティブがなさすぎる」という意見から、『本人と事業者が就労を継続するために必要な配慮を話し合ったうえで、「本人及び事業者の連名で、配慮事項の内容について意見を求める』手順を加えβ版とした。

そのうえで、β版について、医療機関側についてβ版を使用するモデル調査（医療機関側調査）を行い、また事業場側においてはβ版を使用するモデル調査と日本産業衛生学会専門医を集めたグループディスカ

ッション（事業場側調査）を実施した。医療機関側調査では、医療機関側からの働きかけによる妥当性、有効性の検討を行った。対象は、大学病院の「血液内科」・「リハビリテーション科」・「循環器内科」を受診している患者に参加を呼びかけ、患者から復職したいと申し出たものとした。対象者に「両立支援パス」β版を主治医から渡して、事業場で本人と職場が話し合い、様式「復職・就業配慮に関するご意見伺い書」を主治医に提出させた上で、主治医は就業上の意見を作成し、事業場で得られた協力や、患者が考えるパス利用の課題などを患者から聴取した。これらの患者から得られたヒアリング情報をもとに質的にまとめた。参加を呼びかけた中から 4 例の事例を得た。そのうち、実際に「両立支援パス」を使用して復職に至ったのは 2 例のみであった。この 2 例では、患者、職場、主治医の良好な連携が得られ適正な就業配慮のもと復職を行うことができ、患者から得られたヒアリング情報からも患者の満足度は高かった。一方、他 2 例に関しては、「両立支援パス」を使用しようとして、職場と患者本人の問題でうまく進まなかった事例が 1 例と、職場のシステムの問題で使用できなかった事例が 1 例という結果であった。「両立支援パス」を医療機関側から働きかけることは、熟知している主治医が用い、復職したいという患者のニーズに対して、職場のニーズが適切に揃えば、妥当性、有効性がある可能性が考えられた。

事業場調査では、実際に「両立支援パス」β版を事業場において利用し、それによって収集される就業配慮に必要な情報の質的・量的に評価し、有効性の検討を行った。具体的には、協力が得られた産業医に「両立支援パス」を使用するか、使用せずに現行通りの方法で復職支援をするか選択させ、実際に収集された情報をした。また、主治医から発行された復職の診断書についての産業医の満足度を Visual Analog Scale(VAS)を用いて測定し、分析した。事業場側からの情報発信があった事例は就業配慮に関する意見や就業配慮の期間などが主治医から得られており、診断書への産業医の満足度が高かった。また、事業場から勤務内容に加え、可能な就業配慮の対応の情報発信があった群では、対応可能な現実的な就業配慮の意見が主治医から得られていた。事例を提供した産業医に対して、復職支援の際の主治医との情報交換についてのグループインタビューを行い、「両立支援パス」の使用感、「両立支援パス」が有効に利用できうる事例などについて聴取した。「両立支援パス」は、利用することで事業者と患者が復職について話し合いの場を持てるという利点があった。一方で休職期間が短い場合や、既存の復職の方法で復職支援を行っている場合は「両立支援パス」の書式を使いづらいとの意見が挙がった。また復職に際し「患者のキャラクター」、「主治医の負担」などの要素が復職に影響するという意見が聴取された。身体疾患、精神疾患の復職支援において、事業場側から業務状況を主治医に伝えることで、産業医側が復職支援に際して必要な情報を得ることができた。さらに就業配慮検討事項を伝えることで主治医から現実的な就業配慮を引き出すことができ、スムーズに復職支援ができた例が多かった。このような事業場側からの情報発信の流れが確立できていない復職支援に不慣れな産業医や事業場、専属の常勤産業医がいない事業場で有効と考えられた。

その結果をもとに、本研究班の意見を統合してβ版を改善し、職域、治療医両者が使いやすい「両立支援パス」を完成させた。

8. 両立支援のための情報収集質問リストの作成

治療と就業の両立支援を行うための労働者の働きづらさについて、包括的に把握、共感するためのツール、質問リストを作成した。具体的には、質問リストを作成するにあたり、これまでの研究分担報告書である、「患者インタビュー調査」、「患者質問紙調査」を参照のうえ、産業保健を専門職による研究班メンバーで議論し、困りごと抽出のための質問リストを作成した。

患者インタビュー調査で得られた68項目10カテゴリーの困りごとの確認を行った。デザインを検討する中で、職場、主に産業保健職が使用することや、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、共感することを目的とすることなどの項目について合意し、案を作成した。患者質問紙調査で得られた症状や困りごとを包括していることを確認し、質問リストの完成とした。復職に臨む労働者の困難を、最小公倍数的に、包括して把握するための情報収集がスムーズに、適切に行われることが期待される。

9. 身体疾患を有する患者の治療と就労の両立支援のために必要な環境整備に関する提言

今回の研究班では、専門医、事業場（産業医等）、患者（就労者）の調査を経て、3者が関わる「両立支援パス」を開発した。しかし、調査検討の過程で、「両立支援パス」のようなツールのみでは両立支援の取り組みが必ずしも進展するとは考えられず、様々な環境整備が必要であることも明らかである。そこで、研究班会議において、各分担研究で明らかとなった治療と仕事の両立を行うための課題と考えられる事項を明確化し、それらをもとに両立支援を推進するための提言内容を検討した。

その結果、以下の5項目の提言事項を取りまとめた。

1) 合理的配慮の対象拡大と浸透の努力
2) ソフト面でのバリアフリー社会の構築
3) 両立支援を行う医療機関や企業等に対するインセンティブ
4) 両立支援に関する判断を行う医療者や事業主のリスクへの対応
5) 社会に対する啓発および関係者への教育の推進

治療と仕事の両立支援の実践は、状況に応じた柔軟な対応が必要となり、そのためには当該労働者本人のエンパワーメントとともに、専門医、産業医、事業主等の連携が欠かせない。そのような連携を高めるためには、両立支援のための社会システムが必要となる。現時点では、技術マニュアルと教育研修が取組みの中心となっているが、今後社会システムの構築という視点から、更なる政策や関係者の努力が不可欠と考えられる。

D. 考察

本研究では、主治医、事業場（産業医等）、患者（就労者）の３者が関わる「両立支援システム」の提言およびそれを可能とする「両立支援パス」の開発を行うことを目的とした。

しかし疾患を身体疾患に絞っても、その疾患の病態は多様であり、一方就労の場である事業場等においても、規模や業種など多様である。このような多様性の組み合わせの中で有効に機能する仕組みを検討するために、身体疾患側を急性期治療と急性期リハビリを経て、退院後も

通院治療が必要な疾患であり、職場復帰後もリハビリを含む治療継続が必要であるという共通点を持つとともに、治療状況や心理状態が就労に大きく影響する（がん）、心肺機能や治療内容が就労に大きく影響する（循環器疾患）、四肢の運動機能が影響する（脳卒中・骨関節疾患）に分類したうえで、文献調査、主治医調査および患者調査を行った。事業場側を産業医選任の義務の有無を基本に、事業場規模で分類したうえで、事業場で両立支援を中心的に関与する産業医や社労士調査を行った。そのうえで、全体的な課題およびその組合せにおける課題を整理するとともに、両者間の連携において、個人情報の共有など倫理的配慮が必要となる事項についても検討した。それら一連の研究の結果をもとに、「身体疾病を有する労働者の就業継続の困難性を聴取するためのチェックリスト（両立支援10の質問）」、「両立支援パス使用ガイド」、「身体疾患を有する患者の治療と就労の両立支援のために必要な環境整備に関する提言」の作成を行った。

身体疾病を有する労働者の就業継続の困難性を聴取するためのチェックリスト

文献調査の結果では、身体障害者の就労支援等に関して比較的豊富な知見のある脳卒中・骨関節疾患を除き、文献上の知見は非常に限られたものであった。その中でも、就労復帰を阻害する属性等に関する文献に比べて、具体的な阻害要因とそれを解決するための就労支援に関する情報が不足していた。さらに、就労支援については、有望者の就労に関しては、就労に関する法令や慣習、文化的背景などが影響するが、欧米諸国の情報に比べて、日本国内からの報告は限られたものであり、最近の治療内容の進歩を反映したものではないなどの課題がある。しかし、限られた知見であっても、文献検索の結果、就労支援においては病状や症状と職場環境等の条件に柔軟（Flexible）に対応することの重要性が強調されていた。これは、多様な病態と多様な職場環境の中における支援においては、当然のことと考えられる。しかし、職場で柔軟な対応を行う際には、就労支援を適切に行うための情報と、業務の多様性等の就労配慮の余地が必要となる。

本来、適切な両立支援が行われるためには、患者自身が体験する困難性と治療状況等の医学面の情報から、必要な支援を検討して実施することになる。このことは事業場側の調査結果でも規模にかかわらず指摘されている。このうち、患者自身が体験する困難性について、血液がん、循環器疾患、脳卒中の患者それぞれに対してインタビューを実施し、就労継続において症状や治療による副作用等から生じる多様な困難性を就業・業務の視点から抽出し、類型化を行う作業を行った。さらに質問紙調査で妥当性の検討を行った。その結果、疾患群によって特徴があるものの、10 個の共通のカテゴリーに類型化することが可能となった。

これをもとに、本研究班の成果物として、事業場側での支援を検討する際に、当該労働者の困難性を効率的かつ効果的に聴取する際に用いるチェックリスト（両立支援 10 の質問）を作成した。

両立支援パス使用ガイド

事業場において両立支援を行う際、医学的な情報は主治医から入手することに

なる。今回行った各分野の専門医に対するインタビューでは、「患者本人が従事する具体的な仕事が分からない」といった問題だけでなく、「提供した情報が事業場側でどのように取り扱われるかが分からない」、「場合によっては事業場側で復職できない理由に使われる可能性がある」といった、主治医側の不安や不信が存在しており、仮に患者からの依頼であっても、それらが払拭されない限り詳細な情報提供は困難と考えられた。また主治医の意見が事業場の実状を考慮に入れたものでない場合、かえって配慮を困難にする可能性が事業場側調査で指摘されている。

このような課題に対して、産業医を介することによってコミュニケーションが促進する可能性があるが、現状では産業医が活発に関わっているとは考えられない。また、50 名未満の事業場では産業医の選任義務がなく、産業医に過度の期待をすることもできない。倫理的な検討からも、身体疾患を抱えて就労することへの職場での理解と個別対応姿勢及び組織的な支援体制があって、はじめて医療情報の共有化の効果が生じるものであり、就労復帰の際の倫理的問題点を解消するには産業医の役割が大きいことが示唆された一方で、医療情報の共有化で最も倫理的問題が生じるのは、産業医が不在の職場において人事担当者が主治医から直接に医療情報を得る場合であると考察されている。

治療と就業の両立支援を行うための主治医と職場の情報共有を促進するためには、主治医が安心して患者の医療情報や職場の実状に合った意見を提供できるようなツールやガイドラインが必要になると考えられる。本研究と関連して、厚生労働省は平成 28 年 2 月に「事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン」（ガイドライン）を公表した。この中で、両立支援における労働者、産業医を含む事業場、主治医の関係として、両立支援を必要とする労働者自らが仕事に関する情報を主治医に提供したうえで、主治医から医学面での情報の提供を受け、それを事業場に提出することが基本的な手順となっている。また、その情報が不足すると事業場側が判断した場合には主治医からさらに情報を収集して、配慮の検討と実施を行うことになっている。この手順は、両立支援における根本的な課題である「主治医は業務の内容が分からないので意見を述べようがない」、「職域は医療情報が不足しているため必要な配慮が分からない」という情報ギャップに応えた内容となっている。しかし、成果を上げるためには、「労働者が両立支援の手順を理解していること」、「労働者が自らの仕事内容を正しく説明できること」、「主治医が労働者からの情報に基づいて仕事の内容を正しくイメージできること」、「主治医が診断名を含む医療情報および望ましい就業上の措置の意見を、事業場の実情を踏まえて、安心して作成できること」、「主治医からの情報を事業場側が正しく理解して、具体的な就業配慮に結び付けることができること」など、多くの前提が必要となる。もちろん、労働者が主体性をもって両立支援を得る努力をすることは不可欠であるが、限られた時間内で診療を行う主治医の状況、産業医が選任されてない又は必ずしも機能していない事業場が多いことなど、様々な困難が予想される。すなわち疾患の種

類の多様性、主治医の専門性や患者診察環境の多様性、事業場側の多様性の無数の組合せのすべてで機能する手順の作成は極めて困難であると予想される。

そこで、企業調査、主治医調査、患者調査の結果を検討したうえで、厚生労働省のガイドラインとは異なる両立支援の流れを前提とした「両立支援パス使用ガイドβ版」を作成したうえで、実際に医療機関および事業場において使用した事例を収集して有効性と妥当性の検討を行ったうえで、「両立支援パス使用ガイド」を完成させた。このガイドでは、必ず存在する労使関係と労働者本人に、患者自身が体験する治療と就労の両立における困難性を基本と考えるとともに、主治医側の「職場からの依頼では本人に利益か不利益かわからない」、「主治医に会社のリスクを押し付けられているようで書きづらい」という意見に配慮した内容となっている。

身体疾患を有する患者の治療と就労の両立支援のために必要な環境整備に関する提言

研究班会議において、各分担研究で明らかとなった治療と仕事の両立を行うための課題と考えられる事項を明確化し、それらをもとに両立支援を推進するための提言として以下の5項目の提言事項を取りまとめた。

- 合理的配慮の対象拡大と浸透のための努力
- ソフト面でのバリアフリー社会の構築
- 両立支援を行う医療機関や企業等に対するインセンティブ
- 両立支援に関する判断を行う医療者や事業主のリスクへの対応
- 社会に対する啓発および関係者への教育の推進

E. 結論

円滑な治療と就労の両立支援のためには、医療機関と事業場側で両立支援に関する価値観を共有化したうえで、倫理的事項に配慮しながら両立支援に必要な情報の共有が図られ、事業場において労働者によって異なる就業継続における困難性に配慮した支援が行われることが必要である。我が国において治療と就労の両立支援が推進されるためには、必要な社会環境の整備を図るとともに、本研究班で作成したツール類が活用されることが望まれる。

F. 研究発表

学会発表

- Abe H:ILR to monitor syncopal attacks. XVI International Symposium on Progress in Clinical Pacing 2014. Invited Lecture. December 2-5, 2014. Rome, Italy
- 安部治彦：心臓突然死の予知・予防と管理．第42回福岡県産業医学大会、特別講演、平成26年11月5日、北九州市
- 原田有理沙，立石清一郎，岡亜希子，高橋都，森晃爾．がん就労者に対し取り組まれている職場内での就業上の配慮の実態についての文献調査 第88回日本産業衛生学会 2015.5 大阪
- 立石清一郎（産業医科大学・産業医実務研修センター）、職場のがん対策とがん罹患就労者への支援 産業保健の役割を考える 職場におけるがん罹患就労者への支援、第 88 回日本産業衛生学会、シンポジウム、2015.5 大阪

- Arisa Harada, Seiichirou Tateishi, Koji Mori. Training non-specialized occupational health physicians to support cancer workers in the workplace. 31st International Congress on Occupational Health 2015.6 韓国
- 安部治彦:心臓突然死の予知と予防ー循環器疾患の基礎知識ー. 日本医師会認定健康スポーツ認定医制度再研修会、平成27年2月13日、福岡市
- 安部治彦:ペースメーカ植込み患者の障害認定基準見直しの概要. 日本不整脈学会・第7回植込みデバイス関連冬期大会、教育講演2、平成27年2月19−21日、東京
- 安部治彦:社会的問題. 日本不整脈学会・第7回植込みデバイス関連冬期大会、ICD/CRT 合同研修セミナー教育講演、平成27年2月19−21日、東京
- Abe H: Syncope and sudden cardiac death prevention. Europace/ Cardiostim 2015, Milan, Italy, June 20-24, 2015
- Abe H: Driving restriction by revision of Japan Road and Traffic Law in patients with cardiac arrhythmias. The 30th Annual Meeting of the JHRS/ the 32th Annual Scientific Meeting of the JSE. Educational Session 8, Kyoto, July 28-31, 2015
- Oginosawa Y, Abe H, Kohno R, Ohe H, Hayashi K, Takahashi M, Otsuji Y. Sudden cardiac arrest in working generation: long-term trend of incidence and resuscitation by colleagues. Data from nationwaide Japan Utstein Registry The 80th annual scientific meeting of the Japanes Circulation Society 2016.03 Sendai
- Oginosawa Y, Abe H, Kohno R, Ohe H, Hayashi K, Takahashi M, Otsuji Y.Sudden cardiac death in working generation: Long-term trend of incidence and resuscitation by colleagues. Data from nationalwide Japan Utstein Registry The 8th Asian pacific heart rhythm society scientific sessions 2015. 11 Melbourne.
- 安部治彦: 社会的問題 第30回日本不整脈学術大会／第32回日本心電学会学術集会合同学術大会、ICD/CRT合同研修セミナー、教育講演、平成27年7月27−31日、京都市
- 安部治彦: ストレスと失神. 第32回日本循環器心身医学会総会、特別講演、平成27年11月14−15日、大分市
- 安部治彦: 社会的問題. 日本不整脈心電学会第8回植込みデバイス関連冬季大会、平成28年2月5−7日、北九州市
- 原田有理沙. 立石清一郎. 岡田岳大. 横山麻衣. 安部治彦. 河野律子. 荻ノ沢泰司. 大江学治. 高橋正雄. 林克英. 森晃爾. 身体疾患を有する就労者の仕事と治療の両立に関する実態調査【第1報:循環器疾患編】第 89 回日本産業衛生学会 2016.5 福島
- 横山麻衣, 立石清一郎, 原田有里沙, 岡田岳大, 佐伯覚, 加藤憲明, 伊藤英明, 白石純一郎, 二宮正樹, 杉本香苗, 森晃爾.身体疾患を有する就労者の仕事と治療の両立に関する実態調査【第

2 報:脳卒中編】、第 89 回日本産業衛生学会 2016.5 福島

- Mai YOKOYAMA, Seiichiro Tateishi,Takeo Okada,Arisa Harada, Satoshi Saeki, Noriaki Kato, Hideaki Ito, Junichiro Shiraishi, Masaki Ninomiya, Kanae Sufgimoto, Koji Mori. SURVEY OF BARRIERS AND FACILITATORS RETURNING TO AND CONTINUING WORK AFTER STROKE. International Congress of Behavioural Medicine 2016 2016.12 Melbourne
- 岡田岳大、立石清一郎、原田有理沙、横山麻衣、塚田順一、山口享宏、北村典章、高橋都、森晃爾。身体疾患を有する就労者の仕事と治療の両立に関する実態調査【第 3 報:血液がん編】第 89 回日本産業衛生学会 2016.5 福島市
- Oginosawa Y, Abe H, Kohno R, Ohe H, Hayashi K, Takahashi M, Otsuji Y: Sudden cardiac arrest in working generation: incidence and resuscitation by colleagues-data from nationwaide Japan utsutein registry-80th Annual Scientific Meeting of JCS, March 18-20, 2016. Sendai
- Oginosawa Y, Abe H, Kohno R, Ohe H, Takahashi M, Otsuji Y: Gender difference and long-term trend of sudden cardiac arrest in Japanese working generation. APHRS 2016, invited speaker, Oct 12-15, 2016. Seoul Korea
- 安部治彦:ICD/CRT 患者の社会的問題 第9回植込みデバイス関連冬期大会、教育講演、平成29年2月16ー18日、大阪
- 河野律子:ICD 患者の自動車運転制限について:日本の現状. 第9回植込みデバイス関連冬期大会、委員会セッション、平成29年2月16ー18日、大阪
- 横山麻衣, 立石清一郎, 原田有里沙, 岡田岳大, 安部治彦,佐伯覚, 塚田純一, 藤野昭宏, 高橋都, 森晃爾.身体疾患を有する就労者の仕事と治療に関する患者質問紙調査 第 90 回日本産業衛生学会 2017.5 東京
- 大橋りえ, 森晃爾, 立石清一郎, 岡亜希子, 岡田岳大, 原田有理沙, 横山麻衣, 永尾保、身体疾患者の復職に際し、主治医との情報共有や適切な就業配慮に関する従業員規模ごとの担当者インタビュー解析、第 90 回日本産業衛生学会 2017.5 東京(予定)
- 永尾 保, 立石 清一郎, 横山 麻衣, 大橋 りえ, 塚田 順一, 安部 治彦, 佐伯 覚, 藤野 昭宏, 高橋 都, 森 晃爾. 両立支援に関する主治医視点での就業復帰に考慮すべき問題点に対する実態調査 第 90 回日本産業衛生学会 2017.5 東京(予定)
- 立石清一郎、就労と治療の両立支援ー産業医と主治医との連携、第 90 回産業衛生学会、シンポジウム、2017.5 東京(予定)
- 立石清一郎、職域でのがん対策における産業医の役割、第 90 回日本産業衛生学会、シンポジウム、2017.5 東京(予定)

論文発表

- 濱田学、白山義洋、伊東育未、佐伯覚、蜂須賀研二:脳卒中の予後予測ー脳卒中患者の就労予測. 総合リハ 42:

741-745,2014
- Noda T, Kurita T, Nitta T, Abe H, Watanabe S, Furushima H, Matsumoto N, Toyoshima T, Shimizu A, Mitamura H, Ohe T, Aizawa Y:Appropriate duration of driving restrictions after inappropriate therapy from implantable cardiac shock devices: data from the interim analysis of the Nippon Storm study, Circ J, 2014, 78 (8): 1989-1991.
- 立石清一郎. 産業医・看護職・人事労務関係者必読、「『がん就労』復職支援ガイドブック」の活用を. 保健師ジャーナル Vol71. No8.2015. p655-659
- 立石清一郎. 高齢期まで働くための治療と就労の両立. がんから職場への復帰のために職場がなすべきこと. エルダー. 第 37 巻第 9 号(通算 431 号). p13-18.独立行政法人　高齢・障害・休職者雇用支援機構
- 伊藤英明、立川美香、佐伯覚:リハビリテーションに必要な産業医学の知識－就労障害者の健康管理. 総合リハ 43: 511-516, 2015
- 佐伯覚:予後予測と就労支援. 日本職業・災害医学会会誌 63:127-131、2015
- Kenny RA, Brignole M, Dan GA, Deharo JC, van Dijk JG, Doherty C, Hamdam M, Moya A, Parry SW, Sutton R, Ungar A, Wieling W, Asgari M, Baron-Esquivias G, Blanc JJ, Casagranda I, Cunnigham C, Fedorowski A, Furlan R, Gall N, De Lange FJ, Mcmahon G, Mitro P, Pietrucha A, Podoleanu C, Rabiele A, Benditt DG, Krahn A, Morillo CA, Olshansky B, Raj S, Sheldon R, Shen WK, Sun B, Hachul D, Abe H, Furukawa T, Gorenek B, Lip GYH, Glikson M, Ritter P, Hurwitz J, Macfadyen R, Rankin A, Mont L, Svendsen J, Kusumoto F, Cohen M, Savelieva I: Syncope Unit: rationale and requirement-the European Heart Rhythm Association position statement endorsed by Heart Rhythm Society. EHRA Position Paper. Europace, 2015, 17 (9): 1325-40.doi:10.1093/europace/euv115
- 安部治彦:道路交通法改正による失神患者と自動車運転. 心電図、2015, 35 (Suppl 2): P8-13.
- 安部治彦、河野律子、荻ノ沢泰司:ヒューマンファクターと安全の接点:医学的側面から, 安全衛生コンサルタント, 2015, 35 (No.114): P44-48.
- 安部治彦: 心臓突然死と一過性意識消失・失神発作. 感染防止、2015, 25 (6): 1-5.
- 河野律子、荻ノ沢泰司、林　克英、大江学治、高椅正雄、安部治彦:突然死予防の最新デバイス. 心電図 2015, 35 (3): 227-237.
- 立石清一郎. 産業医・看護職・人事労務関係者必読、「『がん就労』復職支援ガイドブック」の活用を. 保健師ジャーナル Vol71. No8.2015. p655-659
- 立石清一郎. 高齢期まで働くための治療と就労の両立. がんから職場への復帰のために職場がなすべきこと. エルダー. 第 37 巻第 9 号(通算 431 号).

p13-18.独立行政法人　高齢・障害・休職者雇用支援機構

- 立石清一郎. 産業医・看護職・人事労務関係者必読、「『がん就労』復職支援ガイドブック」の活用を. 保健師ジャーナル Vol71. No8.2015. p655-659
- 立石清一郎、高野文恵、拝生寿美子. 非常勤産業医と常勤産業看護職コラボレーションの好事例～積極的な意見交換でお互いの強みや長所を活かす. 産業保健と看護　Vol7. No4（323）. 2015. p53-55
- Tateishi S, Watase M, Fujino Y, Mori K. The Opinions of Occupational Physicians about Maintaining Healthy Workers by Means of Medical Examinations in Japan Using the Delphi method. Journal of Occupational Health 2016;58(1):72-80
- 永松有紀、柴田喜幸、立石清一郎. がん就労者支援. 日本看護福祉学会誌. Vol 21. No1. 2015 年 10 月、p31-41
- 立石清一郎. 高齢期まで働くための治療と就労の両立. がんから職場への復帰のために職場がなすべきこと. エルダー. 第 37 巻第 9 号（通算 431 号）. p13-18.独立行政法人　高齢・障害・休職者雇用支援機構
- 安部治彦：植込み型デバイスと運転免許制限臨床医のための循環器診療 2016, 24: 48-50.
- 古屋佑子、高橋都、立石清一郎、富田眞紀子、平岡晃、柴田喜幸、森晃爾：働くがん患者の就業配慮における産業医から見た治療医との連携に関する調査. 産業衛生学雑誌。58(2).54-62, 2016
- 立石清一郎：従業員の「治療と就業の両立」のポイント、エルダー.第 38 巻第 8 号（通算 442 号）.38-39. 2016 年.独立行政法人　高齢・障害・休職者雇用支援機構
- 立石清一郎：医療羅針盤「私の提言」産業医はがん就労に以下に取り組むべきか、月間新医療.第 43 巻第 9 号（通算 501 号）.18-21, 2016(9)
- Tateishi S. Supportive awareness of employers for a good balance between work and cancer treatment. Int.J. Behav. Med. Vol 23 (Suppl 1): pS154, Melbourne.(2016)
- 藤野昭宏, 立石清一郎, 森晃爾：身体疾患を有する患者の就労支援における主治医と産業医の情報共有に関する倫理的検討 ー 国内外の文献とインタビュー調査から. 人間と医療（九州医学哲学・倫理学会誌. 2016 6: 52-60.
- Hirosawa M, Higashi T, Iwashige A, Yamaguchi T, Tsukada J. HLA-haploidentical hematopoietic stem cell transplantation with low-dose thymoglobulin GVHD prophylaxis for an adult T cell leukemia/lymphoma patient treated with pretransplant mogamulizumab. Ann Hematol. 2017 Feb;96(2):327-328.

著書

- 河野律子、安部治彦：2.電磁干渉,「不整脈治療 update 第2巻」（奥村　謙監修）、医薬ジャーナル社、Pp68-80, 2014 年
- 荻ノ沢泰司：その他の非電離放射線・電磁場等の影響「適正配置ストラテジー」産業医学推進研究会　2014.5 月 160-173.

- 安部治彦: 携帯型伝送心電図.「徹底解説！心電図ー基礎から臨床までー」（森　博愛、丸山　徹編集）、医学出版社、Pp246-248, 2015 年
- 高橋正雄、河野律子、安部治彦:　植込み型除細動器（ICD）作動患者では運転免許証を失効すべきか？「EBM 循環器疾患の治療 2015-2016」（小室一成監修、阿古潤哉・坂田泰史・池田隆徳・長谷部直幸編集）、中外医学社、東京、Pp344-348, 2015 年
- 河野律子、安部治彦:不整脈患者の自動車運転,「Medical Topics Series 不整脈 2015」（杉本恒明監修、井上　博編集）、メデイカルレビュー社、大阪, Pp204-214.2015 年
- 立石清一郎:がんと診断された従業員に対する休復職支援. 森晃爾編, 嘱託産業医のための Q&A 増補改訂 4 版産業保健ハンドブック, pp88-91, 労働調査会, 2015
- 立石清一郎:個人情報の取り扱い、がん就労者支援マニュアル、労働調査会、p45-58、2016
- 河野律子、安部治彦:ICD 患者の経過観察における社会生活と自動車運転「ICD/CRT の見から、考え方ー医師・ME のための updateー」 中外医学社、in press

分担研究報告書

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に関する文献調査

職場復帰を阻害する因子−特に血液がんについて

研究分担者

塚田順一　産業医科大学病院　血液内科

労災疾病臨床研究事業費補助金研究
（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―）
分担研究報告書
がん患者の就労継続に与える就労上および治療上の要因に関する文献調査
職場復帰を阻害する因子－特に血液がんについて（最終報告）

研究分担者　産業医科大学病院　血液内科　診療教授　　塚田順一

研究要旨

【目的】血液がん患者の就労復帰に関して、文献の体系的レビューを実施した。文献レビューにて、就労復帰を阻害する因子を抽出し、就労復帰に際する留意点や現状での課題を明確にし、就業復帰時への配慮に役立つ情報を得る。最終報告では、血液がんを代表する白血病・悪性リンパ腫および造血幹細胞移植の患者における治療後就労状況および就労復帰を阻害する因子を文献的に検討した。

【方法】血液がんを専門とする血液内科専門医師３名（経験 10 年以上）で、文献検索サイト PubMed を用いて、白血病・悪性リンパ腫および造血幹細胞移植の患者の就労状況および就労復帰を阻害する因子に関する論文を検索し、本研究の趣旨に最も合致した論文 15 件を抽出した。抽出された論文を詳細に整理し、その内容を具体的に結果・考案にまとめた。

【結果および考察】血液がんの特徴として、治療後長期にわたる疾患および治療の影響（障害や後遺症）がみられ、これらが長期的に就労復帰に影響し、治療後複数年を経ての就労復帰も珍しくないことが挙げられる。さらに、近年の分子標的薬や造血幹細胞移植技術の進歩から、血液がんの生存率が急速に向上したため、以前の報告と比べ血液がんサバイバー数は急激に増加している。この急な増加は、健康や社会的な問題を有した血液がんサバイバーの増加を意味し、今回抽出した文献でも以前と比べて血液がんサバイバーの就労復帰率が低下してきていることを指摘している。このように、血液がんサバイバーの健康状態を正確に解析するためには、以前の文献を現在・将来の方策として利用することはできない。また、横断的研究手法ではなく、経年的縦断研究の重要性も指摘されている現状であり、就労復帰の阻害因子を改善するなどの介入研究は全くの皆無であった。

研究協力者
山口享宏　（産業医科大学病院　血液内科　助教）
北村典章　（産業医科大学病院　血液内科　修練指導医）

A. 研究目的

1. はじめに

現在、がん罹患率は増加しているが、医療技術の進歩に伴い、罹患後も就労を継続することが出来る可能性は高まっている。休職を必要とする場合はあるものの、がん患者・経験者（キャンサーサバイバー）として就労復帰するケースは今後増加しなければいけない。一方、労働人口の観点からも、多くのがん経験者が職場復帰することが望まれる。

がんの中で、造血器悪性疾患（血液がん）は化学療法と放射線治療で治癒可能であり、本研究は血液がん患者の症状や問題点が就労復帰に対してどのように影響するかを検討し、今後の復職支援に活用できるように情報整理と情報伝達ツール作成のための基本情報となる。

日本においては、生涯でがんに罹患する可能性は、男性約 60%、女性約 45%であり、国民の 2 人に 1 人ががんになる時代である[1)]。一方、がんの早期発見と治療法の進歩とともに、全がんの 5 年相対生存率は 58.6%（診断年平成 15 年から 17 年）と確実に改善傾向である[2)]。20 歳～64 歳の働き世代で新たにがんと診断される人は 1 年間に男性 11 万人、女性 10 万人と推計され、がん患者・経験者の中にも長期生存し、社会で活躍している機会が増えつつある。

しかし、キャンサーサバイバーとその家族の中には就労を含めた社会的な課題に直面している者も多い。例えば、平成 16 年の厚生労働省研究班によると、がんに罹患した勤労者の 30.5%が依願退職、4.2%が解雇となり、自営業等の約 13%が廃業したことが報告されている[3)]。このような背景をもとに第 2 次がん対策推進計画でがん患者・経験者の就労支援のあり方についての課題を明らかにし、がん患者・経験者が復職・就労継続のほか、新規就労するためには、がんの部位や重症度、職場の制度などにもよるが、がん治療に関わる医師が就労支援の観点を持って患者に関わることや、医療機関と事業場の情報共有、支援体制を構築することが求められている。

事業場においては、がん患者・経験者への支援策について、厚生労働省がん臨床研究事業より「企業のための＜がん就労者＞マニュアル」が示されている[4)]。産業保健の目的は、労働者の健康状態と職場状況で不適合が起こらないようにすること[5)]であり、産業医は安全配慮的観点として、作業内容を確認し、医療機関から身体症状や精神状態、また作業と治療が両立できるような制限・措置の情報を共有することが必要である。

一方、キャンサーサバイバーが直面する問題、影響要因としては厚生労働省がん臨床研究事業“がんと就労”研究班が実施したインターネット調査[6)]における診断後に直面した就労問題に関して、①経済的な困難、②職場側の対応不足やコミュニケーションの問題、③医療施設や医療者の問題、④再就職時の問題、⑤本人の心理的問題、⑥本人の身体的問題、⑦その他、が挙げら

れ、実に様々な要因に左右され、しかも医学的要因のみならず、個人や職場の要因、また、本人にとっての就労の意義にも大きく影響される[7)]。

2. 就労に及ぼす血液がんの特徴

近年、白血病や悪性リンパ腫などの血液がんにおいては、新規抗がん薬や分子標的薬が開発され、造血幹細胞移植療法の技術も発達し、従来からの治療成績も格段に改善され多くの血液がん患者がサバイバーとなっている。悪性リンパ腫を例に挙げると、人口動態統計によるがん死亡データで、我が国のがん患者死亡は年々増加傾向にあり、2013 年死亡者数は男性では肺癌 52,054 人、女性では大腸癌 21,846 人が第 1 位である。2013 年悪性リンパ腫の年間死亡者数は 11,340 人である（がん情報サービス；人口動態統計によるがん死亡データ 1958 年～2014 年)。一方、ICD コードに基づく、地域がん登録全国推計によるがん罹患データのよると、ICD コードがん登録者のうち、2011 年悪性リンパ腫の罹患者数は 24,778 人であり、年齢別でピークは 50 代歳から 60 歳代であるが、20 歳以上 70 歳未満の罹患者数 8,543 人も存在し、全体の約 3 分の 1 を占める（がん情報サービス；地域がん登録全国推計によるがん罹患データ 1975 年～2011 年)。このように、悪性リンパ腫患者には就労可能年齢が数多く存在する。

しかし、乳がんなどの固形がんと比較して、血液がん患者の就労支援に関する研究はほとんどなされていない。本研究の中間報告では、血液がん患者における QOL 阻害・持続する疲労や不安との就労との関連を文献調査したが、本最終報告においては、更に課題を血液がん患者の就労支援に絞り、血液がん患者に対する就労支援に関する文献を調査する。本報告書では、血液がんでは代表的な造血幹細胞移植患者、悪性リンパ腫・白血病患者を対象として、文献検索を実施し、その概要を述べる。そして、就労支援に関する具体的な項目を抽出することで、治療と就労の両立を支援するためのシステム・パス作成に役立てる。このパスとは、現状分析に基づいて、患者側・会社側（産業保健師・産業医・会社関係者）および主治医側の 3 者が利用できる両立支援のためのシステム・パスとなる。

B. 研究方法と結果

１．概要

本研究では、より客観的で大規模に行われている量的方法で、血液がんに対する造血幹細胞移植患者や白血病、悪性リンパ腫を対象として、以下の文献を抽出した。

① 就労継続を阻害している患者側の要因
② 就労継続をする上で必要な支援がある
③ 元来有していたが、症状、治療により一時的または恒久的に失われてしまった就労能力への対応
④ 病院での介入で職業上のリハビリテーション等、業務能力に関係する

2. 血液がん患者の就労復帰における造血幹細胞移植の影響

一般的に造血幹細胞移植におけるサバイバーの 50-70%は、移植後数年間で就労復帰していると考えられている。この就労復帰は造血幹細胞移植における第一義的な社会復帰の目安であり、精神および身体機能の回復を実直に反映している。しかし、造血幹細胞移植に関する過去の研究では、造血幹細胞移植におけるサバイバーの約 70%フルタイムの就労をしており、健常人対象との有意差がないとしている。

このため、文献サイト PubMed を用いて、全年代を検索したところ、“employment AND hematopoietic transplantation”（就労と造血幹細胞移植）での検索は 39 件であった。同様の方法を用いて、“return-to-work(RTW) AND hematopoietic transplantation（就労復帰と造血幹細胞移植)”は 13 件のみであり、就労復帰を詳細に検討した文献は少数であることがわかった。これらの報告は全て欧米からの報告であり、我が国からの報告は無かった。1999 年以前の発表が 9 件で医学水準の変化を考慮し除外した。2000 年以降の 43 文献を検討すると、8 件が小児患者に対する造血幹細胞移植をみたもので、移植ドナーに関するもの 1 件、非がん性血液疾患に関するものが 2 件、基礎医学に関する発表が 6 件、英語以外の言語論文 2 件含まれており、これらを除外し 26 件が残った。しかし、キャンサーサバイバーの就労における阻害印因子を同定する事を目的としている研究は、実際には極めて限られおり、これらの 26 文献の抄録を検討したところ、本研究に寄与する文献が 4 件抽出できた。

以上の抽出 4 論文の内容を詳細に述べる。2004 年、Syrjala らは、造血幹細胞移植を受けた米国成人患者 319 人の 5 年フォローアップによる経年的縦断研究を用いて、移植後 1 年で 20%、2 年で 31%、3 年で 33%、5 年で 34%の患者がフルタイムでの就労復帰をし、継時的な社会復帰を観察している[8)]。自家移植と同種移植での復職での有意な差異は観察されなかったが、自家移植に早い回復の印象があったとしている。しかし、同研究において、多くの患者が死亡し、移植後 5 年フォローアップでのサバイバーとしては 94 人のみの解析が可能であった。この 94 人の解析では、63%のサバイバーが重篤な後遺症なく、身体機能の回復がメンタルや就労復帰よりも早期にみられ、重篤な後遺症のないサバイバーは 84%がフルタイムの就労復帰している。一方、20 から 30%のサバイバーは、明らかな医学的問題を有しており、就労復帰への阻害要因として、慢性 GVHD、社会支援の不足、患者性別での女性を挙げている。十分な移植後回復のためには、就労能力を向上させるようなリハビリテーションなどの医学的介入が重要であると結論している。しかし、翌 2005 年、同グループは、造血幹細胞移植後 10 年での横断的比較研究を発表しており、年齢・性・人種を一致させたコントロール群と比較し、移植後 10 年サバ

イバーにはコントロールと有意な就労率での差異を認めていないと報告している。一方、彼らは、移植サバイバーが、コントロール群に比べ身体的・精神的問題を約 2 倍程度有していることも報告している[9)]。すなわち、これらの事実から、移植を受けた血液がん患者は、長期にわたる健康問題を抱えつつも、就労復帰をしていると言える。

2008 年には、Bieri らは横断研究として EORTC QLQ-C30 および FACT を用いて、1984 年から 2004 年に同種造血幹細胞移植を受けたスイス・フランス・ドイツ 316 人の内、移植サバイバー124 人(移植後中央値 7.3 年、1 から 21 年)の移植後 QOL を解析している。疾患重症度は移植後 QOL と相関しなかったが、移植後就労および患者年齢（特に 25 歳未満が良好な QOL を示し）が移植後の QOL と相関していることを報告している[10)]。就労復帰は 60%に認められ、29%がフルタイム、21%がパートタイムへの復職であった。フルタイム復帰のうち、73%は良好な QOL を示したが、パートタイムでは 28%にとどまり、移植後 QOL が就労内容へも影響していることを報告されている。

さらに、2010 年、Kirchhoff らは米国 197 人の血液がん患者の造血幹細胞移植後 5 年間のフォローアップデータを経年的に解析している。QOL に関しては Short Form 36 Health Survey (SF-36)が用いられた。130 人が移植前にフルタイムの就労をしており、血液がんの疾患の重症度から、この中で 88 人(68%)が 5 年無病生存であった[11)]。このうち、53 人（60%）がフルタイム就労に復帰しており、28 人（32%）がパートタイムであった。彼らは、移植後半年での途中調査も行っており、10 人が就労復帰しており、5 年間のフォローアップで、移植後半年で良好な身体機能を有したサバイバーが良好な復職にあった。特に、身体機能が高い男性患者が高率に復職する傾向にあったと報告している。良好な身体機能を有する男性の移植サバイバーは 3 年以内に復職しているが、女性の就労復帰が遅い傾向にあり、特に、全身放射線照射（TBI）を移植時に受けた女性は復職が遅くなっていた。フルタイムでの就労復帰した移植サバイバーは病気の発症前に比べて就労能力は 80-87%程度であると答えているが、3 から 11%の移植サバイバーは 60%以下に能力が低下したと答えている。また、移植の特徴として、慢性 GVHD があり、移植後急性 GVHD を経験した患者の 60%が慢性 GVHD を患い、精神・身体機能を損なう。彼らは慢性 GVHD を復職の阻害因子として指摘している

3. 白血病患者の就労復帰における阻害因子の検討

文献検索サイト PubMed を用いて、2000 年以降の文献を検索(検索日 2016 年 2 月 1 日)した。白血病を“leukemia”で、復職に関するキーワードとして“return to work”あるいは“employment”として、英語文献を検索した。“leukemia”AND“return to work”で 6 件の文献が抽出された。また、

“leukemia” AND “employment” で 151 件の文献が抽出された。これらの中で、白血病による患者の症状や治療による一時的あるいは永続的な症状が患者の就労と復職を阻害する内容である文献を選択した。また、小児から就学期に発症した白血病患者に対する成人期の就労阻害要因についての文献や、特定の職種や職場環境での白血病を含めた悪性腫瘍の発症率を追跡したコホート研究などの文献は除外した。これにより 6 件の文献が選択された。

ここにおいて、がんが雇用と収入に対してどのような影響があるかを調査した Syse らの報告[12]がある。ノルウェーの 2001 年時点で 40-59 歳人口が男性 567000 名、女性 549000 名、その中でのがんと診断された 34000 名とを比較した。2001 年時点でがんでない人の非雇用率は男性 8%、女性 14%に対して、がん生存者は男性 13%、女性 20%と有意に非雇用率が高い。男女ともに白血病、非ホジキンリンパ腫、脳腫瘍、骨腫瘍、肺癌、大腸がん、頭頸部がんで明らかに雇用率が低かった。この文献では、がん生存者の雇用困難の要因については述べられていないが、収入減少は教育水準と強く相関することを示している。

Suzuki-Tsunoda らは、2002 年に成人の急性白血病で完全寛解を 5 年以上維持している長期生存者の合併症と復職状況について、報告している[13]。診療録等による後方視的調査で、42 名が 5 年以上無再発生存し、その中で 6 名は 5 年以降に再発で死亡、36 名中 3 名が追跡不能、33 名の就労状況が確認できていた。診断時に 15 名が就労していたが、入院治療により 2 名が退職し、うち 1 名が前職に復帰した。他の 13 名は同じ仕事を継続していた。この報告もある一時点の質問紙による横断的調査で、いつ、どのように復職したかは調査できていない。

Horsboel らの報告[14]では、デンマーク国内で 2000 年から 2007 年に登録された血液患者の 1741 名を対象として病気休職から復職までを疾患別に解析した。65%の患者が復職し、多発性骨髄腫(MM)と急性白血病(急性骨髄性白血病：AML/郵政リンパ性白血病：ALL)が他の造血器疾患(ホジキンリンパ腫：HL/びまん性大細胞 B リンパ腫：DLBCL/濾胞性リンパ腫：FL/慢性骨髄性白血病：CML/慢性リンパ性白血病：CLL)と比較して復職率が有意に低かった。また、診断後の抗うつ薬や抗不安薬の使用、女性、高齢者、低い教育レベルでは復職率が有意に低下した。一方、併存症と復職には、相関がみられなかった。

同じく、Horsboel らの 2015 年の報告[15]では、復職後も持続する職業能力低下の結果として、診断後 6 年時点で労働者が賃金補助を受ける相対リスクは、血液疾患の中で CML8.74 倍、と MM6.83 倍と高く、HL2.51 倍と低い。CML や MM は診断時の年齢が高く、長期の継続治療による副作用とそれらの身体的症状(疲労・筋骨格系疼痛)、精神的症状(うつ・不安)などが影響する。一方、HL は化学療法・放射線治療での寛解率が

高く、半年程度の治療で追加や継続治療なく経過観察できることが影響していると考察している。

白血病における同種造血幹細胞移植には、成人ドナーからの幹細胞採取法の違いにより骨髄移植(BMT)と末梢血幹細胞移植(PBSCT)に分類される。PBSCT は BMT よりも慢性 GVHD の発症率が上昇することで、復職に対しての阻害要因として影響することが推察される。Friedrichs らは 329 名の白血病患者に対しての同種移植を BMT と PBSCT にランダム化し、その後の経過を報告した[16]。BMT に対して PBSCT は有意に慢性 GVHD の発症が高いにも関わらず、同種移植後 5 年時点での復職率は BMT 群 79%と PBSCT 群 75%と有意差はなかったと報告している。

４．悪性リンパ腫患者の就労復帰における阻害因子の検討

キーワードにて文献検索サイト PubMed を検索（2016 年 2 月 12 日）したところ、“employment”AND“lymphoma”は 268 件、“return to work”AND“lymphoma”は 25 件であった。

血液がんの中で就労復帰に関わる大きな要因の一つは疾患の種類であると報告され、Horseboel らは、デンマークの血液がん患者 1,741 症例の 65%が就労復帰に成功され、疾患別には悪性リンパ腫（ホジキンリンパ腫、びまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫、濾胞性リンパ腫）や慢性骨髄性白血病、慢性リンパ性白血病が多発性骨髄腫や急性白血病より有意に大きな割合を占めると報告した[14]。今回、疾患を悪性リンパ腫に絞り、年齢以外のがん就労者の復職にかかわる事象について、5 つのカテゴリーに分類した。

① 症状または機能低下
② 病院からの支援
③ 職場からの配慮
④ 家族・社会からの支援
⑤ 患者本人の要因

① 症状または機能低下

嘔気や治療中の様々な副作用、機能低下が就労復帰の阻害因子として挙げられたが[17]、特に疲労によっての就労困難が抽出された[18]。また、がんの再発または進行も有意な因子として報告されている[19]。

② 病院からの支援

英国のリンパ腫を含む多種がんの質的横断研究（質問紙法）の調査では、就労問題について病院と話し合ったのは 48%で、労働時間の問題と関連していた[20]。その他職業リハビリテーションの必要性についての研究も確認された。

③ 職場からの配慮

前述の英国の質的横断研究において、フルタイム勤労者は 53%から 33%に減少し、総労働時間も減少していた。就労の問題についてその大部分は上司によるポジティブなリアクションで 76%が就労支援を受けていると感じていた[12]。一方、ノルウェーの後ろ向きコホート研究では、就労復帰されているがんサバイバーの 26%が何らかの職場からの支援を受けており、その最多が 1 週間当たりの総労働時間の変更・縮減

で 16%であった。その他身体的負担を軽減する業務変更が 10%，精神的負担を軽減する業務変更は 8%で実施されていた[21]。

④家族・社会からの支援家族・社会からの支援

家族や社会相互作用[19]が就労継続に影響を与える報告は認めたが、詳細な記載はなかった。

⑥ 患者本人の要因

オーストラリアの質的研究では血液がんでのがん就労に最も影響を与える因子は年齢[19]であると報告した。その他、ショックで復職の機会を逃がしたり精神的に自信や能力の喪失、社会的な疎外感、経済的負担、復職に関する社会的支援の知識がないこと[19]、寛解時の希望喪失[17]、合併症や治療に対する恐怖[22]などがん診断後の復職では精神的な負担を受けやすいため個人への支援が必要である。

C. 考察

血液がんは他のがんと比較して、化学療法や放射線治療によって治癒を目指すことが出来る疾患である。治療終了後、治療に伴う特有の低免疫状態(ステロイド・免疫抑制剤)による感染症、末梢神経障害、疲労や痛み、痺れなどの自覚症状は外見から判断できず、数値化しにくい。

また、造血幹細胞移植後の GVHD やそれに対する免疫抑制剤の長期投与など、原疾患の再発はない状態でも定期的な通院とケアや治療を必要とすることが多い。造血幹細胞移植に関する過去の研究では、移植後長期サバイバーにおける高い復職率を報告しており、健常人対象との有意差がないとされている。しかし、以前の報告では、その多くの移植患者が経過中死亡しており、就労復帰の率が高く出た可能性が否定できない。近年の移植技術の進歩にて、死亡率は減少しており、移植サバイバー数が増加することによって、復職率が減少してみえる可能性がある。また、これら報告は、造血幹細胞移植後の就労復帰へのメンタル機能の明らかな影響を指摘できておらず、教育・収入・結婚などの患者の社会背景の影響も見いだせなかった。これは、既に良好な社会背景の患者が移植患者として選択されているなどのバイアスの可能性が否定できない。慢性 GVHD に関しては、就労復帰の阻害因子となっている可能性は極めて高いが、未だ十分な解析はされておらず、精度および感度の高いデータが必要である。さらに、ある時点の横断的研究では、良好な QOL のサバイバーが就労復帰しているのか、復帰自体が QOL を良好にしているのかは結論できず、経年的な縦断的研究による包括的な解析・情報が必要である。これら移植後の就労復帰に関する情報は移植医師だけではなく患者自身も知る必要があり、移植実施への判断に用いるべきであると考える。

悪性リンパ腫と就労復帰との関連を検討した文献調査においては、5 つのカテゴリーに分類し、体系的レビューを行うことで実態と課題について整理できた。悪性リンパ腫の再分類や治療に

よって、引き起こされる症状または機能低下は、重要な要因であるものの、その多くはある程度予測可能であると考えられる。病院からの支援、個人的背景も重要な因子であるが、職場からの配慮・支援は就業内容や就業規則、職場環境など職場の要因が大きな影響を受けると推察された。ドイツの質的研究では就労復帰を予想する有意な因子として、①本人の就労復帰の意思②職場の理解③職務要件④がんの再発または進行⑤病気休暇の有無⑥社会相互作用の問題を挙げており[11)]、医療機関、企業、家族や社会、そして患者本人という４方向から連携し構造化したアプローチが望まれることを示唆している。まずは医療機関と企業が連携し、がん就労に介入する「両立支援システム・パス」の開発が重要であると考えられる。

このように、患者の疾患自体あるいは治療に伴う症状と就労復帰の阻害要因に関してのいくつかの文献が挙げられた。国によって社会保障制度が異なること、雇用主の資本背景(大企業か中小企業か)や雇用環境(正規・非正規など)により休業補償制度や待遇が異なること、職場により必要とされる職業能力が異なること、自覚症状は患者要因(身体的・精神的状態、併存症、家族背景、経済的問題など)で変化することなど、就労復帰に関連する要因は多岐にわたるため一定の見解を得るのは難しい。患者自身の疾患やのみならず、様々な社会的背景も理解した上で復帰の可否を判断する必要がある。患者(労働者)が職場復帰を望む時に上司や産業保健スタッフ(産業医、保健師、職場責任者)に対して医療者側の意向は伝わりにくい。その要因として、医療者は患者の職場環境や職場の支援の有無、職場が就労制限の可能か等の情報を十分に把握できていないこと、情報の扱かわれ方次第で、患者の不利益になる可能性があること、などが挙げられる。産業保健スタッフと患者の復職支援を連携する場合には、患者情報の扱われ方について患者自身の同意が必要である。患者を中心に、医療者と職場の上司や産業保健スタッフが連携できるための情報の整理と情報伝達ツールを開発することが望ましい。

D. 結論

今回我々は、がん患者の就労復帰に関する阻害因子の文献レビューを行った。その結果、血液がん患者の就労復帰を阻害する可能性のある因子を証明した文献は依然少数であり、そのほとんどは欧米からであった。血液がん患者の QOL が悪化し就業復帰の阻害因子となることが示されていたが、就労配慮や復帰支援に関する介入研究はなされていない。

血液がんの長期的な健康障害と緩徐な就労復帰の傾向から、横断的研究では就労復帰に関する有用なデータは得られにくく、さらに以前の研究とは治療成績が大きく異なるため、以前の文献を現在のサバイバーのデータとしては利用できないことが示唆された。

E. 参考文献

1) 地域がん登録全国推計によるがん罹患データ(1975 年～2010 年)，立がん研究センターがん対策情報センター
2) 全国がん罹患モニタリング集計 2003−2005 年生存率報告（独立行政法人国立がん研究センターがん対策情報センター，2013）
独立行政法人国立がん研究センターがん研究開発費「地域がん登録精度向上と活用に関する研究」平成 22 年度報告書
3) 山口建（「がんの社会学」に関する合同研究班主任研究者）：がん体験者の悩みや負担等に関する実態調査報告書　概要版　がんと向き合った 7885 人の声
4) 厚生労働省がん臨床研究事業　高橋都研究班（2010～2012 年)「企業のための＜がん就労者＞マニュアル」
5) 産業保健の目的，産業医学振興財団
6) 厚生労働省「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」班：「治療と就労の両立に関するアンケート調査」結果報告書，2012
7) 高橋都：連載　がん患者の就労支援．医学のあゆみ，2013
8) Syrjala KL et al. Recovery and long-term function after hematopoietic cell transplantation for leukemia or lymphoma. JAMA. 2004 May 19;291(19):2335-43.
9) Syrjala KL et al. Late effects of hematopoietic cell transplantation among 10-year adult survivors compared with case-matched controls. JCO. 2005 Sep 23;(27):6596-606.
10) Bieri S et al. Quality of life and social integration after allogeneic hematopoietic SCT. Bone Marrow Trans. 2008 42:819-27.
11) Kirchoff AC et al. Prospective predictors of return to work in the 5 years after hematopoietic cell transplantation. J Cancer Surviv. 2010 March 4(1):33-44.
12) Syse A et al. Cancer's impact on employment and earnings -a population-based study from Norway. J Cancer Surviv. 2008　2:149-158.
13) Suzuki-Tsunoda Y et al. Long-term Survivors with Adult Acute Leukemia in Complete Remission: Complications and Return to Work. Int J Hematol. 2002, 76(2):173-179.
14) Horsboel TA, et al. Type of hematological malignancy is crucial for the return to work prognosis: a register-based cohort study. J Cancer Surviv. 2013 Dec;7(4):614-23.
15) Horsboel TA, et al. Wage-subsidised employment as a result of permanently reduced work capacity in a nationwide cohort of patients diagnosed withhaematological malignancies. Acta Oncol. 2015 May;54(5):743-9.
16) Friedrichs B et al. Long-term outcome

and late effects in patients transplanted with mobilised blood or bone marrow: a randomised trial. Lancet Oncol. 2010 Apr;11(4):331-8.
17) Yosk KL, et al. The Functional Assesment of Cancer Therapy-General (FACT-G) is valid for monitoring quality of life in patients with non-Hodgkin lymphoma. Leuk Lymphoma 2013 54(2):290-7
18) Mc Garath PD, et al. Returning to Work after treatment for haematological cancer: findings from Australlia. Support Care Cancer 2012 20:2957-64
19) Mehnert A, et al. Predictors of employment among cancer survivors after medical rehabilitation - a prospective study. Scand J Work Environ Health 2013 39(1):76-87.
20) Luker K, et al. A UK survey of the impact of cancer on employment. Occup Med 2013 Oct. 63(7): 494-500.
21) Torp S, et al. Worksite adjustments and work ability among employmed cancer survivors. Support Care Cancer 2012 Sep. 20(9): 2149-56.
22) Smith SK, et al. The impact of cancer and quality of life for post-treatment ono-Hodgkin lymphoma survivors. Psycooncology 2010 Dec;19(12):1259-67.

F. 研究発表　　なし

分担研究報告書

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に関する文献調査・報告書

「がん罹患と就労復帰との関連についての
体系的文献レビュー」

研究分担者
立石 清一郎　産業医科大学・産業医実務研修センター　講師
高橋　都　国立がん研究センター・がん対策情報センター
がんサバイバーシップ支援部部長
森　晃爾　産業医科大学・産業生態科学研究所　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

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に関する文献調査・報告書

「がん罹患と就労復帰との関連についての体系的文献レビュー」

研究分担者

産業医科大学・産業医実務研修センター　講師　立石 清一郎

国立がん研究センター・がん対策情報センターがんサバイバーシップ支援部部長　高橋 都

産業医科大学・産業生態科学研究所　教授　森 晃爾

研究要旨

【目的】がん罹患と就労復帰との関連を検討した文献の体系的レビューを行い、がん就労者の復職時における就業配慮の実態および課題を整理することを目的とし、英文及び和文誌を対象に、レビューを行った。【方法】キーワードにて文献検索サイト PubMed を検索（検索日：2014 年 12 月 23 日）し、206 編ヒットした（発行期間：2000 年−2014 年 10 月）。5 名の医師によって、その中から、タイトル及び要約から今回の目的に該当する文献 94 編に絞った。それら 94 編の本文について詳細な検討を行った結果、47 編の文献が抽出された。【結果及び考察】47 編の論文の「結果」の内容に記載されているがん就労者の復職に関わる事象について、5 つのカテゴリーに分類し、がん就労者の復職時における就業配慮の実態および課題を整理した。①症状または機能低下 17 編。症状にはがんそのものによる症状と治療誘発性のものがある。②病院からの支援 11 編。治療によって症状軽減できると、仕事がしやすくなる。患者に対しリハビリや教育を行うことで、心理的不安を軽減し働く意欲をもたらす。また職場へ働きかけることで、職場からの配慮をしやすくなる。③職場からの配慮 27 編。職場ではビジネスと雇用のバランスに重きをおくため、公平性に留意しながら、ルールの枠組み内で配慮を行う必要がある。コミュニケーションや作業姿勢・動作や認知機能等、業務遂行能力に関わる症状がある場合、配慮を行い、働きやすい環境を整える。求められる配慮は個別性が高いため Flexible な対応が必要であり、職場の理解・協力によって患者の就労意欲は高められる。④家族・社会からの支援 6 編。収入や人種等の個人的背景によって支援を受けづらい群が差別されることのないよう、一般的な支援も必要である。⑤患者本人の要因 16 編。人種や経済状況等の個人の背景に関する要因や、仕事に対する意欲等があり、特に復職の意思が大切であった。【結論】がん罹患と就労復帰との関連を検討した文献の体系的レビューを行ったことで、がん就労者の復職時における就業配慮の実態および課題を整理できた。本レビューでは、実施されている標準的な就業配慮は存在しなかった。がん就労者が治療を継続しつつ、事業場側で健康状態に応じた就業配慮を受け、治療と仕事の両立支援がなされるためには、今後、事業場規模や、症状毎の就業上の困難等の特徴を踏まえた実態調査が必要である。

研究協力者

岡　亜希子　（パナソニック（株）エコソリューション社本社健康管理室）

岡田　岳大　（産業医科大学　産業医実務研修センター）

原田　有理沙　（産業医科大学　産業医実務研修センター）

A. 研究目的

医療技術の向上や労働人口の高齢化により、職場の中でがんに罹患した後も就労を継続していく労働者（以下、がん就労者）の数が今後増加していくことが予想される。また、第 2 期がん対策推進基本計画でもがん患者の就労に関する課題が取り上げられている。がん就労者の就労支援は、就労復帰時の就業配慮が基本となっており、今後産業医ががん就労者の就業に関する意見を述べる機会が多くなると考えられる。がん就労者特有の就労に関する具体的な課題として、1）治療（手術・放射線・化学療法）による症状の変化、2）就労復帰後のがん治療継続への対応、3）ターミナル期において就労継続を希望した際の配慮等を予想された。

このようながん就労者への就労支援の課題に対し、医療機関（主治医等）と事業場（産業医等）の情報交換の連携および患者の主体的関わりのあり方について詳細に検討し、検討結果に基づき情報提供のための様式やガイド等の連携ツールを開発する必要がある。

そこで本調査では、がん罹患と就労復帰との関連を検討した文献の体系的レビューを行い、がん就労者の復職時における就業配慮の実態および課題を整理することを目的とした。

がん患者の就労継続を与える就労上および医療上の要因及び治療と就労の両立に関わる指標について、英文と和文誌を対象に、レビューを行った。

B. 研究方法

下記のキーワードにて文献検索サイト PubMed を検索（検索日：2014 年 12 月 23 日）し、206 編ヒットした（発行期間：2000 年-2014 年 10 月）。抽出の基準は 5 名の研究者で検討し、Inclusion criteria および Exclusion criteria を以下の通り決定した。

Inclusion criteria

1) 就労継続を阻害している患者側の要因（具体的な症状等）について記載がある。
2) 就労継続をする上で必要な accommodation について記載がある。
3) 元来有していたが、病気（症状、治療）により一時的または恒久的に失われてしまった就労能力への対応について記載がある。
4) 病院での介入であっても職業上のリハビリテーション等、業務能力に関係する介入について報告している。
5) 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。

Exclusion criteria

1) Abstract の記載がない文献である。
2) 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。
3) レビュー論文である。
4) 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。
5) 年齢や性別、人種、病期など、ただ単に就労復帰や仕事の継続に及ぼす要素についての論文である。

5 名の医師によって、その中から、タイトル及び要約から今回の目的に該当する文献 94 編に絞った。それら 94 編の本文について詳細な検討を行った結果、47 編の文献が抽出された。

これら文献のうち、国内及び海外にまで

相互貸借依頼を実施しても所蔵館がみつからず除外された文献が１編あった（図 1)。

抽出された 47 編の論文について、「結果」の内容に記載されているがん就労者の復職に関わる事象について、以下の 5 つのカテゴリーに分類し、分析した。

１．症状または機能低下
２．病院からの支援
３．職場からの配慮
４．家族・社会からの支援
５．患者本人の要因

検索キーワード：（"neoplasms"[MeSH Terms] OR "cancer"[All Fields] OR "oncology"[All Fields] OR "carcinoma"[MeSH Terms] OR "carcinoma"[All Fields] ） AND （ "employment"[MeSH Terms] OR "employment"[All Fields] ） AND （ "productivity"[All Fields] AND "presenteeism"[All Fields] OR "return towork "[All Fields] OR "accommodation"[All Fields] OR "fitness for work"[All Fields] OR "fit for work"[All Fields] OR "disability"[All Fields] OR "handicap"[All fields] ） AND （ English[Lang] OR Japanese[Lang]） AND "humans"[MeSH Terms] AND （ "2000/01/01"[PDAT] : "2014/12/15"[PDAT]）

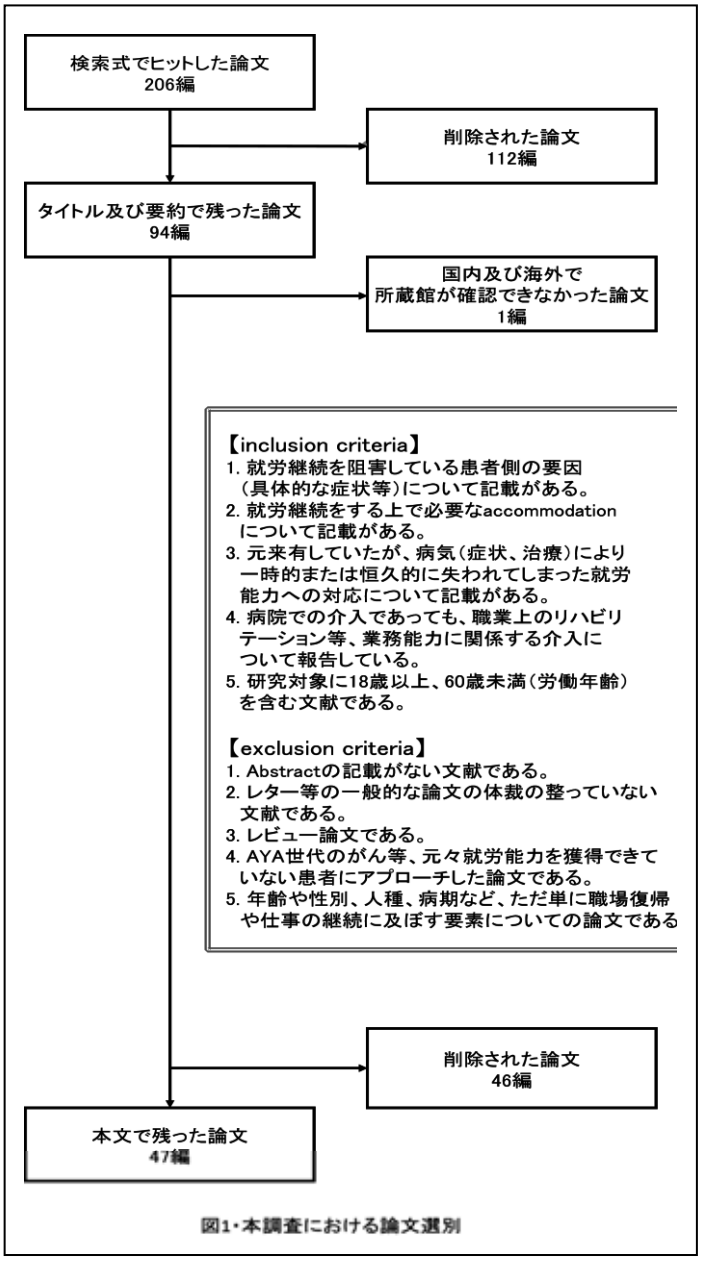


図1・本調査における論文選別

C. 研究結果

47 編の論文の「結果」の内容に記載されているがん就労者の復職に関わる事象について、5 つのカテゴリーに分類された。

1．症状または機能低下
2．病院からの支援
3．職場からの配慮
4．家族・社会からの支援
5．患者本人の要因

尚、複数のカテゴリーの記載を含む文献については、重複してカウントした。

1．　症状または機能低下

症状または機能低下について検討されていた原著論文が 17 編確認された。(Table 1)

対象のがん種としては、乳癌について報告された文献が 9 編(文献番号:1, 18, 22, 23, 28, 34, 35, 37, 42）と最多であり、次いで、口腔癌を含む頭頸部癌について報告された文献が 5 編であった（文献番号：10,22,23,38,44)。

がん就労者の復職に関わる具体的な症状としては、神経障害、他人が理解困難な発語、発語・食事・嚥下等に関わる口腔内の機能障害（口腔内乾燥、口臭、味覚の機能低下、開口障害)、嗅覚の機能低下、見た目の変化、首や肩・腕の運動制限や運動時疼痛、筋力低下、食欲低下、胃部不快感、便秘、呼吸機能低下、疼痛、長時間の座位困難、認知力・記憶力低下、集中力低下、疲労等が報告されていた（文献番号：4,10,22,32,34,35,37,38,44)。また、化学療法に誘発された認知力・記憶力低下により、仕事に対する不安や自信喪失が引き起こされることが報告され（文献番号：32,35)、治療の副作用も就労継続に影響を及ぼすことが明らかにされていた（文献番号：46)。特に、がんそのものや治療によって誘発される疲労、体調の悪さといった症状が復職及び就労継続に大きな影響を及ぼしており、これら症状による sickness absence は就労継続の上で重要な課題であった（文献番号：27-29,42,44)。

2．　病院からの支援

病院からの支援について検討されていた原著論文が 11 編確認された。(Table 2)

うち、職業リハビリテーション（Vocational rehabilitation）の必要性についての研究は、4 編あった [7,8,11,16]。その具体的な効果として、脳腫瘍のがんサバイバーにおける経時的に有意な認知機能改善効果や（文献番号：11)、機能改善以外にも、ストレス対処法や自己の能力で可能な業務を知ることができるといった効果も報告されていた [8]。

医療機関を主体とした介入研究は 4 編あったが、有意差があった研究はなかった（文献番号：7,9,20,31)。介入の内容としては、職業リハビリテーションが 1 編 [7]、患者教育が 3 編（文献番号 : 9,20,31)、手紙等を通した主治医と産業医のコミュニケーションの促進が 2 編（文献番号 : 9,20）であった。

3．　職場からの配慮

職場からの配慮について検討されていた原著論文が 27 編確認された。(Table 3)

対象にがんサバイバーを含んだ原著論文が 23 編であった（文献番号：2,5,6,10,12,18-20,22-24,26,27,30,32,33,36,38,40,43,45-47)。対象に治療者等の医療関係者や、雇用者・上司や同僚、産業医等のステークホルダーを含んだ原著論文が 6 編であった（文献番号：18,20,25,33,39,41)。また、事業場の規模別の検討は見当たらなかった。

職場からの配慮の具体的な内容については、上司・同僚からの理解や支援、労働時間の縮減等の就業時間の調整、就業時間短縮勤務からのリハビリ復職、在宅等の多様な雇用形態の適用、仕事の裁量権を持ちflexibilityにマネジメントする、小休憩をとる、身体的または精神的負担を軽減する業務変更、一時的な人員増強によるサポート、経済的サポート等が報告されていた（文献番号：2,5,6,26,27,32,39,40,43,45）。

４．　家族・社会からの支援

家族・社会からの支援について検討されていた原著論文が6編確認された。(Table 4)

家族や社会的要因が就労継続に影響を与える報告があったが、その詳細な記載はなかった。

報告の地域については、今回の調査で抽出された47編のうち、UKが最多の13編（文献番号：5,11,13,22,28,31-33,35,39,41,45,46）、次いでUSAが8編（文献番号：2,24,29,34,36,43,44,47）、スウェーデン6編（文献番号：6,15,17,21,30,40）、ドイツ5編（文献番号：8,10,14,16,23）、オーストラリア3編（文献番号：4,18,27）、オランダ3編（文献番号：9,20,38）、ベルギー2編（文献番号：19,25）、カナダ2編（文献番号：1,37）、スコットランド1編（文献番号：7）、ノルウェー1編（文献番号：26）、フランス1編（文献番号：3）、韓国1編（文献番号：42）、マレーシア1編（文献番号：12）であった。国内の文化や制度に具体的に触れた論文は見当たらなかった。

５．　患者本人の要因

患者本人の要因について検討されていた原著論文が16編確認された。(Table 5)

具体的な要因としては、年齢、人種、教育レベル、配偶者の有無、経済的背景等の個人の背景に関する要因（文献番号：12,14,15,24,27,42）や、復職する意志の有無、自分にとっての仕事の意味や価値、仕事に社会的な役割を感じているか否か、本人の努力、信念が何に依存しているか、悲観的か否か、不安や自信喪失等の個人の心理的要因が報告されていた（文献番号：1,10,12,13,15,17,21,23,27,32,40）。

D. 考察

１．　症状または機能低下

今回は、年齢や性別、人種、病期など、ただ単に就労復帰や仕事の継続に及ぼす要素についての論文は除外しているため（Exclusion criteria 5）、抽出された原著論文は17編に留まった。

乳癌を対象とした原著論文が9編と最多であったが、全体としても抽出された47編中30編が乳癌を対象としていた（文献番号：1-3,5-9,12,15,17-26,28,30,33-35,37,40,42,43,47）。これは乳癌の初発年齢が40歳以上と労働年齢と合致するためである。乳癌は職場で対応が必要とされる頻度が高いがんのひとつと言える。また、乳癌では多くの場合において乳腺外科単科で治療を完結できるため、研究対象となりやすいことが推察された。

乳癌に次いで、対象とされた原著論文が多かったのは、口腔癌を含む頭頸部癌であった。これは頭頸部癌では術後のphysical面の変化が大きく、外科的治療に加え化学療法も施行されるためである。発語や上肢の動きに障害があれば、従事可能な業務が制限されやすいことが容易に推察されるが、頭頸部癌ではこのような業務遂行能力に支

障をきたす症状が出やすい。さらに、構音障害に加えて術後の容貌変化も大きく、社会的接触に問題が生じ得るため、接客業等では復職困難が予想される。頭頸部癌は就業に必要な能力に症状をきたしやすく、つまり、就労継続上の問題をきたしやすいがんのひとつと考えられた。

がん就労者の復職に関わる主な症状には、がんそのものによる症状と治療誘発性のものがある。主な症状には、コミュニケーションに関わる機能障害、感覚器の機能低下・障害、運動機能低下・障害、作業姿勢や作業動作に影響する症状・障害、認知機能低下・障害があった。がんやその治療によって引き起こされる症状や disability については程度に個人差はあるものの、がんの種別や治療方法からその多くは予測可能なものであった。

化学療法に誘発された認知力・記憶力低下によって、仕事に対する不安や自信喪失が生まれたとの報告があったが、このような chemo brain と呼ばれる後遺症について、医療者より具体的な説明がなされたかどうかについては記載がなかった。どの程度の認知・動作ができる或いはできないのか、認知力低下がどの程度進行するか等の自分自身の現在の状態について十分に理解できず、認知力に対する漠然とした不安が増強された結果、離職につながることが懸念された。

業務遂行能力に支障をきたしやすいがん種及び治療と職種の組み合わせでは、積極的な介入及び支援が必要となる。

しかしながら、がん就労者にとって就労上最大の妨げとなるのは、がん種に関わらず、sickness absence である。sickness absence が懸念される体調の悪さのために復職が遅れ、さらには離職につながってしまう。sickness absence リスク低減のためには、がんそのものや治療によって惹起される疲労のコントロールが重要であろう。疲労のコントロールには、対症療法や治療内容の変更等の医療的介入に加え、自身の裁量で小休憩をとれる業務への配置転換や重筋労働を避ける等の職場からの配慮という 2 方向からのアプローチが望ましい。

２．　病院からの支援

今回の調査では、病院からの支援についての論文は、病院での介入であっても職業上のリハビリテーション等、業務能力に関係する介入に限ったため、（Inclusion criteria 4）、調査対象となる文献が 11 編に留まった。

職業リハビリテーションの必要性が主張される反面、プログラム参加者の中でも主観的必要性を訴えた者は 26%という報告がある[16]等、その有効性が周知されているとは言い難いようだ。加えて、抽出された論文の少なさから、職業リハビリテーションプログラムが実施されているがん就労者は決して多くはない現状が推察される。治療中あるいは治療後の時点で、復職へのモチベーションが低い患者をいかにプログラムに参加させるかという課題の潜在が示唆されるが、これについての介入は報告がなく、今後期待されるところである。

がん就労者への復職支援として、病院からの介入ができる対象としては、1）患者本人とその家族、2）上司や産業医を含む患者の職場の 2 つが挙げられる。

前者に対しての介入内容としては、職業リハビリテーション、患者教育、精神的サポートとしてのカウンセリング等があり、これらを通し、患者本人が自身の業務遂行能力を評価できた上で主体的に復職に取り

組むことを支援できる。

後者に対しての介入内容としては、産業医（職場）への手紙を介しコミュニケーションを図る、reasonable accommodation を提言する等がある。職場への医療情報開示は、がん就労者の就労支援上不可欠ではあるが、どこまでプライバシーに踏み込んでよいかという問題がある。疾病そのものによるキャリアへのマイナス影響に留まらず、情報開示によってこれが増強される事態は避けなければならない。このような医療情報開示による患者への不利益が発生する事態は、医療者の倫理にも反する。主治医から産業医への手紙を出す介入研究では、手紙の内容は診断や治療内容と記載されているものの、医療情報開示の基準について具体的な記載はなかった（文献番号：9,20）。職場への医療情報開示の基準を明らかにすることで、医療者が職場により積極的に働きかけることを促進できると考える。

３．　職場からの配慮

今回の論文選別では、職場からの視点に重きを置いたため、記載数が最多であった。

医療機関やがん患者データベースを基に実施された研究が多く、がん就労者側からの調査が大多数であったが、治療者等の医療関係者や、雇用者・上司や同僚、産業医等のステークホルダーを含んだ報告も併せて検討できた。各ステークホルダーの視点を整理すると、がん就労者を取り巻く現状が見えてきた。

治療者等の医療関係者は、治療を最優先にした上での仕事という見方である。雇用者は、ビジネスと雇用のバランスに重きを置き、疾病に対しての知識不足から生じる漠然とした不安からネガティブな考えが大きい。上司は、他の従業員との公平性に留意しながら業務の通常性を維持に努める立場である。産業医は、社内規定や法律の枠組みの中で就業上の配慮を提言しなければならない。がん就労者が十分な治療を受けながらも、職場での立場を保ちながら就労継続するためには、ステークホルダーの連携が非常に重要だ。

がん就労者の復職の可否や実施されている adjustment について、がん就労者の持つ症状や disability との直接的な関連を指摘されている論文は存在しなかった。職場環境により flexible な対応が求められていた。

今回の調査では、事業場の規模別での検討については検索にヒットしなかった。職場で実施可能な就業配慮は、事業場規模によって影響を受けることが容易に予想できる。今後、職場で実施可能な就業配慮を検討する上で、まずは事業場の規模別におけるがん罹患と就労復帰との関連を検討する研究が不可欠である。

４．　家族・社会からの支援

家族や社会的要因が就労継続に影響を与える報告があったが、その詳細な記載はなかった。

がん就労者の就労継続は、文化的背景や社会制度に大きく影響を受ける。今回の調査では結果的に日本国内を対象とした研究論文はヒットせず、海外における英文文献のみとなったが、日本社会に受け入れられるがん就労の在り方を検討し構築していくにあたって、日本における研究遂行が重要である。今後、行政視点からの調査も望まれる。

５．　患者本人の要因

adjustment は職種を含む職場環境や個人的背景に直接的な影響を受けており、職場

側要因により左右されやすいと推察された。しかしながら、個人的背景や患者を取り巻く環境により、就業配慮を受けづらい群がいることが示されている。個人側要因により差別されることのないよう一般的対応についてある程度示しておくことも重要であろう。

患者の心理的要因は、その大部分が個人の元来のキャラクターやこれまでの仕事への向き合い方に依るものの、がんの症状または機能低下に影響され、不安が高まる傾向がある。このような心理的変化は、復職への意思や期待をどれほど持てるかに収束していく。がん就労者本人の復職への決意が固まり、やっと復職のスタートラインに立つことになる。がん就労者の復職支援の第 1 歩は、本人の復職の意思を高める支援であろう。

E. 結論

がん罹患と就労復帰との関連を検討した文献の体系的レビューを行ったことで、がん就労者の復職時における就業配慮の実態および課題を整理できた。以下に列挙し、まとめる。

１．　症状または機能低下に係る課題

・業務遂行能力に支障をきたしやすいがん種及び治療と職種の組み合わせでは、積極的な介入及び支援が必要となる。

・就労上最大の妨げとなる sickness absence のリスク低減が重要であり、医療的介入と職場からの配慮という 2 方向から疲労症状のコントロールすることが望ましい。

２．　病院からの支援に係る課題

・職業リハビリテーションの有効性を周知し、復職へのモチベーションが低い患者をいかにプログラムに参加させるかという介入が期待される。

・医療者から職場への働きかけを促進するためには、職場への医療情報開示の基準を明らかにする必要がある。

３．　職場からの配慮に係る課題

・がん就労者が職場での立場を保ちながら就労継続するためには、ステークホルダー（治療者、雇用者、上司・同僚、産業医等）間の連携が必要とされる。

・職場で実施可能な就業配慮を検討する上で、まずは事業場の規模別におけるがん罹患と就労復帰との関連を検討する研究が期待される。

４．　家族・社会からの支援に係る課題

・がん就労者の就労継続について、文化的背景や社会制度といった行政視点からの調査が望まれる。

５．　患者本人の要因に係る課題

・個人側要因により差別されることのないよう一般的な就業配慮及び職場対応について、提示される必要がある。

・何よりも、本人の復職への意思を高める支援が求められる。

患者自身が復職に向けて主体的に動くことが、最も重要であり、そのために必要な周囲のサポートをどれだけ用意できるかという課題に集約できる。

本レビューでは、実施されている標準的な就業配慮は存在しなかった。

がん就労者が治療を継続しつつ、事業場側で健康状態に応じた就業配慮を受け、治療と仕事の両立支援がなされるためには、今後、事業場規模や、症状毎の就業上の困難等の特徴を踏まえた実態調査が必要である。加えて、医療機関、企業、家族や社会、そして何より患者本人、という 4 方面から連携する構造化したアプローチが望まれる。

まずは、医療機関と企業が連携し、がん就労者に介入する研究が期待される。

F. 参考文献

1） Morrison T. L., Thomas R. L. Survivors' experiences of return to work following cancer: A photovoice study. Can.J.Occup.Ther. 2014； 81（3）: 163-172.

2) Sandberg J. C., Strom C., Arcury T. A. Strategies used by breast cancer survivors to address work-related limitations during and after treatment. Womens Health Issues 2014； 24(2): e197-204.

3) De Blasi G., Bouteyre E., Bretteville J., Boucher L., Rollin L. Multidisciplinary department of "return to work After a Cancer": a French experience of support groups for vocational rehabilitation. J.Psychosoc.Oncol. 2014; 32(1): 74-93.

4) Gzell C., Wheeler H., Guo L., Kastelan M., Back M. Employment following chemoradiotherapy in glioblastoma: a prospective case series. J.Cancer.Surviv. 2014; 8(1): 108-113.

5) Luker K., Campbell M., Amir Z., Davies L. A UK survey of the impact of cancer on employment. Occup.Med.(Lond) 2013; 63(7): 494-500.

6) Nilsson M. I., Petersson L. M., Wennman-Larsen A., Olsson M., Vaez M., Alexanderson K. Adjustment and social support at work early after breast cancer surgery and its associations with sickness absence. Psychooncology 2013; 22(12): 2755-2762.

7) Hubbard G., Gray N. M., Ayansina D., Evans J. M., Kyle R. G. Case management vocational rehabilitation for women with breast cancer after surgery: a feasibility study incorporating a pilot randomised controlled trial. Trials 2013; 14: 175-6215-14-175.

8) Bottcher H. M., Steimann M., Ullrich A., Rotsch M., Zurborn K. H., Koch U., Bergelt C. Work-related predictors of not returning to work after inpatient rehabilitation in cancer patients. Acta Oncol. 2013; 52(6): 1067-1075.

9) Tamminga S. J., Verbeek J. H., Bos M. M., ほか. Effectiveness of a hospital-based work support intervention for female cancer patients - a multi-centre randomised controlled trial. PLoS One 2013; 8(5): e63271.

10） Handschel J., Gellrich N. C., Bremerich A., Kruskemper G. return to work and quality of life after therapy and rehabilitation in oral cancer. In Vivo 2013; 27(3): 401-407.

11) Rusbridge S. L., Walmsley N. C., Griffiths S. B., Wilford P. A., Rees J. H. Predicting outcomes of vocational rehabilitation in patients with brain tumours. Psychooncology 2013; 22(8): 1907-1911.

12) Tan F. L., Loh S. Y., Su T. T., Veloo V. W., Ng L. L. return to work in multi-ethnic breast cancer survivors--a qualitative inquiry. Asian Pac.J.Cancer.Prev. 2012； 13（11）: 5791-5797.

13) Grunfeld E. A., Drudge-Coates L., Rixon L., Eaton E., Cooper A. F. "The only

way I know how to live is to work": a qualitative study of work following treatment for prostate cancer. Health Psychol. 2013; 32(1): 75-82.
14) Rick O., Kalusche E. M., Dauelsberg T., Konig V., Korsukewitz C., Seifart U. Reintegrating cancer patients into the workplace. Dtsch.Arztebl Int. 2012; 109 (42): 702-708.
15) Petersson L. M., Nilsson M. I., Alexanderson K., Olsson M., Wennman-Larsen A. How do women value work shortly after breast cancer surgery and are their valuations associated with being on sick leave? J.Occup.Rehabil. 2013; 23(3): 391-399.
16) Bottcher H. M., Steimann M., Rotsch M., Zurborn K. H., Koch U., Bergelt C. Occupational stress and its association with early retirement and subjective need for occupational rehabilitation in cancer patients. Psychooncology 2013; 22(8): 1807-1814.
17) Nilsson M. I., Olsson M., Wennman-Larsen A., Petersson L. M., Alexanderson K. Women's reflections and actions regarding working after breast cancer surgery - a focus group study. Psychooncology 2013; 22(7): 1639-1644.
18) McKay G., Knott V., Delfabbro P. return to work and cancer: the Australian experience. J.Occup.Rehabil. 2013; 23 (1): 93-105.
19) Tiedtke C., de Rijk A., Donceel P., Christiaens M. R., de Casterle B. D. Survived but feeling vulnerable and insecure: a qualitative study of the mental preparation for RTW after breast cancer treatment. BMC Public Health 2012; 12: 538-2458-12-538.
20) Tamminga S. J., de Boer A. G., Bos M. M., ほか. A hospital-based work support intervention to enhance the return to work of cancer patients: a process evaluation. J.Occup.Rehabil. 2012; 22 (4): 565-578.
21) Lilliehorn S., Hamberg K., Kero A., Salander P. Meaning of work and the returning process after breast cancer: a longitudinal study of 56 women. Scand.J.Caring Sci. 2013; 27(2): 267-274.
22) Cooper A. F., Hankins M., Rixon L., Eaton E., Grunfeld E. A. Distinct work-related, clinical and psychological factors predict return to work following treatment in four different cancer types. Psychooncology 2013; 22(3): 659-667.
23) Mehnert A., Koch U. Predictors of employment among cancer survivors after medical rehabilitation--a prospective study. Scand.J.Work Environ.Health 2013; 39(1): 76-87.
24) Blinder V. S., Murphy M. M., Vahdat L. T., ほか. Employment after a breast cancer diagnosis: a qualitative study of ethnically diverse urban women. J.Community Health 2012; 37(4): 763-772.
25) Tiedtke C., Donceel P., Knops L., Desiron H., Dierckx de Casterle B., de Rijk A. Supporting return to work in the face of legislation: stakeholders' experiences with return to work after breast cancer in Belgium. J.Occup.Rehabil. 2012; 22(2): 241-251.

26) Torp S., Nielsen R. A., Gudbergsson S. B., Dahl A. A. Worksite adjustments and work ability among employed cancer survivors. Support.Care Cancer 2012; 20 (9): 2149-2156.
27) McGrath P. D., Hartigan B., Holewa H., Skarparis M. Returning to work after treatment for haematological cancer: findings from Australia. Support.Care Cancer 2012; 20(9): 1957-1964.
28) Banning M. Employment and breast cancer: a meta-ethnography. Eur.J.Cancer.Care.(Engl) 2011; 20(6): 708-719.
29) Clarke T. C., Soler-Vila H., Lee D. J., Arheart K. L., Ocasio M. A., Leblanc W. G., Fleming L. E. Working with cancer: health and disability disparities among employed cancer survivors in the U.S. Prev.Med. 2011; 53(4-5): 331-334.
30) Nilsson M., Olsson M., Wennman-Larsen A., Petersson L. M., Alexanderson K. return to work after breast cancer: women's experiences of encounters with different stakeholders. Eur.J.Oncol.Nurs. 2011; 15(3): 267-274.
31) Bains M., Munir F., Yarker J., Steward W., Thomas A. return to work guidance and support for colorectal cancer patients: a feasibility study. Cancer Nurs. 2011; 34(6): E1-12.
32) Grunfeld E. A., Cooper A. F. A longitudinal qualitative study of the experience of working following treatment for gynaecological cancer. Psychooncology 2012; 21(1): 82-89.
33) Grunfeld E. A., Low E., Cooper A. F. Cancer survivors' and employers' perceptions of working following cancer treatment. Occup.Med.(Lond) 2010; 60 (8): 611-617.
34) Oberst K., Bradley C. J., Gardiner J. C., Schenk M., Given C. W. Work task disability in employed breast and prostate cancer patients. J.Cancer.Surviv. 2010; 4 (4): 322-330.
35) Munir F., Burrows J., Yarker J., Kalawsky K., Bains M. Women's perceptions of chemotherapy-induced cognitive side affects on work ability: a focus group study. J.Clin.Nurs. 2010; 19 (9-10): 1362-1370.
36) Frazier L. M., Miller V. A., Miller B. E., Horbelt D. V., Delmore J. E., Ahlers-Schmidt C. R. Cancer-related tasks involving employment: opportunities for clinical assistance. J.Support.Oncol. 2009; 7(6): 229-236.
37) Quinlan E., Thomas-MacLean R., Hack T., ほか. The impact of breast cancer among Canadian women: disability and productivity. Work 2009; 34(3): 285-296.
38) Verdonck-de Leeuw I. M., van Bleek W. J., Leemans C. R., de Bree R. Employment and return to work in head and neck cancer survivors. Oral Oncol. 2010; 46(1): 56-60.
39) Amir Z., Wynn P., Chan F., Strauser D., Whitaker S., Luker K. return to work after cancer in the UK: attitudes and experiences of line managers. J.Occup.Rehabil. 2010; 20(4): 435-442.
40) Johnsson A., Fornander T., Rutqvist L. E., Olsson M. Factors influencing return to work: a narrative study of women

treated for breast cancer. Eur.J.Cancer.Care.(Engl) 2010; 19(3): 317-323.
41)Grunfeld E. A., Rixon L., Eaton E., Cooper A. F. The organisational perspective on the return to work of employees following treatment for cancer. J.Occup.Rehabil. 2008; 18(4): 381-388.
42)Ahn E., Cho J., Shin D. W., ほか. Impact of breast cancer diagnosis and treatment on work-related life and factors affecting them. Breast Cancer Res.Treat. 2009; 116(3): 609-616.
43)Nachreiner N. M., Dagher R. K., McGovern P. M., Baker B. A., Alexander B. H., Gerberich S. G. Successful return to work for cancer survivors. AAOHN J. 2007; 55(7): 290-295.
44)Buckwalter A. E., Karnell L. H., Smith R. B., Christensen A. J., Funk G. F. Patient-reported factors associated with discontinuing employment following head and neck cancer treatment. Arch.Otolaryngol.Head.Neck.Surg. 2007; 133(5): 464-470.
45)Pryce J., Munir F., Haslam C. Cancer survivorship and work: symptoms, supervisor response, co-worker disclosure and work adjustment. J.Occup.Rehabil. 2007; 17(1): 83-92.
46)Kennedy F., Haslam C., Munir F., Pryce J. Returning to work following cancer: a qualitative exploratory study into the experience of returning to work following cancer. Eur.J.Cancer.Care.(Engl) 2007; 16(1): 17-25.
47)Bouknight R. R., Bradley C. J., Luo Z. Correlates of return to work for breast cancer survivors. J.Clin.Oncol. 2006; 24(3): 345-353.

G. 研究発表

○原田有理沙・立石清一郎・岡亜希子・岡田岳大・高橋都・森晃爾、がん就労者に対し取り組まれている職場内での就業上の配慮の実態についての文献調査、第 88 回産業衛生会学、2015 年 5 月大阪

Table 1. 症状または機能低下について検討されていた原著論文

	種別	タイトル	著者	年	国名	対象疾患	対象者	観察・介入の場面	方法	結果	考察	備考		文献番号
1	質的研究（個人） Photoovice study	Survivors' experiences of return to work following cancer: A photovoice study.	Morrison TL	2014	カナダ	多種のがん 乳癌、膵癌、大腸癌、造血器腫瘍その他	・18歳以上　女性　10例（うち、乳癌　7例） ・診断時に就労していた ・同意が取れた順に登録 （結果的に全員女性になった）	不明	対象者にインタビューと写真撮影について説明した。1ヶ月後に、がんと仕事や健康に関係する写真をもとに、その意味等をインタビュー調査した。テーマを抽出し考察した。	●仕事に戻った理由 ・仕事がnormalcyのシンボルである。 ・復職がresilienceの象徴である。 ・仕事に価値がある。 等 ●職場復帰のタイミング ・治療期間全体に渡り休業した事例が多いが、治療期間が短い事例もある。 ・医療者からの支援はほとんどなかった。「あまり慌てるなといった警告」のみであった。 ●職場復帰で経験した過程 ・諸課題が発生した際、解決のための本人による努力が必要となった。	経済的問題は職場復帰の理由としてはほとんど語られなかった。 職場での配慮だけでなく、職場復帰の時期の決定についても、本人の意思決定に委ねられていた。 業務上の要求を考慮した上で、survivorの個々の事情に応じて全人的サポートを行う必要がある。 職種としては、occpational therapistの関与が有効であろう。	主に、医療機関側での支援の視点で考察されていた。	Can J Occup Ther. 2014	1
2	量的研究（観察研究）	Employment following chemoradiotherapy in glioblastoma a prospective case series.	Gzell C	2013	オーストラリア	神経膠芽腫	・18-70歳　71例 ・診断後も就労していた ・2007年7月と2011年7月の間に、60Gray放射線治療+TMZ（EORTCプロトコル）を受けた	医療機関	放射線化学療法を受けた患者の復職率を調査した。 また、Perfomance Status、神経障害、生存率との関連についても調査した。	●放射線化学療法をうけた神経膠芽腫患者71例の復職について ・6ヶ月以内に復職した　20例（28%） ・12ヶ月以内に復職した　19例（27%） ●6ヶ月以内での復職は、神経障害と強く関係していた。 MRCで神経障害を認めた37例（52%）のうち、36例（97%）は6ヶ月以内に復職できなかった。 ※MRC scale(neurological deficits)：神経学的欠損スケール	パフォーマンスステータスの良い患者が職場復帰しない要因は「保険収入」「家族の財政支援」や「治療関連症状」であった。 （研究の制限：手作業や激しい肉体労働が必要な作業は、復職にとってマイナス因子であることが、過去の研究からわかっていた。）	メインは治療法の有効性についての論文でした。復職を阻害する症状について述べた部分のみ、抜粋している。	J Cancer Surviv. 2014	4
3	量的研究（レトロ）	Return to work and quality of life after therapy and rehabilitation in oral cancer.	Handschel J	2013	ドイツ	口腔癌	・口腔内や額骨顔面の手術を受けた ・RuhrUniversity Bochum心理学教室のサポートを受けた	医療機関	医師が以下の9項目について147の質問をし、調査した。 ① personal date ② course of disease prior to start of in-patient treatment ③ development from hospitalisation up to the operation ④ development after the operation ⑤ period of postoperative care ⑥ special problems during surgery and disease ⑦ coping with the disease ⑧ life circumstances ⑨ lifestyale	●ホワイトカラーは復職が早く復職率も高い。医療要素による違いは認めなかった。 （復職不可率はブルーワーカー：ホワイトワーカー＝63%%：41%） ●ブルカラーでは19のより深刻な障害が報告された。 ① 発語が見知らぬ人に理解可能か、② 発語が家族に理解可能か、③ 食事・嚥下、④ 舌の動き、⑤ 口裂、⑥ 下顎の動き、⑦ 首の動き、⑧ 肩-腕の動き、⑨ 味覚、⑩ 嗅覚、⑪ 見た目、⑫ 力、⑬ 食欲、⑭ 呼吸、⑮ 痛み、⑯ 腫脹、⑰ 口腔内乾燥、⑱ 口臭、⑲ stomach complains ●ホワイトカラーとブルーカラーで、いくつかの治療場面で行動の違いが認められた。 ・診断前から歯医者にきちんと行っているか ・公共機関の利用 ・会話を避ける ・将来に悲観的か ・信念のコントロールが運命によっているか ・信念のコントロールが社会との依存によるか ・信念のコントロールが自己によるか　等	ホワイトカラーとブルーカラーの治療場面での行動の違いが、ブルーカラーでみられる深刻な障害を招いている。結果、ブルーカラーの復職が困難となっている。 リハビリテーションの改善が求められる。	ブルカラー、ホワイトカラーの復職の違いを分析している論文である。 「考え方や行動の違い」が「病状の違い」を引き起こす。という点で、復職阻害の要因とみなした。	In Vivo. 2013	10
4	質的研究（個別、FG）	Return to work and cancer: the Australian experience.	McKay G	2012	オーストラリア	乳癌	・cancer survivor　15例 ・マネージャー　12例 ・EAP/心理職　4例	様々	個別にインタビュー調査をした。フォーカスグループにインタビュー調査をした。 Clarke's thematic analysis approachを用いて、解析した。	●オーストラリア人についても先行研究と同様、normalityの維持とidentityの再獲得が、復職の質にとって重要である。 ●インタビュー調査の分析の結果、5つのテーマと各サブテーマに分類された。 ① Impact of cancer on work（サブテーマ数　5） ② Staying in contact（2） ③ Acknowledging the experience of cancer at work（4） ④ Guidance on return to work process（3） ⑤ Workplace support（5）	乳癌患者の復職支援においては、コミュニケーションが重要である。 一般に、マネージャーは支援的であるが、多くの課題がある。 ・本人が自身の業務遂行能力を評価できていない可能性がある ・情報開示が大切だが、どこまでプライバシーに踏み込んでよいか：　患者も開示が自分のキャリアにマイナスの影響を持つのではないかと思っている場合がある　等 また、乳癌患者の職場復帰支援は、フレキシブルであるべきだが、ある程度構造化されたアプローチが必要である。今回の結果をもとに、今後の支援について、いくつかの提言案を考察した。 - Assess Critical Times for Intervention - Encourage the Seeking of Support - Sustain Intervention Efforts Post Immediate Return to Work - Facilitating Communication adn Connection with the Workplace - Improving Literacy on Cancer as a Choronic Illness - Adopting Formal Intervention	がんの症状と業務との関係についての記述は、ほとんどない。	J Occup Rehabil. 2013	18

5	質的研究	Distinct work-related, clinical and psychological factors predict return to work following treatment in four different cancer types	Cooper AF	2013	イギリス	乳癌 婦人科がん 頭頸部癌 泌尿器系がん	・18歳以上 ・治療を完了した ・転移例は除外	医療機関 （外来） 自宅	①Sociodemographic factors ②Clinical factors ③Work-related factors ④Psychosocial factors 上記項目がどの程度復職に関与するのかについて、Cancer survivorにアンケート調査をした。アンケートは自宅で記入した。	●各がん種の89-94%のcancer survivorが復職した。 ●復職までの期間が最長だったのは乳癌、最短だったのは泌尿器系がんであった。 ●乳癌の復職までの期間の予測因子としては、以下が挙げられた。 ① 仕事の場面でがんの影響コントロールできるか ② フルタイムの仕事 ●婦人科がんにおいて、治療で職業能力を低下すると復職まで時間がかかった。 ●泌尿器系がんでは、便秘が復職まで時間がかかる予測因子だった。 ●柔軟な作業に着手することが、早期復職の予測因子となった。 ●頭頸部癌では、癌以上に悪影響が出る場合が、復職に時間がかかった。 ●以上より、身体機能が良いほど復職が早いと言える。	症状への対応と、適正配置が重要である。 特定のがんとその治療の知見を得ることは、復職をより促進する。	なし	Psychooncology. 2013	22
6	量的研究(観察研究：前向き)	Predictors of employment among cancer survivors after medical rehabilitation – a prospective study	Mehnert A	2013	ドイツ	乳癌 婦人科がん 頭頸部癌 皮膚癌 大腸直腸癌 肺癌 造血器腫瘍	・18-60歳	医療機関	①1年間のリハビリ後のCancer survivorの雇用状況を調査した。 ②RTWへの関連因子(人口統計学的、癌、心理社会学的、治療)を特定し、RTWまでの時間を求めた。 [具体的な質問内容] 機能障害、痛み、不安、抑うつ、生活の質、社会的支援、そして仕事関連の特性(作業能力、病気休暇の不在、ジョブ要件、仕事の満足度、自己知覚雇用者の宿泊施設、知覚仕事の損失　等	●RTWを予測する有意な因子として、以下を挙げた。 ・RTWの意思があるか ・雇用主がaccommodationの理解があるか ・求められる職務要件が高いこと ・癌の再発または進行 ・元の病気休暇の有無 ・社会的相互作用の問題	動機的な要因によって、RTWが左右される可能性が高いことが分かった。 職場復帰に向けての意欲と疑いの目をもって、慎重にリハビリプログラムを評価すべきである。	なし	Scand J Work Environ Health. 2013	23
7	質的研究 （個人、FG）	Returning to work after treatment for haematological cancer: findings from Australia.	McGrath PD	2012	オーストラリア	造血器腫瘍 白血病 多発性骨髄腫 リンパ腫 その他	・成人　50例　1グループ （男性　26例、女性　24例） うち、 ・白血病　17例、 ・多発性骨髄腫　15例、 ・リンパ腫　14例、 ・その他　4例 ・診断後1年以上経過 ・Leukaemia Foundation of Queensland（LFQ）登録者 ・International Program of Psycho-Social Health Research (IPP-SHR)を通して参加 ・骨髄移植後　11例を含む ・幹細胞移植後　15例を含む	不明	対象者各々に電話で1時間のインタビュー調査をした。この調査結果と考察をフォーカスグループに報告し、議論した。議論内容は録音・文字起こしし、質的データ解析プログラムを用いて解析した。	●就労との関係性で3グループに分類できた。各グループの経験の特徴を分類し報告した。 ① 退職後で復職問題がなかった群 ② 復職成功群 ・休業期間が短く身体的負担も小さかったため、問題なく前職に復職できた。 ・part timeで復職し徐々に就労時間を伸ばした。 ・仕事をFlexibilityにマネジメントできた。 ③ 働きたいのに復職過程で問題があった群 ・様々な合併症、特に疲労によって就労困難であった。 ・身体的負荷の高い作業について雇用契約を結んでいた。 ・ショックで復職の機会を逃した。 ・精神的に自信や能力が失われた。 ・仕事をしないことで社会的な疎外感を感じた。 ・経済的な負担を感じた。 ・復職に関する社会的支援の知識がなく、復職意欲があるのに復職が阻害された。	オーストラリアで、がん就労（特に造血器腫瘍患者の就労）に最も大きな影響を与える因子は年齢である。 がん診断後の復職では、精神的な負担を受けやすいため個人への支援が必要である。 （※文献的考察が中心。）	なし	Support Care Cancer. 2012	27
8	質的研究 （meta-ethnography）	Employment and breast cancer: a meta-ethnography.	Banning M	2011	UK	乳癌	該当なし	不明	診断後に職場復帰する際の経験に関する10の質的研究を統合し、meta-ethonographic approachを用いて、詳細に分析した。各研究論文の情報を統合し、それぞれのグループ内で翻訳した。	●職場復帰に関して4つのコンセプトが明らかになった。 ① influence factors, ② sickness absence, ③ work ability, ④ work-related problems ●更なる分析で、4つの最終的な解釈が出来上がった。 ① breast cance and employment, ② treatment-induced physical impairment, ③ employer comprehension of breast cance, ④ fear of work-related failure	乳癌患者の職場復帰支援として、雇用者の教育の重要性、産業保健サービス充実の重要性が考察された。 また、がん専門医についても、職場復帰のベストなタイミングを決定できるよう支援する必要がある。	treatment-induced physical impairementとして、種々の症状と仕事上の困難性が記載されている。	Eur J Cancer Care (Engl). 2011	28

9	横断研究	Working with cancer: Health and disability disparities among employed cancer survivors in the U.S.	Clarke TC	2011	アメリカ	多種のがん	・がん患者　22952例 ・対照群　358495例 ・1997-2009年にUS National Health Interview Surveyに登録	不明	存在するインタビューにより、以下を抽出した。 ①自覚症状のオッズ比、 ②仕事をすることによる健康状態のオッズ比	●「がん患者の就業者」の「がん患者の非就業者」に比した自覚症状の出現 ・体調が悪い　(オッズ比 0.25)、 ・機能障害　(0.37)、 ・慢性的な症状　(0.30)、 ・ベッドデイ　(0.28) ●「がん患者の就業者」の「非がん患者の就業者」に比した自覚症状の出現 ・体調が悪い　(オッズ比 2.06)、 ・機能障害　(1.72)、 ・慢性的な症状　(1.31)、 ・ベッドデイ　(1.89) ●職種間の比較では、ブルーカラーが総じて健康状態が悪かった。	ブルーカラーは健康状態が悪く、disabilityを抱えがちであり、多くの支援が必要である。	なし	Prev Med. 2011	29
10	インタビュー調査	A longitudinal qualitative study of the experience of working following treatment for gynaecological cancer.	Grunfeld EA	2012	UK	婦人科がん （子宮内膜癌、子宮頸癌、卵巣癌）	・18-65歳 ・来治療終了後4週間以内	医療機関電話	個別インタビューを2回実施した。 ①復職前： 復職に関する認識、業務においてがんの影響についての考え、職業上の目標、仕事の価値など ②復職後1年： 復職のプロセス（促進因子と阻害要因）、仕事や職業上の目標に対する認識など	①　復職前（55例） ②　復職後（36例） ●仕事の意味： ・金銭的報酬、 ・社会との関わり、 ・ルーチン作業の供給 ●情報の開示： 同僚に開示した事例はほとんどなく、限られた同僚に開示した事例や、ラインマネジャーだけに開示した事例はあった。 ●仕事の再調整： ・疲労感、集中力低下、長時間座位が困難等により、職場環境や業務に慣れるためには調整期間や小休憩が必要であった。 ・記憶力低下により、不安、自信喪失を認めていた。	復職前後で働き方は変わらなかったが、仕事に対するモチベーションや目標は変化した。 職場の人に情報を開示することでサポートが得られやすい反面、仕事の変更を強いられたり失業させられる恐れもある。	なし	Psychooncology. 2012	32
11	量的研究	Work task disability in employed breast and prostate cancer patients	Oberst K	2010	アメリカ（デトロイト）	乳癌 前立腺癌	・30-64歳 ・前立腺がん　267例 ・乳がん　447例 ・デトロイトがんサーベイランスシステムから抽出 ・診断後12か月と18ヶ月 ・配偶者が就労している例は除外	電話	・雇用特性・雇用状況・仕事内容について、以下の7項目を電話によるインタビュー調査をした。 [身体障害] ①身体的な努力を多く必要とするか ②重い荷物を持ち上げる必要があるか ③前かがみ、ひざまずいく、しゃがむ必要があるか [認知障害] ①強い注意が必要かどうか ②データや情報を分析するかどうか ③新しいことを学ぶことが必要があるかどうか [最後に] ①がんやその治療が、仕事を制限したり、能力を妨害しているかどうか ・ピアソンのカイ二乗検定を用いて、障害の見積もりと雇用の関係を解析した。t検定を用いて、労働の持続時間を解析した。	●乳癌患者の身体障害は、12ヶ月で60%、18ヶ月で36%まで減少した。認知障害は、12ヶ月で34%、18ヶ月で22%が報告された。 ●前立腺患者の身体障害は、12ヶ月で29%、18ヶ月で17%まで減少した。認知障害は、12ヶ月で12%、18ヶ月で7%が報告された。 ●乳癌患者において、障害のある人のほうが、障害のない人よりも、労働力を残していた（力を使いきれていなかった）。 ●乳癌および前立腺癌患者の大部分が、治療後1年間で仕事関連の障害を経験した。 ●身体障害の方が、認知障害よりも多かった。	治療誘発性の障害によって、がん患者の雇用の難しさを招いている可能性がある。 前立腺癌患者の雇用率は、仕事関連の障害を持っていなかった。これはおそらく、前立腺癌の治療が低侵襲のためである。 がん患者が労働力を残してしまうことは財政的にもは個人的に望ましくない。職場での宿泊場所やスケジュール変更等のオプションが有効かもしれない。 認知障害に比して、身体障害者の方が多く報告された。 Taskが少なくなっても身体障害大きいため示である。身体的なリハビリテーションが重要である。 認知-仕事関係は女性に多かった。癌suvivorにとって、認知障害が生産性を破壊する可能性がある。認知機能を維持する支援が必要である。	仕事の障害要素を、身体障害と認知障害に分けて分析している。	J Cancer Surviv. 2010	34
12	質的研究（FG）	Women's perception of chemotherapy-induced cognitive side affects on work ability: a focus group study	Munir F	2010	イギリス	乳癌	・2グループ (n=6,n=7) 12ヶ月-10年以上前に化学療法終了している ・初発例 ・診断時に18.5時間/週以上働いていた	不明	半構造化面接を用いて、2つのフォーカスグループにインタビュー調査した。インタビュー内容を文字起こしし、テンプレート分析をした。	●乳癌survivorの「見識」や「作業能力」は、化学療法によって誘発された認知障害に影響された。 ●復職の査定や仕事の管理能力等が、3つの相互因子に影響されていた。 ①化学療法後の実際の認知能力 ②患者とその家族による認知障害への認識 ③毎日の仕事を実行する時の「信頼」における影響	家庭や職場において、がん患者の化学療法誘発性の認知障害を管理するために、今後より詳細な情報とサポートが必要となる。	乳がんの化学療法後の認知障害は「chemo brain」と言って、実際に臨床の中でも20年以上続く後遺症として研究されている。そのことを本人や家族、周囲の人がキチンが知って、復職に取り組むべき、といった内容である。	J Clin Nurs. 2010	35
13	量的研究	The impact of breast cancer among Canadian women: Disability and productivity	Quinlan E	2008	カナダ	乳癌	・18際以上 ・片側の乳癌 ・Stage Ⅰ-Ⅲ ・英語か仏語で会話可能	不明	過去乳癌生存者における大きな研究から、データを集めた。 個人の各種データと、腕の浮腫による運動制限や痛みがどの程度生産性に影響しているかを調べた。疲労、stage、および地理的位置によって調整し、検討した。	●運動制限や腕の痛みがある例では、それらの症状が無い例に比べ、生産能力を失う可能性が2.5倍高かった。	乳癌術後の回復期には、浮腫による運動制限に重きをおいたリハビリテーションプログラムが必要である。	乳癌ope後の生産性喪失の話題だが、症状に視点をおいている点は復職障害の要素にもなりそうなので、入れた。	Work. 2009	37

14	量的研究	Employment and return to work in head and neck cancer survivors	Verdonck-de Leeuw IM	2010	オランダ	頭頸部癌	・診断時 65歳未満 ・治療後2年以上経過 ・認知機能障害例は除外 ・オランダ語で会話不能例は除外	不明	・各人に対し、アンケート調査を実施した。 ・プライマリアウトカムは、雇用状況と復職の評価とした。 ・セカンダリアウトカムは、健康関連QOL（EORTC QLQ-C30とQLQ-H＆N35）と精神的苦痛（Hospital Anxiety and Depression Scale（HADS））とした。 ・社会人口学的要素と疾患と治療関連パラメータ、健康関連QOL、苦痛の状況を調査し、雇用状況と比較した。	●診断時に就労していた53例のうち、44例（83%）は仕事に復帰した。復帰状況の内訳は以下の 通りであった。 ・同一の仕事に復帰 28例 ・仕事内容を変更して復帰 7例 ・別の仕事に復帰 9例 ●復職期間の中央値は6ヶ月(range 0-24ヶ月)であり、治療後6ヶ月以内に復職したのは71%であった。 ●治療後の雇用に有意に関連した要因があった。 ① 歯を含めた障害の不安と口腔内の機能障害 （歯と口腔乾燥、開口障害、粘着性の唾液、等） ② 食欲損失 ③ 社会的な食事 ④ 社会的接触に問題を生じること	頭頸部癌survivorの大半は、治療後6ヶ月以内に仕事に復帰していた。 治療後の復職の障壁は、口腔機能障害、食欲不振、劣化した社会的機能、そして、高度の不安である。	プライマリアウトカム： ・雇用状況 ・アンケートによる復職の評価 セカンダリアウトカム： ・健康関連QOL（EORTC QLQ-C30とQLQ-H＆N35） ・精神的苦痛（Hospital Anxiety and Depression Scale（HADS）	Oral Oncol. 2010	38
15	横断研究 質問紙調査	Impact of breast cancer diagnosis and treatment on work-related life and factors affecting them.	Ahn E	2009	韓国	乳癌	・20-60歳 女性 1594例 ・Stargе0-Ⅲ ・1993-2002年に手 術を受けた ・その他治療なし ・再発なし ・他の癌の既往なし	不明	質問紙を用いて、調査した。ロジスティック回帰法にて解析した。	●乳癌診断後、雇用率は47.6%から33.2%に減少していた。 ●低学歴、低収入世帯、複数の合併症の存在、病期stage、腫瘍摘除術は、乳癌survivorの雇用と逆相関関係にあった。 ●既婚者は、未婚者に比して、退職者が多かった。 ●仕事と家 事に最も影響を与えた因子はfatigueとexhaustionであった。これにより職業性業務に支障を受けた乳癌survivorは46.8%、家事に支障を受けた乳癌 survivorは64.6%であった。	韓国における乳癌患者の復職には、医療的な要因と同様に、社会的因子も大きく影響を与えている。	なし	Breast Cancer Res Treat. 2009	42
16	主に 質問紙調査	Patient-reported factors associated with discontinuing employment following head and neck cancer treatment.	Buckwalter AE	2007	アメリカ	頭頸部癌	・21歳以上 239例 ・医療機関で募集した	医療機関	診断時に諸情報を収集した3ヶ月毎（3、6、9、12ヶ月後）に就労状態を聴取し、就労状態に変化があった際にその要因(eating, speech, apperance, pain or discomfort, fatigue)を評価した。	●239例のうち、91例が仕 事を辞めた。そのうち37例が1年以内に仕事に復 職した。54例は就労できていなかった。 ●仕事を辞めたのは、3ヶ月以内が75.8%であった。 ●仕事を辞めた要因は、fatigue, speech, eating, pain, apperanceの順で多い。apperanceは小さい。 ●復職できたグループとできなかったグループでは、speech, eatingの機能に有意ではないが傾向があった。 ●fatigueは化学療法群で影響が大きくなっていた。	頭頸部癌の就業継続では、fatigueが 重要な要素を占めている。一方で、ケアでは対応できないeating, speechの機能も重要な要素である。術式の変化の影 響か、appearanceの要素は小さかった。	仕事のどの場面で影響が大きいかについての記述はなかった。	Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2007	44
17	質的研究 （個別、FG）	Returning to work following cancer: a qualitative exploratory study into the experience of returning to work following cancer.	Kennedy F	2006	UK	多種のがん	・個別インタビュー 19例 ・2グループ 10例（n=4,n=6） ・総計 29例	職場もしくは自宅	個別インタビューとフォーカスグループインタビュー（2グループ）の2つの手 法を用いて、調査した。	●議論は、7点に分類された。 ① diverse and a variety of reasons influenced work decisions ② including financial concerns and regaining normality ③ participants also discussed their ability to work ④ health professionals' advice ⑤ side effects ⑥ support and adjustments ⑦ attitudes towards work	医療専門家の的確な合 理的配慮に基づく意見によって、より適 切な復職が可能となる。	なし	Eur J Cancer Care (Engl). 2007	46

Table 2. 病院からの支援について検討されていた原著論文

	種別	タイトル	著者	年	国名	対象疾患	対象者	観察・介入の場面	方法	結果	考察	備考		文献番号
18	RCT (pilot study)	Case management vocational rehabilitation for women with breast cancer after surgery: a feasibility study incorporating a pilot randomised controlled trial.	Hubbard G	2013	スコットランド	乳癌	・平均年齢 50.5歳 女性 ・Stage、労働時間、仕事の役割、職種、household incomeは様々	医療機関	Vocational Rehabilitationとして、介入を実施した。介入内容は以下の3点であった。介入前、6ヶ月、12ヶ月に評価した。 ①電話で連絡 ②面談 ③ケースマネージャーやHRアドバイザーを利用	●sick leave (day) は6ヶ月で、介入群 55.4日と対照群 108.5日に比し良好であった。但し、有意差はなかった。12ヶ月後は日数についても大差なかった。 ●FACT-B, PWB, SWB, EWS, FWB, TOI, FACIT-Fatigueは6ヶ月、12ヶ月とも有意差はなかった。 ●BCSのみ6ヶ月で有意差があった。	pilot studyとしてはうまくいったが、質問紙の質問項目が多すぎる、との対象者からの意見が挙がった。今後展開していくには、必要な項目に絞る必要がある。	なし	Trials. 2013	7
19	質問紙調査	Work-related predictors of not returning to work after inpatient rehabilitation in cancer patients.	Böttcher HM	2013	ドイツ	多種のがん	・60歳以下 618例 ・職業リハビリプログラムを行う目的で入院した ・女性が大多数 ・乳癌が最多	リハビリテーション専門医療機関	リハビリテーション開始前、リハビリテーション終了6ヶ月後、12ヶ月後に、2種類の質問紙(ERI、SIBAR)を用いて、調査した。	●12ヶ月後の時点で21%が復職していなかった。 ●復職群と比較して、非復職群は不安とうつのスコアが高かった(HADS)。23%が努力報酬不均衡を示した。 ●非復職群の半分以上が早期退職のリスクが高く、38%が職場でのストレスを抱えていた。職業カウンセリングが必要だった(のにしなかった)と感じたのは復職群が5%であったのに対し非復職群は37%であった。 ●1年間で25週以上休職していた割合は、非復職群は半数、復職群は34%であった。 ●大半の非復職群は作業能力が制限されたが、大半の復職群は十分な作業能力をもっていた。 ●職業介入プログラムに参加したのは非復職群で42%、復職群では58%であった。 ●復職阻害要因: ① occupational status、 ② type of occupation、 ③ risk of early retirement、 ④ tumor stage、 ⑤ subjective work ability	リハビリテーションにおいて、職業に関するカウンセリングを行うことで、ストレス対処法や現在の能力で可能な業務を知ることができ、早期離職の低下につながる。 SABIRは早期離職のスクリーニングとして、有用である。	SABIRの詳細については記載がなかった。	Acta Oncologica, 2013	8
20	他施設RCT	Effectiveness of a hospital-based work support intervention for female cancer patients - a multi-centre randomised controlled trial.	Tamminga SJ	2013	オランダ	乳癌 婦人科がん	・18-60歳 女性 133例 (介入群 65例、対照群 68例) ・完治目的(1年生存率80%以上)の治療後 ・重症合併症なし ・診断後2ヶ月以内	医療機関(6施設)	病院ベースでの最高14か月に渡る介入を実施した。介入内容は以下の4点であった。復職に要した時間はKaplan-Meier survival分析を用いて解析した。 ①患者教育(看護師による15分×4回)、病院からの支援、 ②主治医と産業医のコミュニケーションの促進(治療医からOPへの手紙1通以上)、 ③産業医に企業内での復職プラン協議の依頼 ④介入前、、6カ月後、12カ月後にメールによる質問紙を用いた評価	●復職率は介入群86%、対照群83%で、2群間に有意差はなかった。 ●復職に要した平均期間(休職日数)は介入群194日(range14-435)、対照群192日(range82-465)で、2群間に有意差はなかった。 ●QOLとwork abilityについても、2群間に有意差はなかった。 ●work functioning、lost productively costについても、2群間に有意差はなかった。	この介入は病院で容易に実施でき、復職率に寄与した。 しかし、介入群と対照群に違いを出せなかった。	※文献65の介入研究の続きの報告文献である。 ●QOLの評価はVASを含むSF-36 ●work abilityの評価はWAI ●work function の評価はWLQ	PLoS One. 2013	9
21	量的研究	Predicting outcomes of vocational rehabilitation in patients with brain tumours	Rusbridge SL	2013	イギリス	脳腫瘍	・生産年齢 34例 ・マクミラン職業リハビリテーションサービスに在籍 ・職業サポートを必要としている人	医療機関	職業リハビリテーション(Vocational rehabilitation)開始時と終了時における作業状態を比較した。作業状況を予測する変数(人口統計学、腫瘍の治療、機能的要素、職業)について、ロジスティック回帰分析を用いて、解析した。	●職業リハビリ開始前より終了後の方が、より働けていた。 ●激しい活動では、腫瘍や治療による衰弱、平衡感覚の困難、疲労などにり、作業に入ることが難しいこともある。 ●高度のうつスコアや知能・視覚的記憶障害は、リハビリ終了時の作業状況の予測因子ではあったが、大幅な因子ではない。これは職業リハビリテーションが「認知」の改善に効果的であったためと考えられる。	脳腫瘍survivorの障害は、職業リハビリプログラムにより、経時的に有意な改善を示した。 しかし、身体機能障害を持つ脳腫瘍survivorには、さらに多くのサポートが必要だ。 身体機能障害と実際の作業とのつながりを考慮したサポートに改善するべきである。 また、職場では「移動性」の課題を管理するために、移送法を改善するといった支援が必要だ。	なし	Psychooncology. 2013	11

22	量的研究	Occupational stress and its association with early retirement and subjective need for occupational rehabilitation in cancer patients	Böttcher HM	2013	ドイツ	多種のがん	・60歳未満 ・6ヶ月以上の余命がある ・主婦と主夫は除外 ・独語で会話不能例、認知症例は除外	医療機関	リハビリテーションの開始時に、職業関連および健康関連のアンケート調査をした。t検定、カイ二乗検定、ロジスティック回帰分析を用いて、解析した。	●職業性ストレスを感じているのは、19%であった。 ●職業リハビリテーションのための主観的な必要性を訴えたのは、26%であった。 ●仕事関連のストレスを報告した患者は、QOLの低下があり、職業リハビリテーションの主観的な必要性を訴える率が高く、また早期退職のリスクも高かった。 ●癌患者は、2つの側面での損失があった。 ① 積極的な対処能力の損失 ② 職場での精神的安定性損失	職業性ストレスと早期退職のリスクでは、関連性が高いため、患者と医師が共に真剣に取り組むべきである。 患者の職業性ストレスのスクリーニングを実施することで、復職時に問題が生じるリスクの有無を判断できる。	なし	Psychooncology. 2013	16

4	質的研究（個別、FG）	Return to work and cancer: the Australian experience.	McKay G	2012	オーストラリア	乳癌	・cancer survivor　15例 ・マネージャー　12例 ・EAP/心理職　4例	様々	個別にインタビュー調査をした。フォーカスグループにインタビュー調査をした。Clarke's thematic analysis approachを用いて、解析した。	●オーストラリア人についても先行研究と同様、normalityの維持とidentityの再獲得が、復職の質にとって重要である。 ●インタビュー調査の分析の結果、5つのテーマと各サブテーマに分類された。 ① Impact of cancer on work（サブテーマ数　5） ② Staying in contact（2） ③ Acknowledging the experience of cancer at work（4） ④ Guidance on return to work process（3） ⑤ Workplace support（5）	乳癌患者の復職支援においては、コミュニケーションが重要である。 一般に、マネージャーは支援的であるが、多くの課題がある。 ・本人が自身の業務遂行能力を評価できていない可能性がある ・情報開示が大切だが、どこまでプライバシーに踏み込んでよいか：　患者も開示が自分のキャリアにマイナスの影響を持つのではないかと思っている場合がある　等 また、乳癌患者の職場復帰支援は、フレキシブルであるべきだが、ある程度構造化されたアプローチが必要である。今回の結果をもとに、今後の支援について、いくつかの提言案を考察した。 - Assess Critical Times for Intervention - Encourage the Seeking of Support - Sustain Intervention Efforts Post Immediate Return to Work - Facilitating Communication adn Connection with the Workplace - Improving Literacy on Cancer as a Choronic Illness - Adopting Formal Intervention	がんの症状と業務との関係についての記述は、ほとんどない。	J Occup Rehabil. 2013	18
23	他施設RCT（の一部）		Tamminga SJ	2012	オランダ	乳癌 子宮頸癌 卵巣癌 外陰癌 その他	・休職中の18-60歳　133例 ・診断時の予後予測が1年生存率80%以上であった ・女性が99% ・乳癌　65%、婦人科がん　31%、その他　5% ・介入患者を5人以上担当した看護士	医療機関（6施設）	以下の内容の介入を実施した。 ① 患者教育、 ② 精神腫瘍学的サポート、 介入患者についてのミーティング（15分×4回）、 ③ OPに患者・上司を含めた復職プランを立てるためのミーティングをするよう依頼、 ④ OPに3回手紙（診断や治療法：主治医から2回・看護士から1回）	●介入の実施率は、OPに手紙を送った　100%、上司含めたミーティング　10%であった。 ●患者の介入の受入れについて ① 上司と連絡をとる　79% ② 完治前に復職準備を始める　75% この2点のアドバイスの受け入れが良かった。 ③ OPと連絡出来た　63% ●患者満足について ① 看護士面談に満足　95% ② 有益な情報を受け取った　84% ③ OP・上司面談が有益だった　88% ●この文献は、本研究の結果の一部である。	病院ベースの介入プランにOPを関わらせることは難しい。 患者サポートとして、患者教育、看護師によるサポート、OPとのコミュニケーションが必要である。 介入の実施にはがん種やがんのタイプは影響しない。	※文献25の介入研究の中間報告文献である。 介入プランの実現性について評価する研究であった。	Journal of Occupational Rehabilitation, 2012	20
24	質的研究（G）	Supporting Return-to-Work in the Face of Legislation: Stakeholders' Experiences with Return-to-Work After Breast Cancer in Belgium	Tiedtke C	2012	ベルギー	乳癌	・26例　3グループ（n=7,n=9,n=10） うち、 ・治療担当者　4例 ・雇用者　6例 ・socio security phycician　3例 ・産業医　4例 ・cancer survivor　5例 ・患者関係者　4例	不明	3つのグループ（グループの分け方について記載なし）にインタビューを実施した。RTWについて法的・実践的役割について経験をもとに語ってもらった。質的テーマ分析の手法を用いて、解析した。	●ステークホルダー毎に視点が違っていた。 ●従業員は治療にフォーカスを充てるとともに、RTWオプションについて病気の情報をもとに感じている。 ●治療医は仕事について患者に指示に従ってほしいと思っている。治療が終了するまでは治療を最優先に考えてもらいたい ●雇用者はビジネスと雇用のバランスを考えなければならない。 ●social security physicianは仕事の能力を評価しRTWオプションを調整する。 ●産業医は機会を伺っているが、法律がそれをサポートしていない。	ステークホルダーはそれぞれの見えているものが違うので、他職種の連携が重要である。	なし	J Occup Rehabil. 2012	25
25	質的研究	Return to work after breast cancer: Women's experiences of encounters with different stakeholders	Nilsson M	2011	スウェーデン	乳癌	・20-60歳　女性　23人 ・復職した ・乳がん既往例や全身転移例は除外	不明	4つのフォーカスグループをつくり、インタビュー調査した。	●4つのステークホルダー ①社会保険職員 ②雇用者・同僚 ③医療従事者 ④家族・友人 ●乳癌患者の復職に関与するやり方の3つのカテゴリー ① 女性のニーズに関連した調整 （ex. 仕事で病気の利点を取り扱う、またはケア　等） ② 女性への情報のシェア （ex. 関連疾病の保険や副作用） ③ 女性が知覚する、利害関係者の態度 （利害関係者の振る舞いに対して、Cancer survivorの女性がどのように感じるか） ※(4×3)表で分類されることが分かった。	様々な関係者と出会うことは、RTWに影響を与える。RTWプロセスに関与したり、相互の知識交換、柔軟な解決法を見つけるために、有用となる。	直接復職への要因を示したものではありませんが、いろいろな人との関わりが復職を早くするといった内容であった。	Eur J Oncol Nurs.　2011	30

26	介入研究（feasibility study）	Return-to-work guidance and support for colorectal cancer patients: a feasibility study.	Bains M	2011	UK	大腸癌	・Stage Ⅰ-Ⅲ ・NIH Trustの腫瘍科で加療 ・診断時に就労していた	医療機関	個別面接を実施した。ブルーカラー労働とホワイトカラー労働に分け、就労と疾病に関する教育資料の配布した。面接時と6ヶ月後に、質問紙を用いて、介入の評価をした。	●ほとんどの回答者が、介入は有効と答えていた。 ●特に、教育資料のうち、治療が就労能力に及ぼす影響の情報が有用としていた。 ●Work abilityやself-efficacy等の指標について、介入前後で有意差はなかった。しかしサンプル数が少ないが、改善の傾向は認められた。 ●治療開始時に情報があったら、より有効であったと回答していた。	サンプル数が少なく、有意差がなかったが、介入の妥当性はあるとしている。 また、介入時期は治療開始時が適切で、そのタイミングを考えると、介入者は癌専門看護師が最も想定される。 但し、特定の職種のみによる支援は現実的ではなく、各職種の役割を明確にした上での、多職種による支援が最も有効だろう。	質問紙や提供された情報が資料として掲載されている。 この中に、治療毎に仕事にどのように影響するかについて、記載があった。	Cancer Nurs. 2011	31
17	質的研究（個別、FG）	Returning to work following cancer: a qualitative exploratory study into the experience of returning to work following cancer.	Kennedy F	2006	UK	多種のがん	・個別インタビュー 19例 ・2グループ 10例（n=4,n=6） ・総計 29例	職場もしくは自宅	個別インタビューとフォーカスグループインタビュー（2グループ）の2つの手法を用いて、調査した。	●議論は、7点に分類された。 ① diverse and a variety of reasons influenced work decisions ② including financial concerns and regaining normality ③ participants also discussed their ability to work ④ health professionals' advice ⑤ side effects ⑥ support and adjustments ⑦ attitudes towards work	医療専門家の的確な合理的配慮に基づく意見によって、より適切な復職が可能となる。	なし	Eur J Cancer Care (Engl). 2007	46

Table 3. 職場からの配慮について検討されていた原著論文

	種別	タイトル	著者	年	国名	対象疾患	対象者	観察・介入の場面	方法	結果	考察	備考		文献番号
27	質的研究（個人）（プレ調査）	Strategies Used by Breast Cancer Survivors to Address Work-Related Limitations During and After Treatment	Sandberg JC	2014	アメリカ（ノースカロライナ）	乳癌	・参加者　14例 （勤労者　13例、自営業　1例） ・診断後3-24ヶ月 ・Stage等の医学的情報の記載なし	不明	各個人に副作用と仕事での限界を聴取し、modificationとaccommodationの手法を検討した。インタビューガイドに従い半構造化面接を実施した。 インタビュアーには10-20ドルの謝金を支払った。	●Work adjustments duling and after diagnosis six strategies ① midify work schedule ② perform other or fewer work tasks ③ modify or change work environment ④ reduce non-work actibities at workplace ⑤ receive cognitive prompt from others or provide cogniriveprompt ro self ⑥ act preemptively to make work tasks manageble after return ●乳癌患者は影響を最小限にするために、フォーマル（在宅勤務等の雇用の多様性 等）とインフォーマル（支援制度がない会社での同僚の支援を求める 等）な手法を用いる。	modificationとaccommodationの手法を検討するためのプレ調査である。 医療者やヘルスケアプロバイダーが用いることのできる基礎データの収集ができた。	なし	Womens Health Issues. 2014	2
28	質的 横断研究 質問紙調査	A UK survey of the impact of cancer on employment.	Luker K	2013	UK	乳癌 前立腺癌 直腸癌 膀胱癌 Hodgkinリンパ腫 （5年生存率50%超のがん）	・21-60歳　382例 ・診断時より2-3年経過	on line 電話	on lineまたは電話で、質問紙を用いて調査した。T検定・カイ二乗検定・ロジスティック回帰法を用いて解析した。 回答者への謝金は10ポンドであった。	●がん診断前後で、full time勤労者が53%から33%へ減少していた。 （※full timeからpart timeへの変更がaccommodationによるものかについては記載なし。） ●61%はwork situationに変化がなかった一方で、25%は診断後働くことをやめてしまった。56%はRTWに至っていた。 ●平均労働時間も、38時間/週から32時間/週へと減少していた。 ●就労問題について治療チームと話し合ったのは48%で、より長い労働時間と関連していた。 （※この討論によってもたらされる具体的なaccommodationについては記載なし。） ●大部分は上司がポジティブなリアクションで、76%が就労支援を受けていると感じていた。 ●normal dutiesのためのreasonable adjustmentを受けている人は73%であった。 ●ラインマネージャーとRTWについて話し合ったのは、55%であった。	がん治療により full time勤労者は減少し、総労働時間も減少する。 治療チームとの話し合いによって、より長い労働時間を持てる。	なし	Occup Med (Lond). 2013	5
29	横断研究 質問紙調査	Adjustment and social support at work early after breast cancer surgery and its associations with sickness absence.	Nilsson MI	2013	スウェーデン（ストックホルム）	乳癌	・20-63歳　女性　605例 ・2007-2009年に新規診断 ・診断時ストックホルム在住 ・外科手術後 ・術前化学療法なし ・遠隔転移なし ・診断時就労していた ・The Swedish national quality register for breast cancer登録者	不明	質問紙を用いて調査した。記述的統計、単因子多変量ロジスティック回帰法を用いて解析した。	●乳癌患者の大部分は、社会的支援とwork adjustmentを受けている。 ●work adjustmentはPhysicalに対し27.9%（always）、Mentalに対し22.3%(always)受けていた。調子が悪い時に自身に業務に裁量権があるのは19.6%(always)であった。 ●社会的支援とwork adjustmentが薄いと、sickness absentが増加する。	work adjustmentと社会的支援はsickness absentと関連している。 就労継続するためにも、work ajustmentと社会的支援について雇用者とがん就労者で話し合う必要である。 （※文献的考察が中心。）	Perceived work ajustment/social support at work, Received cancer related social support at workを測る質問を、次の質問紙より引用した。 ●The Ajustment Latitude scale ●the National Working Life Cohort ●the Structural Functional Support Scale	Psychooncology. 2013	6
3	量的研究（レトロ）	Return to work and quality of life after therapy and rehabilitation in oral cancer.	Handschel J	2013	ドイツ	口腔癌	・口腔内や額骨顔面の手術を受けた ・RuhrUniversity Bochum心理学教室のサポートを受けた	医療機関	医師が以下の9項目について147の質問をし、調査した。 ① personal date ② course of disease prior to start of in-patient treatment ③ development from hospitalisation up to the operation ④ development after the operation ⑤ period of postoperative care ⑥ special problems during surgery and disease ⑦ coping with the disease ⑧ life circumstances ⑨ lifestyale	●ホワイトカラーは復職が早く復職率も高い。医療要素による違いは認めなかった。 （復職不可率はブルーワーカー：ホワイトワーカー＝63%%：41%） ●ブルカラーでは19のより深刻な障害が報告された。 ① 発語が見知らぬ人に理解可能か、② 発語が家族に理解可能か、③ 食事・嚥下、④ 舌の動き、⑤ 口裂、⑥ 下顎の動き、⑦ 首の動き、⑧ 肩-腕の動き、⑨ 味覚、⑩ 嗅覚、⑪ 見た目、⑫ 力、⑬ 食欲、⑭ 呼吸、⑮ 痛み、⑯ 腫脹、⑰ 口腔内乾燥、⑱ 口臭、⑲ stomach complains ●ホワイトカラーとブルーカラーで、いくつかの治療場面で行動の違いが認められた。 ・診断前から歯医者にきちんと行っているか ・公共機関の利用 ・会話を避ける ・将来に悲観的か ・信念のコントロールが運命によっているか ・信念のコントロールが社会との依存によるか ・信念のコントロールが自己によるか　等	ホワイトカラーとブルーカラーの治療場面での行動の違いが、ブルーカラーでみられる深刻な障害を招いている。結果、ブルーカラーの復職が困難となっている。 リハビリテーションの改善が求められる。	ブルカラー、ホワイトカラーの復職の違いを分析している論文である。 「考え方や行動の違い」が「病状の違い」を引き起こす。という点で、復職阻害の要因とみなした。	In Vivo. 2013	10

30	質的研究（FG）	Return to work in multi-ethnic breast cancer survivors--a qualitative inquiry.	Tan FL	2012	マレーシア	乳癌	・18-60歳　6グループ ・病院の癌患者リスト登録者 ・Stage 1-3 ・初期治療終了者 ・snow ball サンプリングも追加	医療機関	6つのフォーカスグループ（復職成功組、復職失敗組それぞれについて、以下の人種毎の設定①マレー系、②インド系、③中国系）に分類し、インタビュー調査をした。Thematic analysisを用いて、解析した。	●職場復帰の阻害要因として、12テーマを報告した。 ●職場復帰の促進要因として、7テーマを報告した。 ●阻害要因・促進要因は大きく4つに分類できた。 ① personal, ② financial, ③ enviroment, ④ work factors ●促進要因について人種間で比較した。 ・中国系でfinancialが多かった。 ・マレー系は社会化（socialisation）の機会が主要因であった。	職場復帰と仕事との関係として、身体負荷が高い業務や有害因子への曝露の恐れがある業務は、職場復帰を遅らせたり、妨げたりする傾向がある。 逆に、使用者による柔軟な就業時間の調整や、本人に合わせた業務上の配慮の実施、経済的サポート等が、職場復帰を促進すると考えられる。 （※考察の一部である。）	就労と関連系した要因は、一部に限られる。	Asian Pac J Cancer Prev. 2012	12
4	質的研究（個別、FG）	Return to work and cancer: the Australian experience.	McKay G	2012	オーストラリア	乳癌	・cancer survivor　15例 ・マネージャー　12例 ・EAP/心理職　4例	様々	個別にインタビュー調査をした。フォーカスグループにインタビュー調査をした。Clarke's thematic analysis approachを用いて、解析した。	●オーストラリア人についても先行研究と同様、normalityの維持とidentityの再獲得が、復職の質にとって重要である。 ●インタビュー調査の分析の結果、5つのテーマと各サブテーマに分類された。 ① Impact of cancer on work（サブテーマ数　5） ② Staying in contact（2） ③ Acknowledging the experience of cancer at work（4） ④ Guidance on return to work process（3） ⑤ Workplace support（5）	乳癌患者の復職支援においては、コミュニケーションが重要である。 一般に、マネージャーは支援的であるが、多くの課題がある。 ・本人が自身の業務遂行能力を評価できていない可能性がある ・情報開示が大切だが、どこまでプライバシーに踏み込んでよいか：　患者も開示が自分のキャリアにマイナスの影響を持つのではないかと思っている場合がある　等 また、乳癌患者の職場復帰支援は、フレキシブルであるべきだが、ある程度構造化されたアプローチが必要である。今回の結果をもとに、今後の支援について、いくつかの提言案を考察した。 - Assess Critical Times for Intervention - Encourage the Seeking of Support - Sustain Intervention Efforts Post Immediate Return to Work - Facilitating Communication adn Connection with the Workplace - Improving Literacy on Cancer as a Choronic Illness - Adopting Formal Intervention	がんの症状と業務との関係についての記述は、ほとんどない。	J Occup Rehabil. 2013	18
31	質的研究	Survived but feeling vulnerable and insecure: a qualitative study of the mental preparation for RTW after breast cancer treatment	Tiedtke C	2012	ベルギー	乳癌	・平均年齢　46歳　22例 ・2006年に治療した ・治療後2-3年後 ・ベルギー人	医療機関	22人の個別インタビューを実施した。インタビュー所要時間の平均hは70分であった。オープンエンドのクエスチョンと復職についての彼女らの経験を聴取した。グラウンデッドセオリーによるdepth interviewとルーベンの質的解析ガイドラインを利用した。	●復職前に4事象を考える。 ① women want to leave the sick role and wish to keep their job ② they consider whether working is worth the effort ③ they reflect on their capability ④ they have doubts about being accepted in the workplace after returning. ●emotional processは4つのテーマに分類できた。 ① anxiety、② fear、③ frustruction、④ anger	乳癌患者の脆弱性は社会的な状況により左右される。	考察があまり途中の結果が反映されていない。	BMC Public Health. 2012	19
23	他施設RCT（の一部）	A hospital-based work support intervention to enhance the return to work of cancer patients: a process evaluation.	Tamminga SJ	2012	オランダ	乳癌 子宮頸癌 卵巣癌 外陰癌 その他	・休職中の18-60歳　133例 ・診断時の予後予測が1年生存率80%以上であった ・女性が99% ・乳癌　65%、婦人科がん　31%、その他　5% ・介入患者を5人以上担当した看護士	医療機関（6施設）	以下の内容の介入を実施した。 ① 患者教育、 ② 精神腫瘍学的サポート、 介入患者についてのミーティング（15分×4回）、 ③ OPに患者・上司を含めた復職プランを立てるためのミーティングをするよう依頼、 ④ OPに3回手紙（診断や治療法：主治医から2回・看護士から1回）	●介入の実施率は、OPに手紙を送った　100%、上司含めたミーティング　10%であった。 ●患者の介入の受入れについて ① 上司と連絡をとる　79% ② 完治前に復職準備を始める　75% この2点のアドバイスの受け入れが良かった。 ③ OPと連絡出来た　63% ●患者満足について ① 看護士面談に満足　95% ② 有益な情報を受け取った　84% ③ OP・上司面談が有益だった　88% ●この文献は、本研究の結果の一部である。	病院ベースの介入プランにOPを関わらせることは難しい。 患者サポートとして、患者教育、看護師によるサポート、OPとのコミュニケーションが必要である。 介入の実施にはがん種やがんのタイプは影響しない。	※文献25の介入研究の中間報告文献である。 介入プランの実現性について評価する研究であった。	Journal of Occupational Rehabilitation, 2012	20

5	質的研究	Distinct work-related, clinical and psychological factors predict return to work following treatment in four different cancer types	Cooper AF	2013	イギリス	乳癌 婦人科がん 頭頸部癌 泌尿器系がん	・18歳以上 ・治療を完了した ・転移例は除外	医療機関 （外来） 自宅	①Sociodemographic factors ②Clinical factors ③Work-related factors ④Psychosocial factors 上記項目がどの程度復職に関与するのかについて、Cancer survivorにアンケート調査をした。アンケートは自宅で記入した。	●各がん種の89-94%のcancer survivorが復職した。 ●復職までの期間が最長だったのは乳癌、最短だったのは泌尿器系がんであった。 ●乳癌の復職までの期間の予測因子としては、以下が挙げられた。 ① 仕事の場面でがんの影響コントロールできるか ② フルタイムの仕事 ●婦人科がんにおいて、治療で職業能力を低下すると復職まで時間がかかった。 ●泌尿器系がんでは、便秘が復職まで時間がかかる予測因子だった。 ●柔軟な作業に着手することが、早期復職の予測因子となった。 ●頭頸部癌では、癌以上に悪影響が出る場合が、復職に時間がかかった。 ●以上より、身体機能が良いほど復職が早いと言える。	症状への対応と、適正配置が重要である。 特定のがんとその治療の知見を得ることは、復職をより促進する。	なし	Psychooncology. 2013	22
6	量的研究(観察研究：前向き)	Predictors of employment among cancer survivors after medical rehabilitation – a prospective study	Mehnert A	2013	ドイツ	乳癌 婦人科がん 頭頸部癌 皮膚癌 大腸直腸癌 肺癌 造血器腫瘍	・18-60歳	医療機関	①1年間のリハビリ後のCancer survivorの雇用状況を調査した。 ②RTWへの関連因子(人口統計学的、癌、心理社会学的、治療)を特定し、RTWまでの時間を求めた。 [具体的な質問内容] 機能障害、痛み、不安、抑うつ、生活の質、社会的支援、そして仕事関連の特性(作業能力、病気休暇の不在、ジョブ要件、仕事の満足度、自己知覚雇用者の宿泊施設、知覚仕事の損失　等	●RTWを予測する有意な因子として、以下を挙げた。 ・RTWの意思があるか ・雇用主がaccommodationの理解があるか ・求められる職務要件が高いこと ・癌の再発または進行 ・元の病気休暇の有無 ・社会的相互作用の問題	動機的な要因によって、RTWが左右される可能性が高いことが分かった。 職場復帰に向けての意欲と疑いの目をもって、慎重にリハビリプログラムを評価すべきである。	なし	Scand J Work Environ Health. 2013	23
32	質的研究 （FG）	Employment after a breast cancer diagnosis: a qualitative study of ethnically diverse urban women.	Blinder VS	2007	アメリカ	乳癌	・18-65歳 ・Stage I-III ・調査3ヶ月以上前に診断 ・人種：African-American, Afrian-Caribbean, Chinese, Filipina, Latina, or no-Latina-white	医療機関	フォーカスグループインタビュ-を実施した。診断時の仕事の内容、がんによる仕事の変化や上司・同僚との関係の変化、仕事を辞めたか、なぜ辞めたか、コミュニティや家族の考え方や反応、等について議論した。	●討論のテーマとして出てきたのは、6つであった。 ① normalcy,　② acceptance,　③ identity,　④ apperance,　⑤ parivacy,　⑥ lack of flexibility at work,　⑥ employer support ●人種間の違いとして、Chineseでは支援を受けるため、情報開示は必要であることが挙がった。人種による違いは大きくなかった。	概ねこれまでの知見と同じであるが、employer support, privacy, normalcyの関係について、2つのthematic pathwaysを新たに見出している。 ①以前と変わらぬ職場環境の整備には、employerによるプライバシーの保護が含まれること ②家族の既往がある場合、癌の診断の受入れ、診断後の対応力が高くなっていること	研究目的は人種差（minority）であったが、この点についてはあまり意味のある情報は得られていない。	J Community Health. 2012	24
24	質的研究 （G）	Supporting Return-to-Work in the Face of Legislation: Stakeholders' Experiences with Return-to-Work After Breast Cancer in Belgium	Tiedtke C	2012	ベルギー	乳癌	・26例　3グループ （n=7,n=9,n=10） うち、 ・治療担当者　4例 ・雇用者　6例 ・socio security phycician　3例 ・産業医　4例 ・cancer survivor　5例 ・患者関係者　4例	不明	3つのグループ（グループの分け方について記載なし）にインタビューを実施した。RTWについて法的・実践的役割について経験をもとに語ってもらった。質的テーマ分析の手法を用いて、解析した。	●ステークホルダー毎に視点が違っていた。 ●従業員は治療にフォーカスを充てるとともに、RTWオプションについて病気の情報をもとに感じている。 ●治療医は仕事について患者に指示に従ってほしいと思っている。治療が終了するまでは治療を最優先に考えてもらいたい ●雇用者はビジネスと雇用のバランスを考えなければならない。 ●social security physicianは仕事の能力を評価しRTWオプションを調整する。 ●産業医は機会を伺っているが、法律がそれをサポートしていない。	ステークホルダーはそれぞれの見えているものが違うので、他職種の連携が重要である。	なし	J Occup Rehabil. 2012	25
33	後ろ向きコホート研究 質問紙調査	Worksite adjustments and work ability among employed cancer survivors.	Torp S	2012	ノルウェー	15種のがん 直腸癌、大腸癌 肺癌、皮膚癌、 子宮頸癌、 子宮体癌、 乳癌、卵巣癌、 前立腺癌、 精巣癌、膀胱癌 中枢神経系がん、 甲状腺癌、白血病、 non-Hodgkinリンパ腫、	・診断時25-60歳　563例 ・2005-2006年に新規診断 ・診断時・調査時ともにlobar force statusを変えずに就労していた	医療機関 （4施設）	2008年1-3月（診断後15-39ヶ月）にメールで質問紙を用いて調査した。PASW Statistics18を用いて、記述的解析をした。	●RTWしているCancer survivorの26%で何らかのadjustmentが実施されていた。 ●実施されたadjustmentの最多は、1週間当たり総労働時間の変更・縮減で16%であった。 ●身体的負担を軽減する業務変更は10%、精神的負担を軽減する業務変更は8%で実施されていた。 （※業務変更の具体的な内容については記載なし。） ●physical abilityは31%減少、mental abilityは23%減少していたにも関わらず、90%以上のCancer survivorが仕事の要求にうまく応えていた。 ●work abilityが低いCancer survivorはより多く職場でのadjustmentを受けていた。	ノルウェーのがん就労者について、将来的に明るい労働人生が見込まれる。	なし	Support Care Cancer. 2012	26

7	質的研究 （個人、FG）	Returning to work after treatment for haematological cancer: findings from Australia.	McGrath PD	2012	オーストラリア	造血器腫瘍 白血病 多発性骨髄腫 リンパ腫 その他	・成人　50例　1グループ （男性　26例、女性　24例） うち、 ・白血病　17例、 ・多発性骨髄腫　15例、 ・リンパ腫　14例、 ・その他　4例 ・診断後1年以上経過 ・Leukaemia Foundation of Queensland（LFQ）登録者 ・International Program of Psycho-Social Health Research（IPP-SHR）を通して参加 ・骨髄移植後　11例を含む ・幹細胞移植後　15例を含む	不明	対象者各々に電話で1時間のインタビュー調査をした。この調査結果と考察をフォーカスグループに報告し、議論した。議論内容は録音・文字起こしし、質的データ解析プログラムを用いて解析した。	●就労との関係性で3グループに分類できた。各グループの経験の特徴を分類し報告した。 ① 退職後で復職問題がなかった群 ② 復職成功群 ・休業期間が短く身体的負担も小さかったため、問題なく前職に復職できた。 ・part timeで復職し徐々に就労時間を伸ばした。 ・仕事をFlexibilityにマネジメントできた。 ③ 働きたいのに復職過程で問題があった群 ・様々な合併症、特に疲労によって就労困難であった。 ・身体的負荷の高い作業について雇用契約を結んでいた。 ・ショックで復職の機会を逃した。 ・精神的に自信や能力が失われた。 ・仕事をしないことで社会的な疎外感を感じた。 ・経済的な負担を感じた。 ・復職に関する社会的支援の知識がなく、復職意欲があるのに復職が阻害された。	オーストラリアで、がん就労（特に造血器腫瘍患者の就労）に最も大きな影響を与える因子は年齢である。 がん診断後の復職では、精神的な負担を受けやすいため個人への支援が必要である。 （※文献的考察が中心。）	なし	Support Care Cancer. 2012	27
8	質的研究 （meta-ethnography）	Employment and breast cancer: a meta-ethnography.	Banning M	2011	UK	乳癌	該当なし	不明	診断後に職場復帰する際の経験に関する10の質的研究を統合し、meta-ethonographic approachを用いて、詳細に分析した。各研究論文の情報を統合し、それぞれのグループ内で翻訳した。	●職場復帰に関して4つのコンセプトが明らかになった。 ① influence factors, ② sickness absence, ③ work ability, ④ work-related problems ●更なる分析で、4つの最終的な解釈が出来上がった。 ① breast cance and employment, ② treatment-induced physical impairment, ③ employer comprehension of breast cance, ④ fear of work-related failure	乳癌患者の職場復帰支援として、雇用者の教育の重要性、産業保健サービス充実の重要性が考察された。 また、がん専門医についても、職場復帰のベストなタイミングを決定できるよう支援する必要がある。	treatment-induced physical impairementとして、種々の症状と仕事上の困難性が記載されている。	Eur J Cancer Care (Engl). 2011	28
25	質的研究	Return to work after breast cancer: Women's experiences of encounters with different stakeholders	Nilsson M	2011	スウェーデン	乳癌	・20-60歳　女性　23人 ・復職した ・乳がん既往例や全身転移例は除外	不明	4つのフォーカスグループをつくり、インタビュー調査した。	●4つのステークホルダー ①社会保険職員 ②雇用者・同僚 ③医療従事者 ④家族・友人 ●乳癌患者の復職に関与するやり方の3つのカテゴリー ① 女性のニーズに関連した調整 (ex. 仕事で病気の利点を取り扱う、またはケア　等) ② 女性への情報のシェア (ex. 関連疾病の保険や副作用) ③ 女性が知覚する、利害関係者の態度 (利害関係者の振る舞いに対して、Cancer survivorの女性がどのように感じるか) ※(4×3)表で分類されることが分かった。	様々な関係者と出会うことは、RTWに影響を与える。RTWプロセスに関与したり、相互の知識交換、柔軟な解決法を見つけるために、有用となる。	直接復職への要因を示したものではありませんが、いろいろな人との関わりが復職を早くするといった内容であった。	Eur J Oncol Nurs. 2011	30
10	インタビュー調査	A longitudinal qualitative study of the experience of working following treatment for gynaecological cancer.	Grunfeld EA	2012	UK	婦人科がん （子宮内膜癌、子宮頸癌、卵巣癌）	・18-65歳 ・来治療終了後4週間以内	医療機関 電話	個別インタビューを2回実施した。 ①復職前: 復職に関する認識、業務においてがんの影響についての考え、職業上の目標、仕事の価値など ②復職後1年: 復職のプロセス（促進因子と阻害要因）、仕事や職業上の目標に対する認識など	① 復職前（55例） ② 復職後（36例） ●仕事の意味: ・金銭的報酬、 ・社会との関わり、 ・ルーチン作業の供給 ●情報の開示: 同僚に開示した事例はほとんどなく、限られた同僚に開示した事例や、ラインマネジャーだけに開示した事例はあった。 ●仕事の再調整: ・疲労感、集中力低下、長時間座位が困難等により、職場環境や業務に慣れるためには調整期間や小休憩が必要であった。 ・記憶力低下により、不安、自信喪失を認めていた。	復職前後で働き方は変わらなかったが、仕事に対するモチベーションや目標は変化した。 職場の人に情報を開示することでサポートが得られやすい反面、仕事の変更を強いられたり失業させられる恐れもある。	なし	Psychooncology. 2012	32
34	質問紙調査	Cancer survivors' and employers' perceptions of working following cancer treatment	Grunfeld EA	2010	UK	頭頸部癌 婦人科がん 泌尿器系がん 乳癌	・がん患者　60歳未満　194例 ・雇用者　60歳未満　252例	医療機関	2つのテーマについて、がん患者と雇用者に質問紙を記入してもらい、結果を比較した。 ① 仕事に影響を与えるがんによる要因9項目 （疲労、集中力低下　等） ② 仕事に関する気に対する認識　8項目 （治療のせいで仕事の能力が落ちる、職場でも症状が出現する　等）	●2つのテーマともに全項目で、雇用者の解答は患者の解答より、ネガティブな考えが強かった。 ●また、企業間による大きな差はなかった。	今回の研究に参加した患者は楽観的な方が多かった。 患者−雇用者間で復職に関する意見の不一致があると、建設的な復職が阻害される。 患者−雇用者間で、仕事についての現実的な見込みを持つことが大切である。そのためには、復職評価時に、患者ががんやその治療が仕事に及ぼす影響について認識しておく必要がある。	なし	Occupational Medicine, 2010	33

35	質的研究（FG、Semistuctured Discussions）	Cancer-related tasks involving employment: opportunities for clinical assistance.	Frazier LM	2009	アメリカ	婦人科がん 卵巣腫瘍、子宮頸癌、子宮体癌、 婦人科がん複数併発	・女性　73例 ・週20時間以上の勤務 ・診断から3ヶ月以上経過	医療機関	・4-8名で構成したフォーカスグループインタビューを実施した。がん診断後の就業上の経験、発生した健康問題、就労を続ける上で必要な工夫等について聴取した。	●診断後3つの段階（診断直後、治療中、初期治療の終了後）に分類し、各段階についてTableにて報告した。 ●困難なTaskについて報告した。 ・上司や同僚とのコミュニケーション ・会社の規定を理解し、自分に当てはめること ・経済的問題を解決すること ・復職に際して症状への対処をすること ・がん関連の仕事上の問題について、有効な解決策を探すこと ・キャリアプランを作ること	医療機関のcancer teamとして、患者の就労に関してできることを想定した。 ・患者の仕事の懸念を明確にし、情報提供する。 ・職場復帰プランを作成する。 ・他の専門職にコンサルトする。 また、どの職種が支援を実施すべきか等についても考察した。	医療機関における介入の検討を行っているが、診断後どのようなTaskがあるかという視点は、職域の支援にも役に立つと考えられる。	J Support Oncol. 2009	36
14	量的研究	Employment and return to work in head and neck cancer survivors	Verdonck-de Leeuw IM	2010	オランダ	頭頸部癌	・診断時　65歳未満 ・治療後2年以上経過 ・認知機能障害例は除外 ・オランダ語で会話不能例は除外	不明	・各人に対し、アンケート調査を実施した。 ・プライマリアウトカムは、雇用状況と復職の評価とした。 ・セカンダリアウトカムは、健康関連QOL（EORTC QLQ-C30とQLQ-H&N35）と精神的苦痛（Hospital Anxiety and Depression Scale（HADS））とした。 ・社会人口学的要素と疾患と治療関連パラメータ、健康関連QOL、苦痛の状況を調査し、雇用状況と比較した。	●診断時に就労していた53例のうち、44例（83%）は仕事に復帰した。復帰状況の内訳は以下の通りであった。 ・同一の仕事に復帰　28例 ・仕事内容を変更して復帰　7例 ・別の仕事に復帰　9例 ●復職期間の中央値は6ヶ月(range 0-24ヶ月)であり、治療後6ヶ月以内に復職したのは71%であった。 ●治療後の雇用に有意に関連した要因があった。 ① 歯を含めた障害の不安と口腔内の機能障害 （歯と口腔乾燥、開口障害、粘着性の唾液、等） ② 食欲損失 ③ 社会的な食事 ④ 社会的接触に問題を生じること	頭頸部癌survivorの大半は、治療後6ヶ月以内に仕事に復帰していた。 治療後の復職の障壁は、口腔機能障害、食欲不振、劣化した社会的機能、そして、高度の不安である。	プライマリアウトカム： ・雇用状況 ・アンケートによる復職の評価 セカンダリアウトカム： ・健康関連QOL（EORTC QLQ-C30とQLQ-H&N35） ・精神的苦痛（Hospital Anxiety and Depression Scale（HADS）	Oral Oncol. 2010	38
36	量的研究	Return to Work After Cancer in the UK: Attitudes and Experiences of Line Managers	Amir Z	2010	イギリス	多種のがん	・公共部門の雇用者 （イングランド北東部） ・小中等学校　校長 （従業員10,000人規模　300校） ・ソーシャルワーカー ・医療従事者 ・州議会のサービスライン管理者 （従業員8500人規模、建築ユニットを含む） ・地区協議会のライン管理者 （従業員1000人規模） ・消防・救助のラインマネージャー （従業員600人規模） ・民間/ボランタリーセクターの雇用者・管理職 ・国家の遠隔通信会社 （従業員100,000人規模） ・中小企業の地域雇用フォーラムのメンバー	on line	下記項目について、on lineによるアンケート調査をした。 ・感情的な負担 ・個人のニーズとの組織のニーズとのバランス ・がん就労者の雇用に対する態度 ・上級管理職からの支援やスキル ・人口統計情報14項目 ・職場でCancer survivorの管理上の視点や態度を評価する31項目 探索的因子分析を用いて、意識調査の階乗構造を解析した。多変量分散分析を用いて、人口統計学的特性及びラインマネージャーの態度における組織変数の効果を解析した。	●ライン管理者の態度は、5つの経験的要因に従い概念化することができる。 ① がん生存者に向かって心配しての態度 ② 協力的態度 ③ ラインマネージャーの知覚負担 ④ 通常性を維持 ⑤ 財務上の利益の問題 ●ラインマネージャーはcancer survivorのサポートに比較的積極的な姿勢だが、経営者は否定的な態度を抱く傾向がある。 ●女性管理職は、男性管理職よりもcancer survivorのサポートに積極的な姿勢である。	がんと診断された従業員の雇用と仕事保持を支援するために、雇用者、ラインマネージャーがトレーニングやサポート及びリソースを提供する必要がある。	調査対象は癌患者ではなく、がん患者のいるラインのマネージャーです。マネージャーの要素が仕事の継続に影響を与えている要素もあるため、入れた。	J Occup Rehabil. 2010	39
37	質的研究	Factors influencing return to work: a narrative study of women treated for breast cancer	Johnsson A	2008	スウェーデン	乳癌	・48-55歳、16例 (就労中　8例、休業中　8例) ・手術後1年の時点の ・勤労に関する経験についてインタビュー調査を電話や文書でリクルートした。		個別インタビュー(40-60分)による調査を実施した。narrative method suggested by Mishlerを用いて、インタビューおよび解析した。In depth-interview。	★労働市場に属しているもののうち感じ方の変化があった。 ●労働市場にいる人たちについて ① Early returner群は、急いでおりかつクリエイティブな機会のある職と感じていた。 また仕事をすることは普通のことと感じていた。 一方で、配慮が受けられないことについて憤慨する事例もあった。 ② Late retueners群は、体調が回復したと自信を持ってからの復職を願った。 ③ Sick leave群は仕事に対する態度が変わっていた。一時的なdisabilityを有していても市場に残ることを欲していた。 ●休んでいる人たちについて ① Early returner群は、上司や同僚からの支援が強かった。 業務量も相当程度減量させていた。 一時的な契約社員を雇い労働者をサポートした事例もあった。 ② Late retueners群はRTWを勝ち取った ③ Sick leave群は雇用者にできないことを強要された。	3つの重要な要素が存在する。 ① 労働市場に所属することは心理的変化に非常に大きな影響を及ぼす。 ② 仕事への態度は変容する。 ③ 社会的支援はRTWにとって決定的な要素である。	MSWが作成したもので感情がこもった論文であった。しかしがら外国人の感情を読み取るのは大変困難であった。どちらかというと、職場の理解のないことが就労の阻害要因になっていることを悪意を持って書いているような気がする… また、結果と考察が乖離しておりあまり参考にならないようにも思われた。	Eur J Cancer Care (Engl). 2010	40
38	量的研究	The organisational perspective on the return to work of employees following treatment for cancer.	Grunfeld EA	2008	イギリス	多種のがん	・企業　252社	メール 電話	メールや電話で企業にアンケート調査をした。 ①会社情報 ②がん患者の職場復帰の経験 ③復職に関する会社の方針および手順 ④復職サービス ⑤がんや復職プロセスへのポリシー	●企業のがん患者の復職へのポリシーやサービスについて記載された情報やガイドラインが提供された従業員は38%であった。 ●がん患者の復職に成功した企業では、従業員の態度や感情的な機能に関連する要因と向かい合う傾向があった。	従業員が自社のがん患者の復職へのサービスを十分に知らなかったり、情報や明確なコミュニケーションが不足していると、企業からの支援の有益性を妨げてしまうことがある。	調査対象は癌患者ではなく、組織の仕組みについてです。組織の仕組みが仕事の継続に影響を与えている要素もあるため、入れた。	J Occup Rehabil. 2008	41

39	質的研究 （FG） （pilot study）	Successful return to work for cancer survivors.	Nachreiner NM	2007	アメリカ （ミネソタ）	乳癌 肺癌 急性骨髄性白血病 卵巣癌	・18-55歳　女性　7例 うち、 　・乳癌　3例 　・肺癌　1例 　・急性骨髄性白血病　1例 　・卵巣癌　1例 ・ミネソタ在住 ・診断時就労していた	医療機関	メトロポリタン病院腫瘍科にて対象者40例のリストを作成し、研究への参加を募集した。募集に応じた7例を対象に、治療した病院で2時間のフォーカスグループディスカッションを実施した。議論内容を録音・文字起こしし、Morgan and Krueger guided analysisを用いて、記述的質的な分析をした。	●RTWを促進する要因は3点であった。 ① job flexibility：入院先に仕事を持ってきてくれた（場所）。ドアを閉めて昼寝できた（休憩時間）。 ② coworker support：同僚の有給休暇をくれた。費用をカンパしてくれた。仕事を手伝ってくれた。 ③ health care provider support：復職を促す助言をしてくれた。 ●RTWを妨げる要因は4点であった。 ① ignorance about cancer in workplace：入院先に仕事を持ってきた。疲労について理解がなかった。治療が終わっているから元気だという勘違い。 ② lack of emotional support：うつになったが気遣いをされなかった。 ③ physical effects of cancer：老いたように感じた。以前とは違う疲労があった。 ④ impact of cancer on individuals' priorities：仕事がすべてではない。ストレスは身体によくない。	Cancer survivorは、ADA、管理者の支援、同僚支援によって、RTWに導かれる。 ① screeningや治療を促す。 ② 産業保健スタッフ（OHN）がRTWの促進因子と妨害因子を理解する。 ③ ADAを活用する ④ OHNが知識をもち、労働者の就労経験をmanagingし、雇用者をアシストする。	なし	AAOHN J. 2007	43
40	横断研究 質問紙調査	Cancer survivorship and work: symptoms, supervisor response, co-worker disclosure and work adjustment.	Pryce J	2007	イギリス	45種のがん	・328例 ・UK-based cancer charity登録者 ・乳癌が最多（47.7%）	紙面 on line	5セクション33項目の質問紙を用いて、調査した。紙面で回答のされた210例と、onlineで回答された118例について、単変量及び多変量ロジスティック回帰分析を用いて、解析した。	●治療中に就労継続に影響を与える因子は4点であった。 ① flexibilityの機会 ② 同僚への告知 ③ difficulties managing fatigue ④ paid time off to attend all medical appointments ●復職に相関があった因子は5点であった。 ① difficulties managing fatigue ② managing the stress of cancer ③ managing physical changes associated with cancer ④ 主治医から仕事に関するアドバイスを受けた ⑤ 雇用者との復職に関するミーティング	がんの症状をいかにmanegingするかが重要である。 また、能力に応じworkplace adjustmentをする必要がある。 （※具体的なmanagingやajustmentno記載なし。）	★	J Occup Rehabil. 2007	45
17	質的研究 （個別、FG）	Returning to work following cancer: a qualitative exploratory study into the experience of returning to work following cancer.	Kennedy F	2006	UK	多種のがん	・個別インタビュー　19例 ・2グループ　10例（n=4,n=6） ・総計　29例	職場もしくは自宅	個別インタビューとフォーカスグループインタビュー（2グループ）の2つの手法を用いて、調査した。	●議論は、7点に分類された。 ① diverse and a variety of reasons influenced work decisions ② including financial concerns and regaining normality ③ participants also discussed their ability to work ④ health professionals' advice ⑤ side effects ⑥ support and adjustments ⑦ attitudes towards work	医療専門家の的確な合理的配慮に基づく意見によって、より適切な復職が可能となる。	なし	Eur J Cancer Care (Engl). 2007	46
41	質的研究 （個人）	Correlates of return to work for breast cancer survivors.	Bouknight RR	2006	アメリカ （デトロイト）	乳癌	・30-65歳　女性　416例 ・2001年6月-2002年4月に新規診断 ・診断前より3ヶ月以上就労していた ・治療法は不問 ・Metro politan Detroit Cancer Surveillance System登録者	電話	診断後12ヶ月と18ヶ月の2回、電話でインタビュー調査をした。多変量ロジスティック回帰分析を用いて、診断後12-18カ月におけるRTW（がん診断前と同一職への復職）の相関性を検討した。回答者には謝金が支払われた。	●RTW（乳癌診断前と同一職への復職）は80%以上であった。 ●職場において、乳癌の症状と治療へのaccommodationが87%で実施されていた。 ●accommodationの実施と復職率との相関が最も強かった。（※具体的なaccommodationの記載はなし。） ●heavy liftimg as a job taskがある事例は11%であった。 ●heavy lifting作業がある仕事では復職率が低かった（12ヶ月後66%、18ヶ月後76%）。また、RTWとは逆相関が認められた。 ●乳癌の診断によって、雇用者に区別されていると感じていた事例は7%であった。	15人以上の事業場に就労していたので、89%以上がADAによるaccommodationの資格を得ていた。 ホワイトカラーは復職しやすく、accommodationも受けやすい。 heavy liftingのある仕事ではRTWがしづらい。 乳癌患者は高比率で復職していた。乳癌患者のRTWにおいて、雇用者による職場でのaccommodationが、重要な役割を果たしている。	なし	J Clin Oncol. 2006	47

Table 4. 家族・社会からの支援について検討されていた原著論文

	種別	タイトル	著者	年	国名	対象疾患	対象者	観察・介入の場面	方法	結果	考察	備考		文献番号
42	質的研究 (pilot study) 質問紙調査	Multidisciplinary department of Return to Work After a Cancer": a French experience of support groups for vocational rehabilitation."	De Blasi G	2014	フランス	多種のがん	・患者会参加群　20例 37-55歳 乳癌80%、造血器腫瘍　10%等 ・対照群　43例 （患者会不参加の意思表示した） 23-59歳、乳癌63%、造血器腫瘍7%、消化器癌7%、等 ・寛解期	医療機関	復職予定または復職後だが就労上問題がある寛解期のがん患者の患者会を催し、復職に関するテーマで議論した。4回（月1回）の予定であったが、6ヶ月後に5回（期間の記載なし）追加になった。質問紙を用いて、患者会を評価した。	●回答者の88%は患者会を高く評価した。 ・何かしらの不安を抱いていた：　47% ・他の参加者からサポートを受け取った、或いは、他の参加者をサポートできた、と感じた：　70% ・孤独感を感じずに済んだと感じた：　65% ●参加者の復職率80%に対し、不参加者の復職率72%と統計学的な有意差はなかった。	精神科的な個別対応よりも患者会の方を好む患者が多かった。	なし	Journal of Psychosocial Oncology, 2014	3
29	横断研究 質問紙調査	Adjustment and social support at work early after breast cancer surgery and its associations with sickness absence.	Nilsson MI	2013	スウェーデン（ストックホルム）	乳癌	・20-63歳　女性　605例 ・2007-2009年に新規診断 ・診断時ストックホルム在住 ・外科手術後 ・術前化学療法なし ・遠隔転移なし ・診断時就労していた ・The Swedish national quality register for breast cancer登録者	不明	質問紙を用いて調査した。記述的統計、単因子多変量ロジスティック回帰法を用いて解析した。	●乳癌患者の大部分は、社会的支援とwork adjustmentを受けている。 ●work adjustmentはPhysicalに対し27.9%（always）、Mentalに対し22.3%(always)受けていた。調子が悪い時に自身に業務に裁量権があるのは19.6%(always)であった。 ●社会的支援とwork adjustmentが薄いと、sickness absentが増加する。	work adjustmentと社会的支援はsickness absentと関連している。 就労継続するためにも、work ajustmentと社会的支援について雇用者とがん就労者で話し合う必要である。 （※文献的考察が中心。）	Perceived work ajustment/social support at work, Received cancer related social support at workを測る質問を、次の質問紙より引用した。 ●The Ajustment Latitude scale ●the National Working Life Cohort ●the Structural Functional Support Scale	Psychooncology. 2013	6
6	量的研究(観察研究：前向き)	Predictors of employment among cancer survivors after medical rehabilitation – a prospective study	Mehnert A	2013	ドイツ	乳癌 婦人科がん 頭頸部癌 皮膚癌 大腸直腸癌 肺癌 造血器腫瘍	・18-60歳	医療機関	①1年間のリハビリ後のCancer survivorの雇用状況を調査した。 ②RTWへの関連因子(人口統計学的、癌、心理社会学的、治療)を特定し、RTWまでの時間を求めた。 [具体的な質問内容] 機能障害、痛み、不安、抑うつ、生活の質、社会的支援、そして仕事関連の特性(作業能力、病気休暇の不在、ジョブ要件、仕事の満足度、自己知覚雇用者の宿泊施設、知覚仕事の損失　等	●RTWを予測する有意な因子として、以下を挙げた。 ・RTWの意思があるか ・雇用主がaccommodationの理解があるか ・求められる職務要件が高いこと ・癌の再発または進行 ・元の病気休暇の有無 ・社会的相互作用の問題	動機的な要因によって、RTWが左右される可能性が高いことが分かった。 職場復帰に向けての意欲と疑いの目をもって、慎重にリハビリプログラムを評価すべきである。	なし	Scand J Work Environ Health. 2013	23
32	質的研究 （FG）	Employment after a breast cancer diagnosis: a qualitative study of ethnically diverse urban women.	Blinder VS	2007	アメリカ	乳癌	・18-65歳 ・Stage I-III ・調査3ヶ月以上前に診断 ・人種：African-American, Afrian-Caribbean, Chinese, Filipina, Latina, or no-Latina-white	医療機関	フォーカスグループインタビュ-を実施した。診断時の仕事の内容、がんによる仕事の変化や上司・同僚との関係の変化、仕事を辞めたか、なぜ辞めたか、コミュニティや家族の考え方や反応、等について議論した。	●討論のテーマとして出てきたのは、6つであった。 ① normalcy,　② acceptance,　③ identity,　④ apperance,　⑤ parivacy,　⑥ lack of flexibility at work,　⑥ employer support ●人種間の違いとして、Chineseでは支援を受けるため、情報開示は必要であることが挙がった。人種による違いは大きくなかった。	概ねこれまでの知見と同じであるが、employer support, privacy, normalcyの関係について、2つのthematic pathwaysを新たに見出している。 ①以前と変わらぬ職場環境の整備には、employerによるプライバシーの保護が含まれること ②家族の既往がある場合、癌の診断の受入れ、診断後の対応力が高くなっていること	研究目的は人種差（minority）であったが、この点についてはあまり意味のある情報は得られていない。	J Community Health. 2012	24
24	質的研究 （G）	Supporting Return-to-Work in the Face of Legislation: Stakeholders' Experiences with Return-to-Work After Breast Cancer in Belgium	Tiedtke C	2012	ベルギー	乳癌	・26例　3グループ （n=7,n=9,n=10） うち、 ・治療担当者　4例 ・雇用者　6例 ・socio security phycician　3例 ・産業医　4例 ・cancer survivor　5例 ・患者関係者　4例	不明	3つのグループ（グループの分け方について記載なし）にインタビューを実施した。RTWについて法的・実践的役割について経験をもとに語ってもらった。質的テーマ分析の手法を用いて、解析した。	●ステークホルダー毎に視点が違っていた。 ●従業員は治療にフォーカスを充てるとともに、RTWオプションについて病気の情報をもとに感じている。 ●治療医は仕事について患者に指示に従ってほしいと思っている。治療が終了するまでは治療を最優先に考えてもらいたい ●雇用者はビジネスと雇用のバランスを考えなければならない。 ●social security physicianは仕事の能力を評価しRTWオプションを調整する。 ●産業医は機会を伺っているが、法律がそれをサポートしていない。	ステークホルダーはそれぞれの見えているものが違うので、他職種の連携が重要である。	なし	J Occup Rehabil. 2012	25

25	質的研究	Return to work after breast cancer: Women's experiences of encounters with different stakeholders	Nilsson M	2011	スウェーデン	乳癌	・20-60歳　女性　23人 ・復職した ・乳がん既往例や全身転移例は除外	不明	4つのフォーカスグループをつくり、インタビュー調査した。	●4つのステークホルダー ①社会保険職員 ②雇用者・同僚 ③医療従事者 ④家族・友人 ●乳癌患者の復職に関与するやり方の3つのカテゴリー ① 女性のニーズに関連した調整 (ex. 仕事で病気の利点を取り扱う、またはケア　等) ② 女性への情報のシェア (ex. 関連疾病の保険や副作用) ③ 女性が知覚する、利害関係者の態度 (利害関係者の振る舞いに対して、Cancer survivorの女性がどのように感じるか) ※(4×3)表で分類されることが分かった。	様々な関係者と出会うことは、RTWに影響を与える。RTWプロセスに関与したり、相互の知識交換、柔軟な解決法を見つけるために、有用となる。	直接復職への要因を示したものではありませんが、いろいろな人との関わりが復職を早くするといった内容であった。	Eur J Oncol Nurs. 2011	30

Table 5. 患者本人の要因について検討されていた原著論文

	種別	タイトル	著者	年	国名	対象疾患	対象者	観察・介入の場面	方法	結果	考察	備考		文献番号
1	質的研究（個人） Photoovice study	Survivors' experiences of return to work following cancer: A photovoice study.	Morrison TL	2014	カナダ	多種のがん 乳癌、膵癌、大腸癌、造血器腫瘍その他	・18歳以上　女性　10例 (うち、乳癌　7例) ・診断時に就労していた ・同意が取れた順に登録 （結果的に全員女性になった）	不明	対象者にインタビューと写真撮影について説明した。1ヶ月後に、がんと仕事や健康に関係する写真をもとに、その意味等をインタビュー調査した。テーマを抽出し考察した。	●仕事に戻った理由 ・仕事がnormalcyのシンボルである。 ・復職がresilienceの象徴である。 ・仕事に価値がある。　等 ●職場復帰のタイミング ・治療期間全体に渡り休業した事例が多いが、治療期間が短い事例もある。 ・医療者からの支援はほとんどなかった。「あまり慌てるなといった警告」のみであった。 ●職場復帰で経験した過程 ・諸課題が発生した際、解決のための本人による努力が必要となった。	経済的問題は職場復帰の理由としてはほとんど語られなかった。 職場での配慮だけでなく、職場復帰の時期の決定についても、本人の意思決定に委ねられていた。 業務上の要求を考慮した上で、survivorの個々の事情に応じて全人的サポートを行う必要がある。 職種としては、occpational therapistの関与が有効であろう。	主に、医療機関側での支援の視点で考察されていた。	Can J Occup Ther. 2014	1
3	量的研究（レトロ）	Return to work and quality of life after therapy and rehabilitation in oral cancer.	Handschel J	2013	ドイツ	口腔癌	・口腔内や顔骨顔面の手術を受けた ・RuhrUniversity Bochum心理学教室のサポートを受けた	医療機関	医師が以下の9項目について147の質問をし、調査した。 ① personal date ② course of disease prior to start of in-patient treatment ③ development from hospitalisation up to the operation ④ development after the operation ⑤ period of postoperative care ⑥ special problems during surgery and disease ⑦ coping with the disease ⑧ life circumstances ⑨ lifestyale	●ホワイトカラーは復職が早く復職率も高い。医療要素による違いは認めなかった。 (復職不可率はブルーワーカー:ホワイトワーカー＝63%%:41%) ●ブルカラーでは19のより深刻な障害が報告された。 ① 発語が見知らぬ人に理解可能か、② 発語が家族に理解可能か、③ 食事・嚥下、④ 舌の動き、⑤ 口裂、⑥ 下顎の動き、⑦ 首の動き、⑧ 肩-腕の動き、⑨ 味覚、⑩ 嗅覚、⑪ 見た目、⑫ 力、⑬ 食欲、⑭ 呼吸、⑮ 痛み、⑯ 腫脹、⑰ 口腔内乾燥、⑱ 口臭、⑲ stomach complains ●ホワイトカラーとブルーカラーで、いくつかの治療場面で行動の違いが認められた。 ・診断前から歯医者にきちんと行っているか ・公共機関の利用 ・会話を避ける ・将来に悲観的か ・信念のコントロールが運命によっているか ・信念のコントロールが社会との依存によるか ・信念のコントロールが自己によるか　等	ホワイトカラーとブルーカラーの治療場面での行動の違いが、ブルーカラーでみられる深刻な障害を招いている。結果、ブルーカラーの復職が困難となっている。 リハビリテーションの改善が求められる。	ブルカラー、ホワイトカラーの復職の違いを分析している論文である。 「考え方や行動の違い」が「病状の違い」を引き起こす。という点で、復職阻害の要因とみなした。	In Vivo. 2013	10
30	質的研究（FG）	Return to work in multi-ethnic breast cancer survivors--a qualitative inquiry.	Tan FL	2012	マレーシア	乳癌	・18-60歳　6グループ ・病院の癌患者リスト登録者 ・Stage 1-3 ・初期治療終了者 ・snow ball サンプリングも追加	医療機関	6つのフォーカスグループ（復職成功組、復職失敗組それぞれについて、以下の人種毎の設定①マレー系、②インド系、③中国系）に分類し、インタビュー調査をした。Thematic analysisを用いて、解析した。	●職場復帰の阻害要因として、12テーマを報告した。 ●職場復帰の促進要因として、7テーマを報告した。 ●阻害要因・促進要因は大きく4つに分類できた。 ① personal, ② financial, ③ enviroment, ④ work factors ●促進要因について人種間で比較した。 ・中国系でfinancialが多かった。 ・マレー系は社会化（socialisation)の機会が主要因であった。	職場復帰と仕事との関係として、身体負荷が高い業務や有害因子への曝露の恐れがある業務は、職場復帰を遅らせたり、妨げたりする傾向がある。 逆に、使用者による柔軟な就業時間の調整や、本人に合わせた業務上の配慮の実施、経済的サポート等が、職場復帰を促進すると考えられる。 （※考察の一部である。）	就労と関連系した要因は、一部に限られる。	Asian Pac J Cancer Prev. 2012	12
43	質的研究（個人）	The only way I know how to live is to work": a qualitative study of work following treatment for prostate cancer."	Grunfeld EA	2013	UK	前立腺癌	・52例 ・転移なし、再発なし	医療機関	外来患者にインタビュー調査した。52人の電話インタビューと29人の病院のプライバシーが守られる部屋での初期インタビューが実施された。(平均 37分間)と術後12ヶ月(平均 27分間)のフォローアップインタビューを実施した。Framework analysis approachを利用した。	●仕事を通してどのように生きるかについて聴取し、4つの項目に分類した。 ① Work and Self-identity ② Work related implications of treatment side effect ③ disclosure of cancer ④ perceptions of futher as a cancer survivors	前立腺癌患者の仕事に関連する要因が明らかになった。さらに多くの事例収集と、病気になった時点での職場での介入が必要である。	なし	Health Psychol. 2013	13
44	量的研究	Reintegrating cancer patients into the workplace.	Rick O	2012	ドイツ	多種のがん	・多国籍	不明	様々な出版物からデータを集めて解析。レトロスペクティブにオリジナル記事、メタ分析、および過去10年のレビューを、含む。	・労働年齢の癌患者の63%が平均5ヶ月程は働くことができず、その後に仕事に戻る。 ・状況は国によって著しく異なり、復職する乳がんの女性の割合はイギリスの82%、米国の80%と比較して、ドイツではわずか59%。 おそらく社会システムの違いを反映して、国ごとにその割合が大きく異なる。 ・若い人やより高い教育を受けた患者は、仕事に復帰する可能性が高い。このような人は、侵襲性が低く、より合併症の少ない治療を受けている。	・国ごとのシステムの違い ・(若く、高い教育レベルの為)侵襲性の低い治療を受ける この2点に関して復職の時期に対し、有意な差があった。	なし	Dtsch Arztebl Int. 2012	14

45	量的研究	How do women value work shortly after breast cancer surgery and are their valuations associated with being on sick leave?	Petersson LM	2013	スウェーデン	乳癌	・20-63歳　女性　605例 ・診断前に働いていた ・遠隔転移例、術前化学療法を受けた例、乳がん既往例は除外	医療機関	術後約4-8週間にアンケートを配布し、職業観と病気欠勤との関連について調査した。推測統計とロジスティック回帰分析を用いて解析した。	●回答者の3分の2は、生活の中で最も重要なもののの一つとして、「仕事」を挙げた。 ●仕事は個人的な満足を提供した　86% ●職業の状況に満足　54% ●女性では年齢が高いほど（52歳以上）、より高い教育を受けており、職業満足度が高い傾向であった。 ●高等教育の女性は、自分の仕事により打ち込みやすい傾向だった。 ●単変量解析では、「職業満足度の低さ」と「より若い年齢」と「職業を変更したい意思」が、病気休暇と関連していた。 ●多変量解析では、「職業満足度の低さ」と「より若い年齢（52歳未満）」が、病気欠勤に関連していた。	乳癌の治療やリハビリ計画の初期段階において、患者の仕事のことを考える必要がある。	「復職」というよりは、「職業観」に関する調査ですが、復職への意欲のようなものを含んでいるため入れた。	J Occup Rehabil. 2013	15
46	質的研究	Women's reflections and actions regarding working after breast cancer surgery – a focus group study	Nilsson MI	2013	スウェーデン	乳癌	・20-63歳　女性　59例 ・初発診断 ・転移なし ・スウェーデン語で会話可能 ・術後3-13ヶ月	不明	①化学療法施行群、 ②未施行群、 ③55歳以上群、 ④55歳未満群、 の4つのグループに分類し、フォーカスグループインタビューを実施した。	●復職に関する反応には5つのテーマが同定された。 ① 健康と機能 ② 自尊心/清廉(integrity) ③ 仕事の価値職場での関係 ④ 職場での関係 ⑤ 社会状況 ●上記の反応は対象者の3つの行動に関連していた。 ① 働くか、休業するか ② 自分のニーズに従って仕事を調整するか、否か ③ 自分の癌であることを公開するか、しないか ● 幸福の源としての仕事を経験していた女性と、仕事から休息を必要としている女性との間に明確な差があった。	復職に向けた過程において、患者自身の好みや知覚能力、外での機会、復職に向けた行動等は、相互に作用している。 これは、全ての利害関係者に認識される必要がある。	「復職を阻害する因子」ではなく、どちらかと言えば「復職をどのように考えて行動するか」といった内容だった。	Psychooncology. 2013	17
48	インタビュー調査	Meaning of work and the returning process after breast cancer: a longitudinal study of 56 women.	Lilliehorn S	2013	スウェーデン	乳癌	・60歳以下　54例 ・スウェーデン大学病院で加療 ・12ヶ月以上放射線治療を受けている	医療機関 電話	個別インタビュー調査を3-4回実施した。初回は放射線治療が終了した時点で対面にて実施し、以降は電話にて実施した。	●診断後12ヶ月と18ヶ月後、化学療法加療群でfull timeで働いていたのは、未実施群の半分以下であった。 ●復職の促進因子 ・仕事は自身の生活を構築しているという考え、 ・職場が恋しいという思い ●復職の阻害因子 ・復職するにはまだ調子が悪いと感じていること、 ・職場がやめさせようとしている、 ・仕事への嗜好を失った、 ・休む機会を得たという考え	仕事の意味は時間とともに変化し、復職のプロセスは患者個々の生活状況によって制約される。	なし	Scand J Caring Sci. 2013	21
6	量的研究(観察研究：前向き)	Predictors of employment among cancer survivors after medical rehabilitation – a prospective study	Mehnert A	2013	ドイツ	乳癌 婦人科がん 頭頸部癌 皮膚癌 大腸直腸癌 肺癌 造血器腫瘍	・18-60歳	医療機関	①1年間のリハビリ後のCancer survivorの雇用状況を調査した。 ②RTWへの関連因子(人口統計学的、癌、心理社会学的、治療)を特定し、RTWまでの時間を求めた。 [具体的な質問内容] 機能障害、痛み、不安、抑うつ、生活の質、社会的支援、そして仕事関連の特性(作業能力、病気休暇の不在、ジョブ要件、仕事の満足度、自己知覚雇用者の宿泊施設、知覚仕事の損失　等	●RTWを予測する有意な因子として、以下を挙げた。 ・RTWの意思があるか ・雇用主がaccommodationの理解があるか ・求められる職務要件が高いこと ・癌の再発または進行 ・元の病気休暇の有無 ・社会的相互作用の問題	動機的な要因によって、RTWが左右される可能性が高いことが分かった。 職場復帰に向けての意欲と疑いの目をもって、慎重にリハビリプログラムを評価すべきである。	なし	Scand J Work Environ Health. 2013	23
32	質的研究(FG)	Employment after a breast cancer diagnosis: a qualitative study of ethnically diverse urban women.	Blinder VS	2007	アメリカ	乳癌	・18-65歳 ・Stage I-III ・調査3ヶ月以上前に診断 ・人種：African-American, Afrian-Caribbean, Chinese, Filipina, Latina, or no-Latina-white	医療機関	フォーカスグループインタビュ-を実施した。診断時の仕事の内容、がんによる仕事の変化や上司・同僚との関係の変化、仕事を辞めたか、なぜ辞めたか、コミュニティや家族の考え方や反応、等について議論した。	●討論のテーマとして出てきたのは、6つであった。 ① normalcy, ② acceptance, ③ identity, ④ apperance, ⑤ parivacy, ⑥ lack of flexibility at work, ⑥ employer support ●人種間の違いとして、Chineseでは支援を受けるため、情報開示は必要であることが挙がった。人種による違いは大きくなかった。	概ねこれまでの知見と同じであるが、employer support, privacy, normalcyの関係について、2つのthematic pathwaysを新たに見出している。 ①以前と変わらぬ職場環境の整備には、employerによるプライバシーの保護が含まれること ②家族の既往がある場合、癌の診断の受入れ、診断後の対応力が高くなっていること	研究目的は人種差(minority)であったが、この点についてはあまり意味のある情報は得られていない。	J Community Health. 2012	24

24	質的研究 （G）	Supporting Return-to-Work in the Face of Legislation: Stakeholders' Experiences with Return-to-Work After Breast Cancer in Belgium	Tiedtke C	2012	ベルギー	乳癌	・26例　3グループ (n=7,n=9,n=10) うち、 ・治療担当者　4例 ・雇用者　6例 ・socio security phycician　3例 ・産業医　4例 ・cancer survivor　5例 ・患者関係者　4例	不明	3つのグループ（グループの分け方について記載なし）にインタビューを実施した。RTWについて法的・実践的役割について経験をもとに語ってもらった。質的テーマ分析の手法を用いて、解析した。	●ステークホルダー毎に視点が違っていた。 ●従業員は治療にフォーカスを充てるとともに、RTWオプションについて病気の情報をもとに感じている。 ●治療医は仕事について患者に指示に従ってほしいと思っている。治療が終了するまでは治療を最優先に考えてもらいたい ●雇用者はビジネスと雇用のバランスを考えなければならない。 ●social security physicianは仕事の能力を評価しRTWオプションを調整する。 ●産業医は機会を伺っているが、法律がそれをサポートしていない。	ステークホルダーはそれぞれの見えているものが違うので、他職種の連携が重要である。	なし	J Occup Rehabil. 2012	25
7	質的研究 （個人、FG）	Returning to work after treatment for haematological cancer: findings from Australia.	McGrath PD	2012	オーストラリア	造血器腫瘍 白血病 多発性骨髄腫 リンパ腫 その他	・成人　50例　1グループ （男性　26例、女性　24例） うち、 ・白血病　17例、 ・多発性骨髄腫　15例、 ・リンパ腫　14例、 ・その他　4例 ・診断後1年以上経過 ・Leukaemia Foundation of Queensland（LFQ）登録者 ・International Program of Psycho-Social Health Research（IPP-SHR）を通して参加 ・骨髄移植後　11例を含む ・幹細胞移植後　15例を含む	不明	対象者各々に電話で1時間のインタビュー調査をした。この調査結果と考察をフォーカスグループに報告し、議論した。議論内容は録音・文字起こしし、質的データ解析プログラムを用いて解析した。	●就労との関係性で3グループに分類できた。各グループの経験の特徴を分類し報告した。 ① 退職後で復職問題がなかった群 ② 復職成功群 ・休業期間が短く身体的負担も小さかったため、問題なく前職に復職できた。 ・part timeで復職し徐々に就労時間を伸ばした。 ・仕事をFlexibilityにマネジメントできた。 ③ 働きたいのに復職過程で問題があった群 ・様々な合併症、特に疲労によって就労困難であった。 ・身体的負荷の高い作業について雇用契約を結んでいた。 ・ショックで復職の機会を逃した。 ・精神的に自信や能力が失われた。 ・仕事をしないことで社会的な疎外感を感じた。 ・経済的な負担を感じた。 ・復職に関する社会的支援の知識がなく、復職意欲があるのに復職が阻害された。	オーストラリアで、がん就労（特に造血器腫瘍患者の就労）に最も大きな影響を与える因子は年齢である。 がん診断後の復職では、精神的な負担を受けやすいため個人への支援が必要である。 （※文献的考察が中心。）	なし	Support Care Cancer. 2012	27
8	質的研究 （meta-ethnography）	Employment and breast cancer: a meta-ethnography.	Banning M	2011	UK	乳癌	該当なし	不明	診断後に職場復帰する際の経験に関する10の質的研究を統合し、meta-ethonographic approachを用いて、詳細に分析した。各研究論文の情報を統合し、それぞれのグループ内で翻訳した。	●職場復帰に関して4つのコンセプトが明らかになった。 ① influence factors, ② sickness absence, ③ work ability, ④ work-related problems ●更なる分析で、4つの最終的な解釈が出来上がった。 ① breast cance and employment, ② treatment-induced physical impairment, ③ employer comprehension of breast cance, ④ fear of work-related failure	乳癌患者の職場復帰支援として、雇用者の教育の重要性、産業保健サービス充実の重要性が考察された。 また、がん専門医についても、職場復帰のベストなタイミングを決定できるよう支援する必要がある。	treatment-induced physical impairmentとして、種々の症状と仕事上の困難性が記載されている。	Eur J Cancer Care (Engl). 2011	28
10	インタビュー調査	A longitudinal qualitative study of the experience of working following treatment for gynaecological cancer.	Grunfeld EA	2012	UK	婦人科がん （子宮内膜癌、子宮頸癌、卵巣癌）	・18-65歳 ・来治療終了後4週間以内	医療機関電話	個別インタビューを2回実施した。 ①復職前： 復職に関する認識、業務においてがんの影響についての考え、職業上の目標、仕事の価値など ②復職後1年： 復職のプロセス（促進因子と阻害要因）、仕事や職業上の目標に対する認識など	① 復職前（55例） ② 復職後（36例） ●仕事の意味： ・金銭的報酬、 ・社会との関わり、 ・ルーチン作業の供給 ●情報の開示： 同僚に開示した事例はほとんどなく、限られた同僚に開示した事例や、ラインマネジャーだけに開示した事例はあった。 ●仕事の再調整： ・疲労感、集中力低下、長時間座位が困難等により、職場環境や業務に慣れるためには調整期間や小休憩が必要であった。 ・記憶力低下により、不安、自信喪失を認めていた。	復職前後で働き方は変わらなかったが、仕事に対するモチベーションや目標は変化した。 職場の人に情報を開示することでサポートが得られやすい反面、仕事の変更を強いられたり失業させられる恐れもある。	なし	Psychooncology. 2012	32

37	質的研究	Factors influencing return to work: a narrative study of women treated for breast cancer	Johnsson A,	2008	スウェーデン	乳癌	・48-55歳、16例 (就労中　8例、休業中　8例) ・手術後1年の時点の ・勤労に関する経験についてインタビュー調査を電話や文書でリクルートした。		個別インタビュー(40-60分)による調査を実施した。narrative method suggested by Mishlerを用いて、インタビューおよび解析した。In depth-interview。	★労働市場に属しているもののうち感じ方の変化があった。 ●労働市場にいる人たちについて ① Early returner群は、急いでおりかつクリエイティブな機会のある職と感じていた。 また仕事をすることは普通のことと感じていた。 一方で、配慮が受けられないことについて憤慨する事例もあった。 ② Late retueners群は、体調が回復したと自信を持ってからの復職を願った。 ③ Sick leave群は仕事に対する態度が変わっていた。一時的なdisabilityを有していても市場に残ることを欲していた。 ●休んでいる人たちについて ① Early returner群は、上司や同僚からの支援が強かった。業務量も相当程度減量させていた。 一時的な契約社員を雇い労働者をサポートした事例もあった。 ② Late retueners群はRTWを勝ち取った ③ Sick leave群は雇用者にできないことを強要された。	3つの重要な要素が存在する。 ① 労働市場に所属することは心理的変化に非常に大きな影響を及ぼす。 ② 仕事への態度は変容する。 ③ 社会的支援はRTWにとって決定的な要素である。	MSWが作成したもので感情がこもった論文であった。しかしがら外国人の感情を読み取るのは大変困難であった。どちらかというと、職場の理解のないことが就労の阻害要因になっていることを悪意を持って書いているような気がする… また、結果と考察が乖離しておりあまり参考にならないようにも思われた。	Eur J Cancer Care (Engl). 2010	40

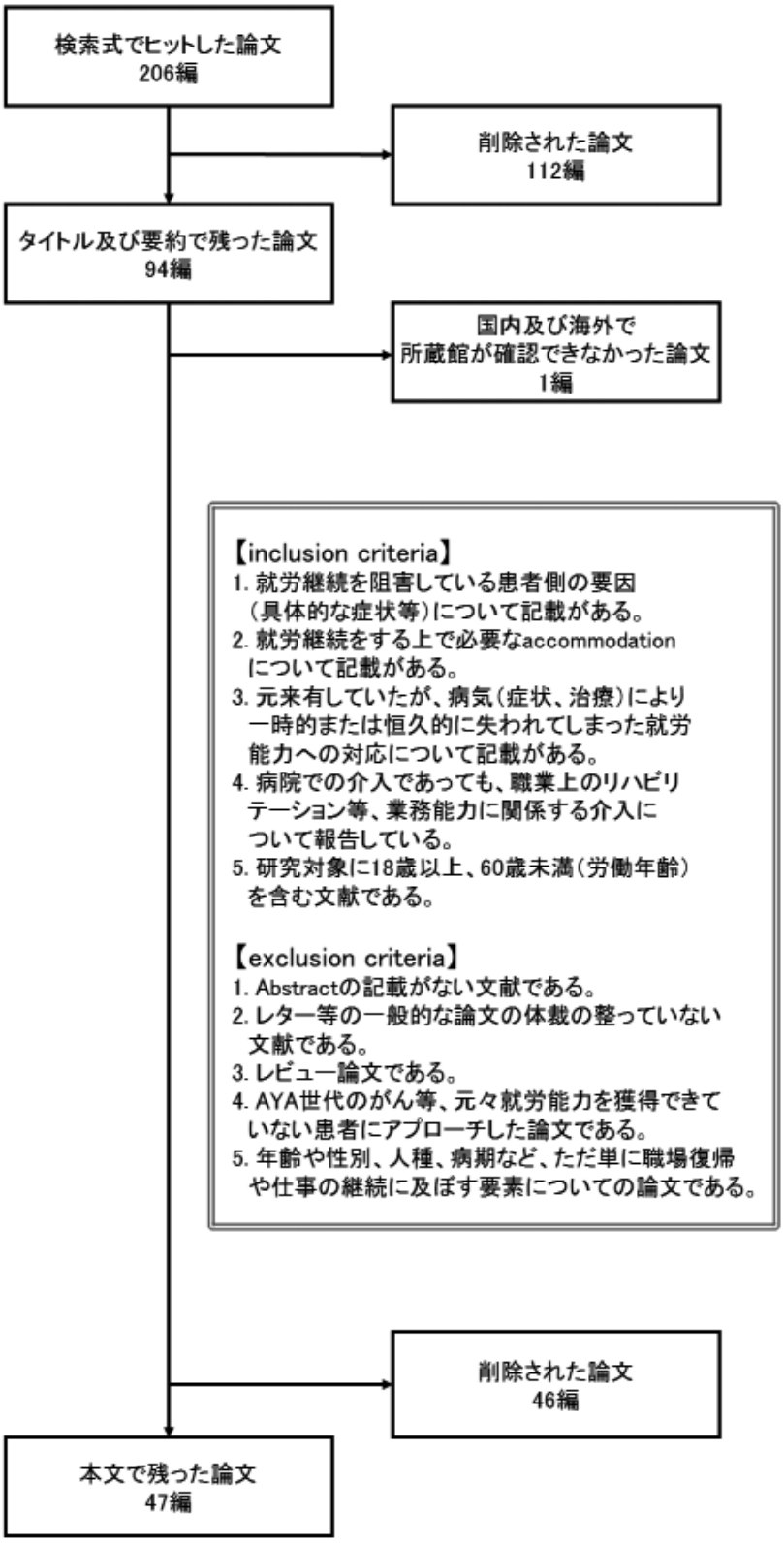


Fig. 1. 本調査における論文選別

労災疾病臨床研究事業

分担研究報告書

身体疾患患者の就労支援に与える就労上および治療上の要因に関する文献調査

「循環器疾患」

研究分担者

安部　治彦　産業医科大学医学部不整脈先端医学

労災疾病臨床研究事業費補助金　分担研究報告書

（身体疾患を有する患者の治療と就労の両立を支援するための主治医と事業場（産業医等）の連携方法に関する研究―「両立支援システム・パス」の開発）

身体疾患患者の就労支援に与える就労上および治療上の要因に関する文献調査「循環器疾患」

研究分担者　安部　治彦　　産業医科大学医学部不整脈先端治療学　教授

研究要旨:

心疾患を発症した患者には就労者も多く、その後の復職（職場復帰）や就労に関しては各々に対し配慮が必要である。しかし就業区分の決定や就業上の配慮すべき点に関して、企業側（産業医側）と主治医（医療機関）間でのコミュニケーションは実際的には非常に希薄であり、産業医側に必要な情報が伝わっているか、あるいは患者の不利益になっていないか、などの不安が医療現場にはある。本研究の目的は、Web 検索システムや循環器疾患に関わる学会ホームページ等を利用し、就労支援に関与する文献や臨床ガイドラインが、どの程度言及されているのかを明らかにすることにある。

Web 検索の結果、日本循環器学会から「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」と「ペースメーカ、ICD、CRT を受けた患者の社会復帰・就学・就労に関するガイドライン」が既に発行されていた。特に後者は、労働安全衛生法・労働基準法に基づいた就労指導のみならず、個人情報保護に関する記載もなされていた。心疾患を有する就労者の身体活動能力は勿論、職場環境から自動車運転制限に至るまで幅広くしかも具体的に記載されており、臨床医にとって極めて有用性が高いガイドラインである。

国内からの文献調査では、介護職、看護職、リハビリテーション領域から心筋梗塞患者を対象とした報告が多くなされていたが、復職時の主治医と産業医の対応、等に言及したものはなかった。

現時点では「主治医□ 産業医間のコミュニケーション」の必要性に関しては検討されていない。しかし、臨床医は日々の診療においてその重要性を認識しており、いかに作り上げて行くかが今後の課題であり、適切なツールを作成する必要がある。

研究協力者

荻ノ沢泰司　（産業医科大学医学部　第二内科学　学内講師）

河野　律子　（産業医科大学医学部　不整脈先端治療学　講師）

A. 研究の背景と目的

1）背景

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

2）目的

本研究では、心疾患を有する就労者の就業措置あるいは職場復帰に関する文献や臨床ガイドラインなどが、現在までどの程度なされているのかをまず明らかにする。

B. 方法

1）国内のガイドライン調査

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

2）文献調査

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

C. 結果

1）国内のガイドラインの状況

① 日本循環器学会のガイドライン

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

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

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

各ガイドラインの概要を下記に示す。

a)日本循環器学会「心疾患患者の学校、職域、スポーツにおける運動許容条件に関するガイドライン（2008 年改訂版）」（図１）

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

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

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

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

2）文献調査結果

① 海外論文の文献検索

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

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

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

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

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

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

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

② 国内論文の文献検索

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

「職場復帰　and 心臓　」での検索結果

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

上記の検索結果の件数は、重複しているものもある。その検索から、本研究の趣旨に合致していると考えられるものを文献を選別した（表１）。選別基準として、１．循環器疾患についての報告、2. 特殊な症例の職場復帰を取り上げた内容ではないこと、の 2 点を考慮し、表 1 の 13

件の報告文献の内容を確認した。その結果は下記の如くであった。

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

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

D. 考察

1) 循環器疾患患者における両立支援の必要性

疾病管理支援と就労支援による両立支援の必要性は、何もがん患者に限ったことではなく、心疾患（突然死や虚血性心疾患、心不全や不整脈疾患、など）患者でも両立支援が必要であることは言うまでもない。急性心筋梗塞に罹患した就労者は、発症時の急性期入院治療のみならず退院後も外来での定期的な通院治療あるいは短期の入院治療の継続が必要となることが多い。また、心筋梗塞後の患者では、心機能低下に伴う慢性心不全を発症し、危険性や致死性不整脈により心臓突然死や一過性意識消失をきたす危険もある。更に、心疾患患者は自身の身体活動能力低下に対する就労上での不安のみならず、心疾患に伴う精神的な不安感・恐怖感をもち続けて就労に携わっていることが多い。

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

2) 主治医による循環器疾患の就労支援

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

患者が心疾患の治療を受けつつ、かつ疾患の増悪をきたさない範囲で就労を継

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

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

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

E. 結論

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

F. 引用・参考文献

1) 奥村 謙、青沼和隆、安部治彦、他「ペースメーカ、ICD、CRT を受けた患者の社会復帰・就学・就労に関するガイドライン（2013 年改訂版）」
http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2013_okumura_h.pdf

2) 長嶋正實、伊東春樹、勝村俊仁、他「心疾患患者の学校、職域、スポーツにおける運動許容条件に関するガイドライン（2008 年改訂版）」
http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2008_nagashima_h.pdf

3) Mirmohammadi SJ, Sadr-Bafghi SM, Mehrparvar AH, Gharavi M, Davari MH, Bahaloo M, Mostaghaci M, Sadr-Bafghi SA, Shokouh P. Evaluation of the return to work and its duration after myocardial infarction. ARYA Atheroscler. 2014;10 (3): 137-140.

4) Soejima Y, Steptoe A, Nozoe S, Tei C.

Psychosocial and clinical factors predicting resumption of work following acute myocardial infarction in Japanese men. Int J Cardiol. 1999 ;72 (1): 39-47.

5) Saito M, Fuseno H, Honda T, Haze K, Hiramori K.. Clinical problems in the management of patients with acute myocardial infarction from its onset to the patients' return to work. Jpn Circ J. 1983; 47 (6): 686-695.

G.研究発表

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

図1.

循環器病の診断と治療に関するガイドライン（2007年度合同研究班報告）

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）

Guidelines for Exercise Eligibility at Schools, Work-Sites, and Sports in Patients with Heart Diseases (JCS 2008)

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

目　次

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

（無断転載を禁ずる）

図2.

循環器病の診断と治療に関するガイドライン（2012年度合同研究班報告）

【ダイジェスト版】

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

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

合同研究班参加学会

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

目次

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

（無断転載を禁ずる）

表1. 文献検索結果

1	循環器疾患からの復職後の就業予後決定因子(会議録) Author : 宮崎 彰吾(日本鋼管病院 京浜保健センター), 宇都宮 千春, 末満 達憲, 若林 三津子, 堀江 正知 Source : 産業衛生学雑誌 (1341-0725)45巻臨増 Page696(2003.03)
2	働きながらの循環器管理 脳血管障害者の職場復帰のためのサポート体制(原著論文) Author : 佐伯 覚(産業医科大学 リハ医) Source : 労働の科学 (0035-7774)50巻1号 Page27-30(1995.01)
3	心筋梗塞後の職場復帰に関与する因子の包括的検討(会議録) Author : 添嶋 裕嗣(鹿児島大学 医 第1内科), 鄭 忠和 Source : Japanese Circulation Journal (0047-1828)63巻Suppl.I Page435(1999.03)
4	心筋梗塞患者のアンケート調査 復職状況と病気に対する不安などについて(原著論文) Author : 桑原 敏樹(昭和大学 第3内科), 長谷川 武志, 長山 雅俊, 他 Source : 日本循環器管理研究協議会雑誌 (0914-7284)22巻3号 Page553-555(1988.02)
5	心筋梗塞症患者の社会復帰の現状 欧米との対比を含めて(原著論文) Author : 斎藤 宗靖(国立循環器病センター研究所病院), 平盛 勝彦, 土師 一夫 Source : 日本医事新報 (0385-9215)3154号 Page46-50(1984.10)
6	急性心筋梗塞患者の発症から復職に至る間の管理上の臨床的問題(英語)(原著論文) Author : Saito Muneyasu(国立循環器病センター研究所), Fuseno Hideo, Honda Takashi Source : Japanese Circulation Journal (0047-1828)47巻6号 Page686-685(1983.06)
7	急性心筋梗塞患者の抑うつ気分と復職との関連(会議録) Author : 井藤 紀明(関西労災病院), 南都 伸介, 上松 正朗, 大原 知樹, 両角 隆一, 小谷 順一, 粟田 正樹, 肥後 修一郎, 大西 俊成, 飯田 修, 世良 英子, 永田 正毅 Source : Circulation Journal (1346-9843)68巻Suppl.II Page811(2004.04)
8	虚血性心疾患患者の復職の現状・看護に関する文献検討(会議録) Author : 村松 夕妃(国立循環器病センター), 遠藤 晶子 Source : 国立病院看護研究学会学術集会集録集 (1349-6050)7回 Page65(2009.12)
9	心筋梗塞患者のリハビリテーション,予後,及び復職能力に関する研究 4及び8週間リハビリテーションプログラムの比較(英語)(原著論文) Author : Fujita Yoshinori(昭和大学), Hasegawa Takeshi, Niitani Hirokazu Source : Japanese Circulation Journal (0047-1828)47巻6号 Page696-702(1983.06)
10	入院治療を要した壮年循環器疾患患者における退院後の復職状況(会議録) Author : 高瀬 広詩(徳島赤十字病院 リハビリテーション科), 松尾 善美, 平林 伸治, 村上 直也, 小田 実, 小倉 理代, 日浅 芳一 Source : 日本職業・災害医学会会誌 (1345-2592)62巻臨増 Page別160(2014.10)
11	除細動器植込み患者の術後就労状況(原著論文) Author : 松本 直樹(聖マリアンナ医科大学 循環器内科), 中沢 潔, 桜井 庸晴, 塩田 邦朗, 岸 良示, 三宅 良彦, 村山 正博, 武井 裕, 池下 正敏 Source : 不整脈 (1343-8433)16巻4号 Page470-475(2000.10)
12	心筋梗塞を発症した成人の復職に伴う困難と対応(第2報)(原著論文) Author : 平良 由香利(獨協医科大学 看護学部成人看護学), 中村 美鈴 Source : 日本クリティカルケア看護学会誌 (1880-8913)8巻1号 Page40-51(2012.02)
13	当院における急性心筋梗塞症例の復職状況について(会議録) Author : 大森 貴允(三豊総合病院 リハビリテーション科), 井上 純一, 木村 啓介 Source : 理学療法学 (0289-3770)36巻Suppl.2 Page566(2009.03)

労災疾病臨床研究事業

分担研究報告書

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

研究分担者　佐伯　覚
産業医科大学リハビリテーション医学講座

労災疾病臨床研究事業費補助金研究　分担研究報告書

（身体疾患を有する患者の治療と就労の両立を支援するための主治医と事業場（産業医等）の連携方法に関する研究―「両立支援システム・パス」の開発―）

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

研究分担者　佐伯　覚　（産業医科大学リハビリテーション医学講座　教授）

研究要旨

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

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

【結果および考察】

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

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

研究協力者

加藤徳明　（産業医科大学　リハビリテーション医学講座　助教）

伊藤英明　（産業医科大学　リハビリテーション医学講座　助教）

白石純一郎　（産業医科大学　若松病院リハビリテーション科　助教）

A. 研究目的

はじめに

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

B. 研究方法

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

C. 研究結果 および D. 考察

１．脳卒中患者のおかれた現状

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

しかし、今日の雇用条件はきびしく、社会的な受け皿が少ないために、たとえ働きたくても仕事を通した社会参加が難しくなっている。脳卒中患者の入院時のニーズを調査した澤の研究では[6)]、仕事に対するニーズは高いものの、ニーズのあきらめで多かった項目は皮肉にも復職であったという結果を報告しており、再就職の壁が高いことわかる。

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

２．脳卒中の復職の三要素

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

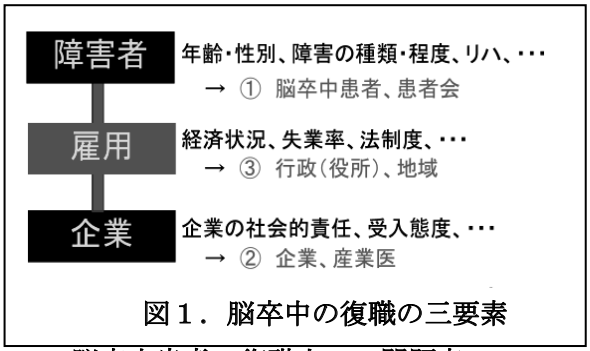


図１．脳卒中の復職の三要素

３．脳卒中患者の復職上での問題点

他の疾患と比べて特に復職上問題になるのは、

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

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

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

４．退院後の職場未復帰者の心身機能の特徴について

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

このように、脳卒中後の復職は個人レベルでの生きがいにも関わっており、社会復帰の一形態として重要な意義を有しているといえる。

５．復職率について

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

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

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



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

研究	対象者数	復職率 (%)	追跡期間（特に断りがなければ，脳卒中後）			国
			平均	一定期間	その他	
Black-Schaffer RM, et al, 1990[4]	79	49	5 か月			米国
Federico F, et al, 1990[5]	44	73	4 年			イタリア
Bergmann H, et al, 1991[6]	174	15		1 年（リハ後）		ドイツ
Lanzino G, et al, 1991[7]	135	91	5.8 年			イタリア
Ramsing S, et al, 1991[8]	26	38			>3 年（脳卒中後）	スウェーデン
Adunsky A, et al, 1992[9]	30	81		6 か月		イスラエル
Hindfelt B, et al, 1992[10]	62	74			範囲，13-26 年	スウェーデン
Angeleri F, et al, 1993[11]	180	21	37.5 か月			イタリア
Saeki S, et al, 1993[12]	230	58	43 か月			日本
Ferro JM, et al, 1994[13]	184	73	43 か月			ポルトガル
Kappelle LJ, et al, 1994[14]	274	42	6 年			米国
Saeki S, et al, 1995[15]	173	57			範囲，6-18 か月	日本
Hsieh CL, et al, 1997[16]	248	58			中央値，26 か月	台湾
Ogden JA, et al, 1997[17]	123	38			範囲，4-7 年	ニュージーランド
Nelles G, et al, 1998[18]	7	71	12.4 か月			米国
Malm J, et al, 1998[19]	24	57		1 年		スウェーデン
Neau JP, et al, 1998[20]	63	73	32 か月			フランス
Korpelainen JT, et al, 1998[21]	復職データなし		6 か月			フィンランド
Dombovy ML, et al, 1998[22]	正確な復職率の提示なし		28 か月			米国
Marini C, et al, 1999[23]	304	56	96 か月			イタリア
Wozniak MA, et al, 1999[24]	156	51		1 年		米国
Camerlingo M, et al, 2000[25]	135	61		1 年		イタリア
Teasell RW, et al, 2000[26]	64	20		3 か月（リハ後）		カナダ
Hinckley JJ, 2002[27]	15	53			範囲,24-30 か月(リハ後)	米国
Leys D, et al, 2002[28]	235	74	3 年			フランス
Kersten P, et al, 2002[29]	213	35			範囲，1-26 年	英国
Martin BJ, et al, 2002[30]	30	27			範囲，6-9 か月	英国
Corr S, et al, 2003 (a)[31]	24	4	21 か月			英国
Corr S, et al, 2003 (b)[31]	5	60	90 か月			英国
Bendz M, 2003[32]	復職データなし				<1 年（脳卒中後）	スウェーデン
Low JT, et al, 2003[33]	105	13			範囲，0-27 年	英国
Musolino R, 2003[34]	54	69	6.1 年			イタリア
Röding J, et al, 2003[35]	復職データなし					スウェーデン
Vestling M, et al, 2003[36]	120	41	2.7 年			スウェーデン
Naess H, et al, 2004[37]	158	69	5.7 年			ノルウェー
Varona JF, et al, 2004[38]	240	53	11.7 年			スペイン
Adams RA, et al, 2004[39]	127	62		1 年（リハ後）		米国
Kersten P, et al, 2004[40]	286	28			範囲，2-5 年（大多数）	英国
Banks P, et al, 2004[41]	復職データなし				3-6 か月および 6-9 か月	英国
Lock S, 2005[42]	33	33	3.9 年			英国
Koch L, et al, 2005[43]	8	50			>6 か月（退院後）	米国
Vestling M, et al, 2005[44]	65	35			>2 年（脳卒中後）	スウェーデン
Stone SD, 2005[45]	22	54			範囲，3-34 年	カナダ
Teasdale TW, et al, 2005[46]	104	45		5 年		デンマーク
Medin J, et al, 2006[47]	6	100			報告なし	スウェーデン
Mennemeyer ST, et al, 2006[48]	58	43			>6 か月（リハ後）	米国
Hofgren C, et al, 2007[49]	55	20		3 年（リハ後）		スウェーデン
Hartman-Maeir A, et al, 2007[50]	39	3		1 年		イスラエル
Alaszewski A, et al, 2007[51]	31	58			1-18 か月	英国
van de Port I, et al, 2007[52]	正確な復職率の提示なし			3 年		オランダ
Glozier N, et al, 2008[53]	210	53		6 か月		ニュージーランド
Busch MA, et al, 2009[54]	266	35		1 年		英国
Saeki S, et al, 2010[55]	325	55		18 か月		日本

1．各国の脳卒中後の復職率一覧[4]

６．復職の予測要因

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

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

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

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

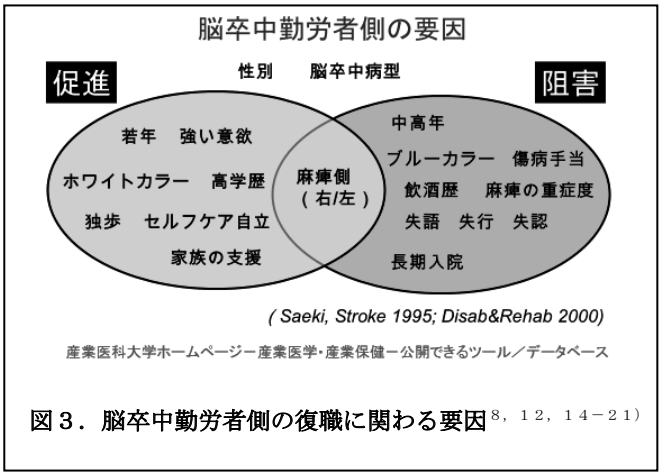


図３．脳卒中勤労者側の復職に関わる要因[8，12，14－21)]

表２．脳卒中後の復職に関する医学文献一覧[21)]

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

表２．脳卒中後の復職に関する医学文献一覧（つづき）

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

表２．脳卒中後の復職に関する医学文献一覧（つづき）

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

表２．脳卒中後の復職に関する医学文献一覧（つづき）

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

表２．脳卒中後の復職に関する医学文献一覧（つづき）

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

表２．脳卒中後の復職に関する医学文献一覧（つづき）

	論文／書籍	和文／英文	著者	雑誌名（括弧内は発行所）	タイトル（書名）	巻	頁	発行年	コメント
37	論	和	佐伯　覚・他	日災誌	脳卒中後の職業前評価：簡易復職チェックリストの試作	45	792-795	1997	職業リハとは異なり，病院での医学的リハ中に実施される復職アプローチを「職業前リハ（職業前評価）」と呼ぶが，脳卒中急性期に復職の可否を判定する簡便なチェックリストを提示している．
38	論	英	Wozniak MA, et al	Stroke	Stroke location is not associated with return to work after first ischemic stroke.	30	2568-2573	1999	米国国立研究所 NINDS による脳卒中データバンクの情報を用いた調査研究論文．脳卒中の発症部位と復職との関連を検討している．初発脳梗塞の患者で発症時フルタイムの労働者を対象とし，発症後１年目で復職の状況を調査，53%が復職し，そのうち 85%がフルタイムであった．解析の結果，年齢・Barthel index が復職と関連し，脳卒中発症部位・性・うつとの関連は認められなかった．
39	書	和	労働福祉事業団職場復帰問題研究会	（労働福祉事業団）	職場復帰のためのリハビリテーションマニュアル			1999	全国労災病院リハ科が共同執筆にあたった，脳卒中片麻痺例を含む各障害に対する復職のアプローチ方法を紹介した書．障害別の復職のポイントやノウハウが散りばめられている．
40	論	英	Saeki S	Disabil Rehabil	Disability management after stroke：its medical aspects for workplace accommodation.	22	578-582	2000	リハ医学の国際学会（ISPRM）の機関誌に発表された脳卒中後の復職マネージメントに関する英文の総説論文．2000 年までの脳卒中の復職に関連する医学的文献を網羅し，総括している．
41	論	和	佐伯　覚・他	総合リハ	脳卒中後の職業復帰予測	28	875-880	2000	脳卒中後の復職を予測する要因に関する総説論文．復職率の国内外の比較，復職研究に関して考慮すべきパラメーター，復職の予測要因に対する考察を加え，今後の研究課題に関しても言及している．
42	論	英	Teasell RW, et al	Arch Phys Med Rehabil	Social issues in the rehabilitation of younger stroke patients.	81	205-209	2000	50 歳以下で発症した若年脳卒中患者 83 名の入院リハ終了後の転帰に関する調査研究．発症時 64 人が就業しており，退院後 3 か月の時点で 13 人（20.3%）しか復職できなかった．フルタイム労働者のうち，9.4%しか復職していなかった．若年発症の脳卒中患者は，復職・離婚・子供の養育等重要な社会的要因を抱えている．
43	書	英	Cox RAF, et al (ed)	(Oxford Univ Press, London)	Fitness for Work：The Medical Aspects（3rd ed）.			2000	臨床専門医と産業医による共同執筆．各疾病や傷害ごと（脳卒中片麻痺を含む）に，適正配置における医学的な評価ならびに指針について包括的に述べてある．就業における健康や障害の問題について，医学的見地のみならず，法律や倫理面についても詳細に吟味している．第１版および第２版に比べて内容が大幅に刷新され，より実務的な内容になっている．

表２．脳卒中後の復職に関する医学文献一覧（つづき）

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

７．復職できる条件

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

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

８．脳卒中後の復職条件と適正配置

就労可能か否かを検討するには就労支援者の有無、職場環境、職務内容、労働条件、在宅ワーク等の多くの条件を考え合わせることが重要である[4, 9, 23)]。また、脳卒中患者の 92%が障害者向けの職種、障害の程度に応じて改変された職場への配置転換を受けており[10)]、本人の就業能力と作業負荷とのバランスをとることは今後継続した復職を目指す上でも重要である。例えば、身体的負荷軽減のために姿勢を調整し、作業道具の選択や置く位置の設定等を調整するなどの環境設定を行うことや、職場の人間関係を把握し、調整をしていくことで、作業をより安心・安定・継続してできるよう検討することも必要となる[23)]。また、安全衛生について考えておく必要があり、本人の再発のリスク、そして第三者へのリスクも考慮しなければならない。リスクがあることは復職を阻害する方向に作用する。脳卒中患者を雇用する企業の中において、脳卒中に関する知識や経験不足のために、脳卒中労働者の雇用に対して複雑な感情や様々な問題点に遭遇すると言われている[17)]。そのため、医療関係スタッフと産業保健スタッフとの密な情報交換を行い、障害を知ってもらうことが大切である。

９．サポート体制

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

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

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

１０．産業医との連携

脳卒中の復職に際して、これまで社会的支援復職への関与に関する比較研究はほとんど見られなかったが、全国２１労災病院の脳卒中患者の復職研究において、田中らは産業医の復職支援の有無との関連性について、産業医の関与があった場合はない場合に比べて７．５倍復職率が高かったことを報告し産業医との連携の重要性を指摘している[20)]。また、産業医との良好な連携により、配置

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

E. 結論

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

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

F. 参考文献

1） 佐伯 覚:リハビリテーションに必要な産業医学の知識－リハビリテーションの役割. 総合リハ（印刷中）

2） 濱田 学・他：脳卒中の予後予測：脳卒中患者の就労予測. 総合リハ 42：741-745、2014

3） 佐伯 覚・他：脳卒中．臨床リハ 15:818-823,2006

4）佐伯 覚。他:脳卒中後の復職-近年の研究の国際動向について.総合リハ 39:385-390,2011

5）藤田早苗・他:脳血管障害者の復職支援と院内作業療法の役割.職業リハビリテーション 17;61-66,2004

6）澤 俊二:就労支援における OT の役割と特徴.OT ジャーナル 43:738-742,2009

7）菊池恵美子:働くことの意味 1.人と仕事.OT ジャーナル 43:650-652,2009

8）佐伯 覚:脳卒中後の職場復帰の予測要因.日職災医誌 54:119-122,2006

9）佐伯 覚:疾病とつきあいながら働く-職場復帰.健康開発 15:33-40,2010

10）佐伯 覚・他:脳卒中後の職場復帰予測.総合リハ 28:875-880,2000

11）佐伯 覚:脳卒中患者の職場復帰:日職災医誌 51:178-181,2003

12）豊永敏宏:症例に見る脳卒中の復職支援とリハシステム、独立行政法人 労働者健康福祉機構,pp6-109,2011

13）豊永敏宏:中途障害者の職場復帰.Medical Practice 27:1703-1706,2010

14）Saeki S et al: Return to work after stroke: a follow-up study. Stroke 26:399-401,1995

15）Saeki S et al: Factors influencing return to work after stroke in Japan, Stroke 24:1182-1185,1993

16）Saeki S, et al: Determinants of early return to work after stroke in Japan. J Rehabil Med 42: 254-258, 2010

17）Coole C et al: Returning to work after stroke: perspectives of employer stakeholders, a qualitative study: J Occup Rehabil 23:406-418, 2013

18）Tanaka H et al: Functional and occupational characteristics predictive of a return to work within 18 months after stroke in Japan implications for rehabilitation Int Arch

Occup Environ Health,DOI 10.1007/s00420-013-0883-8,2013
１９）岡崎哲也:高次脳機能障害のリハビリテーションと職場復帰.脳卒中 35:139-142,2013
２０）田中宏太佳・他：脳卒中患者の復職における産業医の役割－労災疾病等１３分野医学研究・開発。普及事業における「職場復帰のためのリハビリテーション」分野の研究から―. 日職災医誌５７：29-38、2009
２１）佐伯　覚・他：脳卒中後の職場復帰―医学関連の文献情報. 総合リハ 35：291-298、2007
２２）Melamed S et al: Prediction of functional outcome in hemiplegic patients: Scand J Rehab Med 12:129-133,1985
２３）峰野和仁:就労支援における作業療法の技術環境調整の実際.OT ジャーナル 43:793-797,2009
２４）佐伯　覚：印象に残ったリハビリテーション事例「今さら仕事はかえられん！」－復職へのアプローチ.総合リハ 36：1114-1116、2008
２５）原寛美:脳卒中リハビリテーションポケットマニュアル.医歯薬出版：14-15.2007

G.研究発表

1)　なし

分担研究報告書

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

研究分担者
立石 清一郎　産業医科大学・産業医実務研修センター講師
森 晃爾　　産業医科大学・産業保健経営学教授

労災疾病臨床研究事業費補助金研究　分担研究報告書

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

研究分担者

産業医科大学・産業医実務研修センター　講師　立石 清一郎

産業医科大学・産業生態科学研究所　教授　森 晃爾

研究要旨

【目的】

大企業・中規模事業場・小規模事業場の 3 群について身体疾患患者の復職の際、医療職との情報共有する上において、それぞれの専門職にフォーカスグループディスカッションを実施し、適切な情報共有のあり方と問題点を整理する。

【方法】

3 群についてそれぞれ 2 つのフォーカスグループディスカッションを実施する。参加者の募集は機縁法やスノーボールサンプリングにて実施する。大企業や中規模事業場については最も情報の多く集まる産業医から聴取することとし、産業医のリクルートについては日本産業衛生学会専門医または指導医資格保持者を対象とした。小規模事業場については特定社会保険労務士の集団からサンプリングした。フォーカスグループディスカッションで聴取された内容については KJ 法を参考に類似の意見をまとめた。

【結果および考察】

有用な情報としては治療内容、病状、ステージ、処方内容といった医療情報が挙げられた。就業配慮を実施するために必要な医療情報という因果がはっきりわかる情報共有が望まれていた。また、安全にかかわる情報については確実な提供が望まれていた。一方で困る情報としては職場のことを考えない一方的な医療の側からの情報発信の場合で、医療情報で詳細すぎる項目は困惑していた。特に予後が期待できない情報についてはあまりほしくないとの意見が大勢であった。

【結論】

医療職と職場の情報共有は企業規模で大きく違う部分は専門家の有無と就業配慮余地の大小でそれ以外は大きく異なるということはなかった。今回の調査結果をもとに両立支援パスのβ版を作成し試行をすることが肝要である。

研究協力者

岡　亜希子　（産業医科大学　産業医実務研修センター）

岡田　岳大　（産業医科大学　産業医実務研修センター）

原田　有理沙　（産業医科大学　産業医実務研修センター）

横山　麻衣　（産業医科大学　産業医実務研修センター）

A. 研究目的

従業員が身体的疾患に罹患し復職する際に、企業の担当者が治療状況の確認をしたうえで、疾患ごとに発生する身体的な能力低下を確認したうえで仕事と健康状態のミスマッチを解消するよう就業配慮が実施される。このように、企業にとって疾病に罹患した従業員の就業配慮を行うためには個別の病態・状況を把握し仕事への適性を確認することが必要であり、一般化された手法が存在しないため担当者の能力に相当程度依存することになる。また、企業ごとに備わっている事情により就業配慮の実施や実効性に促進因子や困難因子が存在することが想定され、企業特性という視点が重要である。企業特性の中でも特に重要な項目として“従業員規模”がある。労働基準法や労働安全衛生法は従業員数により必要な体制が異なる（例；10 人以上で就業規則の労働基準監督署への報告義務、50 人以上で衛生管理者と産業医の選任義務、1000 人以上で専属産業医の選任義務など)。体制が異なるということは課題も異なることであり、従業員規模別という視座に立ち情報の整理が必要である。

そこで、本研究においては、わが国の疾病頻度として多い「がん・脳卒中・心臓疾患」の対応について就業配慮の実務に携わった経験のある企業の担当者を集め、グループディスカッション（FGD）を行うことにより、①就業配慮のために必要な情報の整理、②就業配慮の実態把握、を明らかにし、適切な就業配慮を行う手法を導き出すとともに、その阻害要因についても見出し解決策を提示する。

調査は企業規模ごとに大企業（1000 人以上)、中小企業（50 人以上)、小規模事業場（50 人未満）として実施する。

B. 研究方法

FGD を３つの企業規模ごとに2回ずつ実施し、結果を内容分析法により解析する。各グループディスカッションの参加者は 5 名-8 名とした。FGD は各 3 時間実施した。

【対象者】

以下の項目を inclusion criteria とした。

①大企業は専属産業医（卒後 7 年程度の企業内での産業医の地位を確立しているグループ、および卒後 20 年以上の統括産業医的立場のグループ)

②中小企業は嘱託産業医（労働衛生機関医、および開業産業医のグループを想定)

③小規模事業場は社会保険労務士（就労支援に対し積極的な企業支援を行っている社会保険労務士の機縁法による独立した 2 グループ)

【聴取した者】

それぞれの FGD について、研究者 ST と研究分担者 KM または研究協力者 TO の 2 名をモデレーターとして実施した。

【聴取した質問】

①医療機関側担当医等から提供される診断書やその他の情報のうち、支援に有用な情報（医療機関に出してほしい情報）および就労支援を阻害する可能性のある情報を教えてください

②就業配慮を行う際の事業場内での情報の流れを教えてください

③就業配慮を行う際に障害となる要因について教えてください

上記質問を行ったうえ、関連する情報が出てきた場合の質問からずれた発言については重要な要素が含まれている場合にはモデレーターによるさらなる深い要素まで含めて継続して聴取した。

【解析方法】

FGD はすべてテープレコーダーに録音し

逐語録を作成した。KJ 法を参考に、作成された逐語録にトピックコードを付し、類似の意味のある項目ごとにまとめ、カテゴリーを作成した。

C. 研究結果およびインタビューの考察

FGD 参加者の属性は以下のようであった。

		対象者	人数
大企業	A	日本産業衛生学会専門医 ～卒後 7～10 年程度の経験を持つ専属産業医への機縁法	7名
	B	日本産業衛生学会指導医 ～卒後 20 年以上の経験を持つ統括・総括産業医への機縁法	4名
中規模事業場	C	労働衛生機関医 ～日本産業衛生学会指導医または専門医に対する機縁法	5名
	D	開業産業医 ～日本産業衛生学会指導医に対する機縁法による	5名
小規模事業場	E	特定社会保険労務士 ～メンタルヘルスの就労支援で活動実績のある対象からのスノーボールサンプリング	7名
	F	特定社会保険労務士 ～がん患者の就労支援で活動実績のある対象からのスノーボールサンプリング	7名

【医療機関との情報共有で有用な項目】

1．直接的な医療情報

共通する項目として、休業・休職をするために病気であることを証明するための情報が必要と挙げられた。治療内容、病状、ステージ、処方内容といった情報があることで『業務を休む』行為を職場として容認しやすくなるものと思われる。また、業務の滞りを防ぐことを目的として、抗がん剤など治療の頻度、業務から派生する予想される就業能力の低下や、予想される副作用、残存する障害、治療スケジュールという情報は職場内での経過中において業務分担などの役に立つとの意見は 6 つすべてのインタビューで聴取された。また、告知の状況などにより職場としてどのように扱うかが異なるので情報としてほしいという意見が挙げられている。

心筋梗塞後など、目に見えにくい機能の低下について嘱託産業医群では心筋梗塞後の検査などでは Ejection Fraction などの心臓機能のデータを主治医側から提供があることによって産業医による就業配慮のアレンジがしやすいとの意見が聴取された。

一方で、専属群は手間がかかっても主治医からの確実な情報を得るように腐心していた。これは、嘱託産業医が月に一度の勤務が多く、主治医とコミュニケーションをとる頻度が専属産業医に比べて低くならざるを得ないので一定の医学的知識を背景に判断をするケースが発生しうることが示唆されている。

また、小規模事業場に特徴的な項目としては、専門家不在であることに起因した内容がほとんどであった。あげられた意見のスクリプトを斜字体で以下に示す。

休養について病気であることが原因であることを明確に記載してほしい（F 社会保険労務士）

職場復帰は個別の問題であったと

しても、疾病経過について一般的な情報があると専門職でないものとしては助かる（F 社会保険労務士）

がんはどんな治療をしているかで体調は数日単位で変化しますよね。治療方針やスケジュールなど 1 年を通したスケジュールを提示してもらえると職場側に業務について調整しやすい（A 専属産業医）

職場復帰が可能であることについて明確な根拠が示されているものがありがたい（F 社会保険労務士）

主治医と患者が相談し患者が「休みたい」と言うと、本来は就労可能な状態であるにも関わらず「要休養」となった（D 開業産業医）

中規模・大規模事業場については産業医に聴取しているので特徴的なものは本項目については存在しなかった。

2．就業上の配慮に関する意見

復職時の勤務時間・残業時間など配慮すべき事項についての記載について言及された。特にがんや心臓疾患など見た目にはわからない状態の時に医学的な判断をもって配慮の意見があることが重要との意見が挙げられている。就業上の配慮については「医学的な情報を背景とした配慮」について記載されていることの重要性が指摘されている。

就業配慮は治療の副作用などで働けないなど原因と結果がそろっていると対応することが容易になる（労働衛生機関医）

これは、病気による必要な配慮なのか本人の心理的な影響から「できない」という気持ちから出てくるものに対する配慮であるのか、職場として明確にしたうえで対応したいという現れであると推察される。

【医療機関との情報共有で障害となった項目】

前述された「有用な項目」以上に多くのことが指摘されている。医療と職場の適切な情報共有という観点から考えると

1．直接的な医療情報

本人を継続して雇うために不要な情報が治療者から提供されることが多く存在していた。予後不良を想定されるような極端に進行した病状・ステージ、詳細すぎる医療情報、長すぎる要休養時間などが項目として挙げられた。

大腸がんステージ 4 とか記載されていても身構えてしまいますよね…（E 社会保険労務士）

がんでも予後が悪そうな内容だと会社の人がすでに身構えているので対応に困難となることがある（F 社会保険労務士）

半年間の休職との診断書が出されたことがある。いきなり長期間の診断書が出ると職場の人たちはもう働けないのではないかと動揺する（D 開業産業医）

また、明らかに働くことができない体力にもかかわらず勤務ができると診療情報に記載されているものも存在しているとの意見も多く挙げられている。専属産業医では休職の時点で病状が重いということを判断した場合には混乱を避けるため復職の検討を始める前に患者とともに治療医を訪問し仕事の状況を説明するという行動が確認できた。

主治医の先生は患者さんの言いなりになって診断書を書くので体力がなくても本人が復職したいといえば

そういう診断書が出てきて困っちゃうんですよね（E 社会保険労務士）

復職に難渋することが想定される場合は主治医の先生と復職より先に話をしてきちんと体調を戻してから復職することを伝えるとともにお仕事ができる状況ということを一緒にディスカッションすることにしています（A 専属産業医）

メンタルヘルス不調や高次脳機能障害の合併のケースについて医学的な調査がなされていなくて困るという意見も聴取されている。

高次脳機能障害での業務遂行能力があるかどうか。検査してほしい。検査がないと、自宅療養中には気づかず、復帰後に気づくことになる（D 開業産業医）

さらに、医療職の字が汚くて読むことができない、労働者（=患者）の話していることとつじつまが合わない、傷病手当金の書面と間違えて記載してくる、といった意見も挙げられており、医療職側への啓発も必要であることが示唆されている。

また、小規模事業場（社会保険労務士）からの意見として診断書は休職・復職といったときに手続き上必要ではあるが、非常に有用であったことがほとんどないという意見も聴取されており、中規模事業場（嘱託産業医）、大企業（専属産業医）からも労働者から直接聞くことでほとんどのことが事足りるとの意見が大勢を占めた。

小規模事業場において特徴的であった点は、医療職でないとわからないような内容の情報を渡されても安全配慮義務の観点から状況が複雑になるとの意見が挙げられている。

以上より、職域において必要な医療情報を整理した場合、休職事由となる病名は必須の情報であるがそれ以外の情報を積極的に欲しているというわけではなくむしろ復職を阻害する情報となっている可能性がある。

２．就業配慮に関する意見

就業配慮についての障害となるとあげられた意見は、集約すると労働者の実情に合っていない就業配慮の意見が出されることが多いというものであった。特に、規定にない短時間勤務の要請、重筋作業者等に対する軽作業の要請、実情に合わない配置転換の要請などについて職場内で混乱をきたしたとの意見が多く挙げられた。また、主治医からの就業に関する意見は、労働者を雇用継続するための参考意見にすぎないにもかかわらず強制力を持っているかのように労働者が誤解することがあり実情に合わない意見をどう受け入れるのか苦労したとの意見も聴取された。

業種によっては半日だけ仕事に来られても適切に仕事をしてもらうことが難しい（F 社会保険労務士）

軽作業なら復職可は困る主治医の意見の“鉄板”（C 労働衛生機関医）

事務職員として配置転換のうえ復職可能という診断書を盾に要求されたことがありました。事務スキルのない人に仕事はないし…（F 社会保険労務士）

本来休職は労働契約で規定されている業務履行を果たしていない状態なので元の仕事をどうしたらできるようになるのか考えられるような診断書がほしい（F 社会保険労務士）

さらに、配慮期間の定めのない場合において、配慮を継続することに関する事業者

の不安への対応なども項目として挙げられている。

また、労働者の希望していない配慮の内容も散見されており治療医がよかれと思って記載する配慮には就業を阻害する大きな要因が存在している可能性がある。さらに、治療医は診断書（診療情報提供書）を本人の目の前で記載することはほとんどなく、記載の内容を労働者自身も復職を職場と検討するとき初めて見て驚くという意見も散見された。

就業配慮については、大企業においては様々な業務が存在し、業務遂行能力が低下した場合においても配置転換が可能である状況が多いという意見があった。中規模・小規模事業場においては、配置転換の使用がなく現職復帰が難しい場合は何らかの配慮を行うものの一定程度の業務が実施できない場合は配慮のしようがないとの意見が得られている。ただ、大企業であっても最近は業務見直しがなされており、比較的単純な作業は非正規雇用や委託業務に移行しているケースも多く、配置転換の余地が減りつつあるとの意見もあった。

従業員が 10 人程度の企業だと一人ひとりが少しでも仕事ができないと仕事が回らなくなってしまう。医者からいろいろ言われたってどうにもならないところはあるよね（E 社会保険労務士）

また、会社の制度との整合性について、休職期間が満了になるにもかかわらず「休職が必要」という治療医の意見による混乱も聴取されている。このことは労働者が自身の休職期間を知らないことに起因している場合が多く、知っていても治療医にも伝えていないことが問題点として挙げられている。

【就業配慮を行う際の企業での手順】

メンタルヘルス不調と違い、身体疾患では休職することが突然であるケースが多く休職前のケアや休職中のケアはあまりなされていなかった。一方、がん検診を受けた後、精密検査結果が出るまでの心理的な不安定さに寄り添うことについての効用について特徴的な意見が聴取されている。

検診受診後など診断がつく前から関わることが大切。主治医は検査結果が出るまで明確なことは何も言えない。このような時期に産業医の支援は労働者にとって大変重要（D 開業産業医）

また、産業医がいる企業においては、ある程度治療が落ち着いた段階での対応になることがほとんどであった。専属産業医の場合、復職を考える前に本人と面談をしたり医療機関に本人と一緒に行ったりするケースも多く存在していた。嘱託産業医群では 1 か月に 1 度の訪問というケースも多く傾向としては復職面談の時に初めて会うケースが多いとの意見が多く聴取されている。また、嘱託産業医群では訪問日程と復職希望日が合わないケースも存在する。メンタルヘルス不調に比較して身体疾患は業務起因で発生することが少ないことからとりあえず主治医の意見に沿って復職をさせて置き事後面談にすることもあるという意見があった。大企業であれば復職面談は必須と考えられており、中規模事業場では産業医面談を実施せず職場のみで対応するケースもそれなりに存在するようである。身体疾患は職場の人でも判断しやすいケースが多いとの意見も得られている。

問題点として一人作業や運転業務などの危険作業については主治医から意見をもらうよう事業場に指導しているとのことであった。小規模事業場においては、そもそも

ケースが発生しない事業場のほうが圧倒的に多かったりまた労働者が自分から仕事を辞めるという選択をするケースも多かったりするので規定等に収めることが現実的でないためほとんどの場合ケースバイケースで対応フローを変えているとの意見が大勢であった。一度事例が発生した場合には規定に落とし込むことを事業者が望んだ場合には対応することもあるとのことであった。

また、フォローアップの重要性についても言及されている。身体疾患は急性疾患と慢性疾患があり、慢性疾患においては状況も変わるので定期的に状況を確認の上、適切な配慮を検討することが肝要であると思われる。フォローアップの期間は就業配慮が安定するまでは 3 か月以内ごとが望ましいとの意見があった。また、今後の仕事に影響を及ぼす病状の見込みの話を職場の人にすることによって就業しやすい環境ができるとの意見も聴取されている。

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

【就業配慮をするうえで促進/障害になる要因】

支援的な上司、柔軟な制度、上司や人事の権限の強さ、などが促進因子として挙げられた。

専属産業医群ではコンプライアンス的観点から産業医意見による就業配慮が実施されないケースはほとんどないとのことであった。一方で大企業では社内規則が硬直化していることで柔軟性がないため個別の対応がとりにくいという意見もあった。多くの企業の社内規定がメンタルヘルス不調を念頭に作成されているため病状と合わないという意見も聴取されている。ベテランの統括産業医などは社内制度を知り尽くしており柔軟な対応をとることのノウハウを多く持っていた。

> *抗がん剤治療で休職期間が無くなったところで欠勤にしてしまえば問題ない。少しイレギュラーな対応を人事等が許してくれるかどうかは知識のみならず普段からの信頼関係が重要（B 統括産業医）*

中規模事業場であれば産業医の意見が反映されていないケースも散見されるようである。これは産業医が意見を述べる相手になる対象と実際に配慮を実施する現場に乖離がある場合に存在する事態であるとのことであった。また、フォローアップについて産業医側でリストアップしておかなければ対象から漏れてしまいいつの間にか就業配慮が終了しているケースも多く発生しているとのことであった。

本社にしか人事がいない支社の労働者の対応や、上司が遠方にしかいないということも最近では多く発生しており阻害する要因になっている。

また、本来的には就業配慮については会社と本人とで考えなければならない問題を会社が治療医や産業医に判断を丸投げするケースも多く存在することで問題が複雑化するとともに無責任な対応をする職場の存在も指摘されている。一方で、主治医がリーダーシップをとってはっきりと意見を述べてくれることで配慮がとりやすかったという意見も存在した。

復職し就業配慮を始めた当初は職場の同情的観測から医師の意見が守られるケース

が多いが徐々に慣れてくると業務分担等の不公平感をもつ同僚等が増えてくるという意見はすべてのグループの FGD で聴取されている。また、本当に働かせていいのかという漠然とした不安が同僚から出ることは多く存在すると聴取されている。

手すりを付けたいがつけることができないなど事業場の物理的・構造的問題点も存在していた。

D. 両立支援パスへの考察

本調査は職域と医療の適切な情報共有を行うことにより疾病に罹患した労働者が働きやすくなることを目的として実施された。情報共有としては【共有されることが望ましい項目】と【共有されることでかえって阻害される項目】があることが前項までの結果および考察で示されている。

就業の問題は雇用者と被用者の労働契約でなされており、医療者は被用者の一部または全部の代弁者にすぎず、本質的には雇用者（事業者）と労働者が主体的となって就業するために必要な情報を収集・整理の上、適切な就業配慮が実施されることが望ましい。よって、職域の立場からは両立支援パスに記載され医療と職域が共有すべき情報について以下の項目が記載されることを提案する。

【記載すべき項目】
≪診断名（病名のみ）≫
休復職の根拠となるもの
≪労働者の従前の業務内容≫
≪必要な就業上の配慮≫
業務を遂行するために必要な就業上の配慮の内容、例：高所作業の禁止など
≪就業上の配慮を実施する医学的根拠≫
≪就業配慮を継続する機関≫
≪治療スケジュール≫
≪積極的に働くことができることの証明≫
≪残っている休業・休職期間≫
≪本人の職場に対する期待≫
【状況に応じて記載を検討すべき項目】
≪本人への病状の説明内容≫
≪次回、情報共有内容事項の更新時期の記載≫
【記載が避けられるべき項目】
≪病状の程度を表すもの≫
がんの進行ステージなど就業上の配慮に必要のない情報
≪医療者以外わからない用語≫
≪汚い字・書式≫

E. 結論

医療職と職場の情報共有は企業規模で大きく違う部分は専門家の有無と就業配慮余地の大小でそれ以外は大きく異なるということはなかった。今回の調査結果をもとに両立支援パスのβ版を作成し試行をすることが肝要である。

F. 参考文献

なし

G. 研究発表

なし

分担研究報告書

がん患者の就労復帰に与える
就労および治療上の要因に関するインタビュー調査

主治医側からみた課題

研究分担者

塚田順一　産業医科大学病院　血液内科

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

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

研究分担者　産業医科大学病院　血液内科　診療教授　　塚田順一

研究要旨

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

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

【結果および考察】まず、患者（就労者）を守るシステムの構築が求められる。その上で、職場と医療機関（主治医）の連携を図ることが必要である。主治医側の視点として、現実、会社側から主治医へ患者の就労支援に関するアプローチはないことが明らかとなった。また、産業医の関与も稀であることが指摘された。このような現状では、診療情報提供書のように、患者健康状態を具体的に記載することは、提出先が会社であるために不可能であるとの意見が強い。これは、患者情報が最も機密性の高い個人情報に相当するため、会社での患者の不利益を考慮せざるを得ないことに起因する。たとえ、提供の患者同意が得られたとしても同様である。しかし、主治医が安心して情報提供できるように、就労者を保護する法的整備がなされ患者の就労支援プログラムも存在すれば、患者保護の立場から当然提出すべきとも考えている。

研究協力者

山口享宏　（産業医科大学病院　血液内科　助教）

北村典章　（産業医科大学病院　血液内科　修練指導医）

A. 研究目的

がんに罹患した就労者が職場に復帰する場合（以下就労復帰と呼ぶ）復職に際しての就業配慮が必要となる。しかし、がん患者が現在・将来の病状や配慮してほしい点を会社側に伝えることは不可能であり、本来、主治医・会社の間での情報交換は必須である。本研究では、血液がんの診療に携わる医師に対して、個人面談ないしグループインタビューを実施し、主治医の視点から、就業配慮の現状、これを適切に実施するための阻害因子や改善方法を協議する。

B. 研究方法

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

なお、本研究は本学倫理員会にて承認されており、実施計画書・説明文および同意書に基づいて実施されるものである。

１．対象：血液内科医師

２．聴取内容：

① 患者の就労復帰についての相談の有無
② 就労に関する事業場（産業医等）からの情報提供の有無
③ 医療機関からの情報のうち、就労支援に有用な情報
④ 医療機関の就業状況の把握方法
⑤ 医療機関から事業場への情報伝達の方法・情報の流れ
⑥ 就業配慮んい障害となる要因

３．聴取場所：
実施責任者が手配した会議室

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

５．調査参加者のプライバシー確保に関する対策：
場所は外部に声が洩れない会議室もしくは同様の部屋を確保するよう対象者に依頼する。結果から個人が特定されないように情報を加工する。

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

C. 研究結果および考案 ：

3 名の血液内科医師との個人面談および 5 名の血液内科医師によるグループインタビューを実施した。現時点、主治医側の視点において、主治医は患者情報を会社側に提供する用意はあると考えている。しかし、主治医は患者情報が極めて機密性の高い個人情報であり、情報を提供することは大きな問題であるとも考えている。

① 患者から就労復帰等についての相談の有無：

そもそも稀である。就労復帰の話自体をあまりしない。一部の患者から相談を受けるが、大半は患者自身が迷い・悩みを抱えこんでいると考えられる。

② 会社と主治医の間の情報交換不足：

a. 会社側からのアプローチ：

- 診断書を記載したことはあるが、就労支援として会社側から相談を受けた記憶はほとんどない。稀に

患者が上司を連れてきて直接面会するケースを経験した。
- 復職後も企業と主治医との情報のやり取りはほとんど行われていない。
- 患者が復職を希望した時、復職診断書を依頼する時、医療機関が病状から復職可能かを判断するのに必要な情報を企業側から提供してもらう必要がある。
- 主治医には会社の休職・欠勤に関する就業規則や雇用形態・休職制度がわからない。
- 主治医から就労支援の会社窓口に問い合わせる余裕なく、問い合わせ方法も判らない。
- 病名･治療計画･復帰の見込みは、疾患重症度や病期で変わってくる。
- 背景として、患者自身が復帰したいのか、もしくは、せざるを得ないのか、家族や経済状況、勤務先規模や病気休業の規定などにもよる。
- 産業医の問い合わせが稀ながらあったが、あまり前面には出てこない。
- 主治医から診断書の形で情報提供をしたこともあったが、返答はなかった。

b. 医療機関側からのアプローチ：
- 会社からの情報提供がほとんどないため、患者自身より聴取している。
- 会社からの情報提供がなければ、細部の就業内容・就業規則や職場環境を情報取得することの困難である.
- 会社側から復帰後の仕事内容が主治医には知らされていない。
- 復職する前提で、職種、仕事・作業内容か、環境面（デスクワークか現場作業か､屋内か屋外かなど)､職場内での立場、予定されている業務や仕事と可能な就業配慮などを知りたい。

③ 医療機関側から提供される情報のうち、支援に有用な情報:
- 診断書は患者の依頼であるので、患者と相談し、記載することが多い。
- 就業内容（仕事内容や就業形態、フルタイム・夜勤などのシフト、復職支援プログラムの有無など)・就業規則（有給や休業）や職場環境（粉塵作業の有無、同僚の人数など）などは有用な情報であり知りたい。
- 重労働は困難だがデスクワークなら可能など職場配置転換が可能かは有用な情報。

④ 会社での患者情報の利用への不安:
- 主治医は今後の検査計画および留意点を知らせる準備はある。しかし、治療計画を含めて病名・病状の情報が患者不利益となる｡特に、進行期で予後不良の場合、雇用継続の妨げになり伝えない場合が多い。
- 生死にかかわる重要な情報は患者の同意を得たとしても患者不利益にならないように回答することが

多い。

⑤ 医療機関側から事業場への情報伝達の方法・情報の流れ:

- 提供した情報が産業医の判断であっても会社内で拡散しないことが条件である。現時点では診断書や患者への口頭説明にとどまる。
- 病気休業を理由とした解雇を法律等で禁止するなど、就労者保護の法的整備がなされていない状況では、医師の守秘義務違反や個人情報流出の問題もある。
- 主治医は復職可能の助言を行うが、復職の最終決定は企業にあること、就業上の配慮も患者と企業（現場）で協議したうえで決定されるべきである。

⑥ その他障害となる要因

- 専門用語の解釈
- 主治医側と事業場側の信頼関係の希薄
- 責任転嫁や情報を悪用
- 企業規模や産業医・保健師の有無や能力差
- 主治医の負担増大
- 医療機関には診断書発行料などの金銭的メリット、面談時の面談料などのインセンティブ。

D. 結論

本研究の結果からは、主治医と事業場との協議に基づく就労復帰の支援に対する取り組みはほぼ実施されていない現状であった。主治医側からみて、患者の具体的な就労内容・就業規則や職場環境等について、事業場の情報提供がなければ、把握は困難である。そのため、主治医としては患者と相談し、一般的な注意事項のみにとどめざるを得ない。

主治医側と事業場側との間の情報交換・共有の不足の大きな要因のひとつとして、主治医側からはプライバシーへの配慮等の倫理的・法的な問題点が挙げられた。就労者保護の法的整備がなされていない現状では、主治医として患者情報の提供や提供後の情報の取り扱いには大きな不安が存在し、主治医として情報提供を躊躇する。

また、一貫したツールがなく、情報共有ができないこと、職種の違いから求められている情報や専門用語など理解度の相違、曖昧な質問、責任転嫁、主治医の多忙な現状で、負担増大になる点も抽出された。しかし、確立した簡便なツールがあり、適切に使用し患者の就労支援につながるなら、ツールを使用したいという結果も得られた。

E. 参考文献

なし

F. 研究発表

なし

分担研究報告書

「循環器専門医」へのインタビュー調査
―現状と課題の把握―

研究分担者　安部　治彦

労災疾病臨床研究事業費補助金

分担研究報告書

（身体疾患を有する患者の治療と就労の両立を支援するための主治医と事業場（産業医等）の連携方法に関する研究―「両立支援システム・パス」の開発）

「循環器内科医」へのインタビュー調査―現状と課題の把握―

研究分担者　安部　治彦　　産業医科大学医学部不整脈先端治療学　教授

研究要旨:

心疾患を有する就労者では、職場復帰や就労に関する配慮が必要である。しかし就業区分の決定や就業上配慮すべき点に関して、企業側（産業医側）と主治医（医療機関）間でのコミュニケーションは希薄であり、産業医側に必要な情報が伝わっているか、患者の不利益は生じていないか、などの不安が医療現場（主治医）にはある。本研究の目的は、心疾患を有する就労者の職場復帰に係る循環器内科医へのインタビュー調査を行い復職支援の現状を把握した上で、その改善事項を見出すことにある。

循環器内科医師へのインタビューは、産業医科大学倫理委員会での承認を得た後に開始された。患者の復職に携わった経験のある医師（循環器専門医資格を有し、産業医経験あり）15 名へのインタビュー調査結果をまとめると、心疾患患者自身から日常生活や社会生活上での一般的な相談を受けることがあっても、企業の産業医から就労や職場復帰を行う上での具体的な患者情報の紹介依頼は殆どなされていないことが明らかとなった。特に、嘱託産業医からの依頼を経験した主治医は皆無であった。現状では、診断書でのやり取りしかなされていないため、具体的な患者（就労者）の心機能の程度・身体活動能力や職場環境での注意点など、就労を行う上で必要となる情報提供依頼は殆どなされていなかった。産業医が患者の復職時に行う就労支援（就労区分の決定や職場環境改善、など）において、心疾患を有する就労者の情報提供依頼を主治医に行っていないことは、単に就労者本人からの意見聴取と診断書の疾患病名のみで判断されている可能性が高く、過度の就労制限や就労者の医療支援への配慮なしに就労区分が決定されている可能性を示唆するものである。

主治医–産業医間の情報提供を円滑に行うための適切なツールが必要であり、それらを駆使して患者―主治医―産業医の三者間でのコミュニケーションをいかに作り上げて行くかが今後の課題である。

研究協力者

荻ノ沢泰司　（産業医科大学医学部　第二内科学　学内講師）

河野　律子　（産業医科大学医学部　不整脈先端治療学　講師）

大江　学治　（産業医科大学医学部　第二内科学　学内講師）
林　克英　　（産業医科大学　循環器内科･腎臓内科　助教）
高橋　正雄　（産業医科大学医学部　第二内科学 修練指導医）

A.研究の背景と目的

1）背景

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

2）目的

本研究の目的は、心疾患を有する就労者の職場復帰に関して医療機関で心疾患の治療に携わる循環器内科医を対象としたインタビュー調査を行い、疾病罹患後の職場復帰への障害となる要因や指導方針、主治医–産業医のコミュニケーション、等に関して現状の問題点を把握することである。

B.方法

循環器内科医へのインタビュー調査

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

方　法：

本研究の分担研究者および研究協力者が、循環器内科医として実際に循環器診療業務に従事している医師、あるいは経験を有している医師を対象に直接インタビューを行った。インタビュー対象医師は 15

名、所要時間は各 30 分程度であった。

対象者：

① 産業医科大学病院循環器内科に所属する循環器内科医師：６名
② 循環器内科を専門とする開業医師：１名
③ 労災病院（九州労災病院、旭労災病院、熊本労災病院）に勤務する循環器内科医師：４名
④ 一般病院循環器内科医：3 名
⑤ 大阪大学病院循環器内科医：1 名

聴取する内容：

① 患者の復職や就労に関する産業医からの情報提供依頼の有無
② 情報提供依頼があった場合の産業医の種類（専属、嘱託、など）と会社の規模
③ 就労指導を行う際の具体的な指導内容
④ 循環器対象患者の各疾患や各職業など
⑤ 産業医もしくは企業側(産業医)から提供される診断書・意見書やその他の情報のうち、支援に有用な情報（医療機関に出してほしい具体的情報）や就労支援を阻害する可能性のある情報
⑥ 心疾患患者が就労を行う際の企業側への要望・希望

上記内容を盛り込んだ具体的なインタビューを行った。

結果の解析：

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

C.結果

循環器内科医インタビュー

① インタビュー対象者（循環器科医師）

今回のインタビューは、産業医科大学病院勤務医（６名）、労災病院循環器内科勤務医（４名）、循環器を専門とする開業医（１名）、一般病院循環器内科医（３名）および大阪大学病院循環器内科医（１名）を対象にした。これらの医師には、専属産業医経験者が多く含まれている点で、ある程度の心疾患患者の職場復帰や就労支援に関心のある医師といえる。また多くの医師は、患者が就労する企業側への診断書や情報提供の経験を有していた。

② インタビュー内容

実際のインタビューの項目は、下記の通りである。

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

② 実例とインタビュー回答のまとめ

多くの医師が、産業医との連携に疑問や不安を感じており、医療機関の主治医と産業医間のコミュニケーションが整っていないことを実感していた。また、主治医か記載する診断書には、患者から求められた内容を遜色ない程度に記載する、などの意見があった。その理由として、患者が復職するにあたり企業・産業医が真に必要とする情報がわからない。また就労内容に関しては、企業（産業医）からの情報はなく、患者からのみの情報であり、実際にどの程度の負担を強いる仕事内容なのか、どのよう危険性がある職場環境なのか、などの仕事内容の十分な把握ができないため、一般的な意見を述べるに留まるとの回答であった。一方、職場復帰に関して、循環器疾患には事務的作業や知的作業では、あまり問題とならないものの、工場勤務における肉体労働を伴う職場に復帰する場合、交代制勤務がある場合、運転業務がある場合、高所作業などの危険業務を行う場合には、診断書のみならず主治医としての意見書提出などを行い、細やかな配慮が必要であるとの意見が大多数を占めた。以下に、インタビューで得られた現状について、多数得られた結果や重要な結果を挙げた。

a) 主治医意見を求められた経験はあるが、いずれの場合も大企業の専属産業医が就労区分を決定する際の参考とするためであった。しかし、これらに主治医への意見書依頼は中小企業の嘱託産業医から依頼されたことはない
b) 専属産業医から医療機関への主治医意見書の依頼は、あったとしても復職（職場復帰）時のみの１回である。産業医が就労区分を変更したり、その後の治療経過に関しての主治医意見書依頼がなされた経験はない
c) 診断書の形式および記載内容に対する主治医の意見が反映し難い（職場環境や具体的な就労内容が不明である）
d) 診断書発行後のその後の経過（配置換えの有無、職場環境改善や安全対策の有無、交代勤務の是正の有無、通院時の配慮がなされているか、作業に伴う実際の負荷への配慮がなされているか）等々の情報は主治医側には不明である
e) 診断書の内容を企業（産業医）が、どのように処理しているのかわからないので不安である
f) 公務員や事務職での職場復帰時の診断書あるいは意見書の提出を求められたことは殆どない
g) 主治医に患者の復職の可否を決定させるような内容の手紙が届いたことがある
h) 産業医から患者の仕事内容などを具体的に提示されたことがなく、患者が従事する仕事内容を十分把握できていないことが不安である
i) 主治医が記載する診断書や意見書等

で､患者の就労上での不利益を与えていないかという不安

j) 産業医が最も必要としている情報が何かが主治医としてわからない

k) 産業医と主治医の直接のコミュニケーションが得られていない(就労に関して患者への負担を考慮するのに必要な主治医の意見を企業（産業医）から求められることが殆どない)

l) 簡便で有用性の高い主治医と産業医間の連携ツールが完全に欠如している

D.考察

1) 循環器疾患患者における両立支援の必要性

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

2) 主治医による循環器疾患の就労支援

心疾患を有する就労者の就労支援に関して、日本循環器学会はガイドラインを発行している。心疾患患者が職場復帰あるいは就労を行う上で、医療機関の主治医は診療ガイドラインを参考の上患者指導を行う。一方、循環器疾患を有する就労者管理の特殊性として、患者（就労者）の身体活動能力や心機能に応じた就業区分の決定のみならず、ガイドラインに示すことのできない個々の職種・職場特有の問題、職場環境改善（心臓植込みデバイス治療患者の職場での電磁干渉問題、など）や自動車運転制限（植込み型除細動器患者や失神患者、など）への配慮も考慮する必要がありより複雑である。

しかし、今回のインタビュー調査の結果からも明らかなように、主治医が患者の就労状況（就労区分など）や職場環境、具体的な仕事内容を産業医の情報提供なしに把握することは現実的には困難である。その結果、主治医が患者の社会生活および就労に際して指導を行う場合には、一般的注意事項のみに停めざるを得ない。また、産業医から主治医への情報提供依

頼は殆どなされていないことも判明した（単なる診断書のみが大部分である)。大企業で働く専属産業医からの情報提供依頼を経験した循環器内科医はいたが、嘱託産業医から依頼を受けた経験のある循環器内科医は皆無であった。また、大企業の産業医からの情報提供依頼も復職（職場復帰）時のみに限られており、その後の就労区分変更時や経過中での依頼は殆どなされていなかった。

3) 循環器疾患患者への両立支援

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

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

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

E.結論

循環器疾患を有する患者（就労者）において、医療機関（主治医）での疾病管理支援と企業（産業医）での就労支援がうまく機能し両立支援がなされるためには、医療機関（主治医）と企業（産業医）での両方向性の情報提供が必要となる。しかし今回の循環器内科医でのインタビュー調査結果は、産業医から主治医への情報提供依頼が殆どなされていない現状が反映されている。特に、嘱託産業医からの依頼を経験した循環器内科医は皆無であり、今後早急な改善が望まれる。就労者が働く職場環境によって必要とされる健康情報は、各就労者により異なっている筈である。その点を踏まえ、患者を中心にした、患者－主治医−産業医間のコミ

ュニケーションを作り上げる必要があり、心疾患患者の両立支援を行う上で最も重要な課題と思われる。

F.引用・参考文献

なし

G.研究発表

1) 安部治彦、河野律子、荻ノ沢泰司.ヒューマンファクターと安全の接点-医学的側面から- 安全衛生コンサルタント 2015, 35 (No.114): P44-48.

表1.循環器疾患の特殊性

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

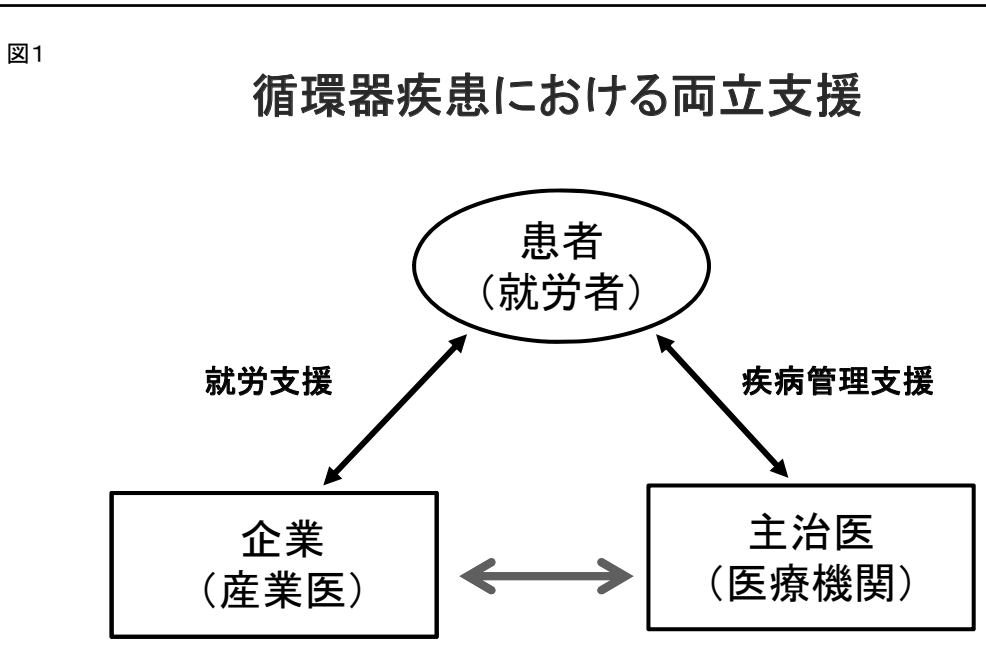
・虚血性心疾患：長期の薬物が必要。心筋梗塞、等で心機能が低下している場合には、その後に心不全や致死性不整脈の発生の可能性も考慮。

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

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

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

図1



労災疾病臨床研究事業

分担研究報告書

事業場での就労支援に際して、主治医が提供すべき情報および情報提供において必要な就労実態等に関する検討

「リハビリテーション科専門医」へのインタビュー調査

研究分担者
佐伯　覚　　産業医科大学リハビリテーション医学講座

労災疾病臨床研究事業費補助金研究

分担研究報告書

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

研究分担者　産業医科大学リハビリテーション医学講座　　教授　　佐伯　覚

研究要旨

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

【方法】北九州市内の医療機関に勤務するリハビリテーション科医を対象に、脳卒中および骨関節疾患に分けてフォーカスグループディスカッションを実施した。

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

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

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

研究協力者

加藤徳明　（産業医科大学　リハビリテーション医学講座　助教）
伊藤英明　（産業医科大学　リハビリテーション医学講座　助教）
白石純一郎　（産業医科大学　若松病院リハビリテーション科　助教）
二宮正樹　（産業医科大学　若松病院リハビリテーション科　専門修練医）
杉本香苗　（産業医科大学病院　リハビリテーション科　専門修練医）

A. 研究目的

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

B. 研究方法

１）対象者：

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

２）方法：

【脳卒中】および**【骨関節疾患】**をテーマに、それぞれフォーカスグループディスカッションを上記対象者に実施し、結果を内容分析法により解析する。各グループディスカッションの参加者は5名程度、ディスカッション時間は2時間程度を想定している。

３）聴取する内容：

①医療機関側担当医等から提供される診断書やその他の情報のうち、

＋就労支援に有用と考えられる情報（医療機関として提出できる情報）

＋就労支援を阻害する可能性のある情報

②医療機関側での就業状況の把握方法

③医療機関側から事業場への情報伝達
方法

④就業配慮を行う際に障害となる要因についても併せて整理する。

C. 研究結果

【脳卒中】についてはリハビリテーション科専門医 5 名出席によるフォーカスグループディスカッションを、**【骨関節疾患】**に対してはリハビリテーション科専門医 8 名出席によるフォーカスグループディスカッションを実施した。ディスカッションの内容についてはボイスレコーダーに録音記録するとともに、主要な意見を下記に抜粋した。

１）医療機関側担当医師等から提供される診断書やその他の情報のうち、①就労支援に有用と考えられる情報（医療機関として提供できる情報）、②就労支援を阻害する可能性

のある情報について

①就労支援に有用と考えられる情報

（医療機関として提供できる情報）

【脳卒中】

・臨床症状や所見：認知機能・高次脳機能、片麻痺側と重症度、補装具使用の有無、歩行状況（歩行移動の注意点）、ADL、けいれん発作などの合併症、など

・治療状況：疾患（合併症含む）のコントロールの状況、内服薬、通院頻度など

・就業上注意すべき点：作業に及ぼす障害の程度、作業に集中できる時間、高所作業の可否、自動車運転の可否（けいれん発作のコントロールの状況を含む）など

・就業制限事項：短時間勤務、配置転換（職務を限定せず「軽作業で復帰可能」と診断書に記載することが多い。曖昧な表現であるが、細かく作業を規定すると配置転換場所がなくなり復帰を阻害するため経験上このように記載することが多い）

・注意事項や制限事項ではなく、むしろ、本人ができる能力面についての情報が有用

【骨関節疾患】

・復職をゴールとする骨関節疾患の患者は、急性期病院では多いが、回復期リハ病棟では非常に少ない。

・労災患者の場合は、比較的入院や外来通院の期間が長く設定できること、また、会社の理解が得られやすいこともあり、復職は比較的スムーズにいく。

・骨折の場合、骨癒合の時期が問題となるため、骨癒合の状況および作業負荷量の設定、その情報伝達が重要である。例えば、前腕骨折の場合、重量物運搬や強い負荷のかかる作業は骨癒合が不十分な場合は避ける必要があり、どのような業務であれば可能か、その負荷を避けるか期間など、作業に配慮すべき情報を会社に伝える必要がある。

・骨折以外に関節障害や靭帯損傷などが対象となる。一般的に、関節可動域、筋力、神経損傷の有無に関すること、また、予後（どの程度改善するか、後遺症が残るか）について、再発・再燃のことも含めて情報として伝達した方がよい。

・骨関節疾患の合併症・後遺症である複合性局所疼痛症候群（CRPS）に関しては、本人ならびに会社側もよく理解できていないことがあり、具体的に就業制限をすべきかどうかの情報を提供した方がよい。

・下肢切断、両下腿切断例の復職に関するアプローチとして、医療機関側から職場訪問をしたことがある。

・骨関節疾患で現場作業の場合、就業制限がかかる。また、後遺症が残った場合、ほとんどは内勤や事務作業に配転されることが多い。

・骨関節疾患で事務作業職の場合、復職に際して大きな問題は生じないことが多い。

・医療機関側が発行する復職診断書は「復職可能」「軽作業可」など、曖

昧な表現が多く、会社側では有用な情報になっていない（産業医経験のある専門医より）。

②就労支援を阻害する可能性のある情報

【脳卒中】

・けいれん発作など運転業務の制限事項

・詳細な症状や障害の記載→本来復職可能なのに、重度な障害という印象をもたれ復帰を阻害することが多い。

・どのような情報でも、事業場側で復職できない事由として利用されることがある。

【骨関節疾患】

・骨折では、就労支援を阻害する可能性のある情報は特にない。むしろ、CRPS 等では原因不明の「痛み」が症状であり、周囲より「疾病利得」と誤解されることがあり、就業や復職に影響することがある。

・リスク要因を診断書等に記載すると、現場が就業制限をかけざるを得なくなる。労災予防など、過剰に現場が反応することが多いので、診断書にはそのような内容を記載しないことが多い。

２）医療機関側での就業状況の把握方法について

【脳卒中】

・患者本人の同意を得て、企業への問い合わせをすることが原則

・MSW が本人と家族から仕事内容を含めて聴取することが多い。その後、あらためて担当リハスタッフ（療法士）が復職アプローチの一環として、本人あるいは事業場へ問い合わせる。

・病院によっては、主治医やリハ科担当医が本人への聴取を行っている。

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

・職場上司との面談の際に聴取する。

【骨関節疾患】

・本人に対する問診や聞き取りによって情報を得ることが一般的であり、最も多い。

・職場訪問を実施することもある。

・本人と会社の了解を得る前に、現場の作業療法士が先回りして情報収集や職場訪問をして、復職を阻害したことがある。職場等に介入する場合は、事前に関係者の了解、信頼関係の構築が必要。

・骨関節疾患の場合、頻度は少ないが、医療ソーシャルワーカーや社会復帰指導員から情報を得ることがある。

３）医療機関側から事業場への情報伝達の方法

【脳卒中】

・院内での職場上司との面談（頻度が多い）

・コンタクトが取れた場合は産業医と電話で話す

・各事業場が準備している復職判定意見書に記載する（大手企業の場合は事業場指定のフォーマットがあるが、中小企業の場合は既定のフォーマットはあまりみない →北九州市内では既定のフォーマットで記載した経験がない出席医師が大半であった）
・事業場の担当者が来院せず、結局患者本人を通じてのことが多かった。

【骨関節疾患】

・診断書あるいは診療情報提供書として伝達することが最も多い。
・本人に直接、作業負荷、復帰時期などの話をすることが多く、それを会社の上司等と相談してもらうことが多い。医療機関側が直接職場にコンタクトをとることは少ない。
・骨関節疾患の場合、産業医が診断書や診療情報提供書を判断しているように思う。そのため、会社側より主治医に詳細な問い合わせがくることはあまりない。
・後遺障害が残った場合、復職判定委員会に係ることがあり、その場合、追加の情報提供を文書で行ったことがある。

4）就業配慮を行う際に障害となる要因について

【脳卒中】

・情報提供を行う際、事業場側の姿勢（復職に前向きか、そうでないか）が不明なことが多く、本人の同意を得たとしても情報提供に躊躇する。
・事業場が復職に前向きであれば情報はオープンにする、そうでなければ提供する情報を絞り込んで復職の妨げとならないように配慮している（実際、非常に診断書等に書きにくい）
・復職診断書については、本人を含めた事業場担当者の面談・話し合いが終了した後、就業制限（時間的配慮など）を含めて記載し情報提供している。
・産業医を含めて事業場側の担当者の脳卒中（高次脳機能障害）・骨関節疾患の医療情報に関する理解不足が多く、後々トラブルとなる事例が多い（復職できるのに早とちりされて復職否と判断されたことがある）。また、障害に対する先入観や偏見から、症状や就業能力で判断されず、「診断名より復職は否」と判断されがちである。たとえ、産業医が復職 OK であっても、最終的に人事部門で復職否と判断されることがある。
・医療者側と事業場との直接の双方向性のコミュニケーション手段がない。

【骨関節疾患】

・神経損傷の合併などの後遺症の存在
・複合性局所疼痛症候群（CRPS）
・痛み
・復職に対する不安、「自信がない・・・」
・心理的な要因

5）その他

【脳卒中】

・院内での事業場側と医療者側の面談は、本人の同意を得て本人も同席するのが原則だが、事業場側の復職に対する意思を確認するため本人なしで面談する場合もある。
・事業場側への情報提供（面談など）に関しては、本人に口頭で同意を取ってカルテに記載しているが、文書として同意書を取っていない　→生命保険診断書の事後面談のように、文書で情報提供に関する同意書を取得する必要があるのでは
・事業場側へ提出する資料については、事前に本人に確認してもらっている。
・事業場側との面談については、話す内容や進行方法について医療者側と患者本人とで事前に打ち合わせをしている。なぜなら、本来情報提供を目的とする面談の場が、復職交渉の場（修羅場）と化すからである。
・事業場側の面談者がどのような立場であるかが重要である。単に情報伝達者であれば、口頭では誤って伝えられることがあり、伝達内容を文書化する必要がある。復職などの決定権を持った面談者であれば、その場で復職が決定されることがある。
・職場訪問は、事業場との面談が終了後、受け入れ体制が整ってから実施すべき。熱心なリハスタッフが先走りして、職場訪問をして復職に失敗したことがある。
・上記の背景には、現在の回復期リハビリの介入方法が影響している。回復期リハビリは、脳卒中や大腿骨骨折を中心に在宅復帰を目標としており、大部分は「高齢者仕様（高齢者向けリハビリ→介護保険サービス利用）」となっており、復職を目標とする若年脳卒中者向けになっていない。そのため、熱心な若手のリハスタッフは在宅復帰と同様のスタンスで、積極的に事業場へ働きかける傾向にあり、この点注意が必要であり、今後、啓発（教育・指導）が必要
・脳卒中後の自動車運転の可否について判断を求められることが多い。事業としての運転業務に関しては、医学的なアドバイスができても、最終的には事業場側（管理者）の判断になる。事業場側の責任回避目的で医療者側に判断を求めてくることが多い。
・通勤等自家用車の運転再開は医学的な範疇での可否は判断できても、公安委員会による免許更新の判断を受け、最終的に自己責任での運転再開となる。現在、当講座では医学的な範疇での可否判断の要件として、「簡易的自動車シミュレータでの検査と自動車教習所での路上教習の結果」を次のステップの判断根拠としている。

【骨関節疾患】

・骨関節疾患の場合、患者の精神や高次脳機能に状態に問題がないことが多いので、本人に適切に伝えることができれば、会社に伝えて配慮してもらえることが多い。
・その反対に、中小企業の現業職場で

配置転換場所がない場合、本人に伝えても会社側の配慮が得られない場合もあり、その場合は医療機関側より適切に伝達する必要がある。

・腰痛の場合、入院治療（手術治療など）や診断書がある場合を除いて、就業はほとんど配慮されていない。

・神経筋疾患を基礎疾患として骨関節疾患を合併した場合（骨折をきたした場合など）、骨関節疾患の状況より基礎にある神経筋疾患の状況によって、復職が左右される。

D. 考察

医療機関側より情報提供できる脳卒中および骨関節疾患の復職を促進する要因および阻害する要因については、すでに予後予測研究などで明らかとなった要因に合致している。しかし、どのような情報でも、事業場側で復職できない事由として利用されることがあるため、当初は曖昧な表現や内容で診断書を記載することが多い。この情報は、脳卒中の場合には復職可否の判定に、骨関節疾患の場合は就業制限の内容に利用されることが多い。

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

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

E. 結論

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

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

F. 参考文献

なし

G. 研究発表

なし

分担研究報告書

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に関する
患者インタビュー実態調査

血液がん疾患編

研究分担者

産業医科大学・産業医実務研修センター　講師　立石 清一郎
国立がん研究センター・がん対策情報センターがんサバイバーシップ支援部部長　高橋 都
産業医科大学・産業生態科学研究所　教授　森 晃爾
産業医科大学病院・血液内科　教授　塚田 順一

労災疾病臨床研究事業費補助金研究

分担研究報告書

労災疾病臨床研究事業補助金研究　分担研究報告書

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に関する患者インタビュー実態調査

血液がん疾患編

研究分担者

産業医科大学・産業医実務研修センター　講師　立石 清一郎

国立がん研究センター・がん対策情報センターがんサバイバーシップ支援部部長　高橋 都

産業医科大学・産業生態科学研究所　教授　森 晃爾

産業医科大学病院・血液内科　教授　塚田 順一

研究要旨

【背景・目的】内部障害を含む身体疾患を有する就労者が、治療と就労を両立して継続するためには、様々な困難を乗り越え、医療機関・職場・社会・家族の各々から支援または配慮を受けることが必要となる。 我々は、循環器疾患・脳血管疾患・がんの 3 つの身体疾患患者の仕事と両立に関する研究に取り組んでおり、今回は血液がん疾患について報告する。がんの中でも血液がんは働きながら治療を継続する人も多くなったため、患者本人だけでなく家族や会社への影響も少なくはない。しかし日本において血液がんを有することでどのような就労上の困難が発生するかを調査した研究はほとんど見当たらなかった。本研究では、血液がんを有する就労者の就労継続において、「症状や治療による副作用等から生じる様々な課題」を質的に評価し類型化することとした。

【方法】患者への In-depth interview 調査を実施した。対象は 2015 年 3 月-2016 年 3 月の 1 年間に産業医科大学病院及び産業医科大学若松病院を受診した血液がん患者の内、2010 年 3 月以降に血液がんの診断を受け、治療のために休職及び復職をした経緯のある就労者とした。インフォーマント 1 名に対しインタビュアー1 名とオブザーバー1～2 名によって対面での個別インタビューを行い、「症状により派生した課題」を聴取した。インタビューは事前に作成したインタビューガイドを参考に血液内科医 3 名で担当した。インタビューは逐語録を作成し、研究班員 5 名によって KJ 法を参考にした内容分析法を用いて課題の抽出を行った。

【結果・考察】インタビューを 11 例実施し、復職に直接的・間接的影響を与える課題に関わる 64 個の要素が抽出された。これら小カテゴリをさらに 10 個の大カテゴリに類型化した（1.業務遂行能力の低下、2.心理的影響、3.本人の背景、4.自助努力、5.職場の背景、6.職場の受け入れ、7.職場の適正配置、8.社会・家族の背景、9.職場と医療の連携、10.情報獲得）。 この内、共に研究を進めている脳血管疾患・循環器疾患と比較して、特に血液がんに特徴的であったものは、1,6,9 であった。血液がんは治療において抗がん剤を使用する為、その副作用として生じる倦怠感や手のしびれ、嘔気、脱毛といった症状が業務遂行能力を低下させていた(1)。またそのような症状は直接本人に確認しなければわかりにくいため、病気に対する職場や上司の理解・受け入

れ(6)重要であることが特徴的であった。 また血液がんは多くの場合、通院で抗がん剤の治療を行いながら仕事を継続することができるようになった。しかし、複数回抗がん剤投与を繰り返す必要があるため、通院時間の確保が問題となる。そのため、職場と主治医の情報交換が密に行われ(9)、柔軟な勤務スケジュールを立てられるかどうかが、就労継続に直接的な影響を及ぼすことになる。 今回の検討から、「症状から派生した課題」について聴取してもその他の要因の方が多く聴取され、患者の困っていることは必ずしも症状に依存しないという事が示唆された。これは血液がん患者の復職支援を行う際に、症状の詳細な聴取だけでなく、職場の状況や周囲の人の状況についての聴取も重要であることを示している。 以上の点を踏まえ、今後より効果的な両立支援の実現に向け、本人・職場・周囲が十分な疾患理解を得られる適切な知識伝達ツールの作成が強く望まれる。

研究協力者

原田　有理沙　（産業医科大学　産業医実務研修センター）
岡田　岳大　（産業医科大学　産業医実務研修センター）
横山　麻衣　（産業医科大学　産業医実務研修センター）
北村　典章　（産業医科大学病院 血液内科）
山口 享宏　（産業医科大学病院 血液内科）

A. 研究目的

内部障害を含む身体疾患を有する就労者が治療と就労を両立して継続するために、医療機関・職場・社会・家族の各々から支援または配慮が必要となる場合が少なくない。

我々は、循環器疾患・脳血管疾患・がんの 3 つの身体疾患患者の仕事と両立支援に関する研究に取り組んでおり、第 3 報では血液がん疾患について報告する。

がんの中でも血液がんは、働きながら治療を継続する人も多くなったため、患者本人だけでなく家族や会社への影響も少なくはない。しかし日本において血液がんを有することで、どのような就労上の困難が発生するかを調査した研究はほとんど見当たらなかった。

また、近年、抗がん剤に対する薬物療法（いわゆる抗がん剤治療）は急速に進歩し、多く患者が抗がん剤治療をうけるようになっている。特に、血液がん治療は抗がん剤を主体としており、他のがんに比較して抗がん剤投与も長期・大量である。このため、がん患者に対する抗がん剤治療の問題点を抽出するモデルとして血液がんは適切であると考えられる。

そこで本研究では、血液がんを有する就労者の就労継続において、「症状や治療による副作用等から生じる様々な課題」を質的に評価し類型化することとした。

B. 研究方法

患者 In-depth Interview 調査を実施した。

1）対象者の選出

対象は 2015 年 3 月−2016 年 3 月の 1 年間に産業医科大学病院を受診した血液がん疾患患者の内、その治療のため 2010 年 3 月以降に休職及び復職をした経緯のある就労者とした。

2）インタビューの実施

インタビュアーは事前に作成したインタビューガイド（別添１）を参考に、血液内科医３名で担当した。

インフォーマント 1 名に対しインタビュアー１名とオブザーバー１～２名によって対面での個別インタビューを行い、復職に直接的・間接的影響を与える課題を聴取した。

3）インタビューデータの分析

研究班員５名によってKJ法を参考にした内容分析法を用いて課題の抽出を行った。

インタビュー内容を文字に起こし、数文節単位で excel データに変換、各インタビューexcel データにインタビュー番号（c1～12）をつけた。また、各文章セルに行番号を付けた（c1-001～c12-642)。

各文章セルについて、①不要なセルを除き、②不要な文字を除き、③周辺情報と併せて文章を再構成し、必要な情報の抽出を行った。

抽出された情報（再構成後の文章セル）について、要素を抽出し、表札を付けた。抽出した要素を各担当者が持ち寄り、5 名の研究者によって各カテゴリの検討を行い、グループ毎に表札をつけ（小カテゴリ)、さらに類型化した（大カテゴリ)。

C. 研究結果

インタビューを 12 例実施した（表 1)。

対象者背景について、以下のような特徴があった。

・主たる生計者である事例が多い。(12 例中 11 例)

・経済的ゆとりが少しある、もしくは十分ある事例が多い。(12 例中 9 例)

・仕事充実度が復職後、休職する前に比して維持あるいは低下している事例が多い。（12 例中 9 例)

復職に直接的・間接的影響を与える課題に関わる 322 個の要素が抽出され、62 個の小カテゴリに類型化された（表 2)。

これら小カテゴリをさらに以下の 10 個の大カテゴリに類型化した。

１．　業務遂行能力の低下
２．　心理的影響
３．　本人背景
４．　自助努力
５．　職場背景
６．　職場の受け入れ
７．　職場の適正配置
８．　社会・家族背景
９．　職場と医療の連携
１０．　情報獲得

※直接的な業務に関わる事象について

本調査では、直接的な業務に関わる事象について、欠勤・休憩・異動・通勤形態の変更を要する事象、作業困難・作業不可・退職に至る事象と定義した。

以下、10 個の大カテゴリ毎に結果を報告する。

１．　業務遂行能力の低下

業務遂行能力の低下にまつわる復職時の困難について、インタビュー12 件中 12 件（事例 1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12）から、計 64 要素が挙がった。(表 3)

小カテゴリでの内訳は、

1-1.　基礎体力が 1 要素、
1-2.　日常生活が 2 要素、
1-4.　容姿の変化が 2 要素、
1-5.　副作用が 42 要素、
1-6.　疲労（体力低下）が 12 要素、
1-7.　身体機能の低下が 5 要素

であった。

本調査では、1-3. impairment の程度、1-8. 高次脳機能の低下、1-9. ICD への

電磁干渉、1-10. ICD による運転制限、1-12. 医療リハビリテーション、1-11. 職業リハビリテーションの要素は認めなかった。

最多で挙がった 1-5. 副作用については、インタビュー12 件中 12 件で要素が聴取された。

「口内炎があったり唾液量が減って、声が出なくなりました。だから、営業とか、やっぱしたら、もしくは会議とかで話をしないといけないんですよね。そしたら、続けてずっと話をしていたら声が出なくなってくるんですよね。」(事例 7)

「治療の副作用で、便秘・下痢でトイレの回数が増えたり、食思不振・筋力低下・手のしびれなどにより、デスクワークの作業効率が落ちた。目が疲れやすかったり、座っているので腰が痛くなったりした。」(事例 4)

次に多かった 1-6. 疲労（体力低下）については、インタビュー12 件中 7 件で要素が聴取された。

「ビル・マンションとかの塗装・施工管理の管理職をしていた。症状は腰の痛み・発熱があり、高所作業が結構多かったので、足に力があんまり入らなかったので足場の確保が難しい。」(事例 10)

「現場へ出て気がついたんですけど、体力がもう全く。ふだんは、ちょっと散歩出たりは何ともなかったんですけど、やっぱり働くとなったら、もう、すごい労力要るなと思って。最初の半日でもうダウンしてましたね。もう、1 カ月ぐらい、全然だめやったですね。」(事例 12)

この 2 つに加え、その他に血液がん疾患に特異的なものとして、1-4. 容姿の変化について、抗がん剤の副作用に伴う脱毛の要素が聴取された。

「もう頭つるつるですし、もう眉毛もなくて、もう人相悪いですから。だから、あんまりもうお客さんの方には出ないようにはしたんですけどね。」(事例 7) 他

２． 心理的影響

心理的要因にまつわる復職時の困難について、インタビュー12 件中 8 件（事例 2・3・4・5・7・8・10・12）から、計 14 要素が挙がった。（表 4）

小カテゴリでの内訳は、
2-13. 疾患の受容　1 要素、
2-14. 業務に対する自信の回復　5 要素、
2-16. 症状再発・治療への不安・心配・恐怖　6 要素、
2-17. 失職への恐怖　2 要素
であった。

本調査では、2-15.「障がい者」であることの受容の要素は認めなかった。

最多で挙がった 2-16. 症状再発・治療への不安・心配・恐怖については、インタビュー12 件中 5 件で要素が聴取された。

「腰痛があり、病気が進行するとどうなるのか、という症状に対する不安を抱いていた。」
(事例 4)

「今きついのは、やっぱり、その薬の副作用とか、そういった体の機能が戻ってこないという、そっちの方が、やっぱり、どうしても強くてですね。「次の一月は大丈夫かな？」というような、そういう不安も、ずっとついて回るからですね。」(事例 10) 他

次に多かった 2-14. 業務に対する自信の回復については、インタビュー12 件中 4 件で要素が聴取された。

「体力だけは普通の人よりは十分にあるっ

ていう自覚があった。(体という)資本がなくなったことによって、どうしていいかが、まず分からなかったですね。自分の売りにするところがなくなってしまう、と言うんですかね。なかなか思うように体が動かないというところがつらい。」　(事例 10)

「仕事に復帰するにあたって、自分が第一線でやってたので、ちょっと「できるだろう」みたいな感じはあったんですけどね(できなかった)。」

(事例 12)　　他

3．　本人背景

本人の背景にまつわる復職時の困難について、インタビュー12 件中 7 件（事例 1・2・3・5・7・11・12）から、計 9 要素が挙がった。（表 5）

小カテゴリでの内訳は、

3-18. 資格・専門性　2 要素、
3-20. 職位・責任　4 要素、
3-24. 家庭環境からの要求　3 要素
であった。

本調査の調査では、3-19. 職場への過去の貢献、3-21. 雇用条件・定年制度、3-22. 経済事情、3-23. 職場からの復職期待の要素は認めなかった。

最多で挙がった **3-20. 職位・責任**については、インタビュー12 件中 4 件で要素が聴取された。

「実務の割り振りの裁量があったため、会社に事情を伝えて、仕事をズラせば困難なく(病院を)受診できた。」(事例 1)

「気持ち悪くなる期間が決まっていて、シフトを作るのが自分だったので、自分で調整していた。」(事例 3)　　他

次に多かった **3-24. 家庭からの要求**については、インタビュー12 件中 3 件で要素が聴取された。

「そのときはバツイチで子供２人育てていたので、そのことばかり気になっていた。とりあえず仕事は続けないと金はもらえないから。」(事例 2)

「子どもに対しては、自分がこういう大病をしてるっていうことを、まだ当時、子ども、ちっちゃかったからですね。父親として、がんばらなきゃいけないというか、いうのもあったんで、かなり、心にはプレッシャーになったんだろうな。」(事例 11) ***他***

4．　自助努力

自助努力にまつわる復職時の困難について、インタビュー12 件中 11 件（事例 1・2・3・4・5・7・8・9・10・11・12）から、計 44 要素が挙がった。（表 6）

小カテゴリでの内訳は、

4-25. 自主トレーニング　3 要素、
4-26. 自己体調管理　5 要素、
4-27. 自己アピール　4 要素、
4-28. 自分から職場への説明　19 要素、
4-29. 合理的配慮の申し出　4 要素、
4-30. 自己努力　9 要素
であった。

最多で挙がった **4-28. 自分から職場への説明**については、インタビュー12 件中 6 件で要素が聴取された。

「施設長と面談して、復帰する時も主任と含めて面談していろいろ決めた。「抗がん剤治療中ですが、復職していいですか？でも調子が悪かったらすみませんけど休みます」という話までして、復職した。上司や身内には言える環境であり、その辺の理解はあった。」(事例 3)

「社内の社長ないしに、状況を申して、入院とか今後の治療について相談していくっていうことで、大体は解決した。」(事例 7)
他

また、職場への説明として **4-30. 合理的**

配慮の申出まで行われた例も聴取された。

「仕事に復帰しようとするときに、上司の方とかと面談したり。時間短めに、早めに上がるように仕事を調整してもらった。」(事例 11) 他

次に多かった **4-30. 自己努力**については、インタビュー12 件中 5 件で要素が聴取された。

「ぼうっとしたりずっと頭痛がしていたが、周りに分からないように我慢して仕事をしていた。」(事例 2)

「白血病って聞いた時に、死ぬんかなっていう実際の頭があったんでですね。でも、それはそれでやりつつ、やっぱ自分のできることをやるのもまた、僕が戻ってからの糧になるのかなっていうのがあってですね。」

(事例 12) 他

5. 職場背景

職場背景にまつわる復職時の困難について、インタビュー12 件中 11 件（事例 1・2・3・4・5・6・7・8・9・11・12）から、計 38 要素が挙がった。(表 7)

小カテゴリでの内訳は、

5-31. 職場の疾患経験　9 要素、
5-32. 職場風土　8 要素、
5–33. 職場規模　5 要素、
5-34. 職場マンパワー　2 要素、
5-35. 職場シチュエーション　9 要素、
5-36. 職場設備・環境　7 要素
であった。

最多で挙がった **5-31. 職場の疾患経験**については、インタビュー12 件中 6 件で要素が聴取された。

「がんの人の受け入れは初めてだったので、探り探りだった。」(事例 4)

「たまたま上司が同じような部位の症状が出ていたため、その上司に相談して、仕事をスムーズに休むことができた。」(事例 5) 他

次に多かった **5-35. 職場シチュエーション**については、インタビュー12 件中 5 件で要素が聴取された。

「会社の方は、週 4 のパートから始めてもいいよっていうのは言ってるんですよ。ただ、週 4 で働いてた人も、利用者に合わせて(の勤務)ですから、毎日出てこないといけんような仕事なんですよね。」(事例 9)

「自分がやってる仕事っていうのは、仕事の組み立てっていうかチームワークを形成するのが、うまいなって思うんですよね。仕事には主担と副担がいてっていうふうな形で、仕事が何でも進められていくので、自分がいなくても、その仕事は副担がいつも見ている。ジョブローテーが、半年にいっぺんぐらいやるから、みんながいろんな業務を知っている。だから、1 人抜けても、大丈夫ではあるっていう。」(事例 11)

他

6. 職場の受け入れ

職場の受け入れにまつわる復職時の困難について、インタビュー12 件中 12 件（事例 1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12）から、計 54 要素が挙がった。(表 8)

小カテゴリでの内訳は、

6-37. 職場からの配慮　10 要素、
6-38. 上司からの配慮　8 要素、
6-39. 職場からの声かけ　10 要素、
6-40. 職場の理解　14 要素、
6-41. 上司の理解　6 要素、
6-42. 職場からの過剰な気遣い　3 要素、
6-43. 職場の業務遂行能力に対する過大評価　2 要素
6-44. 職場での差別　3 要素

であった。

最多で挙がった 6-40. 職場の理解については、インタビュー12 件中 9 件で要素が聴取された。

「社長も役員さんも事務員さんも集まってもらって、「こういう診断受けたので、しばらく治療に日数がかかりますし、お休みさせてもらわないといけないので」ということで話をして、会社としては認めていただきました。」(事例 7)

「すぐに復職するのではなく、復職する前にウオーミングアップみたいな感じ体を慣らして、それからいくぞ、という感じの方がいいのかな。そんなことができるか、また相談してみようとは思うんですよ。そういうのは相談しやすい環境。」(事例 9) 他

次に多かった 6-37. 職場からの配慮については、インタビュー12 件中 7 件で要素が聴取された。

「プライバシーが守られるような感じの配慮もしてもらいながらも、仕事の調整をしてもらってという形のサポート体制があった。」(事例 6)

「復帰して 1 週間か 2 週間は、もう 9 時から 12 時まで。で、それを 1 週間やって、様子見て、そして、2 週間続いたんかな。そして、別に症状は悪くないちゅうことで、今度 3 時間から今度 6 時間。で、6 時間を 2 週間したんかな。で、それで様子見て。で、それで良ければ、通常の 8 時間勤務だったですね。その代わり、残業はもう一切なしちゅうことで(認めてもらった)。」(事例 8) 他

加えて、6-43. 職場の業務遂行能力に対する過大評価についても要素が聴取された。

「(治療が)終わって復職した次の月からより忙しい職場への異動の話があり、異動せざるを得ない状況だった。治療が終わったから「もういいでしょう」という感じがあった。」(事例 3) 他

また、職場からの声かけの要素が多かった一方で、6-44. 職場での差別についても要素が抽出された。

「もう休んでこんなぐらいになるから、そろそろ辞めてもらわないといかん、みたいな話があったので、ちょっと私はもうカチンときて、辞めるとか私が決めることだから、会社からそんなこと言えんでしょって。今の一番命がかかった大事なときにそういう話するの？と(言った)。」(事例 9) 他

7. 職場の適正配置

職場の適正配置にまつわる復職時の困難について、インタビュー12 件中 5 件（事例 3・4・5・6・7）から、計 7 要素が挙がった。（表 9）

小カテゴリでの内訳は、

7-45. 合理的配慮の受入　1 要素、
7-46. 業務転換による恩恵　4 要素
7-47. 業務転換による困難　2 要素

であった。

最多で挙がった 7-46. 業務転換による恩恵については、インタビュー12 件中 4 件で要素が聴取された。

「まったく同じ職場なんですけど、やることが、以前は歩き回ってた仕事なんだけど、それを部屋内で、机上に変わって(負担が減った)。」(事例 5)

「上司から抗がん剤の治療で掃除車の運転業務はしないていいよ、安静にしてくださいっていうことで、配慮でパソコン作業にしてくれ(て良かった)。」(事例 7) 他

8. 社会・家族背景

社会・家族背景にまつわる復職時の困難について、インタビュー7 件中 2 件（事例 1・

5）から、計 3 要素が挙がった。（表 10）

小カテゴリでの内訳は、

8-50．家族からの支援　10 要素

8-51．家族の理解　2 要素、

であった。

本調査の調査では、8-48．地域愛、8-49．世間の疾患イメージ、8-52．家族の過保護の要素は認めなかった。

最多で挙がった **8-50．家族からの支援**については、インタビュー12 件中 7 件で要素が聴取された。

「兄と姉は、「お金のことは心配せんでいいよ」とは言ってくれたのですが、そういうのは私あんまり好きじゃないので、断りました。姉の方はよく来てくれて、昔からきょうだいは仲がいいので、いつも何かあるとみんなでそろって相談するっていうことをしてました。」（事例 9）

「いろいろ書類とか家賃とか、そういう支払いがちょっと自分じゃできないので、それはもう家族等にお願いしたりとかはあったんです。」（事例 12）　他

９．　職場と医療の連携

職場と医療の連携にまつわる復職時の困難について、インタビュー12 件中 11 件（事例 1・2・3・4・5・6・7・8・10・11・12）から、計 35 要素が挙がった。（表 11）

小カテゴリでの内訳は、

9-53．入院による休職　2 要素、

9-54．産業保健スタッフからの支援　14 要素、

9-56．通院・治療時間の確保　8 要素、

9-57．職場と病院の連携　10 要素、

9-58．主治医からの支援　1 要素

であった。

本調査の調査では、9-55．職場での医療情報の管理　の要素は認めなかった。

最多で挙がった **9-54．産業保健スタッフからの支援**については、インタビュー12 件中 9 件で要素が聴取された。

「復職前に産業医の面談があって、就業意見書みたいなものを主治医の先生に頂いて、「いつぐらいからいいですよ」みたいな意見をいただいて産業医に出して、産業医の先生と私と面談して、「働けますか」とか、「どういう状況ですか」っていうのをお互いが聞いて、判断されてました。」（事例 5）

「産業医の先生も、免疫力が落ちたりするのでマスクは常時、仕事のときは普通の粉じんマスク、保護眼鏡をしてください、(と指導してくれた。)」（事例 6）　他

次に多かった **9-57．職場と病院との連携**については、インタビュー12 件中 5 件で要素が聴取された。

「一般の人には症状や治療が分からないため、配置転換を検討するのが難しかった。医療職からの説明を受けていれば、もっとスムーズに配置換えができていた。」(事例 4)

「産業医と主治医は直接情報のやり取りがあるとありがたい。解釈が間違って誤解を招くこともあるから。」*（事例 6）*　他

加えて、**9-56．通院・治療時間の確保**についても要素が聴取された。

「計画表を事務所とか会社でたてるんで、何月何日と何日は病院に通院するから休ませてくれちゅうことで、前もって連絡してたんで、別に支障がなかったですね。」（事例 8）　他

１０．　情報獲得

情報獲得にまつわる復職時の困難について、インタビュー12 件中 12 件（事例 1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12）から、計 43 要素が挙がった。（表 12）

小カテゴリでの内訳は、

10-59. 積極的な情報収集　1 要素、
10-60. 医療保険　7 要素、
10-61. 収入　15 要素、
10-62. 福利厚生に係るサポート　1 要素、
10-63. 職場からの情報　4 要素、
10-64. 会社制度の活用　3 要素、
10-65. 年次休暇の不足　3 要素、
10-66. 病院からの情報　1 要素、
10-68. 医療費　8 要素
であった。

本調査の調査では、10-67. ピア・サポーターからの情報の要素は認めなかった。

一般的な情報の獲得として、以下の 3 つが挙がった。

最多で挙がった 10-61. 収入については、インタビュー12 件中 8 件で要素が聴取された。

「職種で営業って書いてますんで、一度人に仕事譲ったりしてますんで、当然数字的な面では上がりません。当然、賞与とか、そういう関係で下がってきますからね。」（事例 7）

「給料は一番もう悩んだですね。手当とかがもう、基本ではちょっと低いからですね、手当とかがもう一切なくなって、その保険とか何か引かれる分はもう同じだからですね、だけど、当然手取りがもうがたっと下がりますよね。」（事例 8）　他

加えて、下記のような有用な情報についての要素も聴取された。

10-62. 福利厚生にかかるサポートについて。

「休みのことについては、やっぱり人事が率先して(サポート)しないといけないというところもある。そういう面でのサポートは、してもらったし、あと、共済関係の、高額医療関係の手続きもしっかりできた。」（事例 11）　他

10-63. 職場からの情報について。

「マニュアルが欲しいですね。「病気入院した場合には、こういう規約に基づいて、こういう制約があるんで、ここを見ときなさい」ぐらいの社内ルールがあってもいいかなとは思いましたね。」（事例 5）　他

D. 考察

以下、10 個の大カテゴリ毎に結果を報告する。

１．　業務遂行能力の低下

本調査で対象となった血液がん患者は、化学療法・放射線療法・骨髄移植いずれかの治療を施されており、それらの治療による副作用(1-5.)が大きな問題となっていた。副作用の症状や程度は様々であるが、仕事への影響の受け方は職場の状況や仕事の内容によって様々である。例えば、手のしびれや足のふらつきなどの神経症状を発現する場合には、書類作成等のデスクワークは作業効率が低下し、また高所作業など足場が不安定な場所での仕事は、足に力が入らずに安全上の危険が生じる場合がある。一方、営業職の人には同様の症状でも仕事に大きな影響はなく、業務を継続することが可能であることが分かった。その一方で、化学療法に特徴的な副作用として、脱毛などの容姿の変化があり、これは営業職にとっては致命的であるが、ヘルメットをかぶっている建設現場作業者には全く影響がないことは分かる。

副作用について就業配慮を検討する際には、副作用の症状の種類や程度だけでなく、その業務にどのように影響しているかを明らかにし、必要があることが分かる。

また疲労・体力の低下(1-6.)も血液がんそのものの症状や治療の副作用として大きな問題になることが分かった。しかし、この症状は永続的に続くものではなく、症状の

再燃や治療のスケジュールによってある程度の期限をもって断続的に生じる症状である。そのため、そのような症状がある時には、一時的に休養をとれるような体制づくりをすることで、無理なく業務に取り組むことができるという意見が多く聞かれた。

血液がんから生じる体力の低下は、業務スケジュールとの調整を行うことで軽減することができると考えられる。

２．　心理的影響

血液がん疾患は、近年の医療の進歩により生存率・寛解率共に、飛躍的に進歩しているが、古くからの疾患イメージとして、「生命にかかわる重大な疾患」としての認識が根強い。そのため、血液がんの診断を受けた瞬間から、まずはその疾患の受け入れにかなりの時間を要することが分かった。また、一度寛解した場合にも症状再発・治療への不安・心配・恐怖(2-16.)は消えることなく、その思いを抱えたまま私生活や仕事に復帰することになることが、多くの訴えとなっていた。

同時に、先述の「業務遂行能力の低下」を認めることから、業務に対する自信の回復(2-14.)にも時間を要することが分かった。疾患再発の恐怖におびえつつ、仕事では業務遂行能力の低下により自信を喪失し、失職や給与低下の不安を生じてしまうという悪循環に至ってしまう例も多い。

このような不安の連鎖を、どこまで受け止め、どこまで配慮あるいは支援すべきかについては、職場のみならず主治医をはじめとした医療従事者、また家族を含め、共に検討すべき事項である。

例えば症状再発の不安や恐怖は、主治医・看護師など医療職に加え、家族がその不安を共有すること(9-58.8-50.)で少なからず改善するという声が多く聞かれた。また、職場では疾患への理解（6-40.）をし、受け入れ姿勢を示す声かけ（6-39.）が必要である。支援する周囲の人々が、患者と向き合い、共に歩む姿勢を示すことで、業務に対する自信の回復（2-14.）見込めると考えられる。

３．　本人背景

本人背景として、業務遂行の困難性に大きく影響していた要素は、職位・責任(3-20.)であった。これは、仕事の裁量権を持っているか否かで、自身の症状に合わせて仕事のコントロールを行うことができるためである。一方、患者自身の職位が高くなくても、上司などの裁量権を持った人が、仕事のコントロールに協力的であった場合には、困難はより少なくなることも分かった。

この裁量権を持った人が、支援に協力的であるかどうか、については、資格・専門性(3-18.)が大きくかかわっていると考えられる。このような専門性を持ち、他の従業員と代えがたいような人は、上司の支援を受けやすいためである。

このように、職位をコントロールすることは困難だが、業務のコントロールを行うべき裁量権を持った人が、仕事の量の裁量・内容の裁量・期限の裁量の配慮をすべきであると考える。

また治療にかかる費用が大きいことから、金銭面において家庭からの要求(3-24.)を受ける場合があり、このことがより精神的な負担を生じていることも明らかであった。これは、保険や傷病手当金(10-60.)などの保障制度をしっかりと活用できているか否かが重要な論点となっている。会社としても、このような保障制度を職場からの情報として(10-63.)しっかりと伝えることで、かなり

の不安を解消することができると考えられる。

４．　自助努力

就労と治療の両立支援の原則は合理的配慮の考えが前提である。本調査でも復職に成功している人は、疾患について自分から職場へ説明する（4-28.）ことを積極的に行っていた。

この背景には、社会的に血液がんという疾患に対する誤った認識がある。大きな手術を行わない血液がんは、先述のような副作用や疲労に悩まされているが、外見上はそれほど明らかな変化はないケースが多い。そのような患者に対して、業務遂行能力を評価することなく、過剰な業務を与えるなどの事象が発生していた。そのため患者自ら、自身の状態を会社に報告する必要が発生している。

この解決には、やはり本人を交えた医療職と職場との情報交換(9-57.)が必要である。必要な情報を必要に応じて共有することで、本人の負担を軽減することが可能になると考えられる。

５．　職場背景

職場の疾患経験(5-31.)の有無が、復職や業務遂行に大きく影響していることが明らかになった。これは、一度同様の疾患で配慮や支援を経験したことがある職場では、それに即した配慮を決断しやすく、周囲の同僚もその配慮に抵抗が少ないとのことであった。その職場が疾患経験を有しているか、それとも自身が最初の事例であるかは時の運であるが、もし初めての例であったとしても、「同業他社ではその疾患に対してどのような対処が可能であったのか。」などのモデルケースを医療側から提供することで、可能な配慮を検討しやすくなると考えられる。

ただし、職場背景は多様であるため、職場シチュエーション(5-35.)に合せた配慮を、その都度検討する必要があると考えられる。このような、復職に協力的な会社の雰囲気づくりを普段から心掛けることが重要である。

６．　職場の受け入れ

職場の理解(6-40.)と、職場からの配慮（6-37.）といった職場の受け入れがあって初めて、働きやすい環境が作りあげられるが、血液がんに関してはこの理解と配慮を求めるために、先述の自分から職場への説明(4-28.)が重要のようである。

先に述べたように、血液がんの症状や副作用は外見上では分かりにくく、ともすれば職場での業務遂行能力に対する過大評価(6-43.)や職場での差別(6-44.)を招き、働きにくい環境に陥ってしまう。

医療情報の乏しい職場では患者の困難に対する理解が乏しくなってしまう。そのため、患者自ら職場へ自身の状態を報告することで、理解を促す必要があるためである。

もちろん自信からの申告も必要ではあるが、職場側も積極的に声掛け(6-39.)を行い、患者の求めを受け取りやすい体制を作る必要がある。また、その声かけが患者の安心感つながると考えらえられる。

７．　職場の適正配置

血液がんにおける業務遂行能力の低下は、副作用や疲労に規定されていることが多く、それらの症状と現在の業務の適正に問題があるかどうかが重要なポイントとなる。先述のような、自分から職場への説明(4-28.)を行い、職場の受け入れが進んでいる例に

関しては、業務転換による恩恵(7-46)を受けていた。ここにもやはり、「疾患に関する情報の共有」が重要な鍵となっている。

ただし現状では、副作用によりその業務が困難であっても本人の自助努力(4-30.)や我慢によって、業務を継続している例が少なくない。これは生産性を下げるだけでなく、安全配慮の面から企業リスクにもなり得る。企業として利潤を追求することを考えると、適正配置として業務転換を行うことは、容易なことではないが、仕事と労働者の適正とのバランスを考慮しつつ、適正配置を行う体制を作る必要があると考えられる。

８．　社会・家族背景

家族背景としては、家族からの支援(8-50)に大きく励まされたという意見が多く聞かれた。血液がんは治療期間が長期間に及び、また再発・寛解を繰り返すことがあるため、金銭面や生活面において、周囲のサポートを多く必要とすることが特徴である。そういった点は、会社や医療からはサポートが困難であるが、周囲にいる家族が支えることで、かなりの負担が軽減されていることが分かった。

血液がん患者の両立支援を行う際には、家族への支援の要請も重要である。

９．　職場と医療の連携

ここまで述べてきたように、血液がん患者が復職し、働きやすい環境を作るためには、関わる人々の疾患に対する情報共有とそれに基づく受け入れが必要である。

その実現には、医療職から職場への医療情報の提供といった介入が不可欠であり、産業保健スタッフからの支援(9-54.)、職場と病院の連携(9-57.)、主治医からの支援(9-58.)などの体制を整えることが重要である。

特に、血液がんは抗がん剤治療の通院・治療時間の確保(9-56.)と就業時間の調整が難しいため、医療側から通院時間の確保に関する情報の提供や会社側の勤務調整も望まれる。

１０．　情報獲得

血液がんの治療の特性から、多額の医療費(10-68.)が必要となり、収入(10-61.)や医療保険(10-60)など金銭面の情報を必要としている現状があった。また治療に長期間要するため、その間は会社制度（10-64.）、福利厚生にかかるサポート(10-62.)をうまく活用できるかどうかが重要な問題となっている。

これら職場からの情報(10-63.)は、存在はしているが、患者本人に届いていない場合や、情報が不十分で活用できていないケースが多いため、職場から丁寧に説明をし、活用時にも継続的なサポートを行う必要があると考える。

E. 結論

本研究を通して血液がん疾患は、疾患そのものの症状や治療の副作用により、直接的な業務遂行能力低下があるが、外見上の変化があまりないことから周囲の人から理解されにくく、働くことの困難を感じている事例が多かった。職場の理解が乏しい原因としては、職場と医療との間で正しい医療知識の共有ができておらず、職場の理解を得られていないために適正配置が十分検討されていないことがある。今後より職場と医療の連携を効果的に行い、本人・職場・周囲が十分な疾患の情報共有を行えるような知識伝達ツールの作成が強く望まれる。

F. 参考文献

特記無し

G. 研究発表予定

○岡田岳大・立石清一郎・原田有理沙・横山麻衣・塚田順一・山口享宏・北村典章・高橋都・森晃爾、身体疾患を有する就労者の仕事と治療の両立に関する実態調査【第 3 報：血液がん疾患編】、第 89 回産業衛生会学、2017 年 5 月福島、ポスター発表

表 1.　血液がんインタビュー事例　12 例

事例	1	2	3	4	5	6
年齢/性別	42/M	46/M	32/F	56/M	48/M	62/M
職種	建設業 （自動ドア）	公務員	介護士	公務員	設備保全	鉄鋼業
診断	悪性リンパ腫、びまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫	混合細胞型古典的ホジキンリンパ腫再発	結節硬化型古典的ホジキンリンパ腫	多発性骨髄腫	リンパ球豊富型古典的ホジキンリンパ腫	悪性リンパ腫、濾胞性リンパ腫
加療内容	化学療法、放射線治療	化学療法	化学療法、放射線療法	化学療法	化学療法	化学療法、光線療法、骨髄移植
主たる生計者	主	主	でない	主	主	主
経済的ゆとり	少しあり	少しあり	十分あり	十分あり	少しあり	なし
雇用形態	一般正社員	その他	一般正社員	その他	一般正社員	契約・嘱託社員
会社規模(人)	-10	1001-	51-300	1001-	1001-	301-1000
職場規模(人)	-10	51-300	51-300	51-300	11-50	51-300
休職時仕事充実度	87	51	83	83	75	65
復職時仕事充実度	85	49	50	50	50	66
復職時支援満足度	95	50	76	64	50	96
仕事の変化	なし	なし	なし	あり	あり	あり

事例	7	8	9	10	11	12
年齢/性別	58/M	58/M	62/F	46/M	46/M	44/M
職種	建設業	事務	ケア マネージャー	塗装	教育	建設業 （設備業）
診断	悪性リンパ腫、びまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫	成人 T 細胞白血病/リンパ腫、急性型	急性骨髄性白血病	慢性骨髄性白血病 急性転化	混合細胞型古典的ホジキンリンパ腫再発	急性骨髄性白血病
加療内容	化学療法、 骨髄移植	化学療法、 光線療法、 骨髄移植	化学療法、 骨髄移植	化学療法、 骨髄移植	化学療法	化学療法、 骨髄移植
主たる生計者	主	主	主	主	主	主
経済的ゆとり	少しあり	なし	少しあり	少しあり	なし	十分あり
雇用形態	経営者・ 管理職	一般正社員	一般正社員	経営者・ 管理職	一般正社員	一般正社員
会社規模(人)	11-50	1001-	301-1000	11-50	301-1000	-10
職場規模(人)	11-50	11-50	-10	11-50	51-300	-10
休職時 仕事充実度	45	48	95	87	39	75
復職時 仕事充実度	34	46	未記入	未記入	79	64
復職時 支援満足度	50	57	未記入	未記入	57	100
仕事の変化	なし	あり	未記入	未記入	なし	あり

表 2.　復職時点の困難のカテゴリ分類

1.　業務遂行能力の低下	1.基礎体力	**6. 職場の受け入れ**	37.職場からの配慮
	2.日常生活		38.上司からの配慮
	3.impairment の程度		39.職場からの声かけ
	4.容姿の変化		40.職場の理解
	5.副作用		41.上司の理解
	6.疲労（体力低下）		42.職場からの過剰な気遣い
	7.身体機能の低下		43.職場の業務遂行能力に対する過大評価
	8.高次脳機能の低下		44.職場での差別
	9.ICD への電磁干渉	**7. 職場の適正配置**	45.合理的配慮の受入
	10.ICD による運転制限		46.業務転換による恩恵
	11.職業リハビリテーション		47.業務転換による困難
	12.医療リハビリテーション	**8. 社会・家族背景**	48.地域愛
2.　心理的影響	13.疾患の受容		49.世間の疾患イメージ
	14.業務に対する自信の回復		50.家族からの支援
	15.「障害者」であることの受容		51.家族の理解
	16.症状再発・治療への不安・心配・恐怖		52.家族の過保護
	17.失職への恐怖	**9. 職場と医療の連携**	53.入院による休職
3.　本人背景	18.資格・専門性		54.産業保健スタッフからの支援
	19.職場への過去の貢献		55.職場での医療情報管理
	20.職位・責任		56.通院・治療時間の確保
	21.雇用条件・定年制度		57.職場と病院との連携
	22.経済事情		58.主治医からの支援
	23.職場からの復職期待	**10. 情報獲得**	59.積極的な情報収集
	24.家庭環境からの要求		60.医療保険
4.　自助努力	25.自主トレーニング		61.収入
	26.自己体調管理		62.福利厚生にかかるサポート
	27.自己アピール		63.職場からの情報
	28.自分から職場への説明		64.会社制度の活用
	29.合理的配慮の申出		65.年次休暇の不足
	30.自己努力		66.病院からの情報
5.　職場背景	31.職場の疾患経験		67.ピア・サポーターからの情報
	32.職場風土		68.医療費
	33.職場規模		
	34.職場マンパワー		
	35.職場シチュエーション		
	36.職場設備・環境		

表3. 血液がんで聴取された1.業務遂行能力の低下に関わる要素

小カテゴリー名	要素の表札	業務遂行能力への影響	番号
1.基礎体力	治療による副作用を補完できる業務能力		c2-330
2.日常生活	治療と生活の選択		c2-174
	治療(食事の制限)による体力低下		c10-169
4.容姿の変化	治療の副作用(脱毛→ウイッグ)による労働困難(暑さ)	作業困難	c3-255
	副作用(脱毛)による就業困難(営業での対人業務)	作業困難	c7-271
5.副作用	治療の副作用(口内炎)による生活習慣の乱れ(不眠)		c1-119
	治療の副作用(白血球減少)による労働不可(建設現場への出入り不可)	作業不可	c1-155
	治療の副作用(白血球減少)に対する対策(マスク)		c1-197
	治療の副作用(手のしびれ・血管痛)による労働不可(道具の使用不可)	作業困難	c2-318
	治療の副作用(体のきつさ)によるコミュニケーション不可		c2-460
	治療の副作用(腋窩腫脹・疼痛)による生活習慣の乱れ(不眠)		c3-17
	治療の副作用(嘔気・血管痛)による労働困難	欠勤	c3-71
	治療の副作用(嘔気・血管痛)による労働困難		c3-113
	治療の副作用(嚥下困難)による労働困難 治療の副作用(だるさ)による労働困難	欠勤	c3-139
	治療の副作用(体力低下)による労働困難(入浴介助不可)	作業困難	c3-279
	治療の副作用(疼痛・嘔気・体力の低下)による労働困難(入浴介助不可)	作業困難	c3-309
	治療の副作用(体力の低下・疲れやすさ)による仕事に対するプレッシャー(締め切り)		c3-317
	治療の副作用(免疫力低下)による、業務が困難(対人の仕事)。	作業困難	c4-128
	治療の副作用(便秘・下痢、食思不振、筋力低下、手のしびれ、目の疲れ)による、業務困難(デスクワーク)	作業困難	c4-152
	治療の副作用(しゃっくり、便通悪化、手の指先のしびれ、食欲低下、首元のかゆみ)によるコンディションの悪化	作業困難	c5-149
	副作用(腹痛、吐き気)により睡眠不足となり、就労が困難	欠勤	c6-59
	副作用(手のしびれ)によるパソコン使用の困難	作業困難	c6-208
	副作用(しゃっくり、手のしびれ、便秘)による、就労困難(体力低下、現場での排便コントロール)	作業困難	c7-162
	副作用(口内炎、唾液減少)による、就労困難(声が出ない)	作業困難	c7-265
	副作用(免疫力低下)に対して、対策(マスク)を行うが、営業職に支障があった	作業困難	c7-426
	病状・副作用(肝障害・湿疹・肺炎など)による復職困難(主治医判断)	欠勤	c8-196
	治療(移植)の副作用(疲れやすさ)による、就労困難(業務効率の低下)	作業困難	c8-234
	治療の副作用(ドライアイ)による業務困難(パソコン作業)	作業困難	c8-445
	病状・副作用(下半身の筋力の低下)による就労困難	作業困難	c9-20
	筋力低下に対して、自己リハビリ(階段上り)		c9-20
	病状・治療の副作用(食欲が低下)		c9-206
	起床時の気分の低下		c9-269
	病状・副作用(発汗)		c9-277
	病状・副作用(目が悪くなってる)による就業困難(画面を長時間パソコンで見るのが難しい)	作業困難	c9-458
	副作用(体のだるさ・目の渇き)による就業困難(車の通勤困難)	作業困難	c10-137
	副作用(免疫力低下)により就業困難(屋外作業・粉じん暴露)	作業不可	c10-147
	副作用(爪の変形・巻き爪もひどい)による就業困難(足の踏ん張りがきかない)	作業困難	c10-163
	副作用(筋肉硬直・体のだるさ・手足指の痙攣・発熱・腹痛)		c10-183
	副作用(目の疲れ・手の硬直)による就業困難(事務作業の手書きで文章作成)	作業困難	c10-203
	副作用(目の乾燥)により、就業困難(書類を見る時に疲れやすい)	作業困難	c10-223
	副作用(目の乾燥)により、就業困難(車通勤困難)	作業困難	c10-231
	副作用(だるさ)により、就業困難(ケアレスミス)	作業困難	c11-72
	副作用(足の痙攣で不眠)により就業困難(仕事の効率が悪い)	作業困難	c11-116
	副作用(吐き気)がある		c11-158
	副作用(脱毛に対するかつらで厚い)があった		c11-311
	副作用(関節の痛み・目の乾燥・口内炎)があった		c12-184
	副作用(目が悪い)により就業困難(図面作製の作業効率悪化)	作業困難	c12-296
6.疲労（体力低下）	病気・治療による体力の低下		c1-337
	労働困難(体力低下)に対して支援の要請(休養をもらう)	休憩	c2-504
	疾患の症状(疼痛・発熱)		c3-265
	労働困難(体力低下)に対して支援の要請(入浴介助から外してもらう)	作業困難	c3-281
	疾患後の変化(ストレス抵抗性の低下)による労働困難(疲れやすくなった)		c3-391
	仕事への意欲に対して、体力がついていかない	作業困難	c5-329
	疾患・治療の後の体力の低下による、業務困難(運搬作業)	作業困難	c8-377
	疾患・治療後の体力低下による体のだるさ	作業困難	c8-437
	体力が低下しているため、仕事について行けるか、という不安		c9-466
	現場へ出て仕事をする体力が全くないことに気付いた	作業困難	c12-184
	第一線でいろいろ作業するのは、体力が十分でない	作業困難	c12-316
	体力の低下が一番復帰を妨げました	欠勤	c12-534
7.身体機能の低下	症状(腰の痛み・発熱)による就業困難(高所作業で足がふらつく)	作業困難	c10-62
	筋力低下により就業困難(重量物運搬困難)	作業困難	c10-82
	症状(腰痛)による就業困難(長時間座位困難)	作業困難	c10-99
	筋力の低下により就業困難(高所作業の危険)	作業困難	c10-151
	体力・筋力低下により、退職した	退職	c10-241

表4. 血液がんで聴取された2.心理的影響に関わる要素

小カテゴリー名	要素の表札	業務遂行能力への影響	番号
13.疾患の受容	疾患に対する本人のマイナス思考		c3-369
14.業務に対する自信の回復	疾患に対する本人の気持ちの切り替え		c3-371
	仕事のおくれを取り戻そうと感じることによる、精神的負担	作業困難	c5-325
	自信があった体力を失ったことによる辛さ		c10-311
	復帰するにあたって、仕事ができるか不安があった		c12-168
	自分から仕事に出て働ける自信がついた		c12-172
16.症状再発・治療への不安・心配・恐怖	病気を予見できることによる、不安感		c2-65
	病気に対する消極的な自己の理解		c2-400
	病気が進行・再発に対する不安		c4-341
	寛解後でも何か症状があると、すぐ悪いように悪えてしまう思考		c7-304
	「どのような経過になるか」という病気に対する不安		c8-170
	副作用などの症状が再発する不安		c10-349
17.失職への恐怖	休職したことによる人事考課		c2-262
	仕事をしなければ生きていけないという、気持ちが復職意思を支えた		c10-423

表5. 血液がんで聴取された3.本人背景に関わる要素

小カテゴリー名	要素の表札	業務遂行能力への影響	番号
18.資格・専門性	仕事が、治療スケジュールを調整しやすい業種であった		c7-481
	組織の制度を一番理解している人事に所属していた		c11-757
20.職位・責任	仕事のコントロール度		c1-41
	仕事のコントロール度		c3-83
	仕事のコントロール度		c5-581
	現場の責任者のため、部下に説明はしながらやっていた		c12-076
24.家庭環境からの要求	家庭環境(離婚・子育て)による精神的負担		c2-66
	家族の状況でプレッシャーを感じていた		c11-376
	独身で貯金があったので困らなかった		c12-104

表6. 血液がんで聴取された4.自助努力に関わる要素

小カテゴリー名	要素の表札	業務遂行能力への影響	番号
25.自主トレーニング	体力回復のための、自己リハビリ(ウオーキング)		c5-277
	休業中から体力をつけるための自己トレーニング		c7-363
	自分なりのリハビリを行った		c10-302
26.自己体調管理	本人と主治医との情報共有による、本人の理解		c1-95
	本人と主治医との情報共有による、本人の理解		c1-321
	本人と主治医との情報共有による、本人の理解		c1-585
	本人と主治医との情報共有による本人の理解		c3-163
	風邪歩引きやすいので、睡眠をとったり安静にするなどの体調管理を行う		c8-404
27.自己アピール	休職中の積極的な仕事への関与		c1-175
	休職中の会社の情報収集。		c5-333
	周囲からの噂を避けるために、自分から周囲に説明した。		c11-335
	自分から周囲に包み隠さずに病状を話した。		c11-543
28.自分から職場への説明	本人と職場との情報の共有による職場の理解		c1-87
	本人と職場の情報の共有による職場の理解		c1-357
	職場の理解を求めるための努力		c1-441
	本人と職場の情報の共有による職場の理解		c1-623
	本人と上司との情報共有による上司の理解		c3-43
	本人と職場の情報の共有による職場の理解	休憩	c3-85
	本人と上司の情報の共有による上司の理解		c3-91
	本人と職場の情報の共有による職場の理解		c3-107
	症状の重大さが、同僚・上司に伝わらない困難さ		c4-96
	症状や治療が伝えることの困難さ		c4-197
	自ら状況報告と治療方針の申告を、職場・社長へ行う		c7-155
	自ら状況報告と治療方針の申告を、職場・社長へ行う		c7-367
	会社と交渉するために、病状を自分でしっかりと会社に申告する		c7-485
	前もって病状と治療スケジュールを知らせることで、職場の理解を得られる		c8-125
	会社に対して情報の報告		c8-208
	体調を考慮せず、転勤の申しつけを受けたが、自分でしっかりと状況を伝えて交渉した		c8-248
	上司との人間関係の困難さがあったが、自分の考えははっきりと伝えた		c8-272
	自分の体調を常に上司報告する		c8-422
	本人が会社に治療の経過などの情報を連絡していた		c9-318
29.合理的配慮の申出	腰痛の症状で、上司に業務変更を依頼		c4-59
	症状がある時には、休養を申請	休憩	c4-104
	上司と面談して時短になるように仕事を調整してもらった		c11-284
	自分から産業医に時短勤務をお願いした		c11-726
30.自己努力	症状に対する忍耐力	作業困難	c2-33
	症状に対する忍耐力	作業困難	c2-106
	症状に対する忍耐力		c2-194
	症状に対する本人の対策		c2-342
	会社の評価低下を防ぐための本人の努力		c3-243
	部下への示しを付けるための、自己努力		c4-136
	体調に合わせて仕事のやり方を変えた		c9-239
	部下が見舞いに来た時に現場の状況を聞いて、アドバイスをしていた		c12-088
	自分のできることをやることが、戻ってからの糧になる		c12-100

表7. 血液がんで聴取された5.職場背景に関わる要素

小カテゴリー名	要素の表札	業務遂行能力への影響	番号
31.職場の疾患経験	社内での同様の経験による職場の理解		c1-67
	がんの人の受け入れは初めての経験		c4-253
	白血病の経験		c4-273
	職場(上司)が同様の症状を経験		c5-85
	他職場での同じ症状の人の経験		c5-447
	病気を経験したことによる、病気に対する意識の改善		c6-334
	上司の親族が同じ病気だったことによる、上司の理解		c6-876
	職場における、癌という病気の経験		c7-442
	職場に同様の病気の経験の方がいる		c9-513
32.職場風土	職場の有給の取りやすい雰囲気		c2-262
	職場の中は元気な人が多いため、あまり健康的な配慮をされることがない職場風土		c4-415
	業務困難であることを、理解してもらえるような職場の雰囲気があって		c5-483
	復職時、業務に戻ることに焦りを感じさせない、職場の風土		c6-294
	上司が部下の状態を把握するという、管理体制		c6-352
	休職時の相談手順など、会社としての整備された支援体制		c6-852
	疾患後の、職場内の健康に対する意識の改善		c8-332
	人事異動の参考のため自身の状態を報告する、会社のシステム(アンケート)		c8-400
33.職場規模	会社規模による雇用キャパシティの差異		c1-245
	会社規模による雇用キャパシティの差異 雇用維持のための無理な労働		c1-525
	小さな職場なのでサポートし合える		c12-070
	小さな会社なので産業医や労働安全衛生の責任者みたいな人はいない		c12-186
	小さい会社なので、皆が知っている		c12-566
34.職場マンパワー	マンパワー不足による、休憩取得不可		c3-123
	マンパワー不足による業務量の増加		c3-273
35.職場シチュエーション	職種による副作用への影響度の差異		c1-401
	労働形態として仕組みとしては、半日勤務ができない		c5-285
	上司の方が替わることによる、対応の変化		c8-258
	疾患に対する上司の意識の違い		c8-400
	勤務スケジュールの融通が利きづらい仕事内容		c9-487
	治療が仕事に重なると迷惑をかけるため、入院して治療する		c11-154
	一度仕事に出ると早退するのは難しいので、入院して治療する		c11-170
	職場の支援制度がしっかりしていたので、助かった		c11-419
	仕事は主担と副担がいて、ジョブローテーあるため、休職しても仕事が回る仕組みになっている		c11-704
36.職場設備・環境	産業保健資源へのアクセス		c3-189
	上司による休憩室やソファーなど、休憩設備の設置		c5-419
	いつでも休憩が取れる環境		c6-716
	事務所内の休憩室の設置		c8-306
	職場環境の汚さ		c9-336
	職場に横になれるソファーがあったらありがたい		c11-447
	建設労働者は喫煙率高く、休憩所の喫煙ルームと分かれていない		c12-244

表8. 血液がんで聴取された6.職場の受け入れに関わる要素

小カテゴリー名	要素の表札	業務遂行能力への影響	番号
37.職場からの配慮	病気に対する積極的な同僚の無関心		c2-250
	職場からの積極的な休養勧奨への精神的負担		c2-386
	病気に対する積極的な同僚の無関心		c3-251
	病気に対する積極的な同僚の無関心		c3-285
	上司・同僚の配慮による、仕事の慣らし時間確保		c4-132
	職場による仕事の調整		c6-186
	復職直後は3時間勤務から開始し、徐々に就業時間を延長		c8-220
	休職の際の仕事の引き継ぎ・申し送りは同僚・上司と連携を取った		c11-204
	ちょっと時間をずらして、温かいお弁当を持ってきてもらうなど、気を遣ってもらった		c12-224
	自分の病気を気遣って、職場は3人ぐらいはたばこやめた		c12-232
38.上司からの配慮	上司による業務中の積極的な傾聴・声掛け		c2-190
	上司による業務中の積極的な傾聴・声掛け		c2-202
	上司による業務中の積極的な傾聴・声掛け		c3-181
	休業中の上司による仕事の調整		c6-148
	退院直後の、上司による業務の交代		c6-254
	上司による声掛け		c6-350
	勤務時間に応じた業務量という、上司の配慮		c8-240
	仕事の制限に関する、上司との相談		c8-393
39.職場からの声かけ	職場による業務中の積極的な傾聴・声掛け		c2-238
	職場による業務中の積極的な傾聴・声掛け		c2-432
	職場による業務中の積極的な傾聴・声掛け		c3-201
	職場による業務中の積極的な傾聴・声掛け		c3-353
	「エレベーターを遣うように」との同僚からの声掛け		c4-217
	「仕事で疲れを残さないように」との上司・同僚からの声掛け		c4-223
	病状に対する職場からの声掛け		c7-377
	上司が体調を鑑みて早く帰るように声かけをしてくれる		c9-44
	上司が仕事に対して安心できる言葉や励ましの言葉をかけてくれた		c9-306
	復職時の異動先に関する管理者のアドバイス		c9-360
40.職場の理解	病気に対する積極的な職場の理解		c1-205
	病気に対する積極的な職場の理解		c1-389
	病気に対する積極的な職場の理解		c1-589
	病気に対する積極的な職場の理解		c3-177
	病気に対する積極的な職場の理解		c3-237
	上司・同僚とのコミュニケーション		c4-227
	治療で休養をとることに関する、職場の理解		c4-231
	会社の理解		c5-443
	診断後すぐに休業を認めてもらえる、職場の理解		c7-124
	入院に対する職場の理解		c8-148
	復職の条件について相談しやすい職場環境		c9-503
	周囲の人の受け入れが良く、適度に関わってくれた		c11-543
	自分が所属する人事課の人も、自分が病気をしたからサポートの意識が芽生えた		c11-779
	引き継ぎは周囲の人も理解してもらってもらった		c12-058
41.上司の理解	上司による、喫煙のルールを徹底		c6-306
	治療スケジュールに合わせて休みがもらえる、上司の理解		c8-119
	入院に対する上司の理解		c8-149
	必要な時に休憩を取らせてもらえる、上司の理解		c8-290
	社長からの励ましの言葉		c10-433
	上司からしっかり休むようにアドバイスを受けた		c11-250
42.職場からの過剰な気遣い	復職の意思を表明した時に、過剰な配慮を受けない		c7-411
43.職場の業務遂行能力に対する過大評価	病気に対する職場の誤解	異動	c3-169
	病気に対する職場の誤解		c3-241
44.職場での差別	同僚によって個人情報を広められた精神的負担		c2-488
	上司・職場の心無い言葉		c9-329
	周りの人の声掛けが、実はその人に負担になっていることがある		c9-542

表9. 血液がんで聴取された7.職場の適正配置に関わる要素

小カテゴリー名	要素の表札	業務遂行能力への影響	番号
45.合理的配慮の受入	異動に関する、上司との相談		c4-187
46.業務転換による恩恵	入院の間に、上司による配置転換	異動	c4-128
	業務内容変更による、身体負担の軽減		c5-341
	上司の配慮による業務転換		c6-692
	職場の理解による、配置転換(現場の変更)		c7-229
47.業務転換による困難	行きたくない部署への異動によるモチベーションの低下		c3-329
	行きたくない部署への異動によるモチベーションの低下		c3-385

表10. 血液がんで聴取された8.社会・家族背景に関わる要素

小カテゴリー名	要素の表札	業務遂行能力への影響	番号
50.家族からの支援	家族の支援		c1-477
	家族からの「仕事を続けるように」とのアドバイス		c4-64
	経済的な家族の支援		c8-162
	仲の良い兄弟からの支え(相談を聞いてくれる		c9-396
	食べられるものが限られているので、妻に調理を工夫してもらった		c10-277
	体がその思うように動かないので、妻に手助けをもらう		c10-281
	妻の収入で生活費を賄っている		c10-289
	家族のサポートは万全だった		c11-376
	書類とか家賃とかの支払いを家族等にお願いした		c12-148
	料理や収入面で妻の支えがある		c12-596
51.家族の理解	家族による業務中の積極的な傾聴・声掛け		c3-201
	家族から「早めに動き始めるように」とのアドバイス		c7-359

表11. 血液がんで聴取された9.職場と医療の連携に関わる要素

小カテゴリー名	要素の表札	業務遂行能力への影響	番号
53.入院による休職	治療スケジュールによる、技能習得機会の損失		c1-453
	入院による休職	欠勤	c8-147
54.産業保健スタッフからの支援	産業保健スタッフによる消極的介入		c1-685
	産業保健スタッフによる消極的介入		c2-528
	産業保健スタッフによる消極的介入		c3-57
	常駐ドクターや巡回している看護師がなどの、医療スタッフの充実		c4-201
	常駐の産業医と保健師による病院選びのサポート		c5-121
	産業医による復職前面談		c5-249
	毎月の産業医の先生の面談フォロー		c5-403
	産業医から、人事などへの情報の発信		c6-200
	産業医からの就業上のアドバイス		c6-282
	産業医による経過フォロー		c8-208
	カウンセリングの設置		c10-328
	愚痴を言えるカウンセリングの設置		c10-438
	復職面談や復職後の声掛けなど、産業医がいた方が心強い		c11-589
	産業医から上司に意見をしてもらった		c11-726
56.通院・治療時間の確保	治療スケジュールと労働時間の調整(欠勤も含む)		c2-104
	治療スケジュールと労働時間の調整(欠勤も含む)		c2-130
	治療スケジュールと労働時間の調整(欠勤も含む)		c3-141
	職場の配慮による、柔軟な勤務時間		c7-289
	放射線治療のスケジュールを、治療医と相談して決定		c7-445
	前もって治療の計画を会社と交渉して有休をとり、治療のスケジュールを確保していた		c8-101
	仕事の引き継ぎ・説明等があり、入院時間が遅くなった		c12-056
	通院時間の確保に対して、会社は理解があった		c12-558
57.職場と病院との連携	情報共有の困難性の疾患による差異		c1-599
	主治医と職場との情報共有による職場の理解		c3-215
	主治医と職場との情報共有による職場の理解		c3-229
	主治医と職場との情報共有による職場の理解		c3-267
	医療職から職場への説明が不十分		c4-197
	主治医からの職場への情報共有		c4-249
	病院からの情報提供		c4-261
	上司が偏見を持たないためにも、病院と産業保健スタッフの医療職同士での情報交換		c4-315
	産業医と主治医による直接の情報交換		c6-590
	主治医から産業医への意見書		c8-214
58.主治医からの支援	復職は主治医先生と相談して決めた		c12-196

表12. 血液がんで聴取された10.情報獲得に関わる要素

小カテゴリー名	要素の表札	業務遂行能力への影響	番号
59.積極的な情報収集	会社に説明するための、積極的な病気に関する情報収取		c7-441
60.医療保険	保険加入による金銭的余裕		c2-270
	給与・公的支援以外の経済環境(保険)		c3-359
	保険加入による、金銭的余裕		c6-510
	がん保険に拝いていたが、入院費は出るが、通院費は出ない		c9-404
	保険に入っていた		c12-104
	入ってた保険は入院保障だけで、退院後に困った		c12-454
	薬や治療費が高額になる		c12-474
61.収入	有給後の給与不足		c1-465
	給与・公的支援以外の経済環境(妻の収入)		c1-473
	傷病手当		c3-143
	当直時間外勤務の減少による、収入の低下		c4-176
	障害年金の申請		c4-295
	治療に伴う欠勤による、給料・賞与への影響		c5-391
	給与が半分になる収入減		c5-503
	営業職のため、休業することで他の人に仕事を譲ったことで賞与などへの影響		c7-316
	手当などがなくなることににによる、経済的な不安		c8-160
	収入が減少していることによる経済面的な困難		c8-367
	障害年金当の手続き		c10-339
	傷病手当の申請		c12-104
	傷病手当や実家生活で、収入面は助かった		c12-324
	傷病手当を延長してほしい		c12-348
	公的資金による補助		c12-356
62.福利厚生にかかるサポート	休養や共済・高額医療の手続きなどについて、人事のサポートがあった		c11-423
63.職場からの情報	有給休暇に関する、会社からの情報提供		c5-357
	病気休業の際の会社のルールに関する情報提供		c5-619
	病気関係の規定を知れるように人事がサポートする必要がある		c11-759
	会社から傷病手当のことを早めに教えたもらいたかった		c12-130
64.会社制度の活用	90日間の病気休暇があります		c11-218
	病気関係の規定はそろっている		c11-759
	有休の活用ができていない		c12-352
65.年次休暇の不足	有給の有無	欠勤	c1-135
	有給の有無		c2-9
	有休の不足		c5-289
66.病院からの情報	主治医意見書による配慮の情報		c5-291
68.医療費	公的な経済支援の不足		c1-469
	公的な経済支援の不足		c1-563
	金銭面による治療意欲の低下		c1-573
	治療費用への不安		c2-274
	医療費がどのくらいかかるか分からない不安		c6-450
	復職後業務の制限による、金銭的な困難(医療費への不安)		c8-313
	治療に必要な費用に対する不安		c9-388
	高額医療費の申請を行っている		c10-289

労災疾病臨床研究
両立支援患者インタビューガイド
(ver7.1)



2015 産業医実務研修センター
労災疾病研究班

目次

- インタビューガイドの目的・・・・・・3
- 対象者の選定基準・・・・・・・・・・4
- インタビューの準備・・・・・・・・・・4
- インタビューの実際・・・・・・・・・・5
- インタビュー時の留意点・・・・・・・7
- インタビューのテクニック・・・・・・・7
- インタビューことば集・・・・・・・・・8
- インタビューチェックリスト・・・・・・9
- 職業困難性リスト・・・・・・・・・・・・・10, 11

1 インタビューガイドの目的

本インタビューガイドでは、患者向けインタビューを行う際に適切な情報を集めるための基本的なポイントを示すことを目的としています。

インタビューで聴取すべき項目は、以下の3点です。

- **仕事に関する困りごと**
- **復職にあたって役に立った支援**
- **仕事の意義・その意義に対する解釈モデル**

これら患者が実際に経験した両立支援にまつわる情報は、本研究において根幹の要素となります。しかし、インタビューを受ける患者は、当時のことをはっきりと覚えていなかったり、どのようなことを話せばよいか分からないことが多々あります。

より有用な情報を集めるためには、患者が抱えていた「困難さ」や「感情」を交えて、病気にまつわる情報を引き出すようなインタビューを行う必要があります。

患者の当時の心情にまで入り込み、より深い情報を得られるように、上手くインタビューガイドを活用していただけますと幸いです。

※「解釈モデル」は、仕事の意義に対する考え方や今後の人生への期待感などを聴取することが目的です。P6の【インタビュー例】に具体例を挙げていますのでご参照ください。

2 対象者の選定基準

- 「がん」「循環器疾患」「脳卒中・骨関節疾患」に罹患して、休職を経験された方。
- 復職をしてから5年以内、もしくは復職を試みている、現在外来通院中の方。
- 初めての復職経験の方のみを対象とし、すでに複数回復職を経験されている方は除外する。
- 「自営業」・「経営者」の方は除外する。
- 研究目的を理解し、かつご協力をいただける方。

3 インタビューの準備

- インタビューは患者1名、臨床医1名、立合人(実務研修センター)1～2名で行います。
- 向かい合う形、もしくは斜め45°～90°で座席を準備します。座席は1～2m離してセッティングします。立会人も患者の視界に入る位置に座ります。
- 研究概要説明・倫理説明書・同意書・事前アンケート・インタビューガイド・メモ帳・ボイスレコーダーを用意します。
- 事前に患者の臨床的な病歴を把握します。
- PHS電源を切るか、マナーモードにしておきます。



3 インタビューの実際

仕事に関連して

【メイン質問】

①患者が症状に関して困ったこと⇒「症状」に関して掘り下げる

②患者にとって役に立った支援・配慮⇒「支援・配慮」について掘り下げる

③患者にとっての仕事の意義・その意義に対する解釈モデルを確認する。

【質問の流れ】

- 患者の答えに応じて、What, Why, Howの質問を用いて、内容を掘り下げます。
- どこまで掘り下げるかについては、インタビュアーの所感にお任せします。

What:「仕事において、何が困りましたか？」

↓

Answer:「〇〇が困りました。」

↓

Why:「〇〇はなぜ困りましたか？」

↓

Answer:「〇〇のために△△の様になり、困りました。」

↓

How:「あなたはどのように解決しましたか？」「どのようにすれば解決できましたか？」

↓

・・・（繰り返し）・・・

※ 会話の流れが多少不自然になる場合もあります。

【インタビュー例】(DVD参照)
＜開始の挨拶＞
　それではインタビューに移らせていただきます。病気に罹患した時、復職前後のことを思い出しながらインタビューにお答えください。
　インタビューは30分から、長くても1時間程度を目標としています。
　途中で気分が悪くなった場合はいつでも休憩・中止できますので、お申し出ください。またご不明な点がございましたら、いつでもお尋ねください。

①患者が症状に関して困ったこと
What:「復職をする際に、病気の症状や治療の副作用などでいろいろと困ることがあったかと思います。あなたが復職する際に、実際に困った症状は、どんな症状がありましたか？」
↓
Answer:「治療の副作用からくる、体のだるさが大変でした。」
↓
Why:「なぜ体のだるさが、復職する際に大変だったのでしょう？」
↓
Answer:「体のだるさのせいで、仕事に集中できなくて。しかも、だんだんと仕事を回してもらえなくなりました。」
↓
How:「あなたは体のだるさで仕事に集中できない状態を、どのように対処しましたか？」
↓
Answer:「上司と相談して、体がだるい時には午後から早退させてもらっていました。」
↓
・・・（繰り返し）・・・

※患者が思いつく限りの症状をインタビュー
What:「その他に困った症状は、どんな症状がありましたか？」
↓
・・・（①と同様に）・・・

＜②の質問も同様の流れで聴取します。＞

※患者が思いつく限りの症状をインタビュー

立会人が記入した「職業困難性リスト(P9)」から、補足のインタビューを行います。

最後に、患者の解釈モデルを確認します。
「最後に、あなたにとって、お仕事をすることの意義はどのようなことですか。ご家族との関係も含めてお話いただけますか。また、病気を抱えたまま働くことをどのように感じていますか。」

＜終わりの挨拶＞
　お疲れ様でした。インタビューは以上で終わります。
　最後に何か言い残したことや、ご確認しておきたいことはございませんか。

4 インタビュー時の留意点

- 患者の体調に注意する。
- 先入観を持たない。
- 言葉遣いに注意する、威圧する態度にならないように注意する。
- 目を見たりうなづいたりして、共感の意を表す。
- 急に難しい話にしない。
- 1回の質問に、1つのことを聞く。

5 インタビューのテクニック

- **前提付き条件の活用**

例:「何かつらい症状があったと思いますが、どんな症状がつらかったですか？」

- **質問の際に回答を例示する**

例:(「当時困ったことについて自由にお話しください。」→「特に何も無かったです。」)

⇒「何でも構いませんよ。つらい症状があったとか、治療の頻度が多くて仕事にならなかったとか、治療にお金がかかって金銭的に困ったとか・・・どんなことでもいいから自由におっしゃってみて下さい。」

- **具体的な場面設定の利用**

例:「たとえば、産業医が当時のあなたに配慮して欲しい内容を聞いたとしますね。あなたは何と答えますか？」

- **質問の前に「前置き」する**

例:「当時は治療をしながら復職を始めたそうですね。治療による副作用などもあったと思います。そこで・・・」(ある程度の状況を説明し、相手が思い出したり、考える準備のための余裕を与える)

- **明確化を促す**

例:「今、『みんなに理解して欲しいつらさ』とおっしゃられたのですが、『理解してほしいつらさ』というのは、具体的にはどのようなことですか？」

インタビューことば集 - 最初のことば・最後のことば -

	最初の言葉
挨拶	○○さん、こんにちは。 私は、△△科の▲▲です。こちらはインタビューに立ち会っていただく□□先生です。 今日はお忙しい中、ご協力いただきありがとうございます。よろしくお願いします。
健康問いかけ	最近の体調はいかがですか？ 本日は30分～1時間程度のインタビューになりますが、体調は大丈夫ですか？ きつい時は無理せずおっしゃってくださいね。
目的	復職の時は大変だったようですね。 ○○さんの経験をお聞きして、今後の復職支援の参考にさせていただきたいと思っています。 緊張せずに楽な気持ちでお答えください。
本題へ	今日は、「病気になった時、復職された時のことを思い出していただきながらインタビューをさせていただきます。 分からないことがある時は、いつでもご質問ください。

	最後の言葉
挨拶	以上でインタビューを終わります。○○さん、今日はありがとうございました。 長時間お疲れ様でした。
感謝	大変貴重なお話を聞けて、良かったです。すごく参考になりました。 お忙しいところ、インタビューのためにお時間を取っていただき、ありがとうございました。
感想	疲れなかったですか？ 本日のインタビューに関して、何か嫌なことはありませんでしたか？次回に生かしていきたいと思いますので、もしあれば教えてください。
これから	今回のインタビューは、復職支援の取り組みに役立てさせていただきます。 ○○さんの思いを大切にして、これからも研究を進めていきたいと思います。
おわりに	研究に関して気になることがありましたら、いつでもお声掛けください。 お疲れでしょうから、今日はゆっくり休んでください。

インタビューチェックリスト

このチェックリストは、より良いインタビューを行うためにインタビューの流れを確認する目的でご用意しています。
インタビューの準備や振り返りとしてご使用ください。

(準備)
- □ 事前アンケートの記入ができている。
- □ 「思い出し」の時間を設けている。
- □ インタビューガイドを側に準備している。

(挨拶)
- □ 開始の挨拶ができている。
- □ 丁寧な自己紹介とインタビューの内容について説明できている。
- □ インタビューの時間、心理的・精神的配慮について説明できている。

(インタビュー①)
- □ 患者が「症状に関して困ったこと」を聞けている。
- □ 「症状が仕事において、どのように困ったか」を聞けている。
- □ 「その困ったことに対して、『誰が』『どのように』対処したか」を聞けている。
- □ その他に、「困ったことが無いか」を聞けている。

(インタビュー②)
- □ 患者が「どのような役に立った支援を受けたか」を聞けている。
- □ 「その支援がなぜ役に立ったか」を聞けている。
- □ 「どのような支援をして欲しかったか」を聞けている。
- □ その他に、「役に立った支援が無いか」を聞けている。

(終了の挨拶)
- □ 終了の挨拶ができている。
- □ 今後の研究への活用を述べている。

職業困難性リスト

①このリストはインタビューの立会人が記入します。
②インタビューの内容から困難性と受けた支援のメモを取ってください。
③インタビューの最後に、より詳細に質問した方が良い点を、インタビュアーに渡してください。
※インタビュアーはできる限り自然な流れのインタビュー進行に専念して下さい。

（年齢:　　性別:　　疾患名:　　職業:　　）

〔困りごと関連〕

原因となる症状/要因	仕事において困っていること	自分が行った対応策
例）抗がん剤の吐き気。	介護職なので、気分が悪そうなところを、利用者に見せられない。	副作用が出る時間はある程度決まっていたので、自分で上司に相談してシフトを変更した。

〔支援関連〕

受けた支援/受けたかった支援	どのような効果があるか	どのようにして欲しかったか
例）復職すると、勝手に軽作業の部署に異動させられてしまった。	仕事に対するモチベーションが下がった。	病院から、「仕事が出来る範囲」をもっと十分に伝えて欲しかった。

〔困りごと関連〕

原因となる症状/要因	仕事において困っていること	自分が行った対応策

〔支援関連〕

受けた支援/受けたかった支援	どのような効果があるか	どのようにして欲しかったか

分担研究報告書

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に関する
患者インタビュー実態調査

循環器疾患編

研究分担者

立石 清一郎　　産業医科大学・産業医実務研修センター　講師
安部　治彦　　産業医科大学・不整脈先端治療学　教授
森　晃爾　　産業医科大学・産業生態科学研究所　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

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に関する患者インタビュー実態調査・報告書

循環器疾患編

研究分担者

産業医科大学・産業医実務研修センター	講師	立石 清一郎
産業医科大学・不整脈先端治療学	教授	安部 治彦
産業医科大学・産業生態科学研究所	教授	森 晃爾

研究要旨

【背景・目的】

内部障害を含む身体疾患を有する就労者が治療と就労を両立して継続するために、医療機関・職場・社会・家族の各々から支援または配慮が必要となる場合が少なくない。循環器疾患領域では、既に「ペースメーカ、ICD、CRT を受けた患者の社会復帰・就学・就労に関するガイドライン(2008 年、2013 年改訂版)」が出されているものの、提唱された支援がどの程度行き届いているかについての報告は我々が調べた範囲では見出すことができなかった。そこで本研究では、循環器疾患を有する就労者での就労継続において「症状や治療による副作用等から生じる様々な課題」を質的に評価し類型化することとした。

【方法】

患者 In-depth Interview 調査を実施した。対象は 2015 年 3 月-2016 年 3 月の 1 年間に産業医科大学病院を受診した循環器疾患患者の内、循環器疾患の治療のため 2010 年 3 月以降に休職及び復職をした経緯のある就労者とした。インフォーマント 1 名に対しインタビュアー1 名とオブザーバー1～2 名によって対面での個別インタビューを行い、復職に直接的・間接的影響を与える課題を聴取した。インタビュアーは事前に作成したインタビューガイドを参考に循環器内科医 3 名で担当した。インタビュー内容を文字に起こし、研究班員 5 名によって KJ 法を参考にした内容分析法を用いて課題の抽出を行った。

【結果】

2016 年度報告書で 7 例について報告済みである。今年度新たに 2 例追加して報告する。インタビューを 9 例(不整脈による心臓デバイス植込み治療後 6 例、心筋梗塞後 2 例、心不全 2 例)実施し、復職に直接的・間接的影響を与える課題に関わる 57 個の要素が抽出された。これら小カテゴリをさらに 10 個の大カテゴリに類型化した(1.業務遂行能力の低下、2.心理的影響、3.本人の背景、4.自助努力、5.職場の背景、6.職場の受け入れ、7.職場の適正配置、8.社会・家族の背景、9.職場と医療の連携、10.情報獲得)。このうち特に直接的な業務に関わる事象(欠勤・休憩・異動・通勤形態の変更を要する事象、作業困難・作業不可・退職に至る事象)は 1. 2. であり、1. において、副作用(薬物治療)、身体機能の低下(心不全症状等)、疲労(長期間の安静療養による体力低下等)、ICD への電磁干渉(電磁波を発する機器のある職

場等)、ICD による運転制限(営業業務での運転代行の必要性等)、2. において、症状再発への不安(業務中の ICD 作動への不安等)、の 5 個の小カテゴリがあった。

【考察・結論】

不整脈は、発作性の疾患であるため、心臓デバイス、特に埋込み型除細動器植込みによっても、その症状が根本的に改善されるのではなく、次の不整脈発作による失神発作や突然死予防されることとなる。これらの患者は、外見上の変化もなく、概ね直接的な業務遂行能力低下はほとんどないが、次の発作への不安や電磁干渉や自動車運転制限等の外見に表れない不都合を周囲に理解されずに苦心する、といった循環器疾患に特異的な課題を認めた。更に、「障害者」として社会的支援を受ける立場となり、このギャップから精神的葛藤が生まれ苦しむ。また、心不全状態に至ると就労能力が著しく低下し職場で細やかな配慮が必要となる為、医療機関との密な情報交換は欠かせない。事業場での就労配慮を検討する上では、高リスク業務(ひとり作業等)においていかにリスクを回避し安全配慮義務履行するかが最も重要な課題であろう。今後より効果的な両立支援の実現に向け、本人・職場・周囲が十分な疾患理解を得られる適切な知識伝達ツールの作成が強く望まれる。

研究協力者

原田　有理沙　（産業医科大学　産業医実務研修センター）
岡田　岳大　（産業医科大学　産業医実務研修センター）
横山　麻衣　（産業医科大学　産業医実務研修センター）
河野　律子　（産業医科大学　不整脈先端治療学）
荻ノ沢　泰司　（産業医科大学　循環器内科、腎臓内科）
大江　学治　（産業医科大学　循環器内科、腎臓内科）
林　克英　（産業医科大学　循環器内科、腎臓内科）
高橋　正雄　（産業医科大学　循環器内科、腎臓内科）

A. 研究目的

内部障害を含む身体疾患を有する就労者が治療と就労を両立して継続するために、医療機関・職場・社会・家族の各々から支援または配慮が必要となる場合が少なくない。

我々は、循環器疾患・脳血管疾患・がんの 3 つの身体疾患患者の仕事と両立支援に関する研究に取り組んでおり、第 1 報では循環器疾患について報告する。

循環器疾患領域では、日本循環器学会等から既に「ペースメーカ、ICD、CRT を受けた患者の社会復帰・就学・就労に関するガイドライン(2008 年、2013 年改訂版)」が出されているものの、提唱された支援が実臨床においてどの程度行き届いているかについての報告は我々が調べた範囲では見出すことができなかった。

そこで本研究では、循環器疾患を有する就労者での就労継続において「症状や治療による副作用等から生じる様々な課題」を質的に評価し類型化することとした。

B. 研究方法

患者 In-depth Interview 調査を実施した。

1）対象者の選出

対象は 2015 年 3 月-2016 年 3 月の 1 年間に産業医科大学病院を受診した循環器疾患患者の内、循環器疾患の治療のため 2010 年 3 月以降に休職及び復職をした経緯のある就労者とした。

2）インタビューの実施

インタビュアーは事前に作成したインタビューガイド（別添１）を参考に、循環器内科医 3 名で担当した。

インフォーマント 1 名に対しインタビュアー１名とオブザーバー１～２名によって対面での個別インタビューを行い、復職に直接的・間接的影響を与える課題を聴取した。

3）インタビューデータの分析

研究班員5名によってKJ法を参考にした内容分析法を用いて課題の抽出を行った。

インタビュー内容を文字に起こし、数文節単位で excel データに変換、各インタビューexcel データにインタビュー番号（v1～9）をつけた。また、各文章セルに行番号を付けた（v１-001~v9-288）。

各文章セルについて、①不要なセルを除き、②不要な文字を除き、③周辺情報と併せて文章を再構成し、必要な情報の抽出を行った。

抽出された情報（再構成後の文章セル）について、要素を抽出し、表札を付けた。抽出した要素を各担当者が持ち寄り、5 名の研究者によって各カテゴリの検討を行い、グループ毎に表札をつけ（小カテゴリ）、さらに類型化した（大カテゴリ）。

C. 研究結果

インタビューを 9 例（不整脈による心臓デバイス植込み治療後 5 例、心筋梗塞後 2 例、慢性心不全による薬物治療例 2 例）実施した（表 1）。

対象者背景について、以下のような特徴があった。

・同居する家族がいる事例が多い。(9 例中 8 例)

・主たる生計者である事例が多い。(9 例中 8 例)

・経済的ゆとりがある事例が多い。(9 例中 8 例)

・仕事充実度が復職後、休職する前に比して維持あるいは上昇している事例が多い。（9 例中 8 例）
・休職以前と復職後で仕事の変化がない事例が多い。（79 中 8 例）

復職に直接的・間接的影響を与える課題に関わる 242 個の要素が抽出され、57 個の小カテゴリに類型化された（表 2)。

これら小カテゴリをさらに以下の 10 個の大カテゴリに類型化した。

１． 業務遂行能力の低下
２． 心理的影響
３． 本人背景
４． 自助努力
５． 職場背景
６． 職場の受け入れ
７． 職場の適正配置
８． 社会・家族背景
９． 職場と医療の連携
１０． 情報獲得

1.業務遂行能力の低下	1.基礎体力	**6.職場の受け入れ**	37.職場からの配慮
	2.日常生活		38.上司からの配慮
	3.impairment の程度		39.職場からの声かけ
	4.容姿の変化		40.職場の理解
	5.副作用		41.上司の理解
	6.疲労（体力低下）		42.職場からの過剰な気遣い
	7.身体機能の低下		43.職場の業務遂行能力に対する過大評価
	8.高次脳機能の低下		44.職場での差別
	9.ICD への電磁干渉	**7.職場の適正配置**	45.合理的配慮の受入
	10.ICD による運転制限		46.業務転換による恩恵
	11.職業リハビリテーション		47.業務転換による困難
	12.医療リハビリテーション	**8.社会・家族背景**	48.地域愛
2.心理的影響	13.疾患の受容		49.世間の疾患イメージ
	14.業務に対する自信の回復		50.家族からの支援
	15.「障害者」であることの受容		51.家族の理解
	16.症状再発・治療への不安・心配・恐怖		52.家族の過保護
	17.失職への恐怖	**9.職場と医療**	53.入院による休職

		の連携	
3.本人背景	18.資格・専門性		54.産業保健スタッフからの支援
	19.職場への過去の貢献		55.職場での医療情報管理
	20.職位・責任		56.通院・治療時間の確保
	21.雇用条件・定年制度		57.職場と病院との連携
	22.経済事情		58.主治医からの支援
	23.職場からの復職期待	**10.情報獲得**	59.積極的な情報収集
	24.家庭環境からの要求		60.医療保険
4.自助努力	25.自主トレーニング		61.収入
	26.自己体調管理		62.福利厚生にかかるサポート
	27.自己アピール		63.職場からの情報
	28.自分から職場への説明		64.会社制度の活用
	29.合理的配慮の申出		65.年次休暇の不足
	30.自己努力		66.病院からの情報
5.職場背景	31.職場の疾患経験		67.ピア・サポーターからの情報
	32.職場風土		68.医療費
	33.職場規模		
	34.職場マンパワー		
	35.職場シチュエーション		
	36.職場設備・環境		

表 2.　復職時点の困難のカテゴリ分類

直接的な業務に関わる事象について

本調査では、直接的な業務に関わる事象について、欠勤・休憩・異動・通勤形態の変更を要する事象、作業困難・作業不可・退職に至る事象と定義した。

直接的な業務に関わる事象は、特に 1. 業務思考能力の低下、2. 心理的影響で多かった。(表 3-12)

1. において、小カテゴリの内訳としては、
1-1. 基礎体力：入院加療・療養による体力低下
1-5. 副作用
1-6. 疲労：入院加療・療養による体力低下
1-7. 身体機能の低下：心臓デバイス挿入後の上肢挙上・持ち上げ動作の制限、心不全症状
1-9. ICD への電磁干渉：電磁波を発する機器のある職場
1-10. ICD による運転制限：業務での運転、自動車通勤
があった。

2. において、小カテゴリの内訳としては、
2-16. 症状再発への不安：業務中の ICD 作動・再発への不安、気分の落ち込み

があった。

以下、10 個の大カテゴリ毎に結果を報告する。

１．　業務遂行能力の低下

業務遂行能力の低下にまつわる復職時の困難について、インタビュー9 件中 9 件（事例 1・2・3・4・5・6・7・8・9）から、計 36 要素が挙がった。（表 3）

小カテゴリでの内訳は、

1-1. 基礎体力　1 要素、
1-3. impairment の程度　9 要素、
1-4. 容姿の変化　1 要素、
1-5　副作用　1 要素
1-6. 疲労（体力低下）　2 要素、
1-7. 身体機能の低下　6 要素、
1-9. ICD への電磁干渉　6 要素、
1-10. ICD による運転制限　9 要素、
1-12. 医療リハビリテーション　1 要素

であった。

本調査の調査では、1-2. 日常生活、高次脳機能の低下、1-11. 職業リハビリテーション　の要素は認めなかった。

最多で挙がった 1-10. ICD による運転制限については、インタビュー9 件中 5 件で要素が聴取された。

「車に乗るときはものすごく怖いですね。体調の悪いとき、ここら辺(胸の辺り)がなんか重たいなとかいうときは(車に)乗らないようにしています。仕事も(自動車はやめて)バスで行っています。」

（事例 2）

「クラブの顧問をしているが、土日の試合や夜の練習への(同行業務)については、配慮は全然なかったです。(自動車運転制限のため、復帰後)半年間は車に乗れなかったので、その期間、遠征(試合への同行)はしていないです。」

（事例 4）　他

次に多かった 1-9. ICD への電磁干渉については、インタビュー9 件中 4 件で要素が聴取された。

「(ICD に影響する)電磁波のために、あまり触ったらいけないもの、近づいたらいけないときは、(理解のある上司)がいらっしゃるときは、職員に『A さんは使えんけん、あんた行っといで』とか言ってくれるので、ものすごく助かりました。」

（事例 2）

「私は学校の教員しているのですが、(校舎の上を)高圧電線が通っていて、高圧電線の下側に(ある教室へ授業をしに)行くときは、ちょっと胸が重たく気分が悪くなる感じがありました。」

（事例 4）　他

この 2 つに加え、その他に循環器疾患に特異的なものとして、以下の 6 つが挙がった。

1-3. impairment の程度について、心筋梗塞後の重症度の程度に関わる要素が聴取された。

「私は(心筋梗塞の重症度が)軽かったから、そんなに心配するようなことはなかったですね。元の仕事はできる自信はありました。」

（事例 5）　他

1-4. 容姿の変化について、心臓デバイス挿入後の胸元の傷跡に関わる要素が聴取された。

「(職場に)戻った最初に(同僚から)『傷口見せて、触らせて』と言われ、自分でも(傷口

を)見ないようにするのが精一杯の状態のときで、ものすごく嫌だった。更衣室での着替えで、(周囲の人に傷を)見られるのも嫌で、暗くなっていた。(職場で)着替えるのが嫌で、(家から)制服で(仕事に)行っていました。」
(事例 2) 他

1-5. 副作用について、心不全治療の利尿薬による頻回な尿意についての要素が聴取された。
「やっぱ利尿剤を飲みようけ。もう 10 分か 15 分ぐらいで小便を行きたくなる。最近はそういう症状が出ることがありますね。薬のせいだと思う。仕事中にそこまでおしっこ行きたくなると、かなり大変ですね。」
(事例 9)

1-7. 身体機能の低下について、心臓デバイス挿入後の左上肢の挙上及び持ち上げ動作の制限に関わる要素や、心不全症状に関わる要素が聴取された。
「介護の仕事で、お年寄りを抱えたり、お風呂に入れたり、おむつを替えたりとかいう際に、左腕に力が入らないので、腰を痛めた。左手を使うと鎖骨がなくなるぐらいまで肩が腫れるので、夜勤をしたあとや使いすぎたあとは、冷やしたりして(対処していた)。」
(事例 2)
「定時(勤務の就労制限をしていた)けど、心不全症状で息切れが出てきて、調子が悪くなった。」
(事例 7) 他

1-12. 医療リハビリテーションについて、心筋梗塞後の心機能低下に対するリハビリテーションに関わる要素が聴取された。
「退院前、私は 100%元に戻ったと勘違いをしていたんですけど、リハビリに行って(体力を)調整しよったら、『元の 81%ぐらいしか戻ってないですよ』と言われた。私はもう完全に(心筋梗塞になる前の体力に)戻るような気持ちでリハビリしていたんですけど、まったく戻んないんです。お医者さんの言うことは正しいです。」
(事例 5) 他

2. 心理的影響

心理的要因にまつわる復職時の困難について、インタビュー9 件中 8 件（事例 1・2・3・4・5・7・8・9）から、計 33 要素が挙がった。（表 4）

小カテゴリでの内訳は、
2-13. 疾患の受容　11 要素、
2-14. 業務に対する自信の回復　8 要素、
2-15.「障害者」であることの受容　4 要素、
2-16. 症状再発・治療への不安・心配・恐怖　14 要素、
2-17. 失職への恐怖　1 要素
であった。

最多で挙がった 2-16. 症状再発・治療への不安・心配・恐怖については、インタビュー9 件中 6 件で要素が聴取された。
「仕事へのモチベーションは、自分なりには前と変わらないんですけど、やっぱりいつまた(体調が)悪くなるか不安はある。日頃の生活に気をつけて無理したらいけないなと気をつけながら(仕事)している。だけど、自分を守って相手に迷惑かけたらいけないっていうのがあるから、仕事自体はもう普通にしているんですよね。」
(事例 1)
「電磁波に関しては、やっぱり不安です。どれぐらいの影響があるのかな。」
(事例 1)

「海外研修は若い頃には行っていました。主治医には、『(海外でも治療)できるし、(行って)いいんだよ』と言われるけども、『もし飛行機の中で(発作が)起きたらどうするんだろうか?』(という不安)もある。もちろん(職場)側も、(海外研修)に行けとは言わない。もし(海外研修に参加しろと職場に)言われても…長時間の飛行機に乗る(のは気が)進まない。」

(事例 3)

「復帰に当たって困った症状は、不安ですね。(埋め込み型除細動器の)機械を入れて(治療しているが)、仕事中にまた発作が起こるのではないか、と心配でした。」

(事例 4)

「(営業の)仕事をするとき、やっぱり遠距離での運転途中でまた心筋梗塞起こした場合が心配(です)。宿泊先で(心筋梗塞に)なったときはどうなるのか、すごく心配ですね。(だから)泊まりにはなるべく行かないようにしている。」

(事例 5) 他

次に多かった **2-14. 業務に対する自信の回復**については、インタビュー9 件中 5 件で要素が聴取された。

「実際働いてみて、今でも(周囲の人と)同等の力では働けない、働いてないって自分で思っている。その介護業務でできていない分を、残業して、みんなができないことをフォローしたりしています。よく『まだ残っとる。どんだけ(仕事)好きなん?』って言われるけど、別に好きなわけじゃないけど、これだけしとけば肉体労働ができない分をちょっとは補えているかなって(思える)。自己満足ですよね。」

(事例 2)

「(自分に就業制限がかかっているので)他の人に(仕事の)負担がいっている。それに関して(同僚から)何か言われたことはないけど、自分が気にして産業医に言ったことはあります。今は、基本的には(周りに)認めてもらって、定時退社だけど普通に働けている。」

(事例 7) 他

循環器疾患に特異的なものとしては、**2-15.「障害者」であることの受容**において、心臓機能障害（ペースメーカ等植え込み者）への身体障碍者手帳の受給に関わる要素が聴取された。

「1 人のお客様に『障害者やろう』って言われたときには、一瞬ドキッとした。やっぱりそういう目で見る方もいるって思う。障害者手帳を持っているだけで、仕事は普通の人と一緒のようにしているんだけど。かえって健康な人になったっていう気持ちがあるので、何でこれが障害なのかなって思うときはあります。自分自身は障害という気持ちは全くない。」

(事例 1)

「研修に行くときに、(事務方から)『障害者手帳で、障害者割引で、交通費請求してね』と言われます。」

(事例 2) 他

3． 本人背景

本人の背景にまつわる復職時の困難について、インタビュー9 件中 6 件（事例 1・2・4・5・6・8）から、計 27 要素が挙がった。（表 5）

小カテゴリでの内訳は、

3-18. 資格・専門性　4 要素、
3-19. 職場への過去の貢献　3 要素、
3-20. 職位・責任　6 要素、
3-21. 雇用条件・定年制度　2 要素、

3-23. 職場からの復職期待　9 要素、
3-24. 家庭環境からの要求　3 要素
であった。

本調査の調査では、3-22. 経済事情　の要素は認めなかった。

最多で挙がった **3-9. 職場からの復職期待** については、インタビュー9 件中 5 件で要素が聴取された。

「社長や(職場の)皆さんの理解があったんです。それで、(CRT-D を体に)入れたからといって仕事に差しつかえないなら、『(職場に)ずっといてください』と言われる、よい環境だった。もう『1 日でも早く戻ってきて』っていう感じで、『病気したから辞めてくれ』っていうことは一切なかったです。」

（事例 1）

「(教務主任から進路指導主事への昇進)に(埋め込み型除細動器)を植え込んだことはぜんぜん影響していないです。(上司に)『おまえが辞めたら学校(職場)が困る』と言われ、(説得されて)了承した。」

（事例 4）　他

次に多かった **3-20. 職位・責任** については、インタビュー9 件中 3 件で要素が聴取された。

「僕は教務主任(という)立場で、ある程度(業務内容を)コントロールできる立場にはいた。」（事例 4）

「宿泊(研修を行う業務)で支障があったことはないです。自分が(講義を)担当するときは、討議をいつまでやらせるとかの進め方や時間も自由にできるわけです。『今日はちょっと疲れたから(講義を)早くやめようかな』と(思ったら早め)に終えて、『あとは報告書を書いてくれ』というよう(な研修の進め方に)自由にできた(ので)支障は、ほとんどなかったです。」

（事例 6）　他

その他にも **3-18. 資格・専門性** についてもインタビュー9 件中 3 件で要素が聴取された。

「私の仕事内容はちょっと特殊で、ほかの人にあまりできないんです。例えば私が今の仕事(営業内容)をやめたら、たぶん、関係する仕事は激減すると思います。営業ではしゃべって相手と契約結んでくるのが大切なんですけど、こういう特殊な仕事は、私にしかできない仕事と会社は評価しているんです。」

（事例 5）　他

4．　自助努力

自助努力にまつわる復職時の困難について、インタビュー9 件中 8 件（事例 1・2・3・4・5・6・8・9）から、計 31 要素が挙がった。（表 6）

小カテゴリでの内訳は、
4-25. 自主トレーニング　3 要素、
4-26. 自己体調管理　9 要素、
4-27. 自己アピール　2 要素、
4-28. 自分から職場への説明　4 要素、
4-29. 合理的配慮の申し出　5 要素、
4-30. 自己努力　8 要素
であった。

最多で挙がった **4-29. 合理的配慮の申し出** については、インタビュー9 件中 3 件で要素が聴取された。

「(復職に際し)上司の理解が必要になると思います。だから、(本調査)の職場復帰をする前に、学校(職場)に夫婦で出向いて校長先生に『こう(いう配慮を)お願いできないか』と要望を出し、どういう形で復帰を(するか)

お話しさせてもらいました。『こういう病気なので、ここまでしかできません。(ICD 挿入の為)半年間は車も乗れないので、配慮してください』(等の)要望は、当然(職場に)言わないといけないですよ。(要望を申し出るには本人の)性格もあるけど、職場環境も(要望を)言える環境にあったんです。」

(事例 4)

「勤務時間についても(自分の)自由(がきくように)要望し、会社側に許可してもらっている。」

(事例 6) 他

合理的配慮の申し出に至らないまでも、**4-28. 自分から職場への説明についての要素**も聴取された。

「どういった手術か、『(埋め込み型除細動器)が入っているから心配ない』とか、(自分で)説明したら、(職場の)皆さんが心配を取り除いてくれた。」

(事例 1) 他

積極的な取り組みとして、**4-25. 自主トレーニング**についての要素が聴取された。

「心臓(を鍛える)は、歩いたほうがいい」と一般的に言うので、(体力づくりと考えて通勤は)歩く(ことにした。)」

(事例 3)

「重い物を持つときに負荷がかかるので、最初の頃はなるべく(症状のない)右手で持っていたけども、(左右の筋力の)バランスが崩れるから、鉄アレーで(筋トレをして、肩こり症状のある左)側の筋力をつけて、(左右の筋力のバランスを)保つようにしました。」

(事例 4) 他

日常生活の取り組みとして、**4-26. 自己体調管理**についての要素が聴取された。

「(栄養管理や食事制限は)自分で管理しなきゃいけないですね。例えば、外食するにしても『これは食べたらいけん』とか、1 日に食べる量の半分ぐらいに押さえたり(工夫し)ている。」

(事例 5)

「基本的に、病気を考えた場合に、無理はできないなという頭はあります。警備会社ですから、そのあたりは、やっぱりぴしゃっと睡眠を取って仕事に備えるっちゅうのは、以前よりもですね、体の、食事とかも含めてですね、それは特に注意(している)。仕事する以上は、そのあたりは、責任も持たなければいかんという、頭、あります。」

(事例 8)

その他あらゆる方面での取り組みとして、**4-30. 自己努力**についての要素が聴取された。

「運動もちゃんと言われたように毎日 1 万歩目指して歩いています。車もなるべく乗らないようにし、(お店の入口より)遠くに停車して、極力歩くようにしています。本当のあらゆる面で変わりましたね。」

(事例 5) 他

5. 職場背景

職場背景にまつわる復職時の困難について、インタビュー9 件中 8 件（事例 2・3・4・5・6・7・8・9）から、計 12 要素が挙がった。(表 7)

小カテゴリでの内訳は、

5-31. 職場の疾患経験　3 要素、
5-32. 職場風土　7 要素、
5-34. 職場マンパワー　3 要素、
5-35. 職場シチュエーション　4 要素、
5-36. 職場設備・環境　6 要素

であった。

本調査の調査では、5-33. 職場規模　の

要素は認めなかった。

最多で挙がった ***5-32.職場風土***については、インタビュー9 件中 3 件で要素が聴取された。

「(会社の) 規模は従業員 1,800 人ぐらいで、歴史も古い (会社) ですが、案外とアットホーム的な面もあり、案外融通はききやすい (です)。」

(事例 4)

「今は会社が「遅いぞ」とか「早くやれ」ちゅうより、安全を第一に考えて、「ラインを止めていいですよ」、「けがをしないでくれ」ちゅうような方針で。休憩するのも普段よりは長く取ったりとか。それはやりやすくなって。」(事例 9)

また、**5-35. 職場シチュエーション**については、インタビュー9 件中 3 件で要素が聴取された。

「会社自体として復帰後の支援っていうものは、ほとんどないですね。(自分から配慮の申請を)言えば、逆に給料を減額されるんじゃないかというような(雰囲気ですね)。」

(事例 5)

「コンピューターの仕事で、(休職)前だと勤務時間が 8 時から 23 時ぐらい結構長かったですね。客先のシステム開発維持管理(の仕事なので)、夜の(システムトラブル)対応とかで電話がかかってきて、(深夜でも)自宅でパソコン対応する。土日祝含めて、夜中も仕事しているみたいな感じだった。なので、睡眠が全然とれてなかった。夕食は 24 時以降ですね。」

(事例 7) 他

その他にも **5-31. 職場の疾患経験**についての要素が聴取された。

「(同じ業務についていた)2 人の教務主任が(同時期に)倒れ、1 人は死んだんです。僕が 2 人目に倒れた。それだけ激務だった。そ(のような経緯)もあって、第 2・第 3 のこういう人は作っちゃいけないから、(復職に関しての職場で必要な配慮)を要望した。現場または上の立場の人としては、こういう配慮も必要だ、言わないと分からない。次の年の配置換えで、(その業務に就く職員が)3 人から 5 人に(増員)なった。(自分達が倒れた)ことをきっかけに、いい方向に改善がされて、学校(職場)にとってもよかった。」

(事例 4) 他

6. 職場の受け入れ

職場の受け入れにまつわる復職時の困難について、インタビュー9 件中 9 件(事例 1・2・3・4・5・6・7・8・9) から、計 45 要素が挙がった。(表 8)

小カテゴリでの内訳は、

6-37. 職場からの配慮　14 要素、
6-38. 上司からの配慮　7 要素、
6-39. 職場からの声かけ　9 要素、
6-40. 職場の理解　7 要素、
6-41. 上司の理解　要素、
6-42. 職場からの過剰な気遣い　3 要素、
6-43. 職場の業務遂行能力に対する過大評価　1 要素、
6-44. 職場での差別　3 要素
であった。

最多で挙がった **6-37. 職場からの配慮**については、インタビュー9 件中 7 件で要素が聴取された。

「一緒に働いている同僚がすごい理解のある方で、半年に 1 回のペースメーカ外来や

かかりつけ病院への定期受診が、仕事(販売業)のセール期間等の忙しいときに被った時でも、私の分まで(同僚)1 人で(販売の)対応してくれた。だから、(その好意に)甘えていた。」

(事例 1)

「担任は(して)なくて教務主任をしていた。対外的な(業務が)多かったので、治療後から部下に教務サブがついて、サブが車を運転し一緒に出張に行って、必ず２人で行動していた。校長先生が、『出張は全部(自分と)一緒に行け」とサブ(をつけてくれた)ので、非常に助かりました。」

(事例 4)

「同僚は気使いしてくれますね。私が(遠方)に営業に行くとき身が空いていたら、同僚が『運転しますよ、私連れて行きますよ』と(申し出てくれて)、何回かその同僚の助けてもらっています。」

(事例 5) 他

次に多かった **6-39. 職場からの声かけ**については、インタビュー9 件中 7 件で要素が聴取された。

「(販売業の)セールの期間中はやっぱり忙しいから、『忙しいときできついんじゃないの？』とか(同僚が)心遣いをしてくれるので助かっています。」

(事例 1)

「(心臓デバイス挿入時の傷跡について、理解のある上司に)『病気を治すために入れているんだから、全然恥ずかしがることも何もない。薬飲みよるのと一緒やろ』って言われて、『ああ、そうか』って(思った)。『(他人が傷を)見たかったら見せなさい。そのおかげで生きとんやけ』って言われ(励まされ)ましたね。」

(事例 2)

「周りの者が『もういいよ』とか『あとはこっちでやらせるから先にあがってくださいよ』と、そういう配慮をしてもらっているから大丈夫ですね。」

(事例 6) 他

職場からの配慮の要素が多かった一方で、**6-42. 職場からの過剰な気遣い**についても要素が聴取された。

「自分では普通に働いているつもりだが、(同僚に)変に気を使われた。変な知識で『もうしなくていい』とできることもさせてもらえない。」

(事例 2) 他

加えて、**6-43. 職場の業務遂行能力に対する過大評価**についても要素が聴取された。

「入院プラス自宅療養は１か月でしたけど、それでも体がなまっていて、2 割分くらい減らしてもらった仕事をやるのも、かなりきつかったですね。」

(事例 3) 他

また、職場からの声かけの要素が多かった一方で、**6-44. 職場での差別**についても要素が抽出された。

「(同僚に)笑いながらなので本心ではないんでしょうけど『こういう仕事に向いてない。仕事をせんでも年金で食べていける。お荷物になって帰ってきたね。ロボット。電池で生きているから、電池が止まるまでは絶対に死なない』って言われ、最初の頃はものすごく暗かった。」

(事例 2)

「２回目の(入院では)、事務長や管理職に『入院はもうこれぐらいにしてくれ』と、はっきり言われた。心無い発言をした上司は、(元々)仲良かった(人だった)。『あんたが

急に休むから大変だ』って(言われ、)後任を探そうとされた。今にしてみれば、(職場の)まわり(の人)は『ああ、もう、この人は終わったんだな』という感じはあったと思いますね。」

（事例 3） 他

7． 職場の適正配置

職場の適正配置にまつわる復職時の困難について、インタビュー9 件中 5 件（事例 3・5・6・7・9）から、計 7 要素が挙がった。（表 9）

小カテゴリでの内訳は、
7-45. 合理的配慮の受入　2 要素、
7-46. 業務転換による恩恵　5 要素
であった。

本調査の調査では、7-47. 業務転換による困難　の要素は認めなかった。

最多で挙がった **7-46. 業務転換による恩恵**については、インタビュー9 件中 4 件で要素が聴取された。

「(仕事は)学校で主担任していたのが、副担任に(異動に)なって、(業務量を)軽減してもらった。」

（事例 3）

「(休職)前は客先の会社に入っての仕事をしていたが、客先の会議とかで(勤務時間が)長くなってしまうので、今は客先常駐業務もＮＧになって、自分の会社で仕事するというふうに(異動してもらっていた)。自身の負担としては当然軽くなった。」

（事例 7） 他

8． 社会・家族背景

社会・家族背景にまつわる復職時の困難について、インタビュー9 件中 3 件（事例 1・5・8）から、計 4 要素が挙がった。（表 10）

小カテゴリでの内訳は、
8-49. 世間の疾患イメージ　1 要素、
8-50. 家族からの支援　3 要素
であった。

本調査の調査では、8-48. 地域愛、8-51. 家族の理解、8-52. 家族の過保護　の要素は認めなかった。

最多で挙がった **8-50. 家族からの支援**については、インタビュー9 件中 3 件で要素が聴取された。

「不安を解消するために、家族にいろいろ話したりした。そういった周りのサポートで、(不安が)和らぐような感じだった。」

（事例 1）

「家庭(からの支援)に関しては、最初はすごかったですね。(自分には心筋梗塞の)合併症がいっぱいあるので、栄養管理とか食事制限を気使ってくれていた。私の生活が不規則で、朝早く行ったり、(出張先)に泊まってきたり、夜遅く帰って来たり、で、外食を(よく)食べる。(だから)、家族が気遣って健康管理をしてくれたりするのは、仕事を再開する上で心強いですね。」

（事例 5） 他

9． 職場と医療の連携

職場と医療の連携にまつわる復職時の困難について、インタビュー9 件中 7 件（事例 1・3・4・5・6・7）から、計 21 要素が挙がった。（表 11）

小カテゴリでの内訳は、
9-53. 入院による休職　3 要素、
9-54. 産業保健スタッフからの支援　1 要素、
9-56. 通院・治療時間の確保　3 要素、
9-57. 職場と病院の連携　1 要素、
9-58. 主治医からの支援　10 要素
であった。

本調査の調査では、9-55．職場での医療情報の管理　の要素は認めなかった。

最多で挙がった 9-58．主治医からの支援については、インタビュー9 件中 6 件で要素が聴取された。

「(仕事の忙しい時期)の外来や定期受診はちょっと困ったなっていう感じはあった。(主治医の)先生方に相談して日にちを少しずらしてもらったりして、病院に行くようにはできたから良かった。」

（事例 1）

「(主治医の)先生が、職場の上司に直接コンタクトを取ってくれて、管理職に『あまり職場で配慮しすぎると、うつになることがよくあるので、もう普通にしてください。気にしなくていいですよ』みたいなことを言ってくれたので、(職場の人は)かなり普通に(接)してくれた。」

（事例 3）

「(職場復帰の)最初(の頃)は筋力もないし、(除細動器挿入の影響で肩こりの症状が出やすかった)。(主治医の)先生に、『もう少し筋力上げたほうがいいよ』と(アドバイスをもらい)、軽い筋トレをし出した。そこから運動に真面目に取り組むようになって、(体力に関する)不安はある程度解消しました。」

（事例 4）

「ICD を植え込み、退院(するとき主治医から)『こちら側に思いっきり手を上げちゃ駄目です』とかしてはいけないことを言われていたから、(注意された動作は)自分でセーブして(いた)。」

（事例 6）　他

１０．　情報獲得

情報獲得にまつわる復職時の困難について、インタビュー9 件中 5 件（事例 1・3・4・6・7）から、計 10 要素が挙がった。（表 12）

小カテゴリでの内訳は、

10-59．積極的な情報収集　1 要素、
10-60．医療保険　1 要素、
10-61．収入　1 要素、
10-64．会社制度の活用　1 要素、
10-65．年次休暇の不足　1 要素、
10-66．病院からの情報　1 要素、
10-67．ピア・サポーターからの情報　2 要素、
10-68．医療費　1 要素

であった。

本調査の調査では、10-62．福利厚生に係るサポート。10-63．職場からの情報　の要素は認めなかった。

一般的な情報の獲得として、以下の 3 つが挙がった。

10-64．会社制度の活用について、事務手続き上のトラブルに関わる要素が聴取された。

「困ったのは病休の事務的な(手続き)で、『書類を出したら(過去に)さかのぼって病休取れるよ』と言われたが、事務方が『(書類を)出した日付じゃないとだめだ』というので、(主治医は)『日付を(書き)直しますよ』(と対応してくれた。)そうしたら『いや、それは改ざんじゃ』(と書類をめぐるトラブル)があった。(事務手続きが)一部しゃくし定規なとこがあって、病人が困るのになあ、と困ったことがあった。」

（事例 3）　他

10-65．年次休暇の不足について、入院加療に関わる要素が聴取された。

「今年は入院が多かったので、年休と積み立て休暇を全部使い果たし、どうしようか

なと思っている。」
（事例 7） 他

10-66. 病院からの情報について、主治医からの情報に関わる要素が聴取された。
「(病気やペースメーカのことで)分からないことがあるときは、先生にすぐ聞きます。」
（事例 1） 他

循環器疾患に特異的なものとして、以下の 4 つが挙がった。

10-59. 積極的な情報収集について、心臓植込みデバイスのガイドラインに関する要素が聴取された。
「当社の溶接をする工場で、(自分で調べた)ガイドラインに(電磁干渉のため立ち入ってはならないと)書いてような(設備のある敷地)には、(自分)から(会社に)言って、立ち入らないという了解はもらっておりました。」
（事例 6） 他

10-60. 医療保険について、循環器疾患の既往症に関する要素が聴取された。
「(海外研修への参加)に関しては、医療費の問題(もあって)、(海外)で何か(医療)処置をしてもらったら、莫大な医療費が考えられる。既往症があるものは、基本的に海外旅行保険になかなか入れない。」
（事例 3） 他

10-67. ピア・サポーターからの情報について、心臓デバイス挿入後に関わる要素が聴取された。
「同じ体験を持った人たちと話をするというのは、(医師から聞くのとは)またちょっと違う効果がある。やっぱり実際ペースメーカ入れているから、『どういったふうにしている？』とかですね。」
（事例 1） 他

10-68. 医療費について、障害者手帳取得に関わる要素が聴取された。
「私、今、元気になったのに、医療費は無料になった。最初のときはまだ医療費がかかっていたから、1 か月 1 万ぐらいかかったりして、これは大変なことだなって思った。(障碍者) 手帳が 1 級ですので、今は (障碍者手帳取得の) 手続きして、もうすべての医療費がかからないです。」
（事例 1） 他

D. 考察

以下、10 個の大カテゴリ毎に結果を報告する。

1． 業務遂行能力の低下

本調査では心臓デバイス挿入例が 7 例中 6 例であったので、ICD による運転制限（1-10.）と ICD への電磁干渉（1-9.）が多く聴取された。不整脈は、発作性の疾患であるため、心臓デバイス、特に埋込み型除細動器植込みによっても、その症状が根本的に改善されるのではなく、次の不整脈発作による失神発作や突然死予防されることとなる。これらの患者は、外見上の変化もなく、概ね直接的な業務遂行能力低下はほとんどないが、次の発作への不安や電磁干渉や自動車運転制限等の外見に表れない不都合を周囲に理解されずに苦心する、といった循環器疾患に特異的な課題を認めた。本調査では直接運転業に携わる事例はなく、通勤形態の変更を余儀なくされた事例あるいは本人の心配による自主的な通勤形態を変更した事例が多かった。心臓デバイス挿入後の不整脈患者では、職場復帰に際し、

職場で運転制限と電磁干渉に係る事項を必ず確認し、配慮する必要がある。個人と企業の安全に関わる意識レベルには幅があり、それゆえケース毎に復職時に生じる困難の程度に差が出ることが推察される。不整脈患者の復職の際し、企業としては、運転業務や高リスク業務（ひとり作業等）においていかにリスクを回避し、安全配慮義務履行するかが最も重要な課題であろう。また、これら外見に表れない不都合を周囲に理解されずに患者本人が苦心するケースも多く、患者（就労者）と企業が協同して復職の形態を検討する姿勢も重要だ。

不整脈患者では、心臓デバイス挿入に伴って胸元に傷跡が残る容姿の変化（1-4.）があり、羞恥心や心理的負荷につながり、就労継続する上で困難を呈する。制服がある業種では、個別での更衣室を用意する等の対応が望ましいケースもある。しかし、普段は他人に見られにくい胸元の傷跡を気にしていない事例も多く、容姿の変化による心理的負担の程度は、個人の疾患の受容（1-13.）や「障害者」であることの受容（1-15.）の程度や経過にも強く修飾される可能性が示唆された。

心臓デバイス挿入後の不整脈患者に特異的な身体機能の低下（1-7.）としては、左上肢の挙上及び持ち上げ動作の制限に関わる要素が認められた。心臓デバイス挿入は内臓損傷を伴わない比較的侵襲度の低い処置ではある。しかし、外科的加療を受ける場合はその物理的な侵襲によって、その程度に関わらず、身体機能に変化が生じている可能性があることは見落としてはならない。身体機能を鑑み業務遂行能力を適切に判断する上で、加療前後の身体状態の比較に関する情報が必須であり、また創を含む術後の治癒状況の経時的な変化についても確認しなければならない。

心不全を抱えた就労者においては、薬物療法による副作用(1-5)に注意する必要がある。頻回の尿意は、特にトイレへのアクセスが比較的容易でない職場(クリーンルームや食品製造など)では、大きな困難となりうる。また、暑熱職場における熱中症対策についても、除水と水分補給のバランスは残存心機能の考慮も必要となり、主治医との連携が重要となるだろう。これら副作用に関する困難は、本人が言い出しにくい場合もあり、潜在化しやすいことが懸念される。プライバシーに配慮した上で、困難の有無を確認する働きかけをすることで、安心して就労を継続できる可能性がある。

循環器疾患患者の就労継続においては impairment の程度（1-3.）、つまり心不全の程度が長期間に渡って鍵となる。心不全状態に至ると就労能力が著しく低下し職場で細やかな配慮が必要となる。しかし、どの程度の身体的負荷まで耐えうるのかという心不全の程度は、患者の主観では正確にわかりづらく、主治医の医学的な判断を仰ぐ他ない。心不全患者に適切な配慮を実施する上で、医療機関との密な情報交換は欠かせないだろう。加えて、心機能は医療リハビリテーション（1-12.）で回復の見込みがあることから、心不全患者では、医療機関が直接業務遂行能力の向上に関わる余地がある。心不全を呈する循環器疾患患者に対する両立支援としては、まず医療機関にて心機能リハビリテーションによって積極的に介入し、心機能を可能な限り回復させた上で、医療機関から職場へ情報提供を行い、職場で残存した心不全の程度に応じた配慮を行うという手順が望ましいだろう。

２．　心理的影響

循環器疾患患者では、疾患の特性上、意識下で生命の危険を感じた既往がある。そのため、彼らの抱えている症状再発・治療への不安・心配・恐怖（2-16.）は、他疾患患者に比しても並々ならぬものがあり、当然仕事への姿勢や取り組み方にも影響し、さらには人生観が変化する者もいる。

加えて、心臓機能障害に対して身体障碍者手帳を受け、「障害者」であることを受容（2-15.）しなければならない事実も、循環器疾患患者の不安に拍車をかける。不整脈患者では心臓デバイス挿入により症状が改善し、直接的業務遂行能力低下がほとんどないない一方で、「障害者」として社会的支援を受ける立場となるため、このギャップから精神的葛藤が生まれ苦しむのだ。

このような不安から生まれる要望を、どこまで受け止め、どこまで配慮あるいは支援すべきかについては、職場のみならず主治医をはじめとした医療従事者や家族にとってさえ難解な課題であろう。少なくとも、循環器疾患患者の抱える不安を増長させないような対応が求められる。具体的には、職場では理解（6-40.）し受け入れ姿勢を示す声かけ（6-39.）や、医療機関では疾患について正しい自己理解を深めるために不可欠な主治医からの病態説明（9-58.）といった対応である。また、患者自身についても、可能な限り早期に疾患と向き合い、障害を受け入れることが求められる。その先に業務に対する自信の回復（2-14.）段階があり、そこに至ればクリティカルな状況は回避できより安定した就労継続が見込めるだろう。

３．　本人背景

家庭や職場での本人背景は、疾患に罹患する以前に決定している要素が多く、復職時の対応のために促進要因を投入あるいは阻害要因を排除するといった事後介入は総じて難しい。これは循環器疾患患者に限らず、全ての疾患患者に対し共通して言えることである。

休職期間あるいは復職時に、職場からの復職期待（3-9.）があれば、当然ながら復職しやすく職場からの配慮も施されやすい。職場から復職を乞われるか否かは、休職した人物の人柄だけでなく、資格・専門性（3-18.）を有した貴重な人材であると職場に評されているかを含む職場への過去の貢献（3-19.）度に左右されてしまう。本調査では復職成功例に限ったため、本人背景についてはこのような促進要因が多く聴取された。適切な指標がないため評価できないが、インタビュアーとオブザーバーからは、本調査に同意して下さった患者らのキャラクター由来の要素による影響も小さくない印象を受けたとの声があった。

本来、雇用継続や両立支援の対応に差別があることは倫理的には許されないが、職場からの配慮や支援が「人の理解や思いやり」に依る部分が大きいため、患者の人柄や過去に評価された能力によって配慮や支援を受けやすい群は存在すると推測される。企業が社会からの倫理的要求に応えるためにも、標準的対応を示し、一定の公平性を確保する必要性があるだろう。

職場における職位・責任（3-20.）によっては、患者自らが業務調整を行う裁量権が持っており、周囲に配慮を頼む引け目を感じることなく、仕事との折り合いをつけることができる。業務裁量権にも、仕事の量の裁量・内容の裁量・期限の裁量等があるが、本調査によって、循環器疾患患者では、特に仕事の期限つまりスケジュールの裁量権の保有が肝要であることが見えてきた。疲労の蓄積を主とした体調変化や通院時間

の確保のため、スケジュールを自身で調整することができれば、就労継続しやすい。逆にスケジュールの裁量権を有さない立場にある循環器患者の場合は、上司がこの点に留意して配慮を講じるとよいだろう。

４．　自助努力

就労と治療の両立支援の原則は合理的配慮の考えであり、就労者（患者）本人が申し出た際に適切な就業配慮を検討することが前提である。本調査は復職成功例に限ったこともあり、患者本人から職場への合理的配慮の申し出（4-29.）がなされていることが多かった。また、合理的配慮の申し出にいたらないまでも、疾患について自分から職場へ説明する（4-28.）等、患者本人の積極的な職場へのアクションを認めた。

また、自己体調管理（4-26.）や自主トレーニング（4-25.）等、本人が疾患を抱える自身の身体と向き合うアクションをとる、あるいは、罹患や休職・復職の経験を経て自己努力（4-30.）に取り組む変化があるようだ。特に循環器疾患患者では、生活習慣病に関連した合併症が多いので、このような自助努力をする余地は大いにある。また、生命の危険を感じた経験から、努力するモチベーションも高いので、適切な保健指導及び疾患教育を介入すれば、復職・就労継続に対して高い促進効果が見込まれる。

復職成功例である 7 例中 6 例が何らかの自助努力をしていることからも、本人の具体的なアクションを伴った困難に立ち向かう姿勢が何よりも重要であり、両立支援のスタートラインであると言えよう。そして、やはり合理的配慮の原則に沿う両立支援こそが、復職・就労継続を達成し得る可能性が示唆された。

５．　職場背景

前述の通り疾患や治療による症状の程度や本人背景は様々であり、このため職場は個別性の高い対応が求められるが、職場背景も様々であるため、両立支援として対応できる範囲は一様ではない。これも本人背景と同様に、循環器疾患患者に限らず、全ての疾患患者に対し共通して言えることである。

言い出しにくい・相談しにくいといった職場の雰囲気や、職場全体が忙しく業務分担が煩雑である状況等の職場シチュエーション（5-35.）のために、復職時の困難性が不必要に高まってしまい、患者本人の復職意欲がそがれ、結果的に復職を断念してしまうケースの潜在も懸念される。こういった復職・就労継続しづらい職場の状況は、患者の罹患前後で変化するものではないので、普段から職場の人間関係構築を含めた雰囲気づくりや職場体制を整え、快適な職場環境づくりに努めることが重要である。

職場が疾患を有した就労者の困難を目の当たりにした経験、すなわち職場の疾患経験（5-31.）があるか否かも、実施できる配慮に大きく影響する。これは疾患経験のない職場の「どのような対応をしたらよいか、何を配慮したらいいかわからない」という本音の反映でもあり、手探りでもとりあえずやってみるしかないという苦しい職場の現状が垣間見られる。このような職場の不安を解消するには、各職場の疾患経験を共有できる企業間のネットワーク構築も有用であろう。行政主体の取り組みが期待される。

６．　職場の受け入れ

職場の受け入れについては、前述の本人背景と職場背景が大きく影響することは当

然であるが、それだけでは規定されず、職場の同僚や上司といった属人的な要素による影響がはるかに大きいと言えそうだ。

職場からの配慮（6-37.）が行われた背景に上司や同僚の思いやりのある人柄があることは容易に想像できる。行われた配慮の大部分は、難解な業務調整や人員調整を要さない「思いやりから派生した行動」であったが、患者本人にとっては非常にありがたくまた有益な配慮であった。

患者本人を助ける具体的な行動に至らないまでも、職場からの声かけ（6-39.）があれば、それがたとえ「大丈夫？」の一言であっても、患者は職場の受け入れに安心感を持つようである。

その一方で周囲の者からすれば、病気休養後に復職したばかりの同僚を「気にかける」行動は、その加減が容易ではなく、戸惑いが生じて当然であり、精神的な負担を感じることもあるだろう。時に、十分すぎる思いやりあるいは熟考する面倒さから、本人からできるはずの仕事を取り上げる等の過剰な気遣い（6-42.）をしてしまい、結果的に本人の就労意欲を低下させ、就労継続の阻害要因となってしまう。

本調査では、何らかのマニュアルや手順に沿って行われた職場からの配慮は聴取されなかったが、標準的な対応や留意点等が示されていれば、周囲の負担も軽減され、適切な配慮や声かけがより実施しやすくなるだろう。

職場からの配慮がなされない背景要因としては、循環器疾患に対する不十分な理解から生じる、職場の業務遂行能力に対する過大評価（6-43.）や職場での差別（6-44.）がある。我が国における循環器疾患に対する世間の疾患イメージ（8-49.）は、「心臓の病気は大病」という認識はあるものの、外見からわからない内部障害に対し必ずしも正しい理解とは言えず、障害者に対する差別や偏見も残っている。職場に留まらず社会に対し、循環器疾患に対する正しい知識を啓蒙していく取り組みは、重大な課題である。

本調査で挙がってきた職場の受け入れに関する要素は、非常に属人的な印象が強く、偏りがある可能性がある。世間一般的な職場の受け入れの実態を明らかにするためには、さらなる調査が必要だ。

７．　職場の適正配置

適切な適正配置を図るには、「仕事を労働者に適応させる」ことと「労働者を仕事に適応させる」ことの両面の調和をとるよう努めなければならない。本調査では、循環器疾患患者において、業務転換による恩恵（7-46.）は認めたものの、それによる困難（7-47.）は聴取されなかった。業務軽減は、労働者にとっては恩恵となる場合が多いのは当然であるが、事業者にとっては生産性やビジネスに支障をきたす困難となる可能性が高く、果たして生産性やビジネスに支障が出ていないかについても検証しなければ、真に適正配置が為されたか評価できない。企業の宿命である利潤追求を阻害することなく、両立支援を行わなければ社会全体の利益につながっていかない。適正配置の実態については、今後事業者側からの検証が必要である。

８．　社会・家族背景

循環器疾患患者は生活習慣病に関連した合併症が多く、生活習慣の改善や合併症のコントロールが予後を左右する。また、前述の通り、症状再発・治療への不安・心配・恐怖（2-16.）をはじめとした心理的影響を

きたしやすい。そのため、日常生活における物理的・精神的支援は欠かせない。本調査の調査でも家族の支援（8-50.）が復職時に促進要因として大きく影響している可能性が示された。本調査は全例復職成功例であり、7 例中 6 例で同居する家族がいた。今後、復職失敗例でも検討し、社会的支援を厚くすべき対象を明らかにすることで、各対象別に支援の在り方を示していく必要がある。

９．　職場と医療の連携

職場と病院の連携に関する要素は、全例復職成功例であるにも関わらず、我々の予想を下回って少なく、課題の深刻さが推測された。

本調査で聴取された要素の大部分が主治医からの支援（9-58.）から派生したものであったが、主治医から「患者本人」への働きかけが主であり、患者本人の疾患理解を深めるアドバイスや保健指導が主体であった。患者にとって、疑問や不安に応えてくれる「主治医」の存在は非常に大きい。主治医が直接職場に出向いて説明したエピソードもあったが、その際の心強さは計り知れない。主治医にしか吐露できない弱音や悩みもあり、主治医の存在抜きの両立支援はあり得ない。特に循環器疾患患者は、蘇生を含む「心臓」への加療経験から、「救命してもらった」という実感が強く、主治医への信頼は厚い傾向がある。この両者の信頼関係をベースにした両立支援を実現できれば、現実に生じる困りごとを解決できる、より有用な支援となるだろう。

１０．　情報獲得

循環器疾患患者に限らず、疾患を有する就労者にとって復帰時に共通して有用な情報としては、活用できる会社制度（10-64.）についての情報、残りの年次休暇の期間（10-65.）とその活用方法についての情報、主治医または病院からの疾病に関する情報、が挙げられた。

前述の 2 項目についての情報は、職場側から提供でき、総務・人事部からの丁寧で親切な説明が求められる。企業内における職場復帰マニュアルに、総務・人事部から事前に提供すべき情報として盛り込まれることで復職を促進できるであろう。

疾患に関する情報は、医療機関や主治医から提供でき、患者がより理解しやすい説明に留まらず、自己体調管理（4-26.）のために関心が高まるような説明が求められる。自助努力を促進するような情報を積極的に提供していけば、復職を促進するだけでなく、患者の予後の改善や社会的な医療費削減も期待できよう。

次に、循環器疾患患者にとって復職時に有用な情報としては、ペースメーカのガイドラインに関する情報、医療保険（10-60.）の加入条件に係る既往症についての情報、心臓デバイス挿入経験者からの実体験等のピア・サポーターからの情報（10-67.）、が挙げられた。いずれの情報も、現状では患者本人による積極的な情報収集（10-59.）によるアクセスを要している。これらの情報に循環器疾患患者が容易にアクセスできる場があれば、より復職・就労継続意欲向上に寄与できるはずだ。公的な制度整備を含め、課題が残る。

E. 結論

不整脈は、発作性の疾患であるため、心臓デバイス、特に埋込み型除細動器植込みによっても、その症状が根本的に改善されるのではなく、次の不整脈発作による失神

発作や突然死予防されることとなる。これらの患者は、外見上の変化もなく、概ね直接的な業務遂行能力低下はほとんどないが、次の発作への不安や電磁干渉や自動車運転制限等の外見に表れない不都合を周囲に理解されずに苦心する、といった循環器疾患に特異的な課題を認めた。一方で「障害者」として社会的支援を受ける立場となり、このギャップから精神的葛藤が生まれ苦しむということも明らかとなった。

また、心不全状態に至ると就労能力が著しく低下しうる。また、薬物治療による副作用も考慮した上で、職場で細やかな配慮が必要となる為、医療機関との密な情報交換は欠かせない。

事業場での就労配慮を検討する上では、高リスク業務（ひとり作業等）においていかにリスクを回避し安全配慮義務履行するかが最も重要な課題であろう。

本調査は不整脈疾患が多かったが、さらにインタビュー事例数を重ね、各循環器疾患の特徴をより明らかにしていく予定である。

今後より効果的な両立支援の実現に向け、本人・職場・周囲が十分な疾患理解を得られる適切な知識伝達ツールの作成が強く望まれる。

F. 参考文献

特記無し

G. 研究発表予定

○原田有理沙・立石清一郎・岡田岳大・横山麻衣・安部治彦・河野律子・荻ノ沢泰司・大江学治・林克英・高橋正雄・森晃爾、身体疾患を有する就労者の仕事と治療の両立に関する実態調査【第 1 報:循環器疾患編】、第 89 回産業衛生会学、2017 年 5 月福島、口演発表

(表1)循環器疾患インタビュー事例　9例

事例	1	2	3	4	5	6	7	8	9
年齢/性別	63/F	40/F	58/M	57/M	62/M	66/M	41/M	73/M	64/M
職種	精密機器販売 販売・事務	介護施設 看護師	公務員 教師	教師	建築業 営業	鉄鋼業 教育関係	SE 客先システム 開発維持管理	警備 出入管理	鉄鋼業 溶接工
診断	慢性 心不全	QT延長 症候群、 心室細動	ブルガダ 症候群	ブルガダ 症候群、 心室頻拍	心筋梗塞	特発性 心室頻拍	慢性 心不全	心筋梗塞	慢性 心不全
加療内容	CRT-D 植込み	ICD 植込み	ICD 植込み	ICD 植込み	経皮的 冠動脈 形成術	ICD 植込み	薬物治療	経皮的 冠動脈 形成術	薬物治療 アブレーション
同居世帯	配偶者	親2 子ども1	配偶者	配偶者 親2	配偶者 親1	配偶者	-	配偶者	配偶者
主たる生計者	共働き	主	主	主	主	主	主	主	主
経済的ゆとり	少しあり	なし	少しあり	少しあり	少しあり	少しあり	十分あり	少しあり	少しあり
雇用形態	一般 正社員	一般 正社員	その他	その他	管理職	管理職	一般 正社員	契約 嘱託社員	一般 正社員
会社規模	51-300	51-300	51-300	11-50	11-50	1001-	301-1000	1001-	10001-
職場規模	-10	51-300	51-300	11-50	-10	51-300	301-1000	-10	51-300
休職時 仕事充実度	92	24	50	89	50	87	56	83	75
復職時 仕事充実度	92	74	50	89	40	100	72	83	75
復職時 支援満足度	93	75	50	88	24	95	79	99	80
仕事の変化	なし	なし	なし	あり 同業者同規模の 他施設で同職種	なし	なし	なし	なし	なし

（表2）循環器疾患インタビュー事例　9例

事例	1	2	3	4	5	6	7	8	9
年齢/性別	63/F	40/F	58/M	57/M	62/M	66/M	41/M	73/M	64/M
職種	精密機器販売 販売・事務	介護施設 看護師	公務員 教師	教師	建築業 営業	鉄鋼業 教育関係	SE 客先システム 開発維持管理	警備 出入管理	鉄鋼業 溶接工
診断	慢性 心不全	QT延長 症候群、 心室細動	ブルガダ 症候群	ブルガダ 症候群、 心室頻拍	心筋梗塞	特発性 心室頻拍	慢性 心不全	心筋梗塞	慢性 心不全
加療内容	CRT-D 植込み	ICD 植込み	ICD 植込み	ICD 植込み	経皮的 冠動脈 形成術	ICD 植込み	薬物治療	経皮的 冠動脈 形成術	薬物治療 アブレーション
同居世帯	配偶者	親2 子ども1	配偶者	配偶者 親2	配偶者 親1	配偶者	-	配偶者	配偶者
主たる生計者	共働き	主	主	主	主	主	主	主	主
経済的ゆとり	少しあり	なし	少しあり	少しあり	少しあり	少しあり	十分あり	少しあり	少しあり
雇用形態	一般 正社員	一般 正社員	その他	その他	管理職	管理職	一般 正社員	契約 嘱託社員	一般 正社員
会社規模	51-300	51-300	51-300	11-50	11-50	1001-	301-1000	1001-	10001-
職場規模	-10	51-300	51-300	11-50	-10	51-300	301-1000	-10	51-300
休職時 仕事充実度	92	24	50	89	50	87	56	83	75
復職時 仕事充実度	92	74	50	89	40	100	72	83	75
復職時 支援満足度	93	75	50	88	24	95	79	99	80
仕事の変化	なし	なし	なし	あり 同業者同規模の 他施設で同職種	なし	なし	なし	なし	なし

分担研究報告書

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に関する
患者インタビュー実態調査

脳卒中編

研究分担者

立石 清一郎　　産業医科大学・産業医実務研修センター　講師
佐伯　覚　　産業医科大学・リハビリテーション医学　教授
森　晃爾　　産業医科大学・産業生態科学研究所　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

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に関する患者インタビュー実態調査

脳卒中編

研究分担者

産業医科大学・産業医実務研修センター	講師	立石 清一郎
産業医科大学・リハビリテーション医学	教授	佐伯 覚
産業医科大学・産業生態科学研究所	教授	森 晃爾

研究要旨

【背景・目的】内部障害を含む身体疾患を有する就労者が治療と就労を両立して継続するために、医療機関・職場・社会・家族の各々から支援または配慮が必要となる場合が少なくない。我々は、がん・脳血管疾患・循環器疾患の 3 つの身体疾患患者の仕事と両立に関する研究に取り組んでおり、今回は脳血管疾患（脳卒中）について報告する。脳卒中後の復職については他疾患と比較して、労働者健康福祉機構が公開している「症例に見る脳卒中の復職支援とリハシステム」など、事例に基づいた検討が比較的多くなされている。一方で、これらの資料を参考としたとしても各々の事例で「症状の多様性に富んで」おり極めて個別性が高いという特徴を有しているため、症状と仕事の両方が類似のケースを見出すことは極めて困難である。そこで、本研究では、脳卒中後の就労者での就労継続において、症状や治療による副作用等から生じる様々な困難性を就業・業務からの視点で抽出することにより様々な職種であったとしても応用可能な困難性の類型化を目指す。

【方法】患者 Depth Interview 調査を実施した。対象は 2015 年 3 月-2016 年 3 月の 1 年間に産業医科大学病院及び産業医科大学若松病院を受診した脳卒中後患者のうち、2010 年 3 月以降に脳卒中のため休職、復職をした経緯のある就労者とした。インフォーマント1名に対しインタビュアー1名とオブザーバーによって対面での個別インタビューを行い、復職に直接的・間接的影響を与える課題を聴取した。インタビュアーは事前に作成したインタビューガイドを参考にリハビリテーション科医が担当した。インタビュー内容を文字に起こし、研究班員 5 名によって KJ 法を参考にした内容分析法を用いて課題の抽出を行った。

【結果】インタビューを 5 例(脳梗塞後 4 例、脳出血後 1 例)実施した。内容分析法により、復職時における困難性は、10 個の大カテゴリに類型化された（①業務遂行能力の低下、②心理的影響、③本人の背景、④自助努力、⑤職場の背景、⑥職場の受け入れ、⑦職場の適正配置、⑧社会・家族の背景、⑨職場と医療の連携、⑩情報獲得)。このうち特に直接的な業務遂行に関わる事象(欠勤・休憩・異動・通勤形態の変更を要する事象、作業困難・作業不可・退職に至る事象)は①であり、①において、身体機能の

低下(運動・感覚麻痺、言語障害等)、疲労(体力低下等)、高次脳機能障害（強制笑い）の 3 個の中カテゴリがあった。
【考察・結論】脳卒中後の患者における主な困難性は、身体的な業務遂行能力の低下である。発症以降はほぼ一相性に回復へ向かうという疾患の特徴があり、ある部分で症状が固定することが脳卒中の特徴である。復職成功者を対象とした今回インタビューでは、上司や職場の理解・支援が比較的良好である、本人の復職への意欲が強い、などが復職を促進する要因としての意見が多く挙げられた。本人の機能回復、また疾病の受け入れを支援し、職場としても設備などハード面の整備に加え、職場メンバーの理解を促すなど、本人、医療、職場・産業医の密な連携が良好な復職への鍵となるであろう。より効果的な両立支援の実現に向け、本人・職場・周囲が十分な疾患理解を得られる適切な情報伝達ツールの作成が強く望まれる。

研究協力者
横山　麻衣　（産業医科大学　産業医実務研修センター）
岡田　岳大　（産業医科大学　産業医実務研修センター）
原田　有理沙　（産業医科大学　産業医実務研修センター）
佐伯　覚　（産業医科大学　リハビリテーション医学）
加藤　徳明　（産業医科大学　リハビリテーション医学）
伊藤　英明　（産業医科大学　リハビリテーション医学）
白石　純一郎　（若松病院　リハビリテーション科）
二宮　正樹　（産業医科大学　リハビリテーション医学）
杉本　香苗　（産業医科大学　リハビリテーション医学）

A. 研究目的

内部障害を含む身体疾患を有する就労者が治療と就労を両立して継続するために、医療機関・職場・社会・家族の各々から支援または配慮が必要となる場合が少なくない。

我々は、循環器疾患・脳血管疾患・がんの 3 つの身体疾患患者の仕事と両立支援に関する研究に取り組んでおり、第 2 報では脳血管疾患(脳卒中)について報告する。

脳卒中後の復職については他疾患と比較して、労働者健康福祉機構が公開している「症例に見る脳卒中の復職支援とリハシステム」など、事例に基づいた検討が比較的多くなされている。一方で、これらの資料を参考としたとしても各々の事例で「症状の多様性に富んで」おり極めて個別性が高いという特徴を有しているため、症状と仕事の両方が類似のケースを見出すことは極めて困難である。そこで、本研究では、脳卒中後の就労者での就労継続において、症状や治療による副作用等から生じる様々な困難性を、就業・業務からの視点で抽出、質的に評価し、様々な職種であったとしても応用可能な類型化を試みる。

B. 研究方法

患者 Depth Interview 調査を実施した。

1) 対象者の選出

対象は 2015 年 3 月-2016 年 3 月の 1 年間に産業医科大学病院及び産業医科大学若松病院を受診した脳卒中後患者のうち、脳卒中の治療のため 2010 年 3 月以降に休職、復職をした経緯のある就労者とした。

2) インタビューの実施

インタビュアーは事前に作成したインタビューガイドを参考に、リハビリテーション科医が担当した。

インフォーマント 1 名に対しインタビュアー1 名とオブザーバーによって対面での個別インタビューを行い、復職に直接的・間接的影響を与える課題を聴取した。

3) インタビューデータの分析

研究班員 5 名によって KJ 法を参考にした内容分析法を用いて課題の抽出を行った。

インタビュー内容を文字に起こし、数文節単位で excel データに変換し、各インタビューexcel データにインタビュー番号(s1～5) をつけた。また、各文章セルに行番号を付けた(s1-001～s5-750)。

各文章セルについて、①不要なセルを除き、②不要な文字を除き、③周辺情報と併せて文章を再構成し、必要な情報の抽出を行った。

抽出された情報（再構成後の文章セル）について、要素を抽出し、表札を付けた。抽出した要素を各担当者が持ち寄り、5 名の研究者によって各カテゴリの再検討を行い、グループ毎に表札をつけ（小カテゴリ)、さらに類型化した（大カテゴリ)。

C. 研究結果

インタビューを 5 例(脳梗塞後 4 例、脳出血後 1 例)実施した（表 1)。

対象患者背景について、以下のような特徴があった。

・主たる生計者である事例が多い。(5 例中 5 例)

・休職以前と復職後で仕事の変化がある事例が多い。(5 例中 5 例)

復職に直接的・間接的影響を与える課題に関わる 142 個の要素が抽出され、以下の 54 個の要素が抽出された（表 2)。

これら小**カテゴリ**をさらに以下の 10 個の大**カテゴリ**に類型化した。

１． 業務遂行能力の低下
２． 心理的影響
３． 本人背景
４． 自助努力
５． 職場背景
６． 職場の受け入れ
７． 職場の適正配置
８． 社会・家族背景
９． 職場と医療の連携
１０． 情報獲得

直接的な業務に関わる事象について

本調査では、直接的な業務に関わる事象について、欠勤・休憩・異動・通勤形態の変更を要する事象、作業困難・作業不可・退職に至る事象と定義した。

直接的な業務に関わる事象は、特に 1. 業務思考能力の低下、2. 心理的影響で多かった。（表 3-12）

1. において、小カテゴリの内訳としては、
1-06. 疲労（体力低下）：作業時の易疲労
1-07. 身体機能の低下：麻痺や失語など
1-08. 高次脳機能の低下：就業中の強制笑いがあった。

2. において、小カテゴリの内訳としては、
2-15. 疾患の受容
2-15.「障害者」であることの受容
があった。

以下、10 個の大カテゴリ毎に結果を報告する。

1. 業務遂行能力の低下

業務遂行能力の低下にまつわる復職時の困難について、インタビュー5 件中 5 件（事例 1・2・3・4・5）から、計 28 要素が挙がった。

小カテゴリでの内訳は、
1-02.日常生活 1 要素、
1-03.impairment の程度 3 要素、
1-04.容姿の変化 1 要素、
1-06.疲労（体力低下） 2 要素、
1-07.身体機能の低下 11 要素、
1-08.高次脳機能の低下 1 要素、
1-11.職業リハビリテーション 3 要素、
1-12.医療リハビリテーション 6 要素
であった。今回の調査では、1-01.基礎体力の要素は認めなかった。

最多で挙がった **1-07.身体機能の低下**については、インタビュー5 件中 5 件で要素が聴取された。

「(左上肢麻痺のため、精密機器を)持てないから、台座を使用するんですけど、セットもできない。できても力が入り過ぎてぶれる。何回も私がすると(お客さんに)迷惑かかるでしょう？ だからもう、それはやめてるんですよ。(事例 1)」

「言葉が出ないので、電話対応ができないという困難性があった。机の上のデータ整理を行っていた。(事例 2)」

*「みんな障害を持ってますけど、片手っていうのは私一人だけです。足が悪かったりとか（なら)、みんな普通に両手で仕事できますもんね。パソコンも片方で打たんといけないですからね。マウスを操作してキーボードに置き換えてっていうことがちょっと不便。(事例 5)」*他

次に多かった **1-12.医療リハビリテーション**については、インタビュー5 件中 3 件で要素が聴取された。

「電車に乗るのも怖かったし、エスカレーターも、デパートに行って人ごみの中を歩

くという、そういうのもすごい怖かったけど、そういうのを、先生と一緒に行ってやる。やることによって覚えてくる。(事例 1)」

「復帰までの時間が、ちょっと長かった。リハビリとか大変だった。リハビリ施設 A へ2年行った。リハビリ施設 B っていうとこにも行った。今、通ってるのがリハビリ施設 C。(事例 3)」

*「リハビリテーション病院へ転院し半年で退院。退院時は装具と杖で歩くこと、身の回りの動作のほとんどは、片手でできるようになっていた。(事例 4)」*他

この 2 つに加え、その他に脳卒中に特異的な物として、以下の 3 つが挙がった。

1-03.impairment の程度による、生活、就業への影響に関する要素が聴取された。

「歩けるのと、車を運転できるので、それ以外に困ることとかほとんどない。階段もかなり練習しました。手すりさえあれば、もう十分行けます。(事例 1)」

*「手足は、自分自身は感じなかったんですけど、リハビリのときに、『右に、ちょっと、麻痺があるかな』っちゅうことは、言われました。ただ、生活には、支障はないです。(事例 2)」*他

06.疲労（体力低下）について、就業や通勤上の不便に関する要素が聴取された。

「掃除が疲れるんですよ。物を取るときに中腰で取らなあかんでしょう。これが疲れましてね。ものすごいつらいんですよ。腰も痛い、足もがくがくいう。(事例 1)」

「帰りは歩いて帰ります。朝は駅から歩けなくはないぐらいの距離ですけど徒歩で 10 分ちょっとぐらいかかるので、(右麻痺のため）ちょっときつい。(事例 5)」

1-08.高次脳機能の低下について、強制笑いによる就業上の不適切な行動に関わる要素が聴取された。

「高次脳(機能)障害で、少し刺激が入ると、笑ってしまうという強制笑いがあった。大事な会議のときとかに、笑い止まらなくなったりとか。息ができなくなる、もう、笑いだしたら苦しかったもんね。(事例 4)」

2. 心理的影響

心理的影響にまつわる復職時の困難について、インタビュー5 件中 3 件（事例 1・4・5）から、計 11 要素が挙がった。

小カテゴリでの内訳は、
2-13.疾患の受容　7 要素、
2-14.業務に対する自信の回復　2 要素、
2-15.「障害者」であることの受容　1 要素、
2-17.失職への恐怖　1 要素
であった。今回の調査では、2-16.症状再発・治療への不安・心配・恐怖の要素は認めなかった。

最多で挙がった 2-13.疾患の受容については、インタビュー5 件中 3 件で要素が聴取された。

「私がお店で出るでしょ。そしたらどこまでがんばったとか「どこの病院行った？」とか、聞きにくるんですよ。いろんなことを私が、知ってる範囲で全部教えてるんですよ。自分のできることは全部教えてやります。(事例 1)」

*「『また、来てもらえないか』って、言っていただいたんですけど。僕が歯がゆい部分があるんですね。「ばりばりやってた俺が、何をしとんや」っていう。人に指示出すよりも、自分がやっちゃうタイプなのに、体が動かないっていうジレンマがあって、どうしても『来てくれ』って言われたときも、『自分ですりゃあいいやん」って思ったんですね。(事例 4)」*他

その他にも、以下のようなものが挙がっている。

可能な作業を行うことによる 2-14.業務に対する自信の回復についての要素が聴取された。

*「自分でやれることを、今、やってる。だから、『あ、これもできた』というのもあるんです。(製品を)額に入れるとき、やっぱり微妙なずれとかを調整せなあかんから、そういうのも、自分で（やってみて)、『何とか右手だけでできるな』という。(事例 1)*他 2-15.「障害者」であることの受容について、職場配慮の受け入れ困難に関わる要素が聴取された。

*「仕事と関係ない部分でも、身体障害者になったんだからっていう。僕がいけないんですけどね。『持ちましょうか』って(言われても)、『いや、いい』って言ってしまうんですね、甘えればいいんでしょうけど。優しさでいってくれてるのは分かるんですけど。(事例 4)」*他

3. 本人背景

本人背景にまつわる復職時の困難について、インタビュー5 件中 3 件（事例 1・3・4）から、計 11 要素が挙がった。

小カテゴリでの内訳は、
3-18.資格・専門性　1 要素、
3-20.職位・責任 1 要素、
3-21.雇用条件・定年制度　2 要素、
3-22.経済事情　5 要素、
3-23.職場からの復職期待　1 要素、
3-24.家庭環境からの要求　1 要素
であった。今回の調査では、3-19.職場への過去の貢献の要素は認めなかった。

最多で挙がった 3-22.経済事情については、インタビュー5 件中 3 件で要素が聴取された。

「仕事が突然なくなる、生活ができなくなるわけです。自営業も生活支援というのが国の方にあったみたいですけど、全く教えてくれなかった。それを患者から聞いたんです。それも 1 銭ももらってない。(事例 1)」

「(就業制限のため残業禁止となったが、)でも、残業もね、もう、交通費と一緒やもんね。厳しいよ。(事例 3)」

*「今、収入としては、障害年金と、民間生命保険の仕事ができなくなったときの所得保障。掛けてたから、助かる。それと合算して、まあ、暮らせるぐらい。(事例 5)」*他
その他にも以下の要素が聴取された。

3-20.職位・責任については、職位による裁量権の大きさに関わる要素が聴取された。

「自営なので、体が資本ですからね、体が続く限り、定年はない。死ぬまで働かないといけない。ある意味、逆にちょっと苦労はあったんですけど、自営業なので、比較的、仕事としては確保ができてる。(事例 1)」
他

また、3-23.職場からの復職期待については、職場の人員不足による要求に関する要素が聴取された。

「指導するような人間がいなかったんですよね。それを期待されてた分、社長が、「早よ来てくれ、早よ来てくれ」っていうもんですから。今思うと、もうちょっと治ってから職場復帰しても（よかったかもしれないが)、早かったのかな。(事例 4)」

更に、3-24.家庭環境からの要求では、自らが家族の拠り所であるという責任感についての要素が聴取された。

「父親、母親が他界して、そしてもう支える人間は私しかいない。その支える人間がしっかりしとかなあかんという、そういう気持ちがありましたね。(事例 1)」

4. 自助努力

自助努力にまつわる復職時の困難につい

て、インタビュー5 件中 4 件（事例 1・2・3・5）から、計 16 要素が挙がった。

小カテゴリでの内訳は、

4-25.自主トレーニング　7 要素、
4-27.自己アピール　1 要素、
4-28.自分から職場への説明　2 要素、
4-29.合理的配慮の申出　2 要素、
4-30.自己努力　4 要素

であった。今回の調査では、4-26.自己体調管理の要素は認めなかった。

最多で挙がった **4-25.自主トレーニング**については、インタビュー5 件中 3 件で要素が聴取された。

「歩けるのと、車を運転できるので、それ以外に困ることとかほとんどない。階段もかなり練習しました。手すりさえあれば、もう十分行けます。(事例 1)」

「私はもうとにかく、言葉だけと思ってるもんで、言葉が使えるように、毎日、朝起きたら、音読をやっていました。今も、続けておりますね。(事例 2)」

*「帰りは歩いて帰ります。早くて 30 分で、遅かったら 40 分ぐらい。運動と思ってやってます。(事例 5)」*他

また、特徴的であった **9.合理的配慮の申出**では、インタビュー5 件中 1 件において、更衣などに関わる合理的配慮の申出や、復帰ペースについての要素が聴取された。

「上がるときに、トイレも、靴を上履きと履き替えないかんの。立ってできないから、いすを置いてくださいって先生に頼んだ。座って、靴、スリッパへ履き替えできるようにいすを入れてくれた。非常にありがたかったですね。(事例 3)」

*「復帰後も、定期的に、産業医の先生と、面接とかあったよ。復帰して２か月は、『半日にしてください』って、言えば(意見書を書いてくれた)。(事例 3)」*他

これに加え、**4-28.自分から職場への説明**についての要素も聴取された。

「最初にお客さんに断るんですよ。『すいません、左がもううまいこと(動か)ないから、右手でお金を渡すんやけどいいですかね』って言ったら、『いいよ、いいよ』っていう、本当にいいお客さんばっかりですね。(事例 1)」

*「まず、会社の人と連絡、取ることだよね。何もしなかったら、向こうも分かんないし、「これが、こういう状況です」っていうのを行かないかん。自分からアピールしないと。(事例 3)」*他

5.　職場背景

職場背景にまつわる復職時の困難について、インタビュー5 件中 4 件（事例 1・3・4・5）から、計 10 要素が挙がった。

小カテゴリでの内訳は、

5-31.職場の疾患経験　1 要素、
5-32.職場風土　2 要素、
5-33.職場規模　2 要素、
5-34.職場マンパワー　1 要素、
5-35.職場シチュエーション　1 要素、
5-36.職場設備・環境　3 要素

であった。

最多で挙がった **5-36.職場設備・環境**については、インタビュー5 件中 2 件で要素が聴取された。

「駅とバス停が遠いからね、しょうがないの。駅が近けりゃ歩いて行くけど、遠い。かみさんが、毎日、送迎だもんでかわいそう、悪いと思って。(事例 3)」

*「職場は、麻痺の影響があっても、非常に歩いたりしにくい部分はない。事例 5)」*他

また、**32.職場風土**では、障害者雇用に慣れた企業体制についての要素が聴取された。

「(職場には)障害お持ちの方、結構雇用し、

いろんな部署に配置をして、仕事されてるんだと思います。だから、人事とか労務とかの人は、パソコン使うから、障害者がいいと思って(配慮してくれた)。(事例 5)」他

一方で、**5-33. 職場規模、5-35. 職場シチュエーション**については、職場規模やシチュエーションによる配慮の困難さに関する要素が聴取された。

「経営者自体が、『マネージャーだけに基本給を払って、それがもったいないな』みたいな感じになってきた。僕もプライドを持って仕事をしてきたつもりなもんですから、『要らないならもういいですよ』『お世話になりました』っていう感じで 11 ヶ月で退職。女房の方に、要るような、要らんような話をされてたみたいだから、もう、しょうがないねって。(事例 5)」他

6. 職場の受け入れ

職場の受け入れにまつわる復職時の困難について、インタビュー5 件中 4 件(事例 2・3・4・5)から、計 17 要素が挙がった。

小カテゴリでの内訳は、

6-37.職場からの配慮　6 要素、
6-38.上司からの配慮　5 要素、
6-39.職場からの声かけ　2 要素、
6-40.職場の理解　2 要素、
6-41.上司の理解　2 要素

であった。今回の調査では、6-42.職場からの過剰な気遣い、6-43.職場の業務遂行能力に対する過大評価、6-44.職場での差別の要素は認めなかった。

最多で挙がった **6-38.上司からの配慮**については、インタビュー5 件中 3 件で要素が聴取された。

「上司の方が、やはり、1 週間にいっぺんぐらい、体調を気にして、それでいろいろ話をして、まだ、仕事は無理だなとか、そういう判断はしてもらいました。(事例 2)」

「周りの方々の配慮も良かったですか、産業医の先生、それから、上司の方々。非常にいろんなところですね、配慮いただいてる(事例 3)」

「出勤初日に倒れたから、保険など心配していたら、社長のご厚意で、『俺が、社会保険、入るように、もう、手続きをしとるから』っていうふうに言っていただいて。会社勤めなってるので、休職中は傷病手当金とかは、いただきました。(事例 4)」他

次に多かった **6-37.職場からの配慮**については、インタビュー5 件中 2 件で要素が聴取された。

「(新しい作業を)やるようになったけども、やはり、分からない面ちゅうが、中にはありましたので、そのときは、(職場の人に)助けてもらったということですね。(事例 2)」

「(右上肢麻痺のため、)右手は重たいものを持つときに、そえるだけです。研修とかで弁当出したりとかで、片手っていうのはですね、お弁当が、30 個とかんなると持てません。どなたか、手伝ってもらって(います)。(事例 5)」他

この 2 つに加え、**6-41.上司の理解**については、上司の疾病経験に関する要素が聴取された。

「上司が、心臓の病気(大動脈解離)をやったばっかしやったんですよ。それで上司も、ちょっと体調の方が悪い内容を持っとって。だけん、痛みが分かってくれた環境がありました。(事例 2)」他

7. 職場の適正配置

職場の適正配置にまつわる復職時の困難について、インタビュー5 件中 5 件(事例 1・2・3・4・5)から、計 12 要素が挙がった。

小カテゴリでの内訳は、

7-45.合理的配慮の受入 1 要素、
7-46.業務転換による恩恵 8 要素、
7-47.業務転換による困難 3 要素
であった。

最多で挙がった **7-46.業務転換による恩恵**については、インタビュー5 件中 5 件で要素が聴取された。

「仕事をするときに困った症状というのが、麻痺というような症状がありました。4 キロの(材料)を、真っ暗な部屋で入れ替えないかんのですよ。その作業ができないんです。今は嫁さんがやってます。それができなくなって、お客さんとの接客になった。(事例 1)」

「言葉が出ないので、電話対応ができないという困難性があった。机の上のデータ整理を行っていた。(事例 2)」

*「復帰された仕事の内容っていうのは、事務。パソコン、打ち込み。ほぼ座ってできる作業。(事例 3)」*他

一方、**7-47.業務転換による困難**については、インタビュー5 件中 2 件で聴取され、新たな作業の習熟や、新規作業での困難に関する要素が挙がった。

「最初に復帰した時は何もできず、データ整理などを出来るようになるのに時間がかかった。(事例 2)」

*「みんな障害を持ってますけど、片手っていうのは私一人だけです。足が悪かったりとか（なら、）みんな普通に両手で仕事できますもんね。パソコンも片方で打たんといけないですからね。マウスを操作してキーボードに置き換えてっていうことがちょっと不便。(事例 5)」*他

8. 社会・家族背景

社会・家族背景にまつわる復職時の困難について、インタビュー5 件中 5 件（事例 1・2・3・4・5）から、計 10 要素が挙がった。

小カテゴリでの内訳は、
8-48.地域愛 1 要素、
8-49.世間の疾患イメージ 2 要素、
8-50.家族からの支援 4 要素、
8-51.家族の理解 2 要素、
8-52.家族の過保護 1 要素
であった。

最多で挙がった **8-50.家族からの支援**については、インタビュー5 件中 3 件で聴取された。

「(精密機器)を持てないから、(台座を使用す)るんですけど、セットもできない。できても力が入り過ぎてぶれる。何回も私がすると(お客さんに)迷惑かかるでしょう？だからもう、それはやめてるんですよ。今、そういうほとんどの仕事は、奥さんがやってます。(事例 1)」

「通勤とかは、女房が、送り迎え（してくれる）。(事例 4)」

*「入院中に、身体障害者手帳２級取得した。その後障害年金とかももらってます。私が動けなかったから、親が、全部手続きした。(事例 5)」*他

その他に脳卒中に特徴的なものとして、**8-52.家族の過保護**について、家族の心配による運転業務の差し控えに関する要素が聴取された。

「免許は更新したけども(運転は)家族が、だめだって。車ん乗れないから。営業の仕事はできない(事例 3)」

これに加え、**8-41.世間の疾患イメージ**については、周囲の過剰な心遣いや、impairment の種類による理解のしづらさに関する要素が聴取された。

「それでもやっぱり、脳の病気でしょう。いいように言わん人もおるんですよ。『そこまでせんでいいよ』とか、『もうやめたらい

いよ』とかね。おるんですよ。(事例 1)」

*「言語障害、失語症というと、麻痺とかと違って外からは見えないので、『あの人は、何も悪くないんではないか』と思われることもありました。(事例 2)」*他

9. 職場と医療の連携

職場と医療の連携にまつわる復職時の困難について、インタビュー5 件中 3 件（事例 3・4・5）から、計 8 要素が挙がった。

小カテゴリでの内訳は、

9-54.産業保健スタッフからの支援　6 要素、
9-55.職場での医療情報管理　1 要素、
9-58.主治医からの支援　1 要素

であった。今回の調査では、9-53.入院による休職、9-56.通院・治療時間の確保、9-57.職場と病院との連携の要素は認めなかった。

最多で挙がった **9-54.産業保健スタッフ**からの支援については、インタビュー5 件中 2 件で要素が聴取された。

「産業医の先生、復帰する際にいろいろアドバイスとかですね、サポートやられて。その後も、復帰後も、定期的に、産業医の先生と、面接とかあったよ。(事例 3)」

*「会社の中で、産業医の先生は知っている。他の人はありますけど、私は特別お会いするような面談はしなかった。(事例 5)」*他

また、**9-58.主治医からの支援**では、傷病保障制度に関する情報提供についての要素が聴取された。

*「(治療した）先生が、やっぱり、まず、お金だっていうことで。涙が出そうだった。お金がなかったら治療できないじゃないですか。保険のこと、教えてくださって。教えてくれなかったら、分からなかった。やっぱ知らないと、申請しないので。(事例 4)」*他

また、脳卒中に特異的な物として、**9-55 職場での医療情報管理**について聴取された。

*「他の職場の人たちには、(失語について)知れてるのかどうかっちゅうのが、分からなかった。苦労はちょっとしたですね。周りの方との、コミュニケーションが難しくなった感じがありました。(事例 2)」*他

10. 情報獲得

情報獲得にまつわる復職時の困難について、インタビュー5 件中 5 件（事例 1・2・3・4・5）から、計 17 要素が挙がった。

小カテゴリでの内訳は、

10-59.積極的な情報収集　3 要素、
10-60.医療保険　1 要素、
10-61.収入　4 要素、
10-62.福利厚生にかかるサポート　1 要素、
10-63.職場からの情報　1 要素、
10-64.会社制度の活用　2 要素、
10-66.病院からの情報　4 要素、
10-67.ピア・サポーターからの情報　2 要素、
10-68.医療費　1 要素

であった。今回の調査では、10-65.年次休暇の不足の要素は認めなかった。

最多で挙がった **10-61. 収入**については、インタビュー5 件中 3 件において、経済的支援に係る情報取得、またその困難さについての要素が聴取された。

「仕事が突然なくなる、生活ができなくなるわけです。自営業も生活支援というのが国の方にあったみたいですけど、全く教えてくれなかった。それを患者から聞いたんです。それも 1 銭ももらってない。(事例 1)」

「休んでる期間中に、傷病手当金ていうの、もらってなかった。情報がない。最初は障害年金だって、知らなかった。友達に聞いて分かったんだ。手続き、ものすごく難しい。手帳は言われたけど、年金のこと何も言わない。手続きがね、早めにやれるのに。

(事例 3)」

「*出勤初日に倒れたから、保険など心配していたら、社長のご厚意で、「俺が、社会保険、入るように、もう、手続きをしとるから」っていうふうに言っていただいて、休職中は傷病手当金とかは、いただきました。(事例 4)*」他

また、同数であった **10-66.病院からの情報**については、インタビュー5 件中 3 件で要素が聴取された。

「*日本の場合は、役所、身体障害者手帳の申請も申請原則で、本人、あるいは家族がやらないといけない。申請するんじゃなしに、早く教えてあげる制度が欲しい。もう家に財産ありません。役所がしてくれなかったら、病院なりでそういう情報を提供してくれてもありがたかったかな。(事例 1)*」

「*(治療した) 先生が、やっぱり、まず、お金だっていうことで。涙が出そうだった。お金がなかったら治療できないじゃないですか。保険のこと、教えてくださって。教えてくれなかったら、分からなかった。やっぱ知らないと、申請しないので。(事例 4)*」

「*健康療法士の人が、能力開発校に行ってみない？みたいにアドバイスがあった。能力開発校で、職業訓練をし、かなり鍛えられた。また、就職先のあっせんもされて、そこは良かった。(事例 5)*」他

この他に、**10-67.ピア・サポーターからの情報**では、経済的支援についての情報に関する要素が聴取された。

「*障害年金は、ここにかかって、同じ病気をしていた方の奥様と、ちょっと、仲良くなって、教えていただきました。ほとんどの人が、初めてだからどこに行って、どこに相談したらいいのか分かんないですね。(事例 4)*」他

また、**10-59.積極的な情報収集**については、心理的影響に関する要素も聴取された。

「*この病気になってネットを見る機会が増えてですね、そのネットを見てると、『ああ、人間って思い込めばできるんだ』というのがいっぱい書いてるんですよ。『もしかして俺もできるんかな』という、そういうきっかけがあってから、リハビリがんばりましたね。(事例 1)*」他

D. 考察

以下 10 個の大カテゴリごとに結果を考察する。

１．　業務遂行能力の低下

脳卒中後の復職については、業務遂行能力の低下を来す何らかの障害を後遺する例が大きな割合を占めると考えられる。本調査でも、業務遂行能力の低下に関する困難の訴えはインタビュー5 件中 5 件において複数聴取されている。程度の違いはあれど、いずれの事例においても、身体機能の低下(1-07)が直接的に業務遂行能力へ影響を及ぼしていた。脳卒中後の患者については、経過が発症から回復といった一相性という疾患の特徴から、復職そのものを支援することが重要と考えられる。本人の疾患の受け入れからはじまり、罹患後の身体機能などに応じた職場の設備、業務内容等のハード面のみならず、職場スタッフの支援や理解といったソフト面を、復職に向けて十分に整える必要がある。このためには、患者を中心として、職場、医療が密に連携を取り、復職への準備を進めていくべきであろう。

また、場合によっては周囲から気付かれにくい疲労(体力低下)(1-06)、高次脳機能の低下(1-08)といった症状によっても、業務自体や間接作業、通勤において困難を伴う場

合が少なくない。復職後にも患者の様子に注意を傾け、困難を感じていないかどうか、正しく評価、支援をする必要がある。

また、本調査において対象となった事例では、5 件中 4 件において医療リハビリテーション(1-12)、もしくは職業リハビリテーション(1-11)による、機能回復、残存機能の活用が復職を大きくサポートしていた。impairment の程度(1-03)、更に disability、handicap のいずれをも最小限とし、また患者の疾患受容、自信の回復を支えるためにも、早期からのリハビリテーション介入が非常に重要である。その折にも、復職に向けた適切な目標設定をする必要があるため、リハビリ開始の時点からの職場・医療連携が必要となるだろう。

2. 心理的影響

脳卒中患者においては、後遺する神経学的、機能的障害のため、他疾患と比較しても、罹患前後での自己像のかい離を意識する機会が少なくないと考えられる。本調査においては、疾患の受容(2-13)、「障害者」であることの受容(2-15)について、良好な事例と不十分であったと考えられる事例が含まれていた。これらが比較的良好な事例では、就労継続に促進的に関与していた一方で、受容が不十分な例では、これを一つの要因として失職に至っている。疾病の受容や自信の回復が不十分であると、就労継続に不可欠な周囲への支援の要望が提示できない、意欲が維持できないことなどにつながり、失職に至る可能性が大きくなることが示唆された。

心理的影響についての支援では、ある程度の時間と、支援者の寄り添いが重要と考えられる。職場など周囲の要求や機能回復の程度だけでなく、患者自身の受容のタイミングを計る必要がある。場合によっては、患者のことをよく理解している家族などと連携しての支援も有効であろう。

また、業務に対する自信の回復(2-14)を支えるためには、リハビリテーションの活用や、業務内容・時間について、復職ペースを調整することが必要と考えられる。前述のとおり、疾患特徴として回復の経過が一相性であることから、復職段階の環境調整が重要だ。患者自身を中心として、職場・医療が連携してプランを立てることが出来るとよいだろう。

3. 本人背景

家庭や職場での本人背景は、疾患に罹患する以前に決定している要素が多く、復職時の対応のために促進要因を投入あるいは阻害要因を排除するといった事後介入は総じて難しい。これは脳卒中後の復職に限らず、全ての疾患患者に対し共通して言えることである。

患者の　資格・専門性（3-18.）や、本調査において要素としては認めなかった職場への過去の貢献（3-19.）などを基にした　職場からの復職期待（3-23.）は、多くは復職に促進的に働くことが予想される。一方で、本調査においては、患者自身の疾患受容とのタイミングが合わず、結果としては退職につながっていた。このように、それぞれの因子が促進、阻害のいずれにも相互しうる点が、支援を困難にしていることが推察される。

また、職位・責任(3-20)によって、業務調整の難易度が変化するため、業務に関する裁量権を保有しない患者においては、上司などの細やかな配慮が必要となるであろう。

更に、経済事情(3-22)については、本調査でのいずれの事例においても聴取され、患

者の復職に際しての勘案事項として大きなウエイトを占めることが示唆された。インタビュー内容からは、経済的なゆとりの有無が復職意欲へ大きく関与していた。また、家庭環境からの要求(3-24)に関しても、意欲の強化につながっていた。ただし、インタビュー内容に見て取れるように、経済的なゆとりのなさは、復職に臨む患者に必要以上の焦りを感じさせ、治療やリハビリへの専念を妨げうる。焦りから適切な復職時期を見誤るなどの事態を防ぐためには、患者側からの情報取得への働きかけのみならず、職場や医療、自治体から、保障制度などに関わる適切な情報提供がなされることが重要であろう。これに関しては、10　情報獲得　の項にて更に言及することとする。

4. 自助努力

本調査において、復職後就労を継続しているいずれの事例にからも、自助努力に関する要素が聴取された。明確な機能損失が後遺しがちな疾患の特徴から、機能回復や残存機能の業務へのフィットには、罹患後のリハビリ開始時点より復職後まで継続して、本人の積極的な姿勢が肝要である。自主トレーニング(4-25)のみならず、自信回復への取り組みや積極的な情報獲得など、自己努力(4-30)が復職に関して促進的に働いていた。良好な復職へとつながるため、自主的な取り組みをサポートするという視点も必要となるだろう。

また、両立支援のスタートとなる患者本人の合理的配慮の申出(4-29)や、自分から職場への説明(4-28)が適切になされることで、復職自体、また就労継続がより達成しやすくなることが示唆されていた。脳卒中後の復職については、障害の種類や程度が多岐にわたる上、本人背景、復職する職場背景も様々である。一様な対応では適切な支援がなされないため、患者側からの積極的なアプローチも欠かせないが、これらの申出がしやすいような環境や復職プログラムの提示などといった、職場からの歩み寄りもあるとよりよいだろう。

5. 職場背景

前述の通り、疾患による本人背景は様々であり、このため職場は個別性の高い対応が求められるが、職場背景も様々であるため、両立支援として対応できる範囲は一様ではない。これも本人背景と同様に、脳卒中後の復職に限らず、全ての疾患患者に対し共通して言えることである。

本調査では職場設備・環境(5-36)について、職場の立地に関わる通勤の困難や、職場のバリアフリーによる恩恵などが聴取された。施設設備の改変は容易でない場合も多いが、可能な範囲だけでも配慮・調整することで、ハード面のフィットのみならず、患者自身が職場の受け入れを実感できるといったメリットもある。また、障害を有する者の働きやすい職場は、往々にして健常就労者についても安全で働きやすい職場である。復職支援が、職場環境の改善、職場の成長のきっかけとなりうるのではないだろうか。

一方で、職場規模(5-33)や職場シチュエーション(5-35)によっては、可能な配慮がかなり限られるというのも事実だ。事業者にとって、復職を支援することが生産性やビジネスに支障をきたすことにつながる場合、これを継続することは困難である。これを乗り越えるためには、やはり職場と医療が密に連携し、双方にとって最善の実現可能な対応を検討していく必要があるだろう。

6. 職場の受け入れ

前述のとおり、脳卒中疾患においては、復職そのものが一番のハードルとなる。今回対象とした事例は、いずれも復職に至った経緯のあるものであったため、比較的職場の受け入れが良い事例であったと考えられた。職位や立場によっては配慮の申出がしづらいと感じてしまう場合もあるが、その分上司からの配慮(6-38)の有無は、復職に大きく影響する。また、上司のみならず、職場からの配慮(6-37)によって業務の困難を乗り越えたケースも聴取された。本調査では、上司や職場からの配慮に対する感謝の意が多く聴取されている。患者側からのアプローチはもちろん欠かせないが、職場からの歩み寄りがあることで、患者は安心して復職に臨むことができるだろう。

本調査では患者側にフォーカスを当てているが、事例の多様性から、支援側が対応を悩み、負担に感じることも起こりうる。今回は聴取されなかったが、疾患に関する不十分な理解から、職場からの過剰な気遣い(6-42)、職場の業務遂行能力に対する過大評価(6-43)、や職場での差別(6-44)が復職を阻害するケースもあることは想像に難くない。本人や職場の自主的なアプローチのみに依存するのではなく、コミュニケーションを円滑にするツールなどを活用できるとよりスムーズに復職を進めることが出来るであろう。

脳卒中後の復職については他疾患と比較して、労働者健康福祉機構が公開している「症例に見る脳卒中の復職支援とリハシステム」など、事例に基づいた検討が比較的多くなされている。

これらの事例を参考にすることも、復職に関わるメンバーの支えとなり、更には疾患に対する正しい知識の啓もうにもつながると考えられる。

7. 職場の適正配置

脳卒中後の復職については、損失機能により業務転換を余儀なくされる事例が少なくない。しかし、これが適正になされることで、業務転換による恩恵(7-46)としての復職、また就労の継続が可能となる。しかしながら、適正配置として可能な配慮は、職場背景によって少なからず制限を受ける。このため、罹患後、生命予後が安定し、復職を検討することとなった段階で、復職目標を適切に設定し、医療・職業リハビリテーションを行うことが大切になる。また、5.職場背景　でも触れたとおり、適切な復職目標の設定は、患者にとってのみならず、企業にとっても重要であるため、復職目標設定時など、早期から何らかの形で関わることが出来るとよいかもしれない。

業務転換による困難(7-47)について、今回聴取したものに関しては就労継続を直接的に妨げるものはなかった。しかし、事例によっては困難を訴えづらい場合もあることが推定されるため、復職後にもある程度の頻度で面談を設けるなど、訴えを拾い上げられる体制が必要である。

8. 社会・家族背景

脳卒中後の復職においては、前述のとおり、罹患前後の自己像のかい離を意識する機会が少なくない。またこの葛藤は早期ほど大きく、かつ復職後や日常生活でも、軽減しながらではあるが、長らく続くものと考えられる。このため、家族からの支援(8-50)や家族の理解(8-51)が復職促進因子として重要な位置を占めるものと考えられた。家族の支援が得難いケースについては、医療や職場、地域などによる更なるサポートが必要となるだろう。

一方で、本調査では家族の過保護(8-52)により、通勤に困難を抱えた事例を認めた。また、世間の疾患イメージ(8-49)では、周囲の過剰な心遣いや、impairment の種類による理解のしづらさについての要素が聴取されている。疾患や本人の状況に対する理解が不十分な場合、周囲の好意が有効に働かないことが示唆された。本人からの、また医療側からの状況に関する適切、必要十分な情報提供が必要となるだろう。

9. 職場と医療の連携

職場と病院の連携に関する要素は、全例復職成功例であるにも関わらず、我々の予想を下回って少なく、課題の深刻さが推測された。

産業保健スタッフからの支援(9-54)については、支援を受けられたことが聴取されたのは 5 件中 1 件のみであった。支援のあった事例については、更衣などといった直接業務以外の困難についても、介入により、サポートできる可能性が挙がった。

また、主治医からの支援(9-58)として、傷病保障制度に関わる情報提供が挙がった。治療以外の面でも疑問や不安に応えてくれる「主治医」の存在は非常に大きい。罹患して間もない時期から介入している主治医との信頼関係は、患者を支える大きな要因の一つに違いない。この信頼関係をベースに両立支援を実践していくことが、復職可能性を高めると考えられる。

職場での医療情報管理(9-55)については、その活用の是非や周知の範囲などについて職場で悩まれることが多い。この点についても、主治医や、場合によっては産業保健スタッフが連携を取ることで、より良い支援につながる適切な運用がなされるだろう。

各大カテゴリにおいても、職場と医療の連携が有効となる可能性が示唆されたが、実態としてはまだまだ不十分である。今後の取り組みが大きな課題となるだろう。

10. 情報獲得

本調査においては、情報取得について、インタビュー実施 5 件中 5 件で聴取された。また、その中でも収入(10-61)についての情報不足に対する不安や、煩雑な手続きに対する不満の訴えが強く伺われた。脳卒中後の復職については、復職に臨む段階となるまで、就労が全く行われない期間が比較的長期にわたるため、社会経済的な不安や負担が患者に大きくのしかかる。特に本調査においては、いずれの事例においても対象患者が主たる生計者であったため、より深刻な悩みであったことが推察される。これを解決するためには、積極的な情報収集(10-59)のみならず、職場からの情報(10-63)、病院からの情報(10-66)、更にはピア・サポーターからの情報(10-67)を有効に活用することが重要となるだろう。しかし、罹患直後の患者本人や、復職支援に慣れていない企業などにおいては、情報提供のタイミングや内容、方法に悩むことが想像できる。周囲からの情報提供がよりスムーズになされるためには、職場復帰マニュアルのようなものに必要な情報を盛り込み、活用していくといった方法を取ることが有効となってくるのではないだろうか。

また、情報取得により、モチベーションのアップにつながるといった要素も聴取されている。患者を心理的に支えるためにも、欠かせない要素であろう。

E. 結論

脳卒中後の患者における主な困難性は、身体的な業務遂行能力の低下である。発症

以降はほぼ一相性に回復へ向かうという疾患の特徴があり、ある部分で症状が固定することが脳卒中の特徴である。復職自体が一番のハードルとなるため、これを乗り越えるため、職場・医療の双方から患者をサポートする必要があろう。復職成功者を対象とした今回インタビューでは、上司や職場の理解・支援が比較的良好である、本人の復職への意欲が強い、などが復職を促進する要因としての意見が多く挙げられた。また、社会経済的な支援に関する情報の不足に困難や不安を覚える例も多く、情報提供についての支援も重要な因子であることが示された。本人の機能回復、また疾病の受け入れを支援し、職場としても設備などハード面の整備に加え、職場メンバーの理解を促すなど、本人、医療、職場・産業医の密な連携が良好な復職への鍵となるであろう。より効果的な両立支援の実現に向け、本人・職場・周囲が十分な疾患理解を得られる適切な情報伝達ツールの作成が強く望まれる。

F. 参考文献

独立行政法人 労働者健康福祉機構：症例に見る脳卒中の復職支援とリハシステム (2011)

佐伯覚：予後予測と就労支援　日職災医誌, 63：127－131, 2015

G. 研究発表予定

○横山麻衣・立石清一郎・岡田岳大・原田有理沙・佐伯覚・加藤徳明・伊藤英明・白石純一郎・二宮正樹・杉本香苗・森晃爾、身体疾患を有する就労者の仕事と治療の両立に関する実態調査【第 2 報：脳卒中編】、第 89 回産業衛生会学、2017 年 5 月福島、ポスター発表

表1. 脳卒中インタビュー事例　5例

事例	1	2	3	4	5
年齢/性別	55/M	61/M	60/M	45/M	32/M
疾患名	脳梗塞	脳梗塞	脳梗塞	脳梗塞	脳出血
婚歴	既婚	既婚	既婚	既婚	未婚
主たる生計者	主	主	主	主	主
経済的ゆとり	なし				
雇用形態	経営者・管理職	一般社員	一般社員	経営者・管理職	契約・嘱託社員
会社従業員数	～10人	51～300人	1001人～	11～50人	
職場従業員数	～10人	～10人	11～50人	11～50人	
業種	営業写真店	通信会社	製菓工場	不動産 建築住宅業	運送、食品販売
業務内容	店舗経営 写真撮影現像	事務、電話対応	営業部事務	ビルダー	運送、食品販売
発症～復職の期間	1年3.4か月	3週間	2年	8か月	2年半
後遺症	左片麻痺 （上肢中等度、 下肢軽度）	右片麻痺 （ごく軽度）	左片麻痺 （中等度）	左片麻痺 （上肢高度、 下肢中等度）	右片麻痺 （上肢高度、 下肢中等度）
		運動性失語	高次脳機能障害 （軽度）	高次脳機能障害	運動性失語
仕事の変化	あり （同事業所別作業）	あり （同事業所別作業）	あり （同事業所別作業）	あり （同事業所別作業）	あり （別事業所別作業）
雇用形態	経営者・管理職	一般社員	一般社員	経営者・管理職	契約・嘱託社員
会社従業員数	～10人	51～300人	1001人～	11～50人	51～300人
職場従業員数	～10人	～10人	11～50人	11～50人	11～50人
業種	営業写真店	通信業	製菓工場	不動産 建設住宅業	システム開発
業務内容	店舗経営 写真撮影現像補助	事務	営業部事務	マネージャー	システム開発

表2. 復職時点の困難のカテゴリ分類

1.業務遂行能力の低下	1.基礎体力	**6.職場の受け入れ**	37.職場からの配慮
	2.日常生活		38.上司からの配慮
	3.impairmentの程度		39.職場からの声かけ
	4.容姿の変化		40.職場の理解
	5.副作用		41.上司の理解
	6.疲労（体力低下）		42.職場からの過剰な気遣い
	7.身体機能の低下		43.職場の業務遂行能力に対する過大評価
	8.高次脳機能の低下		44.職場での差別
	9.ICDへの電磁干渉	**7.職場の適正配置**	45.合理的配慮の受入
	10.ICDによる運転制限		46.業務転換による恩恵
	11.職業リハビリテーション		47.業務転換による困難
	12.医療リハビリテーション	**8.社会・家族背景**	48.地域愛
2.心理的影響	13.疾患の受容		49.世間の疾患イメージ
	14.業務に対する自信の回復		50.家族からの支援
	15.「障害者」であることの受容		51.家族の理解
	16.症状再発・治療への不安・心配・恐怖		52.家族の過保護
	17.失職への恐怖	**9.職場と医療の連携**	53.入院による休職
3.本人背景	18.資格・専門性		54.産業保健スタッフからの支援
	19.職場への過去の貢献		55.職場での医療情報管理
	20.職位・責任		56.通院・治療時間の確保
	21.雇用条件・定年制度		57.職場と病院との連携
	22.経済事情		58.主治医からの支援
	23.職場からの復職期待	**10.情報獲得**	59.積極的な情報収集
	24.家庭環境からの要求		60.医療保険
4.自助努力	25.自主トレーニング		61.収入
	26.自己体調管理		62.福利厚生にかかるサポート
	27.自己アピール		63.職場からの情報
	28.自分から職場への説明		64.会社制度の活用
	29.合理的配慮の申出		65.年次休暇の不足
	30.自己努力		66.病院からの情報
5.職場背景	31.職場の疾患経験		67.ピア・サポーターからの情報
	32.職場風土		68.医療費
	33.職場規模		
	34.職場マンパワー		
	35.職場シチュエーション		
	36.職場設備・環境		

(表3)脳卒中で聴取された 1.業務遂行能力の低下 に関わる要素

小カテゴリー名	要素の表札	業務遂行能力への影響	番号
02.日常生活	療養終了後生活活動への不安		S1-8-1
03.impairmentの程度	機能回復による日常生活の困難軽減		S1-8-2
	日常生活に支障のない軽度な右半身麻痺		s2-031
	麻痺が軽度であったことによる復職のハードルの低さ		s2-087
04.容姿の変化	歩行障害に対する自己の羞恥心		s1-152-1
06.疲労(体力低下)	清掃作業時の姿勢保持における易疲労	休憩	s1-152-2
	歩行障害による通勤上の不便		s5-347-4
07.身体機能の低下	左上肢高度麻痺による物品移動作業の制限	作業不可	s1-152
	左上肢高度麻痺による精密機器保持作業の制限	作業不可	s1-152-3
	左上肢高度麻痺による機材設置作業の制限	作業不可	s1-216-1
	左上肢高度麻痺による巧緻作業の制限	作業不可	s1-216-2
	言語障害による電話対応作業の制限	作業困難	s2-107-1
	左麻痺による更衣においての片足立位保持制限	作業困難	s3-159-3
	左麻痺による業務周辺上においての片足立位保持制限	作業困難	s3-159-4
	右半身麻痺による肉体労働の制限	異動	s5-183
	歩行障害による通勤上の不便		s5-347-4
	右上肢麻痺による物品運搬作業の制限	作業困難	s5-629-3
	右上肢麻痺によるパソコン業務上の不便	作業困難	s5-655
08.高次脳機能の低下	高次脳機能障害による就業上の不適切な行動	作業困難	s4-281
11.職業リハビリテーション	職業訓練校による職業訓練		s5-109
	職業訓練校における職業訓練		s5-521
	リハビリ施設を利用した機能回復・習得へ取り組み		s5-671
12.医療リハビリテーション	リハビリ施設での訓練による歩行障害の程度の改善		s1-232-1
	自立支援訓練による生活活動への不安の解消		s1-232-2
	リハビリによる機能回復		s1-232-3
	リハビリ施設での長期にわたる訓練		s3-109
	リハビリ施設における訓練による歩行障害の回復		s4-013-1
	リハビリ施設における訓練による左上肢高度麻痺の機能補完		s4-013-2

(表4)脳卒中で聴取された 02.心理的影響 に関わる要素

小カテゴリー名	要素の表札	業務遂行能力への影響	番号
13.疾患の受容	片手による接客業務に対する顧客への申し訳なさ		s1-232-4
	自身の経験を顧客、知人に頼りにされること		s1-302-1
	作業がスムーズでないことついての顧客への申し訳なさ	作業困難	s1-302-2
	現存の業務遂行能力と上司の希望のジレンマ	退職	s4-189-1
	現存の業務遂行能力と自身の理想のジレンマ	退職	s4-235
	職場の人員不足による要求		s4-329
	専門職による復職アドバイスの受け入れ		s5-493
14.業務に対する自信の回復	自立支援訓練による生活活動への不安の解消		s1-302-3
	可能な作業を行うことでの自信の回復		s1-302-4
15.「障害者」であることの受容	自己の疾病に対する受け入れ不十分	作業困難	s4-401-1
17.失職への恐怖	就業経験があることによる職を得られないことへの不安		s5-699

(表5)脳卒中で聴取された 03.本人背景 に関わる要素

小カテゴリー名	要素の表札	業務遂行能力への影響	番号
18.資格・専門性	専門知識を要する業務内容		s4-157
20.職位・責任	自営業による裁量権の大きさ		s1-318-1
21.雇用条件・定年制度	自営業による裁量権の大きさ		s1-318-2
	定年間近というタイミング的なモチベーション		s3-323
22.経済事情	自営業者のため休業中無収入		s1-394-1
	自治体による自営業者傷病保障制度に関する情報提供の不足		s1-394-2
	就業制限のための残業手当分収入減		s3-199
	罹患前の貯蓄の存在		s3-57
	民間保険所得補償の取得		s4-427
23. 職場からの復職期待	職場の人員不足による要求		s4-329
24.家庭環境からの要求	自らが家族の拠り所であるという責任感		s1-394-3

(表6)脳卒中で聴取された 04.自助努力 に関わる要素

小カテゴリー名	要素の表札	業務遂行能力への影響	番号
25.自主トレーニング	自立支援訓練による生活活動への不安の解消		s1-428
	自己努力による機能回復		s1-452
	言語障害に対する自己による継続した音読リハビリ		s2-235
	入院による筋力低下に対する自己による歩行リハビリ		s2-239
	自己による歩行障害改善のための訓練		s5-347-1
	自己による歩行障害改善のための訓練		s5-381
	自己による施設を利用した機能回復・習得への長期的な取り組み		s5-671
27.自己アピール	職場への自己の状態のアピール		s3-414
28.自分から職場への説明	自己申告による顧客への疾病理解の促し		s1-476-1
	休職中の職場との定期的な情報交換		s3-97
29.合理的配慮の申出	更衣などに関わる自身による合理的配慮の申出		s3-159-2
	自己による復帰ペースについての合理的配慮の申出		s3-181-2
30.自己努力	自身の歩行障害回復に対する強い意欲		s1-476-2
	自己努力		s1-476-2
	可能な作業を行うことでの自信の回復		s1-510-1
	インターネットによるポジティブな情報		s1-510-2

(表7)脳卒中で聴取された 05.職場背景 に関わる要素

小カテゴリー名	要素の表札	業務遂行能力への影響	番号
31.職場の疾患経験	職場の経験による障害の良好な理解、受容		s3-309
32.職場風土	障害者雇用に慣れた企業体制		s5-563-1
	障害者雇用に慣れた企業体制		s5-649-3
33.職場規模	自営業による裁量権の大きさ		s1-510-3
	職場規模による配慮の困難さ		s4-189-2
34.職場マンパワー	職場の人員不足による要求		s4-329
35.職場シチュエーション	罹患による状態変化と職場の期待とのギャップ	退職	s4-189-2
36.職場設備・環境	公共交通機関の使用が困難な職場の立地	通勤形態変更	s3-255-1
	右麻痺による歩行障害に対する職場環境のフィット		s5-333-2
	公共交通機関の使用が困難な職場の立地		s5-347-2

(表8)脳卒中で聴取された 06.職場の受け入れ に関わる要素

小カテゴリー名	要素の表札	業務遂行能力への影響	番号
37.職場からの配慮	上司による作業遂行能力の適切な判断		s2-151-1
	同僚による制限作業の代替		s2-155-1
	新たな作業習得に係る同僚による補助		s2-155-2
	新たな作業習得に係る同僚による補助		s2-163
	新たな作業習得に係る同僚による補助		s2-183
	間接作業上の麻痺による困難に対する同僚の作業補助		s5-629-2
38.上司からの配慮	上司の疾病経験による障害への良好な理解		s2-263
	上司の多方面への配慮		s3-401-1
	上司の福利厚生手続き上の代行支援		s4-147-1
	上司の福利厚生手続き上の代行支援		s4-255
	上司の福利厚生手続き上の代行支援		s4-465-2
39.職場からの声かけ	上司による自己の状態へ頻回な気遣い		s2-151-2
	職場部下からの関節作業に関する配慮の声かけ		s4-401-1
40.職場の理解	言語障害の見えづらさによる同僚とのコミュニケーションの困難さ		s2-187
	同僚の理解		s5-649-1
41.上司の理解	上司の疾病経験による障害への良好な理解		s2-167
	上司の理解		s5-649-2

(表9)脳卒中で聴取された 07.職場の適正配置 に関わる要素

小カテゴリー名	要素の表札	業務遂行能力への影響	番号
45.合理的配慮の受入	更衣などに関わる合理的配慮の受け入れ		s3-159-2
46.業務転換による恩恵	四肢麻痺の影響を受けにくい作業への変更		s1-510-4
	左麻痺による作業制限に対する代替作業の残存機能へのフィット		s3-133
	左麻痺による作業制限に対する代替作業の残存機能へのフィット		s3-413
	左麻痺による作業制限に対する代替作業の残存機能へのフィット		s4-157
	右麻痺による作業制限に対する代替作業の残存機能へのフィット		s5-333-1
	右麻痺による歩行障害に対する職場環境のフィット		s5-333-2
	右麻痺による作業制限に対する代替作業の残存機能へのフィット		s5-563-2
	喪失機能による作業制限に対する作業内容の代替		s2-107-2
47.業務転換による困難	作業変更時の新たな作業習熟に関する苦労		s2-143
	右半身麻痺による作業制限のための業務内容の大幅な変更		s5-183
	右上肢麻痺によるパソコン業務上の不便		s5-655

(表10)脳卒中で聴取された 08.社会・家族背景 に関わる要素

小カテゴリー名	要素の表札	業務遂行能力への影響	番号
48.地域愛	自己による居住地域への愛着		s5-473
49.世間の疾患イメージ	顧客による疾病に対する過剰な心遣い		s1-542-1
	言語障害の他者からの理解のしづらさ		s2-185
50.家族からの支援	家人による作業の代替		s1-542-2
	家人による制限作業の代替		s1-546
	通勤に係る家族の送迎支援	通勤形態変更	s4-353
	障害者手帳取得手続きにおける家族の支援		s5-293
51.家族の理解	自身が感じた歩行障害に対する家族の寛容		s1-578-1
	通勤に係る家族の送迎支援	通勤形態変更	s4-353
52.家族の過保護	家族による心配を考慮した本人による運転業務の差し控え	通勤形態変更	s3-226-1

(表11)脳卒中で聴取された 09.職場と医療の連携 に関わる要素

小カテゴリー名	要素の表札	業務遂行能力への影響	番号
54.産業保健スタッフからの支援	産業医による職場巡視を基にした更衣上の配慮		s3-159-1
	産業医による職場巡視を基にした業務周辺上の配慮		s3-159-2
	産業医による体調回復に合わせた就業制限		s3-181-1
	産業医による復帰における面談評価・アドバイス		s3-181-2
	産業保健スタッフの多方面への支援		s3-401-2
	産業保健スタッフの不介入		s5-717
55.職場での医療情報管理	言語障害の見えづらさによる同僚とのコミュニケーションの困難さ		s2-187

(表12)脳卒中で聴取された 10.情報獲得 に関わる要素

小カテゴリー名	要素の表札	業務遂行能力への影響	番号
58.主治医からの支援	医療機関による傷病保障制度に関する情報提供		s4-465-1
59.積極的な情報収集	傷病保障制度に関する自治体からの情報提供不足		s1-578-2
	インターネットによるポジティブな情報		s1-602
	自己による正しい有給残数の把握		s2-251
60.医療保険	民間保険所得補償の取得		s4-427
61.収入	自治体による自営業者傷病保障制度に関する情報提供の不足		s1-626-1
	傷病保障に関する知人からの情報提供		s3-353-2
62.福利厚生にかかるサポート	傷病手当金給付制度の煩雑さ		s3-353-1
63.職場からの情報	職場傷病手当に関する情報		s4-147-2
64.会社制度の活用	自己による休暇制度の有効活用		s3-275
	職場傷病手当の取得		s4-147-2
66.病院からの情報	傷病保障制度に関する医療機関からの情報提供不足		s1-626-2
	医療機関による傷病保障制度に関する情報提供		s4-465-1
	専門職による復職へのステップアップに関するアドバイス		s5-493
	職業訓練校による就職先の斡旋		s5-521
67.ピア・サポーターからの情報	他患者による傷病保障制度に関する情報提供		s4-525
	経済的支援に関する患者仲間からの情報提供		
68.医療費	医療機関による傷病保障制度に関する情報提供		s4-465-1

分担研究報告書

両立の困難性と必要な支援に関する患者質問紙調査

研究分担者

立石 清一郎　産業医科大学・産業医実務研修センター講師
塚田 順一　産業医科大学・血液内科教授
安部 治彦　産業医科大学・不整脈先端治療学教授
佐伯 覚　産業医科大学・リハビリテーション医学教授
藤野 昭宏　産業医科大学・医学概論教授
高橋 都　国立がん研究センターがん対策情報センター
がんサバイバーシップ支援部部長
森 晃爾　産業医科大学・産業保健経営学教授

労災疾病臨床研究事業費補助金研究　分担研究報告書

両立の困難性と必要な支援に関する患者質問紙調査

研究分担者

産業医科大学・産業医実務研修センター	講師	立石 清一郎
産業医科大学・血液内科	教授	塚田 順一
産業医科大学・不整脈先端治療学	教授	安部 治彦
産業医科大学・リハビリテーション医学	教授	佐伯 覚
産業医科大学・医学概論	教授	藤野 昭宏
国立がん研究センターがん対策情報センター がんサバイバーシップ支援部	部長	高橋 都
産業医科大学・産業生態科学研究所	教授	森 晃爾

研究要旨

【目的】身体疾患に罹患した労働者は何らかの就業困難性を持ちながら働くことになるがそれらを定量化する取り組みは今のところなされていない。がん・脳卒中・心疾患の3疾患による症状から就業困難に結びつくモデルを作成し疾患ごとの問題点を整理するために質問紙調査を実施する。

【方法】質問紙コア研究班によるベータ版作製とベータ版をもととした2回の研究班全員による会合により質問紙を作成した。2016年2月-8月の7か月間に、産業医科大学病院循環器、血液内科、リハビリテーション科および本学若松病院リハビリテーション科の入院及び外来患者を対象とし、質問紙を配布、回収した。質問紙では、年齢、性別、パートナー・経済的ゆとりの有無、雇用形態、会社・職場規模、勤続年数、職場内設備、職場の両立支援経験、会社から本人への復職期待、産業医の有無、業務内容について、また、復職に影響のあった症状や、職場や医療機関で得られた支援に加え、『働きづらさ』の点数を5点満点(5に近いほど働きづらい)で20項目を聴取した。得られた回答のうち、『働きづらさ』の各項目について、疾患群間の差を分散分析で比較した。また、症状や職場・医療機関からの支援についての回答に対し、KJ 法を参考にした内容分析法を用いて、課題や有効な支援の抽出を行った。

【結果および考察】患者 89 名の回答を得た。「業務遂行能力の低下」では骨関節・神経疾患群、「副作用」では悪性新生物群において有意に点数が高かった。復職・就労継続に影響する要素として、症状のみに留まらない困難が回答として挙がった。職場による支援では合理的配慮の他、精神的なサポートに関する回答が挙がった。医療機関による支援では、病気や治療の説明の他、高い治療効果や、職場との連携に関する回答が挙がった。

【結論】身体疾患による就業困難性を定量化する質問紙により、全体として課題となる頻度の高い働きづらさや、特定の疾患群において優先度の高い課題、また職場、医療機関において期待される支援や、連携の要点を明らかにすることが出来た。今回得られた知見を、情報共有のツール作成に活かしていきたい。

研究協力者
岡田　岳大　　産業医科大学　産業医実務研修センター
原田　有理沙　産業医科大学　産業医実務研修センター
横山　麻衣　　産業医科大学　産業医実務研修センター
山口　享宏　　産業医科大学　血液内科
北村　典章　　産業医科大学　血液内科
河野　律子　　産業医科大学　不整脈先端治療学
荻ノ沢　泰司　産業医科大学　第2内科
大江　学治　　産業医科大学　循環器内科、腎臓内科
林　克英　　産業医科大学　循環器内科、腎臓内科
高橋　正雄　　産業医科大学　循環器内科、腎臓内科
加藤　徳明　　産業医科大学　リハビリテーション医学
伊藤　英明　　産業医科大学　リハビリテーション医学
白石　純一郎　産業医科大学　若松病院リハビリテーション科
二宮　正樹　　産業医科大学　リハビリテーション医学
杉本　香苗　　産業医科大学　リハビリテーション医学

A. 研究目的

医療の進歩により治療を受けながら就業を継続したいと思う労働者は増加しつつある。そのような労働者はもともとの疾患による症状や治療の副作用により何らかの働きづらさを持ちながら就業することになるが、疾病ごとにどのような働きづらさが多いかということはこれまであまり検討されていない。本研究においては、①直接的に業務遂行能力が低下する「脳・関節疾患」、②直接的な業務遂行能力は低下しないながらも業務遂行時に事故等が発生する可能性がある「循環器系疾患」、③疲労等による業務遂行能力の低下と集中力の低下等による事故等の両方の要素を併せ持つ「がんなどの腫瘍性疾患」についてそれぞれの『働きづらさ』に焦点を当てた質問紙により数値化する取り組みである。

3 系統の疾患の働きづらさについてはすでに本研究別の分担研究による患者 Depth Interview により 68 カテゴリーが提示されている。提示されたカテゴリーから必要な項目を質問紙として抽出し、疾患ごとの困りごとの優先度を評価する。これにより疾患に応じた困りごとの順位付けができるため、対応の優先順位を決めることができる。治療医と職場の連携ツールの作成に直接的に寄与することのできる質問紙調査となる。

B. 研究方法

【重要項目の抽出：事前検討】

3 系統の患者インタビューにより収集された 68 の困難リストは表 1 である。表 1 の困難性についてインタビュー分析を実施した 4 名の担当者（ST、TO、AH、YM）が個別に重要性を検討のうえディスカッションを行い質問紙原案を作成した。

【重要項目の妥当性の検証】

前述の重要項目として選択された項目を研究班会議で議論のうえ、最終的な質問項目を確定した。

【重要項目の抽出：事前検討】

質問紙作成に際して68の困難リストを10の大カテゴリーに分類した際の概念図を作成した(図1.疾病－就業困難影響モデル)。疾病に罹患することにより症状（①身体的影響と②心理的影響）が発生し働くことの困難性につながる。これらに影響を与える因子として③本人が持っている背景、④自助努力の有無、⑤職場が持っている背景、⑥職場の受け入れ状況、⑦職場の適正配置、⑧社会・家族が持っている背景、⑨職場と医療の連携、⑩情報獲得の手法、という 8 つの働くことの困難を増強・緩和する因子が存在することを見出した。

質問紙に記載する項目としてこのモデルを中心に議論を行った。研究者 4 名により本モデルのメインストームである病名と症状名、身体的影響と心理的影響を聴取することは必須であると考えた。身体的影響や心理的影響はあり／なしという二元論ではなくどの程度というアナログな要素をある程度入れたほうがいいという観点から 5 点法（Likert scale）を採用し働きづらさの程度を定量化できるような形で聴取することとした。

大カテゴリー③－⑩の項目のうち、本研究の上位の目標である職場と医療による情報共有・連携がなされることで解決されるべき項目を検討した。③本人背景や④自助努力、⑤職場背景、⑧社会・家族背景、⑩情報獲得の手法は情報共有や連携で向上するものではなくそれぞれへのアプローチなどの手法が重要であることから属性情報の一部として採用することとした。⑥職場の受け入れ状況、⑦職場の適正配置、⑨職場と医療の連携、についてスケールを用いた質問紙への記載を行うこととした。

【重要項目の妥当性の検証】

研究班による会議によるディスカッションを 2 回行った。研究班には研究分担者である臨床専門家 3 名、倫理専門家 1 名、産業保健専門家 2 名に加え、それぞれの研究分担者に紐づく研究協力者を加えて議論を行った。

1 回目の議論は疾病－就業困難影響モデルの解説をメインに行った。質問紙の研究デザインを検討し、

- 外来患者に無記名で記載を依頼すること
- 心的外傷に触れるような内容を含まないこと
- 業務の内容を答えやすい形で聴取すること
- 仕事や生活に影響した障害、症状は限りなくあるので自由記載にすること
- スケールで定量化する内容はせいぜい20項目とすること
- スケールで聴取する内容は有意差が出ると思われる最小程度の数字として各科100名を目標とすること
- 質問紙は最長で20分以内にすること

などの項目が合意された。これらの意見をもとに質問紙のベータ版を作成し全員にメールで配信した。

2 回目の議論では事前にメールで配信した質問紙の中身について議論がなされた。患者に理解のしやすい言葉を選ぶとともに、記載のしやすい文言に修正した。また、インタビューでは中小規模事業場が多かったためあまり出てこなかったが産業医の有無は就業について重要なファクターであると考えられることから追加することとした。修正をした質問紙を研究班班員全員にメールを送信することで合意形成を行った。質

問紙の最終形を添付資料として示す。

【質問紙の配布・回収】
2016 年 2 月-8 月の 7 か月間に、産業医科大学病院循環器、血液内科、リハビリテーション科および本学若松病院リハビリテーション科の入院及び外来患者のうち、就労中に疾患のために休職を要し、復職に臨んだ経験のある者を対象とした。外来主治医により質問紙が配布され、任意による回答ののち、配布者もしくは外来担当者への提出を経て回収した。質問紙では、問 1~3 において年齢、性別、パートナー・経済的ゆとりの有無、雇用形態、会社・職場規模、勤続年数、職場内設備、職場の両立支援経験、会社から本人への復職期待、産業医の有無、業務内容について、また、問 5 において『働きづらさ』の点数を 5 点満点 (5 に近いほど働きづらい) で 20 項目(病気による症状や障害、副作用や体の変化、体力低下、リハビリテーション、本人の努力、不安、職場の理解・気遣い・配慮、家族の支援、周囲の偏見、仕事と治療のスケジュール、適正配置、業務遂行能力の過大評価・過小評価)を聴取した。更に、問 4 において復職に影響したと考えられる症状、問 7
で職場において得られた支援、問 8 で医療機関において得られた支援、最後に問 9 で欲しかった支援について自由記述の形式で聴取した。

【統計解析】
得られた回答のうち、質問紙 問 1～3(年齢、性別、パートナー・経済的ゆとりの有無、雇用形態、会社・職場規模、勤続年数、職場内設備、職場の両立支援経験、会社から本人への復職期待、産業医の有無、業務内容)、問 5(『働きづらさ』に関する 20 の質問)について、単純集計を行った。『働きづらさ』については、各項目において働きづらさを「よく感じた」「いつも感じた」と回答した割合を、算出し、それぞれにおいて頻度の高い項目を比較した。また、各項目について、疾患群間の差を分散分析で比較した。
更に、症状や支援内容といった質的回答について、KJ 法を参考にした内容分析法を用いて、課題の抽出を行った。
質問紙 問 4「職場復帰に際し仕事や生活に影響したと思われる主な症状や後遺症(以下「症状や後遺症」)」について、1 つのカードあたり 1 つのコメントを起こした。仕事や生活への影響という視点で内容の似通ったものをグループ毎に分類したのち、それぞれのグループに表札をつけ (小カテゴリー) さらに類型化した(大カテゴリー)。
質問紙 問 7「職場復帰時に、職場内から受けた支援や配慮のうち、自身にとって良かったもの(以下「職場支援」)」、8「職場復帰時に、医療機関から受けた支援や配慮のうち、自身にとって良かったもの(以下「医療支援」)」9「職場復帰時に、職場や医療機関から受けたかった支援や配慮(以下「要望」)」については、回答内容について要約したものをそれぞれカードに起こし、内容の似通ったものをグループ毎に分類したのち、それぞれのグループに表札をつけ、(小カテゴリー) さらに類型化した (大カテゴリー)。
統計解析には IBM 社製 SPSS を用いた。

【倫理的配慮】
産業医科大学研究倫理審査委員会の承認後に実施した。

C. 研究結果

【対象者の背景】

89 件の回答を得た。回収した質問紙のうち、主科の記載のある 88 例(循環器疾患 14 例、骨関節・神経疾患 24 例、悪性新生物 50 例)を有効回答として分析した(有効回収率 61.5%)。対象者の背景は表 2 に示した。対象者背景として、主には以下のような特徴があった。

・骨関節・神経疾患群において平均年齢が低かった(45.04 歳)。
・循環器疾患において、男性の割合が高かった(85.71%)。
・循環器疾患についてパートナーありと回答した割合が低かった(57.14%)。
・骨関節・神経疾患群において、経済的余裕が「十分にあった」「少しあった」と回答した割合が高い(87.5%)。
・いずれの疾患群においても、正社員の割合が 6 割以上である。
・いずれの疾患群においても、事業所規模が 50 人以上と回答した割合が 6 割以上であった。
・いずれの疾患群においても、勤続年数 5 年以上と回答した割合が 6 割以上であった。
・全体として最多の割合を占めた業務内容は専門的業務で、骨関節・神経疾患においては 5 割の回答者が該当した。
・骨関節・神経疾患群において、職場における疾患経験が「ある」と回答したものは、20.8%で、他疾患群と比較し最多であった。
・骨関節・神経疾患群において、復職の期待を感じたかについて、「はい」と回答したものは約 8 割であった。
・いずれの疾患群においても、産業医が「いる」と回答した割合は 40%を超えなかった。
・全体として 66.3%の回答者が同一会社に復職していた。

【復職に影響のあった症状】

問 4「症状や後遺症」について、「特になし」などの回答を除き、1 つ以上症状や後遺症の記載されていたものは全体で 71 名、各疾患群においては、循環器疾患 10 名、骨関節・神経疾患 17 名、悪性新生物 44 名であり、合計で 202 コメントの記入が得られた。KJ 法を参考にした内容分析法により抽出した課題を表 3 に示す。抽出した課題について、以下の特徴が観察された。

・大カテゴリーについては、いずれの疾患群においても 8 割以上の回答者が「疾患・治療による身体的変化」を挙げていた。
・また、いずれの疾患群においても 3 割以上の回答者が「疾患:治療による心理的変化」を挙げていた。
・小カテゴリーについて、1 番頻度の多かった回答は「体力低下」(62 コメント)であり、全体で 52 名(73.2%)、循環器疾患において 9 名(90%)、骨関節・神経疾患において 6 名(35%)、悪性新生物において 37 名(84.1%)が記載していた。
・2 番目に頻度の多かった回答は「治療の副作用」(52 コメント)であり、全体で 29 名(%)、循環器疾患において 2 名(20%)、悪性新生物において 27 名(61.4%)が記載していた。骨関節・神経疾患においては該当のコメントがなかった。
・循環器疾患において、特徴的な回答は「治療による生活上の制限」「車両運転」「治療費」であった。
・骨関節・神経疾患において、「疾患による不快な感覚」を回答したものは 16 名(94.1%)、「疾患による身体機能低下」を回答したものは 10 名(58.8%)と、頻度が高かった。また、特徴的な回答として「疾

患による高次脳機能低下」「疾患に直接由来しがたい症状」があった。
・悪性新生物において、特徴的な回答として「用紙の変化」他、「休憩場所」や「職場の気遣いの過剰・不足」などが挙がった。
・『働きづらさ』の合計点数の大きさと症状の頻度について、明らかな差は認められなかった。

【働きづらさの疾患群比較】

質問紙 問 5 『働きづらさ』に関する 20 項目の質問について、疾患群ごとの平均値と、分散分析の結果は表 3 の通りであった。また、各項目について、働きづらさを「よく感じた」「いつも感じた」と回答した割合を、表 4 に示した。『働きづらさ』については全体、疾患群ごとで、以下のような特徴が観察された。

・疾患群で平均に有意な差のあったものは、以下の 2 項目であった。
  5-1 病気による症状や障害があったため (F(2,83)=5.485, p-0.006)
  5-2 治療による副作用・体の変化があったため(F(2,82)=4.211, p-0.018)
・循環器疾患群において、「5- 6 病気をしたことで不安な気持ちが生まれたため」働きづらさを感じた頻度が平均値として最も高く、かつ「よく感じた」「いつも感じた」と回答した割合は 28.57%であった。同項目については、他の 2 つの疾患群においても 3 割程度が「よく感じた」「いつも感じた」と回答していた。
・循環器疾患群において、各項目はいずれも平均が 3 を超えなかった。
・骨関節・神経疾患群において、「5- 1 病気による症状や障害があったため」働きづらさを感じた頻度が平均値として最も高く、かつ「よく感じた」「いつも感じた」と回答した割合は 54.2%であった。
・悪性新生物疾患群において、「5- 3 病気・治療による体力低下があったため」働きづらさを感じた頻度が平均値として最も高く、「よく感じた」「いつも感じた」と回答した割合は、50.0%であった。同項目については、骨関節・神経疾患群においても 45%程度が「よく感じた」「いつも感じた」と回答していた。

【職場からの支援】

問 7-③「職場支援」について、「特になし」などの回答を除き、実際の支援が 1 つ以上記載されていたものは全体で 50 名、各疾患群においては、循環器疾患 9 名、骨関節・神経疾患 16 名、悪性新生物 25 名であった。合計で 70 個の「職場支援」の記入が得られた。KJ 法を参考にした内容分析法により抽出した課題を表 5 に示す。抽出した課題について、以下の特徴が観察された。

・1 番頻度の多かった回答は「作業上の配慮」であり、全体で 17 名(34.0%)、循環器疾患において 4 名(44.4%)、骨関節・神経疾患において 6 名(37.5%)、悪性新生物において 7 名(28.0%)が記載していた。
・2 番目に頻度の多かった回答は「通院配慮」であり、全体で 10 名(20.0%)、骨関節・神経疾患において 8 名(50.0%)が記載していた。
・循環器疾患において、「時間外勤務配慮」についての回答が 3 名(33.3%)挙がった。
  「残業、休日出勤、出張の制限」
  「夜の会議は参加しなくてよくなった」
・骨関節・神経疾患において、「トイレの配慮」についての記載が特徴的であった。
  「職員トイレではない大きなトイレの利用ができる」

・悪性新生物において、「休憩の配慮」についての回答が 5 名(20.0%)挙がった。
「体調が悪い時はいつでも休める環境を整えてくれた」
「治るまで休憩がとれるようにしてくれた」
・その他、「気遣い」「相談対応」などの精神的サポートや、「専門スタッフによる相談対応」「傷病手当」といった回答も挙がった。

【医療機関からの支援】
問 8「医療支援」について、「特になし」などの回答を除き、実際の支援が 1 つ以上記載されていたものは全体で 46 名、各疾患群においては、循環器疾患 10 名、骨関節・神経疾患 13 名、悪性新生物 23 名であった。合計で 65 個の「医療支援」の記入が得られた。KJ 法を参考にした内容分析法により抽出した課題を表 6 に示す。抽出した課題について、以下の特徴が観察された。
・1 番頻度の多かった回答は「病気や経過についての説明」であった。全体で 15 名(32.6%)、循環器疾患において 3 名(30.0%)、骨関節・神経疾患において 4 名(30.8%)、悪性新生物において 8 名(34.8%)が記載していた。
・2 番目に頻度の多かった回答は「高い治療効果」であり、全体で 14 名(30.4%)、循環器疾患において 3 名(30.0%)、骨関節・神経疾患において 4 名(30.8%)、悪性新生物において 7 名(30.4%)が記載していた。
・循環器疾患において、「十分な療養・リハビリ期間」「傾聴・気遣い」についての回答が特徴的であった。
「入院で萎えた体をリハビリで改善してもらった」
「本来の病気以外に、メンタル面についての面談があった」
・骨関節・神経疾患において、「職場への情報提供」についての回答が特徴的であった。
「職場復帰の時は、担当の先生から、病気のことなどを説明していただき、職場復帰が出来ました」
・悪性新生物において、「主治医との信頼関係」「治療スケジュールの調整」「復職プラン遂行の支援」が特徴的であった。
・その他、「継続的なフォローアップ」や、「産業医との連携」、「給付の手続き支援」といった回答も挙がった。

D. 考察
【対象者の背景】
今回調査においては同一会社への復職が可能となったケースが全体で 66.3%を占めた。雇用形態や事業所規模の大きさ、勤続年数の長さなどの背景条件が復職の可否と関係している可能性は十分考えられるが、同一会社への復職が困難であったケースの数が少なかったため比較が困難であった。
事業所規模が 50 人以上である割合が約 7 割であることに対し、産業医が「いる」と回答した割合は約 4 割に留まった。今回調査におけるサンプリングに一定の偏りはあるものの、産業医が充足していない、もしくは機能していない事業所が残存しており、十分に活用されていないことが推察された。産業保健分野における今後の課題である。

【復職に影響のあった症状】
体力低下や副作用の影響、身体機能の低下など、身体的症状に関する回答の頻度が高かった。身体疾患を抱えながら復職に臨む就労者が抱える困難として、周囲、本人共に比較的納得しやすいものである。各症

状は治療や経過により変化するものや、一定の経過ののちに固定する症状など、ベースにある疾患やその重症度によりさまざまであるため、本人の訴えはもとより、主治医より経過についての意見を提供してもらうことも柔軟な支援に役立つだろう。また、経過による変化にフィットするため、適宜見直しの機会を設けておくことも、双方にとって合理的な配慮であるために重要である。

また、不安や気分の落ち込み、疾患の受容などといった心理的変化について、いずれの疾患群においても一定の割合で復職や就労継続に影響していることが分かった。目に見えづらい部分であるために、周囲も支援に悩む点であると推察される。解決にはある程度の時間と、周囲の寄り添う姿勢が必要となると考えられる。周囲としては労働者の困難を把握、共感するために、想像力を働かせることも必要ではあるが、場合によっては的外れとなったり、過剰な気遣いから腫れ物に触るようになったりしてしまうことがあり、これらはかえって両立支援の妨げとなりうる。ある割合で心理的変化による困難を抱える労働者がいることを理解した上で、実際に労働者とコミュニケーションをとり、就労上でどのような支援が心理面での支えとなれるのかを話し合うことも大切であろう。

更に、症状・治療による社会的制限や、職場の風土・環境・設備、自身の社会経済的背景に関する課題も挙がった。本調査で対象になったのは復職に臨む一部の労働者であり、また、質問紙における問いも「影響のあった症状を 5 つまで」と制限のある形式であったが、身体疾患を抱える労働者の復職・就労継続に関する困難は、症状の多様に併せ、就労環境の多様により、非常にバリエーションが広くなることが改めて示された。これは、別に報告の患者インタビュー調査において得られた知見に沿うものである。したがって、身体疾患を抱えた労働者の両立支援の実施には一律のソリューションではカバーが困難であり、労働者–職場間のコミュニケーションの中でいかに労働者の困難を把握、共感できるかという点が非常に重要となる。

【働きづらさの疾患間比較】

復職・就労継続において困難となった課題として、「病気による症状や障害があったため」、「治療による副作用・体の変化があったため」という項目では、疾患群間で有意に差があった。骨関節・神経疾患においては病気による症状や障害、悪性新生物については治療の副作用に関する困難が、個、集団いずれにおいても頻度が高く、対策の優先度が高いと言える。

骨関節・神経疾患における症状や障害についての多くは、発症から回復といった一相性の経過をたどる。このため、罹患後の身体機能などに応じた職場の設備、業務内容等のハード面のみならず、職場スタッフの支援や理解といったソフト面を、復職に向けて十分に整え、復職そのものを支援することが重要と考えられる。

悪性新生物における治療による副作用は、治療の内容や仕事の形態によって影響の及び方が様々である。更にこの影響は永続的に続くものではなく、症状の再燃や治療のスケジュールによってある程度の期限をもって断続的に生じる困難である。必要に応じて、経過や治療スケジュールを共有することで、柔軟な支援が可能となるだろう。

一方、循環器疾患においては、回答者の評価を平均すると、いずれの項目も個別の

評価として頻度の高い困難とは言えなかった。今回調査における回答者は、残存する明らかな症状がない例も多かったことに起因している可能性が考えられる。しかしながら、集団としては、「病気をしたことで不安な気持ちが生まれたため」、「自分が思うように頑張ることが出来なかったため」、「職場から過大評価されるため」に困難を感じている割合がそれぞれ 2 割を超え、他疾患群の値に迫る。これらは、循環器疾患の特性、すなわち意識下で生命の危険を感じた既往による症状再発・治療への並々ならぬ不安や、治療により症状が消失していながら、疾患を抱えているという状況に対する精神的葛藤を示唆するものである。潜在化しやすい問題である点や、個別性が高いことが支援を難しくさせうると考えられるため、労働者とのコミュニケーションの機会を意識的に設けることが必要となるだろう。

【職場での支援】

職場において得られた支援としては、合理的配慮に関わるものが多く挙がった。両立支援において、まず職場に望まれるところである。業務の質や量のみならず、休憩やトイレなど、職場で過ごすにあたって考慮が必要な項目が示された。治療と就労の両立のため、労働者本人として最低限どの程度の配慮が必要であるのか、職場として最大限どの程度の配慮が可能なのかなどについて話し合いの機会が設けられることが、双方として納得のいく両立を実現するために欠かせない。場合によっては労働者本人が十分に疾患や必要な配慮について言語化できないケースも存在するため、主治医による意見を参考にしたいところであろう。一方、別に報告した企業側調査では「事業所の事情により実現できない配慮を依頼される」といった職場側の困難の訴えが聞かれている。職場の事情や、実現可能な配慮の範囲を、いかに主治医に理解してもらうかが医療との連携の上での課題である。

また、実際の業務上調整のみならず、気遣いや相談への対応など、精神的なサポートについての回答も挙がった。職場として支援をする心構えでいることは言うまでもなく、これを相談対応や声かけ、雇用の維持、復職への期待など、態度として示すことが、身体疾患を抱える労働者の不安の解消や自信の回復、疾患の受容につながるだろう。

更に、専門スタッフの配置や傷病保障など、制度的な準備が必要なものも挙がった。職場の資源にもよるが、両立支援を充実させるためには、長期的に検討していくことが望ましいだろう。

【医療での支援】

医療機関において得られた支援としては、病状や治療経過について説明が最多で挙がった。疾患によっては必ずしも症状や障害が消失するものではなく、付き合っていかねばならないもの、再発を念頭に置かねばならないものもある。しかしながら、経過の見通しがつくことで、労働者は安心して治療と就労に臨むことが出来る。また、主治医による傾聴や気遣い、継続的なフォローアップがあることは、復職や就労継続において新たな困難が生じたとしても、支援を受けることが出来る、という期待、安心感につながる。これは、両立に前向きに取り組むために非常に重要な要素である。

また、高い治療効果、十分な療養・リハビリ期間についての回答も多く挙がった。Impairment が就労に影響を及ぼさない程度

であることは幸いである。このためには、適切な時期の適切な治療はもとより、日頃の生活習慣や持病の管理など、ヘルスリテラシーの向上も求められる。

更に、職場への情報提供など、職場との連携についての回答も挙がった。職場による支援においても触れたが、労働者が自身の状況をうまく言語化できないケースでは、労働者が職場で必要な支援を受けるために、主治医による診療情報の提供が重要な位置を占める。一方、別に報告した主治医調査では「疾患を抱える労働者がどのように働くことになるのか、情報がどのように扱われるのかわからない」といった主治医側の不安の訴えが聞かれている。別に報告した事業場側調査も考え合わせると、職場からの情報提供が解決との鍵なると考えられる。

加えて、給付の手続き支援についての回答も挙がっている。疾病の罹患という経験は本人、職場ともに頻度の高いものではないため、医療機関においてメディカルソーシャルワーカーなどによる支援があることは、安心して両立に臨むためにも大変有意義であろう。職場としても、職場内では解決できずとも、相談先を紹介することが支援のひとつとなりうるため、このような困難を抱えうるということは認識しておくとよいだろう。

E. 結論

身体疾患による就業困難性を定量化する質問紙により、全体として課題となる頻度の高い働きづらさや、特定の疾患群において優先度の高い課題、また職場、医療機関において期待される支援や、連携の要点を明らかにすることが出来た。今回得られた知見を、情報共有のツール作成に活かしていきたい。

F. 参考文献

なし

G. 研究発表

○横山麻衣・立石清一郎・岡田岳大・原田有里沙・安部治彦・佐伯覚・塚田純一・藤野昭宏・高橋都・森晃爾、身体疾患を有する就労者の仕事と治療に関する患者質問紙調査、第 90 回産業衛生会学、2018 年 5 月東京、ポスター発表

図 1. 疾病－就業困難影響モデル

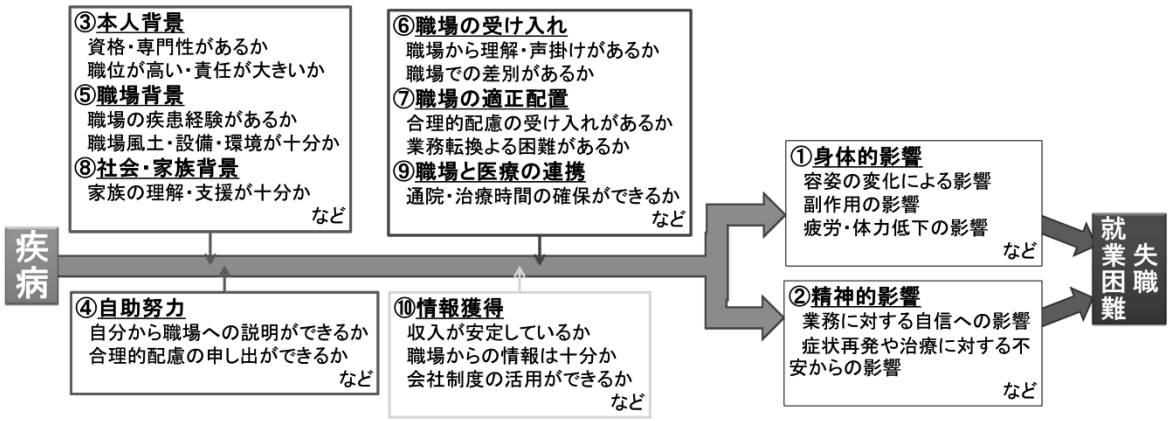


表 1. 68 カテゴリー

1.業務遂行能力の低下	1.基礎体力	**6.職場の受け入れ**	37.職場からの配慮
	2.日常生活		38.上司からの配慮
	3.impairmentの程度		39.職場からの声かけ
	4.容姿の変化		40.職場の理解
	5.副作用		41.上司の理解
	6.疲労（体力低下）		42.職場からの過剰な気遣い
	7.身体機能の低下		43.職場の業務遂行能力に対する過大評価
	8.高次脳機能の低下		44.職場での差別
	9.ICDへの電磁干渉	**7.職場の適正配置**	45.合理的配慮の受入
	10.ICDによる運転制限		46.業務転換による恩恵
	11.職業リハビリテーション		47.業務転換による困難
	12.医療リハビリテーション	**8.社会・家族背景**	48.地域愛
2.心理的影響	13.疾患の受容		49.世間の疾患イメージ
	14.業務に対する自信の回復		50.家族からの支援
	15.「障害者」であることの受容		51.家族の理解
	16.症状再発・治療への不安・心配・恐怖		52.家族の過保護
	17.失職への恐怖	**9.職場と医療の連携**	53.入院による休職
3.本人背景	18.資格・専門性		54.産業保健スタッフからの支援
	19.職場への過去の貢献		55.職場での医療情報管理
	20.職位・責任		56.通院・治療時間の確保
	21.雇用条件・定年制度		57.職場と病院との連携
	22.経済事情		58.主治医からの支援
	23.職場からの復職期待	**10.情報獲得**	59.積極的な情報収集
	24.家庭環境からの要求		60.医療保険
4.自助努力	25.自主トレーニング		61.収入
	26.自己体調管理		62.福利厚生にかかるサポート
	27.自己アピール		63.職場からの情報
	28.自分から職場への説明		64.会社制度の活用
	29.合理的配慮の申出		65.年次休暇の不足
	30.自己努力		66.病院からの情報
5.職場背景	31.職場の疾患経験		67.ピア・サポーターからの情報
	32.職場風土		68.医療費
	33.職場規模		
	34.職場マンパワー		
	35.職場シチュエーション		
	36.職場設備・環境		

表2：対象者の特徴

	全体 (N=89)			循環器疾患 (N=14)			筋骨格・神経疾患 (N=24)			悪性新生物 (N=50)		
	平均 ± 標準偏差	%	N	平均 ± 標準偏差	%	N	平均 ± 標準偏差	%	N	平均 ± 標準偏差	%	N
年齢	50.30 ± 12.32		(22-74)	52.14 ± 12.56		(32-74)	45.04 ± 12.42		(22-69)	52.40 ± 11.65		(29-74)
性別												
男		65.17	(58)		85.71	(12)		66.67	(16)		58	(29)
女		32.58	(29)		14.29	(2)		33.33	(8)		38	(19)
パートナー												
あり		71.91	(64)		57.14	(8)		70.83	(17)		76	(38)
主たる生計者か												
はい		71.9	(64)		78.6	(11)		83.3	(20)		66.0	(33)
経済的余裕												
あり		67.4	(60)		64.3	(9)		87.5	(21)		58.0	(29)
雇用形態												
正社員		68.5	(61)		78.6	(11)		83.3	(20)		60.0	(30)
自営業		4.5	(4)					4.2	(1)		6.0	(3)
事業所規模												
50人以上		68.5	(61)		85.7	(12)		75.0	(18)		60.0	(30)
勤続年数												
5年以上		65.2	(58)		71.4	(10)		66.7	(16)		64.0	(32)
業務内容												
管理		9.0	(8)					8.3	(2)		12.0	(6)
専門		30.3	(27)		28.6	(4)		50.0	(12)		22.0	(11)
販売		10.1	(9)					8.3	(2)		12.0	(6)
サービス		6.7	(6)		7.1	(1)		4.2	(1)		8.0	(4)
生産工程		9.0	(8)		7.1	(1)		8.3	(2)		10.0	(5)
輸送運転		3.4	(3)		7.1	(1)					4.0	(2)
建設・採掘		11.2	(10)		28.6	(4)		8.3	(2)		8.0	(4)
運搬・清掃・包装		4.5	(4)		14.3	(2)					4.0	(2)
通信・運輸		1.1	(1)					4.2	(1)			
その他		11.2	(10)		7.1	(1)		8.3	(2)		14.0	(7)
職場の疾患経験												
あり		14.6	(13)		1	(7.1)		20.8	(5)		14.0	(7)
復職期待												
あり		59.6	(53)		57.1	(8)		79.2	(19)		52.0	(26)
産業医												
いる		37.1	(33)		35.7	(5)		33.3	(8)		40.0	(20)
復職先												
同会社		66.3	(59)		78.6	(11)		87.5	(21)		52.0	(26)
困りごと和	46.38 ± 14.67			42.71 ± 16.63			43.00 ± 14.99			49.37 ± 13.47		

表3：復職に影響のあった症状

	全体 (N=71)		循環器 (N=10)		筋骨格・神経疾患 (N=17)		悪性新生物 (N=44)	
	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)
疾患・治療による身体的変化								
疾患による身体機能低下	16.90	(12)	20.00	(2)	47.06	(8)	4.55	(2)
疾患による不快な感覚	23.94	(17)	40.00	(4)	70.59	(12)	2.27	(1)
疾患による高次脳機能低下	1.41	(1)			5.88	(1)		
疾患による発作的症状	1.41	(1)	10.00	(1)				
体力低下	61.97	(44)	10.00	(1)	35.29	(6)	84.09	(37)
治療による副作用	40.85	(29)	20.00	(2)			61.36	(27)
容姿の変化	2.82	(2)					4.55	(2)
疾患・治療による精神的変化								
気分の落ち込み	19.72	(14)	10.00	(1)	17.65	(3)	22.73	(10)
不安	12.68	(9)	30.00	(3)	11.76	(2)	9.09	(4)
自身の疾患の受容	4.23	(3)	10.00	(1)			4.55	(2)
集中力	2.82	(2)			11.76	(2)		
疾患によらない症状	2.82	(2)			11.76	(2)		
症状・治療による社会的制限								
通院、入院による休職、欠勤	8.45	(6)	10.00	(1)	5.88	(1)	9.09	(4)
通勤	4.23	(3)	10.00	(1)	11.76	(2)		
車両運転	4.23	(3)	20.00	(2)	5.88	(1)		
治療による生活上の制限	1.41	(1)	10.00	(1)				
職場の風土・環境・設備								
休憩場所の確保	1.41	(1)					2.27	(1)
職場環境	1.41	(1)			5.88	(1)		(
職場の衛生環境	1.41	(1)					2.27	(1)
職場の気遣いの過剰	1.41	(1)					2.27	(1)
職場の気遣いの不足	1.41	(1)					2.27	(1)
職場の上司の評価	1.41	(1)					2.27	(1)
勤務時間	1.41	(1)					2.27	(1)
自身の社会経済的背景								
治療費用	1.41	(1)	10.00	(1)				

表4:質問紙 問5 20項目の平均値、選択率

		全体 (N=86)			循環器疾患 (N=14)			筋骨格・神経疾患 (N=24)			悪性新生物 (N=48)			p値
		平均	± 標準偏差	回答率 (%)	平均	± 標準偏差	回答率 (%)	平均	± 標準偏差	回答率 (%)	平均	± 標準偏差	回答率 (%)	
5-1	病気による症状や障害があったため	3.13	± 1.19	34.09	2.64	± 1.39	21.43	3.75	± 1.15	54.17	2.96	± 1.03	29.17	0.006
5-2	治療による副作用・体の変化があったため	2.59	± 1.30	21.59	2.00	± 1.18	7.14	2.25	± 1.48	20.83	2.94	± 1.15	27.08	0.018
5-3	病気・治療による体力低下があったため	3.31	± 1.28	42.05	2.71	± 1.20	14.29	3.21	± 1.59	45.83	3.54	± 1.07	50.00	0.091
5-4	期待するリハビリテーションを受けることが出来ないため	1.70	± 0.91	5.68	1.64	± 0.84	7.14	1.54	± 1.06	8.33	1.80	± 0.84	4.17	0.519
5-5	自分が思うように頑張ることが出来なかったため	2.95	± 1.27	31.82	2.57	± 1.22	21.43	2.67	± 1.26	33.33	3.21	± 1.13	35.42	0.110
5-6	病気をしたことで不安な気持ちが生まれたため	3.03	± 1.06	30.68	2.86	± 1.17	28.57	2.75	± 1.49	29.17	3.23	± 0.88	33.33	0.153
5-7	職場に自分の病状や心情を理解してもらえないため	2.53	± 1.24	22.73	2.29	± 1.20	14.29	2.54	± 1.41	29.17	2.60	± 1.18	22.92	0.705
5-8	職場から声かけなどの気遣いがないため	2.20	± 1.14	12.50	1.93	± 1.07	14.29	2.08	± 1.18	8.33	2.34	± 1.15	14.58	0.422
5-9	家族からのサポートが小さい、または過度な心配があったため	2.09	± 0.97	7.95	1.93	± 0.83	7.14	1.88	± 0.80	0.00	2.25	± 1.06	12.50	0.237
5-10	周囲からの差別や過度な心配があったため	2.16	± 1.12	12.50	1.86	± 0.86	7.14	2.04	± 1.27	16.67	2.31	± 1.09	12.50	0.337
5-11	職場から十分に配慮されないため	2.17	± 1.12	11.36	2.14	± 1.41	14.29	2.04	± 0.95	8.33	2.25	± 1.12	12.50	0.757
5-12	自らが職場に対し、病状の説明や合理的配慮の申し出を積極的にできなかったため	2.13	± 1.02	10.23	2.14	± 1.23	14.29	1.83	± 0.98	8.33	2.28	± 0.95	10.42	0.220
5-13	仕事と治療のスケジュールの都合をつけることが難しかったため	2.52	± 1.14	21.59	2.07	± 0.92	7.14	2.57	± 1.27	25.00	2.64	± 1.11	25.00	0.258
5-14	希望する業務に変更が行われなかった、または希望しない業務に変更されたため	1.81	± 0.96	5.68	1.86	± 0.95	7.14	1.57	± 0.90	4.17	1.91	± 1.00	6.25	0.358
5-15	職場から過大評価されるため	2.08	± 1.03	11.36	2.07	± 1.21	21.43	1.96	± 1.15	8.33	2.15	± 0.93	10.42	0.768
5-16	職場から過小評価されるため	1.99	± 1.09	11.36	1.71	± 0.91	7.14	1.83	± 1.15	16.67	2.15	± 1.10	10.42	0.304
5-17	自らの経済的な問題があったため	2.62	± 1.17	19.32	2.36	± 1.01	7.14	2.39	± 1.03	16.67	2.81	± 1.27	25.00	0.242
5-18	職場から会社の制度等を十分に説明されなかったため	1.98	± 1.06	6.82	1.93	± 1.14	7.14	1.78	± 1.00	4.17	2.09	± 1.07	8.33	0.528
5-19	自分が知りたいと思った情報をどうやって得たらいいかわからなかったため	2.17	± 1.05	10.23	2.14	± 1.10	14.29	1.78	± 0.95	4.17	2.36	± 1.05	12.50	0.094
5-20	医療機関と職場の間での情報のやり取りが不十分であったため	1.82	± 0.93	5.68	1.86	± 1.03	14.29	1.48	± 0.73	0.00	1.98	± 0.95	6.25	0.105

表5：職場からの支援

	全体 (N=50)	循環器 (N=9)	筋骨格・神経疾患 (N=16)	悪性新生物 (N=25)
	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)
合理的配慮				
作業上の配慮	34.00 (17)	44.44 (4)	37.50 (6)	28.00 (7)
勤務時間配慮	12.00 (6)	22.22 (2)	12.50 (2)	8.00 (2)
時間外勤務配慮	8.00 (4)	33.33 (3)		4.00 (1)
勤務地調整	2.00 (1)			4.00 (1)
休憩の配慮	16.00 (8)	11.11 (1)	12.50 (2)	20.00 (5)
通院配慮	20.00 (10)	11.11 (1)	50.00 (8)	4.00 (1)
トイレの配慮	2.00 (1)		6.25 (1)	
復職プランの設定	2.00 (1)			4.00 (1)
精神的サポート				
気遣い	8.00 (4)	11.11 (1)	6.25 (1)	8.00 (2)
相談対応	6.00 (3)		6.25 (1)	8.00 (2)
病気への理解	2.00 (1)			4.00 (1)
雇用の維持	4.00 (2)		6.25 (1)	4.00 (1)
専門スタッフによる相談対応	4.00 (2)	11.11 (1)		4.00 (1)
傷病手当	2.00 (1)			4.00 (1)
裁量権	2.00 (1)			4.00 (1)

表6：医療機関からの支援

	全体 (N=46)	循環器 (N=10)	筋骨格・神経疾患 (N=13)	悪性新生物 (N=23)
	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)
高い治療効果	30.43 (14)	30.00 (3)	30.77 (4)	30.43 (7)
十分な療養・リハビリ期間	13.04 (6)	30.00 (3)	15.38 (2)	4.35 (1)
容姿の変化のカモフラージュ	2.17 (1)			4.35 (1)
継続的なフォローアップ	4.35 (2)	10.00 (1)		4.35 (1)
病気・治療に関する説明	32.61 (15)	30.00 (3)	30.77 (4)	34.78 (8)
傾聴・気遣い	8.70 (4)	20.00 (2)	7.69 (1)	4.35 (1)
主治医との信頼関係	6.52 (3)	10.00 (1)		8.70 (2)
職場との連携				
職場への情報提供	10.87 (5)	10.00 (1)	23.08 (3)	4.35 (1)
産業医との連携	2.17 (1)		7.69 (1)	
治療スケジュールの調整	2.17 (1)			4.35 (1)
復職プラン遂行の支援	2.17 (1)			4.35 (1)
満足度の高い復職	4.35 (2)		15.38 (2)	
社会経済的保障の手続き				
給付の手続き支援	4.35 (2)	10.00 (1)		4.35 (1)
経済的負担の軽さ	2.17 (1)		7.69 (1)	

平成 27 年 12 月 10 日

患者さま各位

産業医科大学 産業医実務研修センター　立石 清一郎
産業医科大学 産業保健経営学　森 晃爾
産業医科大学 血液内科　塚田 順一
産業医科大学 不整脈先端治療学　安部 治彦
産業医科大学 リハビリテーション医学　佐伯 覚
産業医科大学 医学概論　藤野 昭宏

治療と就業の両立支援に関する意識調査について（ご依頼）

謹啓

産業医科大学では治療中の患者さまが円滑に就業できるために**職場と主治医が連携するための手法を研究**しております。そのためには働く上で患者さまが、どのような困難を抱えている（いた）か、必要な配慮は何か、という情報は必須です。これらを明らかにするためにアンケートを実施いたします。本研究に**ご参加いただける患者さまはアンケートにご回答**いただきますようよろしくお願いいたします。参加については自由意思で行っていただいて構いません。また回答の途中で辞めたくなった場合にはやめていただいて構いません。みなさまのご回答が疾病を持ちながらも働きやすい社会の形成に役立ちます。

本調査の回答に要する時間は **20 分以内**です。

無記名となっておりますので、率直なご意見をお聞かせください。ご回答いただいた患者さまには**粗品**（同封しているボールペン）を差し上げます。調査票のご記入に用いてください。調査用紙は封筒に入れて担当者にお渡しください。ボールペンはそのままお持ち帰りください。

なお、本研究は産業医科大学利益相反委員会および倫理委員会の承認を得て実施されています。

それでは、よろしくお願いいたします。

敬具

本件についての問合せ先
〒807-8555　福岡県北九州市八幡西区医生ヶ丘１－１
産業医科大学　産業医実務研修センター
（担当教員）立石、（担当事務）林
電話：093-603-1611　内線 4932
メール：tateishi@med.uoeh-u.ac.jp

1．あなたの情報について①～⑥に記入してください。

① 年齢：　　歳　　② 性別：　男 ・ 女

③ 受診中の診療科：　　④ 病名：

④ 症状が出始めた年齢：　　歳　　⑥ 診断された年齢：　　歳

2．病気で**仕事を休み始めた時**についてお聞きします。設問ごとに該当する回答を**ひとつ選び、○をつけて**ください。

	※合致するものに○を付けてください↓↓				
① 当時、配偶者またはパートナーがいましたか	いた		いなかった		その他
② あなたは主たる生計者でしたか	はい		いいえ		どちらでもない
③ 生活では経済的ゆとりがありましたか	十分あった		少しあった		なかった
④ 雇用形態を教えてください。	正職員	契約社員	派遣社員	自営	その他
⑤ 会社全体の従業員数規模（他地域を含む）を教えてください。	10 人未満	11～49 人	50～299 人	300～999 人	1000 人以上
⑥ 職場全体の従業員数規模（同一事業場内）を教えてください。	10 人未満	11～49 人	50～299 人	300～999 人	1000 人以上
⑦ 病気になった時点での勤続年数を教えてください。	1 年未満	1～3 年	3～5 年	5～10 年	10 年以上
⑧ 職場内にあった施設・設備を教えてください(⑧のみ○はいくつでも可)。	休憩室	医務室	エレベータ等	AED	受診しやすい病院
⑨ 職場内にあなたより以前に同様の病気で仕事を休んだ方はいましたか。	はい		いいえ		不明
⑩ あなたの職場復帰について、職場から期待されていると感じましたか。	はい		いいえ		どちらでもない
⑪ あなたの会社に産業医はいますか。	はい		いいえ		わからない

3．あなたの**休職前の業務**に最も近いものを**ひとつ選び、○をつけてください**。

①管理的業務　②専門的業務　③販売　④サービス
⑤保安　⑥農林漁業　⑦生産工程　⑧輸送機械運転
⑨建設・採掘　⑩運搬・清掃・包装　⑪運輸・通信　⑫その他（　　）

４.職場復帰を考えた時、仕事や生活に影響したと思われる主な**症状や後遺症**を５つまで記入してください。
【(例) 吐き気、気分の落ち込み、疲れやすさ、など】

●

●

●

●

●

５．以下の項目について、**実際に「職場復帰した」または「職場復帰を考えた」とき、『働きづらさや困ったことを感じた程度』**について、**該当する数字に○をつけて**ください。
【例：通勤に自動車運転が必要だったので働きづらいと「いつも感じた」場合】

以下の理由によって、働きづらさを⇒	まったく感じなかった	ほとんど感じなかった	ときどき感じた	よく感じた	いつも感じた
㊟ 通勤に自動車運転が必要だったので、・・・	1	2	3	4	(5)

以下の理由によって、働きづらさを⇒	まったく感じなかった	ほとんど感じなかった	ときどき感じた	よく感じた	いつも感じた
① 病気による症状や障害があったため、・・・	1	2	3	4	5
② 治療による副作用・体の変化(脱毛や体重増加、ペースメーカー挿入等)があったため、・・・	1	2	3	4	5
③ 病気・治療による体力低下があったため、・・・	1	2	3	4	5
④ 期待するリハビリテーションを受けることができないため、・・・	1	2	3	4	5
⑤ 自分が思うように頑張ることが出来なかったため、・・・	1	2	3	4	5

以下の理由によって、 働きづらさを⇒	まったく感じなかった	ほとんど感じなかった	ときどき感じた	よく感じた	いつも感じた
⑥ 病気をしたことで不安な気持ちが生まれたため、・・・	1	2	3	4	5
⑦ 職場に自分の病状や心情を理解してもらえないため、・・・	1	2	3	4	5
⑧ 職場から声かけなどの気遣いがないため、・・・	1	2	3	4	5
⑨ 家族からのサポートが小さいため、または、家族からの過度な心配があったため、・・・	1	2	3	4	5
⑩ 周囲から偏った病気のイメージから生じた差別や過度な心配があったため、・・・	1	2	3	4	5

以下の理由によって、 働きづらさを⇒	まったく感じなかった	ほとんど感じなかった	ときどき感じた	よく感じた	いつも感じた
⑪ 職場から十分に配慮されないため、・・・	1	2	3	4	5
⑫ 自らが職場に対し病状や治療の説明や配慮の申し出を積極的にできなかったため、・・・	1	2	3	4	5
⑬ 仕事と治療のスケジュールの都合をつけることが難しかったため、・・・	1	2	3	4	5
⑭ 希望する業務に変更が行われなかったため、または、希望しない業務に変更が行われたため、・・・	1	2	3	4	5
⑮ 自分では「困難」と考える仕事を職場からは「出来る」と過大評価されるため、・・・	1	2	3	4	5
⑯ 自分では「出来る」と考える仕事を職場からは「出来ない」と過小評価されるため、・・・	1	2	3	4	5

以下の理由により 生活や働く上で⇒	まったく困らなかった	ほとんど困らなかった	ときどき困った	よく困った	いつも困った
⑰自らの経済的な問題があったため、・・・	1	2	3	4	5
⑱職場から有給休暇や職場復帰に関わる会社の制度等を十分に説明されなかったため、・・・	1	2	3	4	5
⑲自分が知りたいと思った情報をどうやって得たらいいかわからなかったため、・・・	1	2	3	4	5
⑳医療機関と職場の間での情報のやりとりが不十分であったため、・・・	1	2	3	4	5

６．休んだ後に**一度でも職場復帰**することができましたか。**以下の選択肢から該当する回答をひとつ選び、○をつけて**ください。

①同一部署に復帰 ②別の部署に復帰 ③転職した ④退職した ⇒①、②、③、④は６－２へ
⑤引続き休職中 ⑥その他（ ） ⇒⑤、⑥は７へ

６－２．上記①、②、③、④を選択した場合、仕事を休んでから復帰・転職・退職した期間はどのくらいでしたか。右の欄に回答してください （ 年 ヶ月）

７．職場復帰に際して、あなたの職場の状況・対応について質問します。

①職場あるいは上司から病気による仕事への影響（勤務状況や作業状況、職場状況など）について話し合いが持たれましたか？
はい ・ いいえ （いいえの場合②・③は不要）

②あなたの病気について、職場で何らかの支援や配慮を受けましたか？
はい ・ いいえ （いいえの場合③は不要）

③職場復帰時に、職場内から受けた支援や配慮のうちあなたにとってよかったものを記入してください。【例：適宜休憩が取れるようにしてくれた】

●

●

●

８．職場復帰に際して、あなたが加療を受けた医療機関（担当医や医療相談窓口など）の対応について質問します。

①あなたの職場復帰に際して、医師から仕事内容について確認がありましたか？

はい　・　いいえ　（いいえの場合②・③は不要）

②あなたが職場復帰をする際に、医療機関から、何らかの支援や助言を受けましたか？

はい　・　いいえ　（いいえの場合③は不要）

③職場復帰時に、医療機関（担当医や医療相談窓口など）から受けた支援のうちあなたにとってよかったものを記入してください。

【例：いい治療を受けることが出来て症状がほとんどなく職場復帰できた】

●

●

●

９．あなたが職場復帰する際に、職場や医療機関から受けたかった支援や対応があれば記入してください。

●

●

●

★その他、何かコメントがありましたらご自由に記入してください。

★ご回答ありがとうございました。

※本研究は厚生労働省・労災疾病臨床研究　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（主任研究者：森晃爾：課題番号 14010101-03 ）により実施されています。

労災疾病臨床研究事業

分担報告書

身体疾患を有する患者の就労支援における プライバシーへの配慮等の倫理的事項の検討 ―主治医の立場での両立支援における倫理的問題点―

研究分担者

藤野 昭宏　　産業医科大学医学部 医学概論教室

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

身体疾患を有する患者の就労支援における プライバシーへの配慮等の倫理的事項の検討 ―主治医の立場での両立支援における倫理的問題点―

研究分担者　　藤野 昭宏　　産業医科大学 医学部 医学概論教室 教授

研究要旨

【目的】

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

【方法】

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

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

【結果】

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

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

研究協力者

岡　亜希子　（産業医科大学　産業医実務研修センター）

A.　研究の背景と目的

１）背景

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

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

２）目的

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

B.　方法

１）文献調査

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

２）臨床医へのインタビュー調査

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

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

インタビュー内容は以下の通りである。

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

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

C. 結果

1）海外の倫理ガイドラインの現状

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

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

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

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

② 国際産業保健学会（ICOH）：産業保健専門職のための国際倫理コード

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

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

③ 英国王立内科医会産業医部会：産業医倫理ガイダンス（第 6 版）

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

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

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

- 特定の労働者の健康や職務適正に関する報告書が使用者に提出される場合、産業医の使用者に対する義務について当該労働者が理解している必要がある。（産業医→会社）
- 産業医は患者から得られた個人情報の秘密を保持し、下記に示す例外的な状況を除いて、下記に示す例外的な状況を患者の同意なしに決して情報開示してはならない。また、患者は開示に同意あるいは拒否するとき、その開示の意義を認識していなければならない。（産業医→患者）
- 使用者がどのような情報が産業保健専門職から提供され、何が開示されていないか、といった知識に乏しい場合、産業医にとって問題が起こり得る。このような場合、産業保健サービス機関や産業医が、守秘義務や情報開示に関する方針を作り、それを使用者や労働者と共有することができれば、産業保健サービス提供側への信頼を築き、専門家としての行動基準を理解してもらうことができるため、すべての関係者にとって役立つものとなる。使用者と労働者代表とのサービス内容に関する定期的な会議は、相互理解を促進するのに有用なことが多い。（産業医→会社）
- 個人情報は公共の利益のために、患者の同意なしに、あるいは例外的な状況で患者が同意を保留した場合にも、開示されることがある。これは個人や社会にとっての利益が、情報を開示しないことによる公共や患者の利益を上回る場合などである。すべての事例で患者の同意のない情報開示を考慮する場合、弊害（患者への弊害と医師患者間の全般的な信頼関係を損ねる弊害）と情報の公開により得られると考えられる利益をよく比較検討しなければならない。（産業医→患者）

２）国内の倫理ガイドラインの現状

④　日本産業衛生学会：産業保健専門職の倫理指針

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

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

限定する。（産業医→会社）

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

⑤　健康開発科学研究会：産業医の倫理綱領

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

・ 従業員の HIV に関する譲歩は、一般の医療情報同様、個人のプライバシーが完全に保てるように厳重に管理されなければならない。就業制限のため会社に報告する必要がある場合は、会社組織上で必要最小限の人数（課長や部長職など）に絞って行い、その際、職務上知り得た医療情報に対する守秘義務があることを徹底して説明すべきである。（産業医→会社）

・ 産業医が医学的評価に関して事業所に助言する内容は、就業制限事項に限るべきである。会社側に報告書を提出する内容は、従業員と十分検討した上で従業員の署名入りの同意書を得ることが必要である。一方、事業所の従業員に対する安全衛生配慮の責任が法的規定されているが、事業者が自由に閲覧できる情報は作業環境や産業保健に関するものに限定し、個人の医学情報（診断名や治療内容など）はその対象外であることを倫理的に明確にしなければならない。（産業医→会社）

①ー⑤については、表 1 に整理した。

3）臨床医へのインタビューの結果

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

①　血液内科を専門とする臨床医へのインタビュー結果

a）会社に対して困ったこと

・ 会社の窓口がわからない、誰に相談すればよいかわからない

・ 産業医の名前がわからない、責任のある上司が誰かが明示されていない

・ どういう復職状況になるかを聞きたくてもわからない

b）会社に対して望むこと
・ 産業医がいる場合は産業医が窓口になってほしい
・ 具体的な復職プログラムを提示してほしい。
・ 医療情報を悪用しないことを明文化してほしい
・ 変動する臨床情報を長期的に提供しないといけないことを理解してほしい

c）医療情報の開示範囲について
・ 会社にどこまで喋ってよいかの確認作業が取れない
・ ご本人にとって不利益になる可能性がある情報は、波及効果が見えない以上、主治医としてはご本人を守るために会社に流さない、事故につながるような禁止事項しか伝えられないという現状がある
・ 個人情報をどのように利用するのか、どのようにご本人に還元されるのかを知りたい。

d）産業医に対して望むこと
・ 就業状況（医学的な負荷やリスク）について、医学的言語に翻訳して主治医に伝えてほしい
・ 会社から雇用についての保障を伝えてほしい
・ 医師として信頼できる医学的知識・理解力があるかどうかが不安である
・ 信頼できる医学的レベル（臨床知識）と倫理観、具体的な作業の主治医への翻訳力の能力が必要ではないか
・ 産業医から主治医に情報を伝える際に利用できるツールや説明の流れについて検討してほしい

e）産業医がいない会社に対する要望
・ 復職のためのフォーマットがほしい
・ 主治医が復職の支援を果たせるようなフォーマットがあれば産業医が不在での復職が比較的スムーズにいくのではないか

② 循環器内科を専門とする臨床医へのインタビュー結果

a）循環器領域において就業上問題となる前提
・ PM、ICD などのデバイスに対する電磁波干渉があること
・ 突然発症→事故・大災害につながる（癌との違い）
・ 肉体的負担は誘発要因であること

b）主治医から産業医に望むこと

イ）業務内容、職場環境などの情報提供
・ 特殊業務（高所、運転、電磁干渉を起こす職場など）かどうか
・ 負荷の評価（METｓ）をするため、勤務形態の具体的内容の情報がほしい

ロ）臨床的知識の共有化

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

c）会社とのやりとりで生じている問題

イ）安全配慮義務への過剰反応

・ 主治医が良かれと思って過剰・詳細な診断書を作成すると、会社が安全配慮義務に過剰反応してしまう危険性がある
・ 医学情報の認識のズレが大きく、病気の急変が理解されない

ex.)ICD 植え込み患者の 40%がクビになる→患者が ICD を拒否

・ 緊急性がある場合は、法的には主治医も安全配慮義務が優先されるが信頼関係が壊れるため、産業医から主治医と直接連絡をとることの同意をとってほしい

d）就労復帰に関する循環器学会の対応の現状

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

③ リハビリテーション医学を専門とする臨床医へのインタビュー結果

a）脳卒中患者復職における特徴・問題

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

b）会社との医療情報をやりとりする際に困ったこと

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

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

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

D. 考察

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

国内外の産業医や産業保健専門職の倫理ガイドラインにおいて、何れも個人情報保護を前提したインフォームド・コンセントの一般論に終始しており、疾患を有した患者の就労復帰に際して主治医と産業医の間での医療情報の共有・提供を具体的に考慮した内容は存在しないのが現状であると思われる。これらは、産業医や産業保健専門職を前提とした倫理ガイドラインであるため、産業医サイドからのアプローチのみの記載であり、主治医の立場をも含めた医療情報の共有・提供に関しては十分考慮していない内容となっている。

一方、主治医サイドからの就労に関する倫理ガイドラインとして注目すべきなのは、日本循環器学会が中心となって9つの臨床医学学会と日本産業衛生学会との合同研究結果として公表された「ペースメーカ, ICD, CRTを受けた患者の社会復帰・就学・就労に関するガイドライン（2013年改訂版）」である。デバイスに対する電磁波干渉があることと、肉体的負荷が原因となって突然に発症し、事故や大災害につながる危険性があることから、 日本循環器学会などの臨床医学会が積極的に就労に関するガイドラインを作成している事実は、他の臨床医学会に非常に参考になるものと思われる。と同時に、産業医サイドの学会である日本産業衛生学会の今後の取り組みとして、各臨床系医学会との合同作業により、主治医と産業医が共通して対応できるような就労復帰に関する疾患別のガイドラインの作成が期待される。

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

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

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

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

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

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

さらに、産業医には、職場での患者のフォローアップのためにはプライマリケアレベルの臨床能力があってほしいとの要望も強く感じられた。これらの要望は専門分野が異なっても共通して強く求められる産業医への要望であると考えられる。

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

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

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

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

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

E. 結論

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

F. 引用・参考文献

1） 高田 勗 監修（2007）：IL0 健康サーベイランスガイドライン/個人情報の保護実施要綱．労働基準調査会，東京

2） ICOH（2002）：International Code of Ethics for Occupational Health Professionals (Update 2002).International Commission on Occupational Health (ICOH), Rome http://www.icoh.org.sg/core-docs/code-ethics-eng.pdf

3） 大久保利晃 監訳(2009)：英国王立内科医会産業医部会 産業医倫理ガイダンス 第 6 版．バイオコミュニケーション, 横浜

4） 日本産業衛生学会（2000）：産業保健専門職のための倫理指針．https://www.sanei.or.jp

5） 中村健一，西川理恵子 他（1997）：産業医の倫理綱領． 産業医学ジャーナル 21：32−41

6） ILO(1985): Occupational Health Services Recommendations, 1985 (No.171). ILO, Geneva http://www.ilo.org/public/japanese/region/asro/tokyo/standards/r171.htm

7） ILO(1998): Technical and Ethical Guidelines for Workers□ Health Surveillance. ILO, Geneva http://www.ilo.org/public/english/protection /safework/health/whsguide.htm

8） 堀江正知（2004）：産業保健における労働者のプライバシーと個人情報の取り扱い． 産業医科大学雑誌 26:481-505

9） 厚生労働省（2004）：雇用管理に関する個人情報の適正な取扱いを確保するために事業者が講ずべき措置に関する指針（平成 16 年厚生労働省告示第 259 号）

表１．　海外及び国内の産業医・産業保健専門職に関する倫理ガイドライン

ガイドライン名	内容
ILO 「労働者個人情報の保護実施要綱」	6.5.（1）雇用者は、以前の事項に関する労働者の個人情報を収集してはならない。（a）性生活（b）政治的、宗教的またはその他の信念・信条（c）前科（2）例外として、雇用者は、その情報が雇用上の決定に直接関連し、国内法に準拠するのであれば、上記の（1）における事項に関する個人情報を収集することができる。（会社→本人）
国際産業保健学会 ICOH 「産業保健専門職のための国際倫理コード」	産業保健専門職の任務と義務　労働者に対する情報 9.　健康サーベイランスの枠組み内で行われた健康診断の結果は、当該労働者に通知されなくてはなりません。（産業医→本人）
英国王立内科医会産業医部会 「産業医倫理ガイダンス」	2.5　通常、産業医は、本人の同意の下に、本人の健康に対して負荷となり得るような業務に関連する事項を、本人の診療を継続的に責任を持つ家庭医に知らせなければならない。例外的な状況においては、この告知を本人の同意なしに行ってもよい。また、労働者の一般的な診療に関することは、家庭医に報告しなければならない。 （産業医→主治医） 2.15　特定の労働者の健康や職務適正に関する報告書が使用者に提出される場合、産業医の使用者に対する義務について当該労働者が理解している必要がある。（産業医→会社） 3.5　産業医は患者から得られた個人情報の秘密を保持し、下記に示す例外的な状況を除いて、下記に示す例外的な状況を患者の同意なしに決して情報開示してはならない。また、患者は開示に同意あるいは拒否するとき、その開示の意義を認識していなければならない。 （産業医→患者） 3.11　使用者がどのような情報が産業保健専門職から提供され、何が開示されていないか、といった知識に乏しい場合、産業医にとって問題が起こり得る。このような場合、産業保健サービス機関や産業医が、守秘義務や情報開示に関する方針を作り、それを使用者や労働者と共有することができれば、産業保健サービス提供側への信頼を築き、専門家としての行動基準を理解してもらうことができるため、すべての関係者にとって役立つものとなる。使用者と労働者代表とのサービス内容に関する定期的な会議は、相互理解を促進するのに有用なことが多い。（産業医→会社） 3.33　個人情報は公共の利益のために、患者の同意なしに、あるいは

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

分担報告書

身体疾患を有する患者の就労支援における
プライバシーへの配慮等の倫理的事項の検討
―患者・主治医・事業所のインタビュー結果を踏まえて

研究分担者

藤野 昭宏　　産業医科大学医学部 医学概論教室 教授

労災疾病臨床研究事業費補助金研究
分担研究報告書

身体疾患を有する患者の就労支援におけるプライバシーへの配慮等の倫理的事項の検討
―患者・主治医・事業所のインタビュー結果を踏まえて

研究分担者　藤野 昭宏　　産業医科大学 医学部 医学概論教室 教授

研究要旨

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

【方法】本研究の共同研究者が実施した患者 In-depth Interview 調査結果を用いて、治療中の職場復帰や就労において患者本人と会社または産業医と医療情報を共有した際のメリットと問題点について倫理的観点から検討した。

【結果】身体疾患を有する患者の就労復帰に際して、患者本人及び主治医と会社との医療情報の共有化がもたらすメリットは、病気に対する積極的な職場の理解、上司による業務中の積極的な傾聴・声掛け、治療スケジュールと労働時間の調整、上司の配慮による業務転換などであった。一方、医療情報の共有化による問題点は、病気に対する職場の誤解と偏見、主治医から職場への不十分な説明による職務に対する配慮の不徹底と就労中の症状に対する忍耐、同僚によって病気に関する個人情報を広められた精神的負担などであった。また、主治医と産業医との間での医療情報の共有化におけるメリットは、医療者同士の直接的な情報交換によって会社が病気や就労に対する偏見を生じない職場環境を育成できること、産業医から人事や上司に就業上の具体的なアドバイスがあることなどであり、一方で問題点と考えられるのは、情報の共有化があっても就労復帰に際して産業医が積極的に関与していなかったことが挙げられていた。

【考察】以上の倫理的検討の結果から、本人及び主治医と産業医及び企業とが就労復帰に際して医療情報を共有化する場合、身体疾患を抱えて就労することへの職場での理解と個別対応姿勢及び組織的な支援体制があってはじめて医療情報の共有化の効果が生じるものであり、就労復帰の際の倫理的問題点を解消するには産業医の役割が大きいことが示唆された。一方で、医療情報の共有化で最も倫理的問題が生じるのは、産業医が不在の職場において人事担当者が主治医から直接に医療情報を得る場合であり、本人同意の原則だけではなく、主治医が安心して情報提供するための倫理的配慮を十分に踏まえた書類の様式と倫理ガイダンスの検討が必要であると考えられる。

A. 研究の背景と目的

身体疾患を有する患者の就労復帰に際して、患者本人及び主治医と産業医及び会社と症状や治療などの医療情報を共有化することによるメリットと問題点について、昨年度は両立支援に関して経験豊富（臨床経験 20 年以上）な共同研究者を対象に半構造化面接によるインタビュー調

査を行った。その結果、身体疾患を有している患者の就労復帰に際して主治医が最も望んでいることは、産業医が同じ医師としての臨床医学理解能力と倫理観を共有する信頼できる存在であってほしい、ということであり、産業医にしかできない職場に応じた就労復帰のきめこまやかで具体的な個別対応を必要としていることが明らかになった。すなわち、主治医の意見を十分に汲み取り、企業に倫理的に配慮して上手く翻訳して伝えるコミュニケーション能力を有していることが産業医に対して大いに期待されていることが示唆された。

今回の研究目的は、医療情報の共有化によって何がメリットとなり、何が問題となったのかについて、身体疾患を有した患者インタビュー結果を倫理的観点から分析することにより、倫理的問題点を解消するためには必要なことを提示することである。

B. 研究の対象と方法

対象は 2015 年 3 月-2016 年 3 月の 1 年間に産業医科大学病院を受診した血液がん疾患、循環器疾患及び脳卒中患者の内、同疾患の治療のため 2010 年 3 月以降に休職及び復職をした経緯のある就労者とした。倫理的観点からの検討を行う対象人数は、血液がん患者 14 名、循環器疾患患者 7 名及び脳卒中患者 4 名である。

方法は、共同研究者の立石らが実施した患者 In-depth Interview 調査結果を用いて、治療中の職場復帰や就労において患者本人と会社または産業医と医療情報を共有した際のメリットと問題点について倫理的観点から検討した。

C. 結果

疾患別の患者インタビューの内容から、倫理的観点からの検討に関連すると考えられる内容を抽出し、小タイトルを付したものをケース別に示した（表１ー３）。

1) 疾患別患者インタビュー結果からみた医療情報共有化（患者本人及び主治医と産業医及び会社）の患者のメリットと問題点

① 血液がん患者インタビューから

ケース１

＜メリット＞

- 本人と主治医との情報共有による本人の理解の徹底
- 本人と職場の情報の共有による職場の理解
- 本人と職場の情報の共有による職場の配慮
- 情報共有の継続性による職場の理解
- 病気に対する積極的な職場の理解
- 主治医による丁寧な治療中の症状の説明と職場調整
- 職場の理解を求めるための本人からの積極的な情報提示
- 仕事のコントロールによる治療時間の確保
- 休職中の積極的な仕事への関与
- 社内での同様の経験による職場の理解

＜問題点＞

- 産業医の消極的介入

ケース２

＜メリット＞

・上司による業務中の積極的な傾聴・声かけ
・職場による業務中の積極的な傾聴・声かけ
・病気に対する積極的な同僚の無関心という気遣い

＜問題点＞
・情報共有の不十分による就労中の症状に対する忍耐
・職場からの積極的な休養勧奨への精神的負担
・同僚によって個人情報を広められた精神的負担
・病気に対する消極的な自己の理解
・産業医による消極的介入

ケース３

＜メリット＞
・本人と上司との情報共有による上司の理解と配慮
・本人と職場の情報の共有による職場の理解
・本人と主治医との情報共有による職場への配慮
・主治医と職場との情報共有による職場の理解
・主治医から具体的な職務適性に関する提案
・病気に対する積極的な上司の理解
・治療スケジュールと労働時間・欠勤の調整

＜問題点＞
・会社の評価低下を防ぐための本人の努力
・血液がんという病気に対する職場の誤解
・上司による定期的な声かけなし
・病気に対する職場の誤解
・病気に対する積極的な同僚の無関心
・業務中の積極的な傾聴・声かけなし
・職場による業務中の積極的な傾聴・声かけの要望
・業務転換によるモチベーションの低下
・産業医の存在が不明

ケース４

＜メリット＞
・主治医と産業医の医療職同士での情報共有による病気に対する偏見の防止
・上司・同僚の配慮
・上司・同僚からの配慮による積極的な声かけ
・上司・同僚との良好なコミュニケーションの確保
・治療で休むことへの職場の理解
・上司の配慮による入院中の配置転換
・異動に関する上司との相談
・主治医からの病気に関する十分な情報提供

＜問題点＞
・症状や治療が伝えることの困難さと主治医からの積極的介入の要望
・主治医から職場への具体的な指導や配慮を記載した書類の要望

ケース５

＜メリット＞
・上司が同様の症状の経験による配慮
・他職場での同じ症状の人の経験による配慮
・業務遂行が困難であることへの理解的な職場の雰
・上司の積極的な理解
・常勤の産業医と保健師によるサポート

・ 産業医による復職前面談あり
・ 毎月の産業医による面談フォロー
・ 産業医による就業配慮

＜問題点＞

・ 病気休業の際の会社のルール（マニュアル）の要望

ケース６

＜メリット＞

・ 情報共有による上司の配慮と支援的雰囲気作り
・ 上司による病気を抱えた部下の管理体制
・ 職場での情報共有による健康志向の雰囲気づくり
・ 職場での情報共有による作業中の休憩への配慮
・ 情報共有による休職時の整備された支援体制
・ 情報共有による上司の個人的理解の徹底と安心感の醸成
・ 休業中の上司による仕事の調整
・ 職場におけるプライバシー確保と就労支援の体制
・ 退院直後の上司による就労上の配慮
・ 情報共有による職場での喫煙のルールの徹底
・ 上司による積極的な声かけ
・ 抗がん剤治療中の上司の配慮による業務転換
・ 産業医から人事などへの情報の開示
・ 産業医と主治医による直接の情報交換の要望

＜問題点＞

該当なし

ケース７

＜メリット＞

・治療スケジュールを調整しやすい業種
・自ら状況報告と治療方針の社長・同僚への申告
・病状を自分で正直に会社へ申告
・診断後すぐに休業を認めてもらえる職場の理解
・病状に対する職場からの声かけ
・職場の理解による、配置転換(現場の変更)
・職場の配慮による、柔軟な勤務時間
・放射線治療のスケジュールを、治療医と相談して決定
・会社に説明するための、積極的な病気に関する情報収取

＜問題点＞

該当なし

ケース８

＜メリット＞

・事前の病状と治療スケジュールの告知による職場の理解
・毎月の会社への診断書提出と産業医によるフォロー
・体調を考慮しない転勤命令に対する自分からの交渉
・上司との人間関係の困難さに対する自分の正直な考えの伝達
・自分の体調を常に上司への報告ことの重要性
・治療スケジュールに合わせて休めるような上司の支援
・入院に対する上司と職場の理解
・勤務時間に応じた業務量という上司の配慮
・必要な時に休憩を取らせてもらえる上司の理解
・仕事の制限に関する上司との相談
・産業医による経過フォロー
・主治医から産業医への意見書と産業医面談

＜問題点＞

・疾患に対する上司による意識の違い
・復職後業務の制限による、金銭的な困難(医療費への不安)

ケース９

＜メリット＞

・体調を鑑みて早く帰るように上司からの声かけ
・体調に合わせた仕事のやり方
・仕事に対して上司からの安心できる言葉や励ましの言葉
・会社への治療の経過などの情報の連絡
・復職時の異動先に関する管理者のアドバイス
・復職の条件について相談しやすい職場環境
・職場に同様の病気の経験ある人の存在

＜問題点＞

・上司・職場の心無い言葉
・勤務スケジュールの融通が利きづらい仕事内容
・負担になることがある周囲からの声かけ

ケース１０

＜メリット＞

・復職に関して事前の職場との相談
・周りの人が体調を気遣っての声かけ
・周りの人に支援のお願い
・治療中心で仕事ができるための上司との相談
・上司交代時の十分な引継ぎによる差別の解消
・脱毛を見られないように上司の配慮
・上司による働きやすい環境
・産業医との治療と仕事の両立に関する相談

＜問題点＞

・主治医や産業医からの上司・同僚に対する説明の要望

ケース１１

＜メリット＞

・社長からの励ましの言葉

＜問題点＞

・カウンセリングの設置の要望

ケース１２

＜メリット＞

・上司の配慮による治療継続のための職場環境の設定
・産業医との面談で配置転換の指導と治療のアドバス
・会社から主治医へ情報提供を依頼
・治療を早く受けられるように上司が配慮
・産業医と担当医の連携
・上司によるサポート

＜問題点＞

該当なし

ケース１３

＜メリット＞

・上司からしっかり休むようアドバイス
・上司と面談して時短になるように仕事を調整
・周囲からの噂を避けるために自分から周囲に説明
・自分から周囲に包み隠さずに病状を説明
・周囲の人の好意的な受け入れ
・産業医による心強い復職面談
・休職しても仕事が回る仕組み
・自分から産業医に時短勤務を希望
・産業医から上司に意見

・職場が組織の制度を一番理解している人事課
・職場のがん患者に対するサポートの意識の醸成

＜問題点＞

該当なし

ケース１４

＜メリット＞

・周囲の人の理解による良好な引き継ぎ
・自分の病気を気遣った職場の同僚の禁煙
・通院時間の確保に対する会社の理解
・小さい会社ゆえの周囲の認知

＜問題点＞

・産業医や労働安全衛生の責任者の不在

② 循環器患者インタビューから

ケース１

＜メリット＞

・定期受診のための時間確保に対する同僚の配慮と通院日の設定における主治医からの支援
・私傷病休職後の職場復帰と定期受診に対する職場全体からの十分な理解と配慮
・補聴器販売業における同一部署での雇用継続に対する職場からの希望
・CRT-D 植込み後の体調や症状に対する自分からの十分な説明と同僚からの声かけと心配
・契約社員という小さな責任と補聴器販売業における 27 年間という長い勤続年数による会社からの信頼と復帰への理解

＜問題点＞

・販売業における接客時は体調の悪さを言い出せない・休憩を取れない状況
・CRT-D 植込み後の電磁干渉に対する同僚の不十分な理解
・CRT-D 植込み後の障がい者手帳取得に対する受容と販売業における顧客からの差別的発言

ケース２

＜メリット＞

・職場での ICD 作動後の職場での疾病理解の進展
・心臓デバイス挿入（疾患）に対する上司の理解と復職への声かけ、軽作業から通常業務に配置
・介護職における心臓デバイス挿入後の電磁干渉する機器等の設置個所での作業者の交代の上司からの指示
・疾病の受け入れに悩んでいた際の上司からの励ましの声掛け
・介護職における心臓デバイス挿入後の介護業務遂行に対する上司の配慮
・心臓デバイス挿入後の復職後 4 年での生活や仕事に対する自己受容
・心臓デバイス挿入に対する上司の理解と声掛け
・心臓デバイス挿入後の 5 年での生活や仕事での価値観の変化・疾患の受容
・心臓デバイス挿入後の職場に対して疾患について専門家からの説明の要望

＜問題点＞

・心臓デバイス挿入後の同僚からの疾患に対する理解不足と差別的発言
・心臓デバイス挿入後の職場での「疾患もち、障がい者」という噂や中傷

・不整脈症状に対する悩みや職場での悩みの相談相手不在

ケース３

＜メリット＞

・過剰な配慮をしないよう主治医から管理職への助言・連携
・主治医からの職場訪問し疾患について講演・説明する支援
・職場における不整脈発作時の AED 稼働による救命措置
・教育職における心臓デバイス植込み後の主担任から副担任への異動を伴う業務量軽減措置
・教育職における不整脈発作再発への不安による海外研修への参加困難
・心臓デバイス挿入後の転職に係る障がい者雇用での採用

＜問題点＞

・職場復帰後の入院加療による再休職の際の上司からの心無い発言

ケース４

＜メリット＞

・教育職における心臓デバイス挿入後の電磁干渉環境下の教室から電磁干渉のない教室への授業（作業）場所の変更の自らの申し出
・教育職における部活動の顧問業務での超過勤務困難と通勤時の同僚の配慮
・ICD 挿入後の運転制限に対し上司からの出張時の運転業務交代の命令
・心臓デバイス挿入後の上司が業務量を半分負担し業務量軽減する配慮
・教務主任という業務内容について裁量権を持つポジションと組織トップの要望・申し出を受け入れ
・心臓デバイス挿入後の復帰時の自分から積極的に職場に対して配慮を要望
・心臓デバイス挿入後の積極的な配慮の申し出による職場全体の働きやすさの改善

・＜問題点＞
・教育職における心臓デバイス挿入後の部活動顧問現場で単独になる不安と複数人体制
・心臓デバイス挿入後の職場からの就労継続の期待や不本意な昇進

ケース５

＜メリット＞

・営業業務における心筋梗塞後の運転代行という同僚からの配慮
・心筋梗塞後の負担の大きい非定常の事務作業の際の職場からの声かけ
・心筋梗塞後の自分のペースで体調管理をしながら仕事に取り組む姿勢
・営業職における心筋梗塞後の仕事をする場を自分で決めるといった業務調整

＜問題点＞

・心筋梗塞後の職場からの就業上の配慮の未検討
・心筋梗塞後の職場からの高いパフォーマンスの期待と消極的声かけ
・心筋梗塞後にして欲しい就業上の配慮を申し出せない職場の雰囲気
・営業職における心筋梗塞後の遠距離運転時や外泊時に再発作が生じる心配
・職種転換・後進育成の対応がない就労環境

ケース６

＜メリット＞

・製鋼業における心臓デバイス挿入後の電磁干渉の恐れがある機械のある区域
・心臓デバイス挿入後の就労時間について自己裁量権の付与という配慮の会社への申し出と認可
・教育研修を行う業務における心臓デバイス挿入後の勤務時間の短縮（宿泊研修を日帰り出張に変更）
・移動時における ICD 挿入後の自動車運転制限に対する運転代行という同僚からの配慮
・心臓デバイス挿入後の身体的負荷を気遣う職場からの声かけ
・心臓デバイス挿入後の定年後雇用に関わる就労条件の要望
・合理的配慮の申し出を受け入れてくれる背景にある職場からの復職の期待や信頼関係
・就業配慮の要望に応えるアットホームな企業風土

＜問題点＞

該当なし

ケース７

＜メリット＞

・産業医からの残業禁止・夜勤禁止という就業制限
・SE 職における就業時間制限に対する職場の受け入れ・理解
・主治医からの説明や意見を産業医に自分で伝達・説明
・SE 職における客先での業務から自社内での業務への転換

＜問題点＞

・該当なし

③　脳卒中患者インタビューから

ケース１

＜メリット＞

・上司による作業遂行能力の適切な判断
・上司による自己の状態へ頻回な気遣い
・同僚による制限作業の代替
・新たな作業習得に係る同僚による補助
・上司の疾病経験による障害への良好な理解
・新たな作業習得に係る同僚による補助

＜問題点＞

・言語障害の他者からの理解のしづらさ
・言語障害の見えづらさによる同僚とのコミュニケーションの困難さ

ケース２

＜メリット＞

・産業医による職場巡視を基にした更衣上の配慮
・産業医による職場巡視を基にした業務周辺上の配慮
・産業医による体調回復に合わせた就業制限
・産業医による復帰における面談評価・アドバイス
・職場の経験による障害の良好な理解、受容
・上司の多方面への配慮
・産業保健スタッフの多方面への支援
・左麻痺による作業制限に対する代替作業の残存機能へのフィット
・職場への自己の状態のアピール
・休職中の職場との定期的な情報交換

＜問題点＞
・産業医による就業制限のための残業手当分収入減

ケース３
＜メリット＞
・上司の福利厚生手続き上の代行支援
・左麻痺による作業制限に対する代替作業の残存機能へのフィット
・医療機関による傷病保障制度に関する情報提供
・他患者による傷病保障制度に関する情報提供
＜問題点＞
・現存の業務遂行能力と上司の希望のジレンマ
・罹患による状態変化と職場の期待とのギャップ
・職場の人員不足による要求
・通勤に係る家族の送迎支援

ケース４
＜メリット＞
・右麻痺による作業制限に対する代替作業の残存機能へのフィット
・右麻痺による歩行障害に対する職場環境のフィット
・公共交通機関の使用が困難な職場の立地
・障害者雇用に慣れた企業体制と右麻痺による作業制限に対する代替作業の残存機能へのフィット
・間接作業上の麻痺による困難に対する同僚の作業補助
・右上肢麻痺による物品運搬作業の制限
・同僚の理解
・上司の理解
＜問題点＞
・通勤に係る家族の送迎支援
・産業医によるフォロー面談なし

2) 血液がん、循環器疾患及び脳卒中患者に共通してみられる医療情報共有化（本人及び主治医と産業医及び会社及）による患者のメリットと問題点

① 血液がん、循環器疾患及び脳卒中患者に共通してみられるメリット

３つの疾患に共通してみられるメリット
・職場の上司と同僚から積極的な病気と治療に対する理解が得られること
・職場の上司と同僚から積極的な就労への配慮があること
・職場の上司と同僚から励ましや安心の声かけがあること
・治療スケジュールと就労との調整がしやすくなること
・産業医からのフォローがあること
などが挙げられる。

情報共有化によるメリットを促進するもの
・患者本人から積極的に上司や同僚に対して病気や治療のことを説明すること
・主治医による職場への具体的で丁寧な症状と治療に関する説明があること
・主治医と産業医の情報交換の連携が明確にあること
・産業医または保健師による定期的な面談によるフォローがあること
などが３つの疾患に共通してみられている。

② **血液がん、循環器疾患及び脳卒中患者に共通してみられる情報共有化によって生じる問題点**

３つの疾患に共通してみられる問題点

・病気に関する個人情報が広がることによって精神的負担が生じること
・周囲の配慮や声かけがかえって精神的に負担になること
・病気に対して上司や同僚が誤解すること
・主治医から職場への不十分な説明による職務に対する配慮の不徹底と就労中の症状に対する忍耐
・上司や同僚から心無い言葉を浴びせられること
・上司によって病気に対する意識や理解が異なること
・健康配慮による業務転換によって、仕事に対するモチベーションが低下すること
・産業医の介入が消極的であること
・産業医による就業制限によって、金銭的な困難が生じること
・悩みを相談できるカウンセリングの機会がないこと

などであった。

③ **血液がん、循環器疾患及び脳卒中患者の各々の疾患特有の情報共有化によって生じる問題点**

血液がん患者に特有の問題点

抗がん剤治療による副作用が強い状態で就労していることが多いが、一見すると普通に見えることが少なくないため、一般的な副作用についての情報共有があっても上司や周囲の同僚に症状をうまく伝えることができない。このため、主治医から症状についての具体的な作業と関連した情報提供が随時必要となる。

循環器疾患患者に特有の問題点

心臓デバイス挿入後の業務に関して、量的軽減や電磁波干渉の配慮はあるものの、その分、質的に高いパフォーマンスが求められる心的ストレスが強い職務に職種変更や昇進することがある。また、周囲から障害者という差別的発言を受けることがある。

脳卒中患者に特有の問題点

言語障害による上司や同僚とのコミュニケーションの困難さ、残存機能による業務遂行能力と上司が期待する業務とのギャップがあり、これらの苦悩を理解してもらうことが難しく、その結果、自ら退職に追い込んでしまうことがある。また、通勤に家族の協力が必要となることがある。

D. 考察

1) 患者本人及び主治医と産業医及び会社との間で医療情報を共有することは、問題点もあるが、メリットの方が大きいと考えられること

今回のインタビュー対象となった患者は、職場との関係が比較的良好である人を選んでいるバイアスは否定できないものの、今回の結果を倫理的な観点から分析する限り、本人及主治医と会社との医療情報の共有化は、職場の就労適性に関する的確な判断と病気に関する正しい理解と適切な配慮をもたらす可能性が高いものと考

えられる。

患者本人自らが積極的に上司や同僚に対して自分の病気と症状や治療について開示し説明を行った方がよいとするケースも複数あったことは注目に値する。しかしながら、患者自身が自分の症状や治療について会社に理解しやすく説明することは、場合によっては誤解を生じることも考えられる。そのため、患者自らが積極的に職場に対して説明するためには、主治医からの症状と治療に関する情報が作業と関連した具体的な指導の内容であってほしいとの強い要望があり、主治医が記載する書類の不十分さが指摘されている。

ところが、主治医の本来の役割は日常生活レベルの復帰の際の留意事項やアドバイスを行うのが主であり、職場復帰の際の現場に精通した作業内容の具体的記載を求めることは実際には極めて困難であり、その限界があることは明らかである。職場復帰の際の医療情報の共有化は、適切な治療と就労の継続という患者のメリットだけでなく、会社にとっても本人と周囲への安全配慮を十分に行うことができるメリットがあり、そのことについて具体的にきめ細かく説明しアドバイスできる医師の存在が不可欠である。

身体疾患を有する患者の職場復帰に際して、患者本人と会社の双方のメリットを維持するためには、病床から日常生活への復帰をめざす主治医と、日常生活から職場への復帰をめざす産業医との双方の役割分担と医療情報の共有による連携作業であることを、患者本人と会社に理解してもらうことが大切である。その上で、身体疾患を有する患者への職場での理解と個別対応、そして組織的な支援体制があってはじめて医療情報の共有化のメリットが生かされてくるものと思われる。

2) 医療情報の共有化の際に生じる問題点を解消するには、産業医の倫理的立場の確立とその役割が大きいと考えられること

前述したように、主治医からの医療情報を同じ医師として医学的に正しく理解し、患者本人の要望と会社の職場環境を十分理解した上で、本人と会社に対して理解しやすく説明し、職場復帰や職務適性について具体的なアドバイスを行う役割を担うのが産業医である。

今回の調査結果の分析から、血液がん、循環器疾患及び脳卒中の患者に共通した情報共有化による問題点として、個人情報の安易な漏洩による精神的負担、過度の声かけによる精神的な負担、病気に対する上司や同僚の誤解と不用意な発言、上司による病気に対する意識や理解の違い、主治医から職場への不十分な説明による職務に対する配慮の不徹底と就労中の症状に対する忍耐、配置転換による仕事に対するモチベーションの低下、病気と就労の悩みを相談できない、などの内容がみられたが、これらはいずれも有能な産業医が適切に対応すれば解消が可能なものと考えられる。

しかしながら、その際に求められるのが産業医の倫理的立場の確立である。専属産業医であれば、事業者とは労働契約の法的立場にあるが、医師としての倫理的立場は、事業者または労働組合とは中立性・独立性を保持する立場であることを明確にして

おく必要がある。何故ならば、この倫理的立場が明確でないと、主治医からの信頼性を得ることができず、十分な医療情報の共有化ができないリスクが生じるからである。昨年の本研究の報告書でも述べたように、主治医が情報提供する上でもっとも不安に感じるのは、産業医の臨床医学に対する理解力もあるが、産業医が会社と全く同じ立場で判断することがあった場合、医療情報の共有化によって本人に対して不利益が生じてしまうのではないかと考えるからである。その不安を解消しない限り、主治医の産業医に対する信頼を得ることは困難である。

一方、患者本人と会社の産業医に対する信頼を得るためにも、産業医には、産業医学の専門家として、中立性・独立性の倫理的な立場を明確にした上で、患者本人、主治医及び会社とコミュニケーションを十分にとり、上記の医療情報の共有化による問題点を実務的に対応できる能力を有することが求められるといえる。

3）産業医が不在の職場において主治医から直接に医療情報を伝える場合が最も倫理的に問題となること

職場復帰の際の医療情報の共有化で最も倫理的に問題となるのが、産業医が不在の職場において、人事労務担当者が主治医から直接に治療状況等の医療情報を入手して就業制限や就労配慮を行う場合である。

産業医が不在の場合、血液がん、循環器疾患及び脳卒中の患者に共通してみられた問題点である、個人情報の安易な漏洩による精神的負担、過度の声かけによる精神的な負担、病気に対する上司や同僚の誤解と不用意な発言、上司による病気に対する意識や理解の違い、主治医から職場への不十分な説明による職務に対する配慮の不徹底と就労中の症状に対する忍耐、配置転換による仕事に対するモチベーションの低下、病気と就労の悩みを相談できない、などが生じやすい就労環境になる可能性が高くなることが想定される。

さらに、情報共有化によって各々の疾患特有に生じる問題点である、血液がん患者の抗がん剤による副作用の周囲からのわかりにくさ、心臓デバイス挿入後の作業の量的削減の反動による質的に高いパフォーマンスの要求と心的ストレスが強い職種変更や昇進、周囲から障害者という差別的発言、脳卒中患者の言語障害による上司や同僚とのコミュニケーションの困難さ、残存機能による業務遂行能力と上司が期待する業務とのギャップなど、直属の上司や人事労務担当者にとって十分な理解と適切な対応が難しいことが少なくない。

産業医不在で産業保健師や看護師が常在する場合は、産業医の職務を代行する場合もあるが、産業医であっても主治医からの信頼を得るのが難しい場合があることを考えると、職場復帰の際の医療情報の共有化のプロセスで、産業保健スタッフが主治医から信頼を得て十分な情報提供を受けることは実際にはハードルがかなり高いものと思われる。

今年（平成 28 年）2 月に厚労省から公表された「事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン」では、産業医や産業保健スタッフが不在の場合は、労働者本人の同意があれば人事労務担当者が主治医から直接に必要な情報を収

集することもできる、とされているが、今回の患者インタビュー調査結果の分析から判断する限り、本人同意の原則の対応だけでは倫理的な問題が解消できないことを示唆している。

したがって、産業医が不在の場合は、主治医が安心して情報を提供できるための書類の様式の検討とその記載にあたっての倫理ガイダンス（本人、主治医及び会社に対する倫理的留意事項）が必要になるものと考えられる。

E.　結語

身体疾患を有する患者の治療と就労双方の両立支援を行うための医療情報の共有化は、職場での理解と個別対応姿勢及び組織的な支援体制があってはじめてメリットが生じる。一方、医療情報の共有化よって生じる問題点を解消するには、産業医の存在と役割が極めて重要であり、その実務において産業医学を専門とする医師としての中立性・独立性の倫理観の確立が不可欠である。また、産業医が不在の場合が最も医療情報の共有化よる問題を生じやすく、主治医が倫理的な不安を感じることなく情報を提供できるための書類の様式の検討とその記載にあたっての倫理ガイダンスの作成が期待される。

F.　引用・参考文献

1）　厚生労働省（2016）：事業場における治療と初授業生活の両立支援のためのガイドライン (http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000113365.html)

表１．血液がん労働者の職場における医療情報の共有化によるメリットと問題点

血液がん　ケース１

＜メリット＞

仕事のコントロールによる治療時間の確保

病気の情報を会社に伝えて自分の裁量で仕事をコントロールして受診できた。

情報共有の継続性による職場の理解

逐一自分と職場と情報を共有していたので職場の理解があった。

主治医による丁寧な治療中の症状の説明と職場調整

主治医がいろいろな可能性を話してくれたので、職場とのすり合わせができた。

休職中の積極的な仕事への関与

休職中も会社に出て現場の状態を把握していたので、スムーズに復職できた。

本人と主治医との情報共有による本人の理解の徹底

主治医と相談して、やっていいことと悪いことを確認していた。

本人と職場の情報の共有による職場の理解

今の状態を会社や従業員に伝えていたので、会社が重い仕事は外してくれて、軽い作業に当ててくれた。

職場の理解を求めるための本人からの積極的な情報提示

会社から病気の状態を聞かれたらなんでも答えるようにしていた。

本人と主治医との情報共有による本人の理解の徹底

主治医から「何をしてはいけない」という情報を聞いていた。

本人と職場の情報の共有による職場の配慮

体力が落ちたので、仕事内容を軽いものにしてもらったり、楽な道具を使うようにした。

社内での同様の経験による職場の理解

以前に胃がんで亡くなった人がいて、病気に対する周囲の理解があった。

病気に対する積極的な職場の理解

会社の人も理解があって、職場の中を清掃してくれた。

病気に対する積極的な職場の理解

周囲の従業員が自分らで病気の情報を調べ、適宜配慮してくれた。

＜問題点＞

産業医の消極的介入

産業医は年に１回の健康診断の時に、痩せてくださいと言われるくらい。

血液がん　ケース２

＜メリット＞

上司による業務中の積極的な傾聴・声かけ

上の人たちが気を遣ってくれて、「きつかったら、電話一本でもいいし、連絡してくれたら休んでいいよ」っていう配慮はあります。

上司による業務中の積極的な傾聴・声かけ

勤務について「自由にしていいよ」と言われている。

職場による業務中の積極的な傾聴・声かけ

仲の良い上司の人で、「大丈夫か」と自分のことを気遣ってくれる。

病気に対する積極的な同僚の無関心

同僚は気を遣って逆に病気のことは、会話に出ないぐらい。

＜問題点＞

病気に対する消極的な自己の理解

知ってしまう方が怖いので、病気の情報はあえて詳しく調べなかった。

情報共有の不十分による就労中の症状に対する忍耐

ぼうっとしたりずっと頭痛がしていたが、周りに分からないように我慢して仕事をしていた。

職場からの積極的な休養勧奨への精神的負担

休みたくないので、「休んでいいよ」と言われると逆に負担になる。

同僚によって個人情報を広められた精神的負担

自分は隠しておきたかったのに、衛生課の看護婦さんがうちの先輩とか他の課の人に、「○○さんはがんになった」と言ってしまった。

産業医による消極的介入

産業医の関わりはほとんどなかった。

血液がん　ケース３

＜メリット＞

仕事の裁量と職務調整

気持ち悪くなる期間が決まっていたので、休みを取るのに最初は上司と相談していたが、シフトを作るのが自分だったので、自分で調整していた。

本人と上司との情報共有による上司の理解と配慮

上司にもしかしたら入院するかもしれないっていう話をしたら、「病院を優先しなさい」って言ってくれて、仕事の都合をつけることができた。

本人と職場の情報の共有による職場の理解

吐き気などについて、会社からの支援は「調子が悪かったら休んでいいよ」と言われるくらい。

本人と上司・同僚との情報共有による上司・同僚の理解

施設長と面談して、復帰する時も主任と含めて面談していろいろ決めた。「抗がん剤治療中ですが、復職していいですか？でも調子が悪かったらすみませんけど休みます」という話までして、復職した。上司や職場の身内には言える環境であり、その辺の理解はあった。

本人と主治医との情報共有による職場の配慮

放射線に切り替えは元々決めており、復職の時に一応放射線治療もあるかもしれないという説明をしていたので、3 週間休みをとることはスムーズにできた。

病気に対する上司の積極的な理解

直属の上司は、結構理解がある人だった。「無理しないでね」っていう理解はある職員は何人かいたんで、すごい勤めやすかった。

病気に対する積極的な職場の理解

努めているところが福祉系なので、病気には理解があり、看護師さんも気にかけてくれたので働きやすかった。

治療スケジュールと労働時間・欠勤の調整

毎日放射線治療は午前中なので、7 月後半は勤務時間を遅くして治療が終わってから仕事に行った。８月から２交替制に変わって、昼勤務がなくなったため、遅刻扱いになるから傷病手当も出るので午後は出勤せず休んだ方がいいと言われた。

主治医と職場との情報共有による職場の理解

病院からの支援として、復職するときに説明の文書として、血管痛とか「軽作業から始めてください」とかを加えてくれてたんで、改めて説明をしなくてよかった。

主治医から具体的な職務適性に関する提案

悪性リン腫や抗がん剤などについて、全部自分で説明をしないといけなかったので、「この人はこういう状態です」みたいに職場が分かりやすくしてくれるといいかな。

主治医と職場との情報共有による職場の理解

先生が書いていただいたお手紙で、症状とかをある程度詳しく書いてくれたから、会社の人にも分かりやすかった。

＜問題点＞

会社の評価低下を防ぐための本人の努力

外から見ると(症状が)そこまでなくて、ちょっと体がきついとか、吐き気とかだから、はたから分かりにくいんですよね。周りから理解されないことがつらかった。復帰したときに「動かないね、この人は」と思われてるんじゃないかとか思うと、無理してでも、もうちょっと頑張ろうかと。

血液がんという病気に対する職場の誤解

治療が終わって復職した次の月からより忙しい職場への異動の話があり、異動せざるを得ない状況だった。治療が終わったから「もういいでしょう」という感じがあった。

上司による定期的な声かけなし

定期的に話は聴いてもらいたかったなっていうのは、ありました。こっちから発信しないと聴いてくれるような環境じゃなかった。直属の人はしょっちゅう聴いてくれるけれど、さらに上の人とかは、もうちょっと気にかけてほしかったなという気はしましたね

病気に対する職場の誤解

リンパ腫っていうのは、外から見ると(症状が)そこまでなくて、はたから分かりにくいんです。復帰たときに「動かないね、この人は」と思われてるんじゃないかとか思うと、無理してでも、もうちょっと頑張ろうかと。

病気に対する積極的な気遣いによる同僚の無関心

抗がん剤打って脱毛起こった時は、ウイッグをつけていて、知らない人は知らないし、誰もそれには触れなかった。

業務中の積極的な傾聴・声かけなし

職場が「休んでいいよ」って言っても、変わりはしなかったのかなとは思うんですけど、ちょっと一言とか言ってくれたら、自分もちょっと一旦立ち止まったのかなと思う。向こうからももう少し深く「どう？」って聞いてもらえるような環境があると、もう少し助かった。

職場による業務中の積極的な傾聴・声かけの要望

職場が「休んでいいよ」って言っても、変わりはしなかったのかなとは思うんですけど、ちょっと一言とか言ってくれたら、自分もちょっと一旦立ち止まったのかなと思う。向こうからももう少し深く「どう？」って聞いてもらえるような環境があると、もう少し助かった。

業務転換によるモチベーションの低下

仕事のモチベーションは異動が原因で下がりっぱなし。異動が無かったら・・・と思う。自身のキャリア像としては、ケアプランを作ったりするケアマネジャーというようなところを目指してて、そのところに比較的近い場にいたが、病気をしたタイミングでたまたま同時に異動があって、それから少しずれたことでモチベーションが下がっている。

産業医の存在が不明

職場は 51 人から 300 人の規模だが、産業医の先生がいるという話は聞いたことがない。

血液がん　ケース４

＜メリット＞

上司・同僚の配慮

新しい仕事は易しい仕事から徐々に鳴らしてくれた。上司・同僚が協力的だった。

上司・同僚からの配慮による積極的な声かけ

上司・同僚が協力的で、仕事で疲れを残さないように注意を受けた。

上司・同僚との良好なコミュニケーションの確保

上司・同僚とのコミュニケーションがうまくとれていた。

治療で休むことへの職場の理解

治療で休む時は、前もって申請していれば可能だった。

上司の配慮による入院中の配置転換

腰痛で、体位変換や俊敏な動きができない、治療の副作用で免疫力が落ちているため、対人の仕事はできない。そのため、入院している間に、上司が別の仕事に配置転換してくれた。

異動に関する上司との相談

異動前の上司とは相談しながら、新しい配属先を決めた。

主治医からの病気に関する十分な情報提供

上司・同僚の病気に対する理解があったので、新しい仕事を覚える中で一つ一つフォローしてくれた。自分の症状に対する理解があった。病気の認知度を上げる資料のようなものがあると良いと思う。

主治医と産業医の医療職同士での情報共有による病気に対する偏見の防止

上司が偏見を持たないためにも、医療職同士での情報交換の方が良い。

＜問題点＞

症状や治療が伝えることの困難さと主治医からの積極的介入の要望

一般の人には症状や治療が分からないため、配置転換を検討するのが難しかった。医療職からの説明を受けて、いればもっとスムーズに配置換えができていた。

主治医からの職場への具体的な指導や配慮を記載した書類の要望

主治医からの指導事項として、病気の内容や経過、避けるべき事項、治療のスケジュールなどを具体的に記載してもらうと、治療経過中の配慮が非常にしやすい。

血液がん　ケース５

＜メリット＞

上司が同様の症状の経験による配慮

たまたま上司が同じような部位の症状が出ていたため、その上司に相談して、仕事をスムーズに休むことできた

他職場での同じ症状の人の経験による配慮

同じ症状の方が、別の職場にいらっしゃって、会社はその症状の情報も入手していたみたい

業務遂行が困難であることへの理解的な職場の雰囲気

自分ができることしかできないので、それを理解してもらえるような雰囲気があって

上司の積極的な理解

上司に理解していただいて、気長に見て治してくれっていうことを言われましたね

常勤の産業医と保健師によるサポート

常駐の産業医と保健師がおり、病院選びの相談などはする

産業医による復職前面談あり

復職前に産業医の面談があって、就業意見書みたいなものを主治医の先生に頂いて、「いつぐらいからいいですよ」みたいな意見をいただいて産業医に出して、産業医の先生と私と面談して、「働けますか」とか、「どういう状況ですか」っていうのをお互いが聞いて、判断されてました

毎月の産業医による面談フォロー

徐々に徐々に通常の業務を取り戻しつつ、毎月の産業医の先生の面談もありながら、やってたんですけど

産業医による就業配慮

産業医の先生も「夜勤はいいよ」だとか、「残業はだめだよ」とか、具体的にチェック項目があって、それで、いい、悪いを判断されてました

＜問題点＞

病気休業の際の会社のルール（マニュアル）の要望

マニュアルが欲しいですね。「病気入院した場合には、こういう規約に基づいて、こういう制約があるんで、ここを見ときなさい」ぐらいの社内ルールがあってもいいかなとは思いましたね

血液がん　ケース６

＜メリット＞

情報共有による上司の配慮と支援的雰囲気作り

復職時も上司は「焦らずにしてください」と声をかけてくれ、支えてくれている雰囲気があった

上司による病気を抱えた部下の管理体制

会社の体制として、上司はグループ員ごとに病気を把握しとかないといけない。従業員も報告しないといけない。大きな病気は上司が把握しておくことで、上司がうまくサポートしたりとか、目を配ったりっていう雰囲気がある

職場での情報共有による健康志向の雰囲気づくり

病気を経験したことで、職場のみんながいい意味で喫煙のマナーを守ってくれるような雰囲気ができた。職場の身内のコミュニティーの中でも、いい雰囲気ができた

職場での情報共有による作業中の休憩への配慮

もし眠たくなったら、ちょっとこうやって寝ていいですよ、と言われていた

情報共有による休職時の整備された支援体制

作業長とか役付きさんに相談して、役付きさんの方から今度は作業長に話して。そして３人で話して、という支援をするときのルート、ラインは、いつも浸透して、決まってるんです。支援する体制が整ってるんですね。手順も整ってる。それはみんな知ってます

情報共有による上司の個人的理解の徹底と安心感の醸成

工場長っちゅうか、その人のおふくろさんが同じ病気っちゅうか、それで自分も分かっとるっちゅうてから。だから、雇用に対する不安は、特にはない

休業中の上司による仕事の調整

上司が自分が休んでいる間の仕事の調整してくれた。そういう調整ができる職場の環境だった

職場におけるプライバシー確保と就労支援の体制

プライバシーが守られるような感じの配慮もしてもらいながらも、仕事の調整をしてもらってっていう形のサポート体制があった

退院直後の上司による就労上の配慮

退院したばかりの時は上司が仕事を変わってくれていて、掃除車を運転をしなくていいよと言ってくれた

情報共有による職場での喫煙のルールの徹底

上司が喫煙のルールを徹底してくれるようになった

上司による積極的な声かけ

上司が「どうある？　どうある？」と声かけをしてくれた

抗がん剤治療中の上司の配慮による業務転換

上司から抗がん剤の治療で掃除車の運転業務はしないでいいよ、安静にしてくださいっていうことの配慮で、パソコン作業にしてくれた

産業医から人事などへの情報の開示

産業医と面談し、産業医から人事や職場外のそういう人たちに発信していた

産業医と主治医による直接の情報交換の要望

産業医と主治医は直接情報のやり取りがあるとありがたい。解釈が間違って誤解を招くこともあるから

＜問題点＞

該当なし

血液がん　ケース7

＜メリット＞

治療スケジュールを調整しやすい業種

僕なんかはもう外で出てからあれですから、営業なんて外で何してるか分かんないという感じで言われるような仕事ですからね。自分で勝手に時間を作って(治療に)行くんですよね。

自ら状況報告と治療方針の社長への申告

社内の社長ないしに、状況を申して、入院とか今後の治療について相談していくっていうことで、大体は解決した。

自ら状況報告と治療方針の社長・職場への申告

社長とかに、抗がん剤に行くために２日間くらいお休みしないといけないんで、「今回は何回めの抗がん剤で」ということを逐一報告していた。

病状を自分で正直に会社へ申告

治療スケジュールをうまく組むためには、正直に全て言わんと、会社の方も納得するのが厳しいと思います。

診断後すぐに休業を認めてもらえる職場の理解

社長も役員さんも事務員さんも集まってもらって、「こういう診断受けたんで、しばらく治療に日数がかかりますし、お休みさせてもらわないといけないんで」ということで話をして、会社としては認めていただきました。

病状に対する職場からの声かけ

今も社長・同僚から「どうなの、病状は」って聞かれることはある。

職場の理解による、配置転換(現場の変更)

建物を造り始めたらば大体１年半とか２年とかかかるわけですよね。契約をさせてから、ずっと工事管理していくわけですけど、大きい工事には引いて、他の人に替わってもらったりしてもらった。

職場の配慮による、柔軟な勤務時間

勤務時間が８時から夕方５時までなんですけど、その時間にとらわれずに、きつくなったらば途中でも家の方に帰るとか、そんな形にしてですね。

放射線治療のスケジュールを、治療医と相談して決定

東京への出張に行くときに、放射線治療の間隔を主治医にお願いして、調整してもらった。

会社に説明するための、積極的な病気に関する情報収取

パソコンで悪性リンパ腫とか、いろいろと調べました。有名な俳優さんが悪性リンパ腫とかで亡くなられたとか、そういうのをある程度調べて、そういう知識を得て会社の人とかにお話しした。

＜問題点＞

該当なし

血液がん　ケース8

＜メリット＞

事前の病状と治療スケジュールの告知による職場の理解

前もって自分に直接関係ある事務員とか事務職に、こういう状態だからもう通院しなくちゃいけない、だから、何月だったら何日は休ませてもらうけって、迷惑かけるけど申し訳ないけどっていう形で、理解はしてもらったですね。

毎月の会社への診断書提出と産業医によるフォロー

会社としては、診断書を毎月出してくれという条件で。そして、何かあったら電話ください。そして、時々ですけど、うちの産業医の先生の方から、「どんな状態ですか」とかあったですね。

体調を考慮しない転勤命令に対する自分からの対処

いい上司が定年になって次の上司がちょっとくせ者で、病気をちゃんと引き継いで分かってるはずなのに、(遠方に)異動してくれっていうふうに言われた。(だから)「自分の体は今こんなんでってちゃんと報告してるはずですけど。それでも行けというんなら、一応主治医の先生から証明書取りますけど」と言ったら、「ちょっと考え直す」と言われて地元の方になったんですよね。

上司との人間関係の困難さに対する自分の正直な考えの伝達

その上司が何で言うこと聞けとかという感じのような対応やったですね。自分の性格もそんなの負けたくないもんだから、自分の正直に言いたいことはちゃんと言って、そのかわり仕事はちゃんとしてますからですね。

自分の体調を常に上司への報告ことの重要性

自分の体調を常に上司に伝えることが、もう最優先ですね。決して黙って無理をしない。やっぱ再発したら怖いものですからですね。

治療スケジュールに合わせて休めるような上司の支援

自分が抜けても「何月何日にヒヤミズが抜けるから」そこに誰かをはめるように、(上司が)先に出した計画表をもとに、シフトを決めていくっていう形でうまく支援してもらってた。

入院に対する職場の理解

がんっていう病気自体は、もうみんなが結構耳にしている状態だったんでですね。申し訳ないけども、入院せな、治療をしなくてはいけないちゅうことで。それがどんくらいになるかというのが分からないからですね、それはもう迷惑かけるけど、理解してもらったですね。

入院に対する上司の理解

半年くらいちょっと入院っていう形になってしまったんですが、入院して治療しないといけないとなったときの、基本的には上司の方と相談してお伝えした。

勤務時間に応じた業務量という上司の配慮

そのときの上司もそれを考慮してくれて、「なら、今日は時間こんくらいだから、一応これとこんくらいでやらしてくれ。もしできんやったらできんでかまわないから」ちゅうことで、気は使ってもらったですね。

必要な時に休憩を取らせてもらえる上司の理解

ちょっと無理したな、ちょっときついなと思ったときには、上司に「ちょっときついからちょっと休ませてくれ」って言うてから、30 分とか、１時間弱なんですけど休ませてもらってたですね。

仕事の制限に関する上司との相談

肉体労働的な作業は自分の体調次第で、軽い荷物の運搬などはやっている。これできる・できないっていうのは、上司との相談で決まる。

産業医による経過フォロー

会社としては診断書を毎月出してくれという条件で。そして、何かあったら電話ください。時々ですけど、うちの産業医の先生の方から、「どんな状態ですか」とかあったですね。毎月じゃないですけどね。

主治医から産業医への意見書と産業医面談

主治医の意見書とか踏まえた上で、(産業医の)面談は復帰する１か月ぐらい前に２回ぐらい面談があった。

＜問題点＞

疾患に対する上司による意識の違い

上司次第で全然違いますね。理解できる上司、そういったのを関係なく無視する上司。だけ、うちの会社の場合は、人事異動とかも含めて、今あなたの状態はどんなんですかっていうアンケートみたいな、あるんですよね。

復職後業務の制限による、金銭的な困難(医療費への不安)

金銭面では、最初は仕事の制限があるので、その分手取りの収入も少なくなるから、そこはかなり大変だった。

血液がん　ケース９

＜メリット＞

体調を鑑みて早く帰るように上司からの声かけ

白血病になる前に、めまいとかが出て、ちょっと産業医大の方に４日ぐらい入院したんですよ。その以降は、管理者の方も「早く帰んなさい」っちゅうことで、それから７時か７時半ぐらいには帰ってた。

体調に合わせた仕事のやり方

体調が悪いっちゅうのがとても気になってたので、早く書類を仕上げとった方がいいって、自分の中でそう思って、大体事務所にそれまであんまり腰を据えていないっちゅうたらおかしいですけど、夜はいるんですけど、昼間は訪問にずっと行っていて、居なかったのが、昼間でもパソコンで書類作りをした。

仕事に対して上司からの安心できる言葉や励ましの言葉

管理者が代わったんですけど、元の管理者と今の管理者と２人で来てくれて、そして、仕事の方は大丈夫だから」「元気になってまたおいでよ」って言ってくれはしたんですね。そして休職扱いになった。

会社への治療の経過などの情報の連絡

ちゃんと(連絡を)取るようにって言われてたので、管理者が来てくれたり、メールで私が送ったり、病状が変わったりとかしたときに、今度こんな治療しますよとか、そういうのずっと連絡取ってました。

復職時の異動先に関する管理者のアドバイス

何回も来てたんですよ、管理者とかはですね。で、「どんな？」とかいって。でも、今度(復職の)話し合いにいくのがすごい規模が大きい(職場)だから人数もすごいと思うんですよ。「そこに行ってあれしたら、もうちょっと大変。もうイノウエさん、もしかしたら、ここには働かん方がいいかもしれんよ」とか、管理者が来てから言った。

復職の条件について相談しやすい職場環境

すぐに復職するのではなくっちゅうか、復職する前にウオーミングアップみたいな感じ体を慣らして、それからいくぞっちゅう感じの方がいいのかな。そんなことができるか、また相談してみようとは思うんですよ。ちょっと管理者の方に。そういうのは相談しやすい環境。

職場に同様の病気の経験ある人の存在

厨房の方なんですけど大腸がんか何かが見つかって、手術したのかな放射線っていったかな。それから抗がん治療をちょっと受けたりして、そして職場に今、週に何回か出てるっちゅう人がいます。

＜問題点＞

上司・職場の心無い言葉

もう休んでこんなぐらいになるから、そろそろ辞めてもらわなみたいな話があったので、ちょっと私はもうカチンときて、辞めるとか私が決めることだから、会社からそんなこと言えんでしょって。今の一番命がかかった大事なときにそういう話するのって。一番上の人が、看護師さんなんですよ。看護師の免許持ってる人がそういうこと言うんですかね、もうちょっと落ち着いてからでもいいんやないですか、うちの姉はとても怒ってますよっちゅうのだけは伝えたんですね、間接的に。そしたら、ちょっとやんだんです、その話は。

勤務スケジュールの融通が利きづらい仕事内容

会社の方は、週４のパートから始めてもいいよっていうのは言ってるんですよ。ただ、週４で働いてた人も、利用者に合わせてですから、毎日出てこないといけんような仕事なんですよね。

負担になることがある周囲からの声かけ

私、厳しく育てられたので、普通の人にとっては結構厳しいとかいうこともある。でも自分が反対に患者になって(気付いたのは)、人からかけられた言葉「こんなに頑張ってるのに、またそれ言う？」とか。悪い気で言ってるんじゃないっていうのは分かるんだけど、今はそれ言われたらきついよねとかいうのがちょっとあって。やっぱりそういうふうに言われたりしたときに、ああ、ひょっとしたら私も、支援の中でこういうことしてたかもしれんなとか、相手のことを思って言ってるんだけど、相手にとってはそれがすごく負担になったりとか、重荷になったりとかすることがあったかなとか、それはすごい勉強になりましたね。

血液がん　ケース10

＜メリット＞

復職に関して事前の職場との相談

復帰するときにも面談で、「こういうとこはできるけど、こういうとこはできないです」っていう話をして、それでもいいっていうことで復帰したりしてた。

周りの人が体調を気遣っての声かけ

同じメンバーとか、一番身近な人とかが「(助けが必要な時は)言って」と気遣ってくれて、今の仕事も続けられてきましたね。

周りの人に支援のお願い

こういう治療をしてるから、月にこれくらいは休まないといけないし、重たいものが持てないって先生にも言われたので、「こういうときは助けてもらいたいので、いいかな」っていうのは、メンバーには話して。

治療中心で仕事ができるための上司との相談

上司から電話があって、「どういう状況か」って聞かれて、「いや、今、こういう状況で」って言ったら、それでもいいから来れたら来てくれということで、治療を中心に、できるときでいいから出勤で仕事をするように、その上司が道を作ってくれたんで。

上司交代時の十分な引継ぎによる差別の解消

上司が替わられてもそれは引き継ぎされてるので、まわりの人からも、嫌なこととかもぜんぜんなくって。

脱毛を見られないように上司の配慮

髪の毛が抜けてる姿も見られたくなかったから、上司が、一番奥の更衣室、ロッカーを与えてくれた。

上司による働きやすい環境

上司の方が働きやすいところになるべくしてくださったのかな。

産業医との治療と仕事の両立に関する相談

産業医はおられました。治療の内容とか治療しながら仕事ができるといった話をした。

＜問題点＞

病院や産業医からの上司・同僚に対する説明の要望

病院側とか産業医から、みんなの前でじゃないですけど、上司１人でもいいので、直接言ってもらってて、「本人の状態はこういうことだから、皆さん、こういうふうに協力してください」って一言あったら、もっと理解してもらえてたというか。余計気遣われるのも嫌だし、一緒にしてる仕事の仲間として、特別扱いがあまりにもされてもやりにくいので、少し理解してくれるぐらいで。

血液がん　ケース11

＜メリット＞

社長からの励ましの言葉

退院してからも、何回か社長に会って「とにかく今は何も考えんで、体をとにかく治して、それら、早いとこ現場に復帰できるように頑張ってくれ」というようなこと(を言われた)。

＜問題点＞

カウンセリングの設置の要望

精神的なケアとかがあったほうが。ちょっとした愚痴じゃないですけど、そういったものを聞いてもらえるようなところ。簡単なカウンセリングみたいなものですよね。そういったようなところがあればな、とは思いますね。

血液がん　ケース12

＜メリット＞

上司の配慮による治療継続のための職場環境の設定

職場の直属の上司に相談したら、すぐに治療を受けられるような環境にしてくれた。

産業医との面談で配置転換の指導と治療のアドバス

車の運転も産業医と面談があったときに、すぐ、「まず内勤に１年間変わりなさい」と、総務課も含めて、「内勤にさしてもらいなさい」と。目の手術も、「一気に両目、やってもらいなさい」と。

会社から主治医へ情報提供を依頼

総務課と産業医の先生と話し合って、できるだけ早く「症状を一筆書いてくれ」、主治医に電話して、こういう状況ですということで書いてもらって、それを本社の方へ提出して、で、まあ、受理されたような形なんです。

治療を早く受けられるように上司が配慮

手術して組織採ってみたら小細胞がんだったということで。で、また化学療法やるなら近い方がいいやろうということで、部長の方に(言われた)。

産業医と担当医の連携。

産業医と担当医の連携がうまくいった方が、患者にとっては助かるかなとは思います。

上司によるサポート。

上司が代わりに来でサポートしてくれた。

＜問題点＞

該当なし

血液がん　ケース13

＜メリット＞

上司からしっかり休むようアドバイス

病気休暇とか年次休暇とか、そういった制度を使ってしっかり休む。完全に治して仕事に復帰するっていうふうなメリハリをつけないと、仕事の面でもすべてが中途半端になってしまうっていうふうに思った。厳しい上司も、「そういうふうにした方がいいよ」っていうふうなアドバイスは、そのときもらったから、じゃ、もう、上司が言うんやったら、それは、もう甘えようと。しっかり休みなさいっていうふうな感じやったからですね。そういう面では、救われたかなっては思います。

上司と面談して時短になるように仕事を調整

仕事に復帰しようとするときに、上司の方とかと面談したり。時間短めに、早めに上がるように仕事を調整してもらった。

周囲からの噂を避けるために自分から周囲に説明

かつらをしてるから、周りが、「スガタさん、どうしたとかいなね」っていう、そういううわさは立ちますね。僕もあんまり隠したくなかったので、自分から積極的に言ってました。

自分から周囲に包み隠さずに病状を説明

いろんな人に自分の病気のこと包み隠さず言って、みんな受け入れはよかった。周りの感じっちゅうのは。あんまり変わらない。あまり妙に大事にされても、きついもんね。

周囲の人の好意的な受け入れ

いろんな人に自分の病気のこと包み隠さず言って、みんな受け入れはよかった。周りの感じっちゅうのは。あんまり変わらない。あまり妙に大事にされても、きついもんね。

産業医による心強い復職面談

産業医の先生と復職面談があるので。産業医はおった方が心強い。いまだに会うと、「どうですか」っていう声かけもしてくれるしですね。何かあったとき動いてくれるからね。

休職しても仕事が回る仕組み

自分がやってる仕事っていうのは、厳しい上司の影響もあるんですけど仕事の組み立てっていうかチームワークを形成するのが、今思えばうまいなって思うんですよね。仕事には主担と副担がいてっていうふうな形で、仕事が何でも進められて

いくので、自分がいなくても、その仕事は副担がいつも見ている。副担がいなければ主担がするみたいな感じで、そういう複数でやってるからですね。ジョブローテーが、半年にいっぺんぐらいやるから、だから、みんながいろんな業務を知っている。だから、１人抜けても、大丈夫ではあるっていう。

自分から産業医に時短勤務を希望

産業医の先生には、自分の方から時短勤務をお願いしたような気がします。

産業医から上司に意見

産業医の先生から自分の上司に、１時間の時短を、「言ってもらえませんか」っていうふうなお願いをして。産業医の先生から、人事の当時の課長にですね。(配慮の期間は)産業医の先生が、「何月何日まで、こういう時短の勤務とします」っていうふうな、多分書類を作ってくれてるはずです。

職場が組織の制度を一番理解している人事課

人事にいて組織の制度とかすごく、一番理解しているところにいた。

職場のがん患者に対するサポートの意識の醸成

人事課の人間も、一番近いところで自分がそういう病気をしてるから、やっぱり、そういう意識っていうものは、多分生まれたんじゃないかなというふうに思いますけどね。

＜問題点＞

該当なし

血液がん　ケース14

＜メリット＞

周囲の人の理解による良好な引き継ぎ

引き継ぎとかは、うまく周りの方も理解してもらってもらった。

自分の病気を気遣った職場の同僚の禁煙

職場はですね、３人ぐらいはたばこやめました。自分の病気を知ってですね。で、仲間内ではそういうふうに動いてくれるんですけ。

通院時間の確保に対する会社の理解

化療センターと眼科、口腔外科へ行くときは、会社、半日なり休ましてもらって行かしてもらってるんで、そこは助かってるなと思いますね。他の従業員も「ちょっと抜けるけん」ちゅうてから、行って。会社はそこら辺、理解はあるんですね。

小さい会社ゆえの周囲の認知

ちっちゃい会社やから、皆さん知ってる。

＜問題点＞

産業医や労働安全衛生の責任者の不在

小さな会社なので産業医や労働安全衛生の責任者みたいな人はいない。

表２．循環器疾患患者の職場における医療情報の共有化によるメリットと問題点

循環器疾患　ケース１

＜メリット＞

定期受診のための時間確保に対する同僚の配慮と通院日の設定における主治医からの支援

半年に１回のペースメーカ外来や、元々のかかりつけの病院への定期受診は、仕事のセール期間中に入ったときはちょっと困ったなっていう感じはあった。（だけど、）一緒に働いてる方がすごい理解のある方が配慮してくれたり、先生方に相談して日にちを少しずらしてもらったりとか、病院には行くようにはできたから良かった。

私傷病休職後の職場復帰と定期受診に対する職場全体からの十分な理解と配慮

今、同じように働いてる２人や社長、皆さんが理解があったんです。それで、（CRT-D を）入れたからといって、仕事に差しつかえなかったから、「（職場に）ずっといてください」と言われる、よい環境だった。例えば、外来日が職場のセール(期間)等の忙しいとき被った時でも、私の分まで、（同僚）1 人で対応してくれた。だから、（その好意に）甘えてた。

補聴器販売業における同一部署での雇用継続に対する職場からの希望

今の仕事がやはり経験がないとできない（仕事で）ある、誰でも入ることができない。病気をして仕事できるか不安はあったんですが、会社側に「辞めてくれ」とは一切言われなかった。（むしろ）できればずっと続けてほしい（と言われた）。（職場復帰して）仕事は病気になる前と同じぐらいできるようになった。

CRT-D 植込み後の体調や症状に対する自分からの十分な説明と同僚からの声かけと心配

他に（ペースメーカを）入れた方が会社いないから（職場の）皆さんは、ペースメーカの（知識）は全くないんだけど、「心臓の（病気・治療）」と言ったら、「それで大丈夫なんやろうか」「仕事もできるんかな」っと、心配してくれたんです。手術する前、歩くのもやっとという感じで仕事に出てた状態を（職場の）皆さんは見てたから、手術したあとの元気になった姿で、皆さんが受け入れてくれたという感じです。どういった手術か、「（ペースメーカ）が入ってるから心配ない」とか、（自分で）説明したら、（職場の）皆さんが心配を取り除いてくれた。だけど、セールの期間中はやっぱり忙しいから、「忙しいときにきついんじゃないの？」とか、（同僚が）心遣いをしてくれるので助かっています。

契約社員という小さな責任と補聴器販売業における 27 年間という長い勤続年数による会社からの信頼と復帰への理解

補聴器販売なんです。入社して 25 年で、60 までは店長で、責任感の強い仕事してた。今は、1 年更新の契約（社員）で、責任はなくなり、仕事も楽になった。店長時代は、もし病気しても休むわけいかないし、そんなに入院もできなかったと思う。（今回の職場復帰の対応は、）27 年間の経験を会社が認めてくださってるっていうことなんです。

＜問題点＞

販売業における接客時は体調の悪さを言い出せない･休憩を取れない状況

セールが年に４回ある。１回のセールが４週間と長い。補聴器や電池を購入されたり、補聴器点検のお客さんの対応です。忙しいときは 1 日に 20 人（客が）いらっしゃるのを、2 人でこなしてるんです。（忙しいセールの）ときに病院の定期（受診）で休みを取られたら、（同僚の）負担が大きくなるから、申し訳ないなっていう感じだった。

CRT-D 植込み後の電磁干渉に対する同僚の不十分な理解

（電磁干渉の）ことは、職場の中では、「22 センチって言われてるんよ」と言っているので、一応知ってるんです。だけど、実際、電話してるときに「近いよ」とか言われたことないから、（職場の人は）そこまで（重視しては）思ってくれてないと思う。

CRT-D 植込み後の障がい者手帳取得に対する受容と販売業における顧客からの差別的発言

私の場合は、（ペースメーカを）入れてるからといって、（職場での）偏見はない。1 人のお客様に「障害者やろう」って言われたときには、一瞬ドキッとした。「そうです」と言うたんですけど。やっぱりそういう目で見られる方もいるかなって思う。昔の方というのは、障害者は受け入れられない人が多いんですね。

循環器疾患　ケース２

＜メリット＞

介護職における上司（看護職）の疾患に対する良好な理解による普段と変わりない接し方

看護師の上司は「傷口もちゃんとふさがって普通に働けるんだから」って言って、普通と変わりなく接してはくれた。

職場での ICD 作動後の職場での疾病理解の進展

（ICD が）一回作動してから、（職場の人が）「ああ、やっぱり病気だったんだ」と「これ（ICD）がなかった、そのまま死んでた」っていうのを分かり出したので、作動してよかった。それから見方が変わって、いつもどおりにしてくれるようにはなりました。

心臓デバイス挿入（疾患）に対する上司の理解と復職への声かけ、軽作業から通常業務に配置

（自分の病気に対して）上司は割と受け入れはよかった。退院して「私は仕事には行きたくない」って言ってるのに、「１週間もせんでもう出てきなさい」って言われた。最初は軽い業務からだけど、普通の一職員としてちゃんと戻してくれて、普通に業務をさせてくれました。

介護職における心臓デバイス挿入後の電磁干渉する機器等の設置個所での作業者の交代の上司からの指示

（ICD に影響する）電磁波のために、あまり触ったらいけないもの、近づいたらいけないときは、その人（理解のある上司）がいらっしゃるときは、職員に「B さんは使えんけん、あんた行っといで」とか言ってくれるので、ものすごく助かりました。上司が理解があったことで、救われてたところもあると思います。

疾病の受け入れに悩んでいた際の上司からの励ましの声かけ

（理解のある上司に）「病気を治すために入れてるんだから、全然恥ずかしがることも何もない。薬飲みよるのと一緒やろ」って言われて、「ああ、そうか」って（思った）。「（傷を）そんな恥ずかしがるような（ことはない）、（他人が傷を）見たかったら見せなさい。そのおかげで生きとんやけ」って言われ（励まされ）ましたね。

介護職における心臓デバイス挿入後の介護業務遂行に対する上司の配慮

仕事内容としては、介護業務は、他の人と変わらないぐらいの業務はしてるんです。夜勤もする。するんですけど、自分の中ではできてないというか、普通だったら、早く動けるのに、とか思ったりしますね。上司の方は、今までどおりある程度仕事をしていこうということは言ってくれて、普通の看護婦さんと変わらないように、扱ってくれてます。

心臓デバイス挿入後の復職後 4 年での生活や仕事に対する自己受容

やっと最近、いろんなことで自分も受け入れだしたと思います。いろんなことで開き直ったのかもしれないですけど、今の生活は嫌じゃないので、仕事にも普通に行く。（自分の）気持ちの中で、自分が「できないことはこっちで、私はこれをしよるけん」って納得してるのかもしれない。

心臓デバイス挿入に対する上司の理解と声掛け

もう一回働き出すにあたって、上司の方がある程度「今までどおり頑張りなさい」みたいな感じで（支援してくれて）、ものすごく助かりました。職場自体は障害者だからどうとかいう扱いも全くなく、普通に接してくれてる。異動もないです、働き慣れた場所で働きなさいって。

心臓デバイス挿入後の 5 年での生活や仕事での価値観の変化・疾患の受容

仕事でも、お年寄りや職員に接する態度は変わってると自分の中で思う。「胸が苦しい」って言ってるおばあちゃんを見たら、「苦しいよ、朝方きついんよね」って、自分も体感してるので言ってみたり、「寝とるより、起きとった方が楽なんよね」とか、「のど乾くけど、水飲んだらいかんよ」とか、「ここでこけたら頭骨折するき、痛いよ」とか、自分が体験したことを言える、元気な頃より楽しく仕事しよんかなって思います。

心臓デバイス挿入後の職場に対して疾患について専門家からの説明の要望

他の人は（自分の病気のことが）全く分からない状態（だけど）、自分で説明するわけにもいかんやないですか。「私はこうなので、こうしてください」とか「こうなったらこうしてください」とか「作動したときは…」とか、自分から

言うことでもない。職員の中で興味のある人は、（病気のことを）自分で調べて知ってくれてるが（十分な知識ではない）。（周囲の人には）上司が言ってはくれてると思うんですけど、（周囲に十分）伝わってない分、そういうお話をしてくれる先生がいたら、やっぱり（周囲の理解が）違うかなって思いましたね。私も話ができるが、他の人たちも戸惑ってるところもあると思うので、そういうのも聞いてくれて、第三者という立場から説明してくれたりしたら、ものすごく助かるなって、心強いなって思いますね。仕事で事故を起こすこととか精神的にが一番強いとは思う。そういう方（自分の病気のことを説明してくれる第三者）がいらっしゃったら、知識なく言ってくる他の人たちに説明をしてもらう方がいい。やっぱりに（人間）関係もぎくしゃくしてくるので、自身の不安感とかを聞いてくれるのも助かりますね。

＜問題点＞

心臓デバイス挿入後の同僚からの疾患に対する理解不足と差別的発言

（同僚に）笑いながらなので本心ではないんでしょうけど、「こういう仕事に向いてない」「仕事をせんでも年金で食べていける」「お荷物になって帰ってきたね」「ロボット」「電池で生きてるから、電池が止まるまでは絶対に死なない」って言われ、最初の頃はものすごく暗かった。障がい者は車椅子に乗って、謙虚に遠慮しながらするべきなのに（自分は）全然元気だから、（同僚の理解がなかった）。(同僚は自分が)死にそうにきつかった状態で（ICD を）入れてもらって元気になったのを知らないので、そうやって言う。

心臓デバイス挿入後の職場での「疾患もち、障がい者」という噂や中傷

（病気のことを）自分から言う分にはいいけど、新人さんとかに、私が言う前にみんなが言ってるっていうのも嫌やったですね。「あの人はああ見えて障害者」って。「（ICD を）触らせてもらい」って。「電池で動きよるよ」って、言われますね。もう今は「どうぞ」って、「（ICD を）見たかったらどうぞ」って言います。結構、見られたり、言われたり（してる）。陰ではもっと言われよんでしょうけど。それが一番嫌かもしれない。

不整脈症状に対する悩みや職場での悩みの相談相手不在

相談相手が欲しかったです。職場でも仲良くしてる職員の人たちもおるですけど、分からないじゃないですか。他の人はやっぱ分かんないですよね。脈が打つまでに、気が遠くなるぐらい遅いとかは、やっぱ体感せな分からんのやなあと思いながら。もう病院の先生にずうっとぐちぐちぐちぐち言いたい気持ちでおった。

「聞いて」って言って、「こんなん言われたんよ」って言いたかった。やっぱり先生が分かってくれてるっていうのがあるんで最初の頃は、ここに来るのが楽しみやったです。ものすごく。

循環器疾患　ケース３

＜メリット＞

過剰な配慮をしないよう主治医から管理職への助言・連携

入院プラス自宅療養は１か月でしたけど、それでも、体がなまっていて、減らしてもらった仕事をやるのも、かなりきつかったですね。２月の終わりに倒れて、新学年４月１日から復帰した。（主治医の）先生が、ブルガダ（を専門とする）先生で、管理職に「あまり職場で配慮しすぎると、うつになることがよくあるので、「もう普通にしてください。気にしなくていいですよ」みたいなことを言ってくれた。（主治医の）先生が職場の上司に直接コンタクトを取ってくれたので、かなり普通に（接）してくれた。（仕事を）２割分ぐらい減らしてくれたん（体力の範囲よりも仕事が多すぎて）きつかったという部分もありますね。

主治医からの職場訪問し疾患について講演・説明する支援

（主治医は）（職場）のすぐ近く（の病院）で、ＩＣＤ植え込みの非営利団体を立ち上げて、運動もされていたような先生だったので、（職場）にもＡＥＤの講習に来られたことがあった。だから（復職した）あとも、講習（等で主治医が職場に来る機会が）あった。（その中で）１度、自分の（病気の）件を中心に講演をしてくださったり、（主治医から職場に説明してくれた）。主治医が（他の活動を通して職場に）訪ねた折に、（職場に）「普通に（接して）あげなさい」とのアドバイスして、学校の方も好意的に受けて、（普通に接）してくれた。

職場における不整脈発作時の AED 稼働による救命措置

２人で組んでコンピューターを使う授業をする休み時間に、（職場の）通路で倒れた。頭から倒れたんで血だらけになって、もう１人の先生が職員室に駆け込んでくれて、（その場）で（AED を）やってくれたんで、血がそこらへ（飛び散った）。（自分の血で汚れた）場所も、（職場の）皆さんで（掃除）してくれてるので、私が（職場復帰）ときには、皆さん、歓迎してくださって、そういう意味では、非常に温かい受け入れだった。

教育職における心臓デバイス植込み後の主担任から副担任への異動を伴う業務量軽減措置

（仕事は）学校で主担任していたのが、副担任になって、（業務量を）軽減してもらった。それと、管理職も声かけはしてくれていた。まわりは、腫れもんに触るような（対応）で、何となく（気を遣って）くれましたね。

教育職における不整脈発作再発への不安による海外研修への参加困難

海外研修は若い頃には行ってました。主治医には、「(海外でも治療)できたもんだし、（行って）いいんだよ」と言われるけども、「もし飛行機の中で（発作が）起きたら、どうするんだろうか？」（という不安）もある。もちろん（職場）側も、「（海外研修）に行け」とは言わない。私も、もし（海外研修に参加しろと職場に）言われても…長時間の飛行機に乗る（のは気が）進まない。

心臓デバイス挿入後の転職に係る障がい者雇用での採用

（復帰後転職した。）（転職）の際に、（ICD 植え込み等の既往歴について）内定が決まるまで言ってなかったですね。内定決まった段階で、人事課に（既往症を持っていることは問題ないか）聞いたら、「普通に授業できるんでしょ？」と言われた。客観的にみれば、（企業の）障碍者（雇用）のノルマがあり、「普通に仕事してくれる障がい者１級がいるのは、非常に、むしろ職場としてはありがたい」（状態が）、あると思う。しかし、もういっさい配慮してくれませんね。大学教員というものの特性で、あまり人のことを配慮したりしない人種なんだなあと、つくづく思う。

＜問題点＞

職場復帰後の入院加療による再休職の際の上司からの心無い発言

２回目の（入院では）、事務長や管理職の１人の教頭に「入院は、もうこれぐらいにしてくれ」と、はっきり言われた。心無い発言をした上司は、（元々）仲良かった（人だった）。「あんたが急に休むから大変だ」って（言われ、）後任を探そうとされた。今にしてみれば、（職場の）まわり（の人）は「ああ、もう、この人は終わったんだな」という感じはあったと思いますね。そうはいっても、全体的には「かわいそうにな」「よう助かったね、よかったね」と言ってくれる人も多かった。2 週間入院して１週間家にいて、もう（復帰し）ました。

循環器疾患　ケース４

＜メリット＞

教育職における心臓デバイス挿入後の電磁干渉環境下の教室から電磁干渉のない教室への授業(作業)場所の変更の自らの申し出

私は学校の教員してるんですが、（校舎の上を）高圧電線が通ってて、高圧電線の下側に（ある教室へ授業をしに）行くときは、ちょっと胸が重たく気分が悪くなる感じがありました。「（授業を受ける）クラス（の生徒）を（高圧電線の真下にある教室から高圧電線の移動させて）（授業をする）教室を替えてくれ」と自分で校長先生に（申し出た）。最初の頃は、わがままを言わしてもらいましたね。

教育職における部活動の顧問業務での超過勤務困難と通勤時の同僚の配慮

（クラブの）顧問はしていたが、練習（の同行は）（通常の）勤務（時間）内だけで終わっていた。車（運転制限期間は）副顧問に自分の家まで送ってもらっていた。まわりに迷惑かけましたけど、協力してくれた。

ICD 挿入後の運転制限に対し上司からの出張時の運転業務交代の命令

担任は（して）なくて、教務主任をしていた。対外的な（業務が）多かったので、治療後から部下の教務サブがついて、サブが車を運転し、一緒に出張に行って、必ず２人で行動していた。校長先生が、「（自分と）出張とか全部一緒に行け」とサブ（をつけてくれた）ので、非常に助かりました。

心臓デバイス挿入後の上司が業務量を半分負担し業務量軽減する配慮

機械を扱う仕事（では）なく、仕事上人をうまく教育していく（職務）なので、校長先生の理解があって、（対外的な業務に就くときは）は必ずサブをつけてくれたので、私自身は、復帰後は非常に仕事がやりやすかったですね。（自分の業務である）教務主任はけっこう重たい仕事なので、教頭先生が半分担当していただいて、治療後の業務は半分になった。（だから）復帰がしやすかったですね。

教務主任という業務内容について裁量権を持つポジションと組織トップの要望・申し出を受け入れ

僕は教務（という）立場である程度（業務内容を）コントロールできる立場にはいたが、コントロールできない（要項）でも、（上司の校長先生に）言えばしてくれた。

心臓デバイス挿入後の復帰時の自分から積極的に職場に対して配慮を要望

（復職に際し）やっぱり上司の理解が必要になると思います。だから、（今回）の職場復帰をする前に、学校（職場）に夫婦で出向いて校長先生に「こう（いう配慮を）お願いできないか」と要望を出し、どういう形で復帰を（するか）お話しさせてもらいました。「こういう病気なので、ここまでしかできません」「半年間は免許も、車も乗れないので、配慮してください」（等の）要望は、当然（職場に）言わないといけないですよ。(要望を申し出るには本人の)性格もあるけど、職場環境も（要望を）言える環境にあったんです。

心臓デバイス挿入後の積極的な配慮の申し出による職場全体の働きやすさの改善

学校再編（という同じ業務についていた）２人の教務主任が（同時期に）倒れたんですよ。１人は死んだんです。僕が２人目に倒れたんです。それだけ激務やった。今考えれば、（あんな激務）をよくやってたな、という感じはしますね。そ（のような経緯）もあって、第２・第３のこういう人は作っちゃいけないから、（復職に関しての職場で必要な配慮）を要望した。現場または上の立場の人としては、こういう配慮も必要だ、言わないと分からない。今まで３人やった（業務）が、「３人じゃ無理」と（激務の状況が伝わって）、次の年の配置換えで、５人に（増員）なったりしました。（自分が倒れた）ことをきっかけに、いい方向に改善がされて、学校（職場）にとってもよかった。

＜問題点＞

教育職における心臓デバイス挿入後の部活動顧問現場で単独になる不安と複数人体制

クラブの顧問をしているが、土日の試合や夜の練習への（同行業務）については、配慮は全然なかったです。ただ、顧問１人じゃちょっと（心配）だから、必ずサブの顧問と一緒にやってました。（自動車運転制限のため、復帰後）半年間は車に乗れなかったので、その期間は遠征（試合への同行）はしていないです。

心臓デバイス挿入後の職場からの就労継続の期待や不本意な昇進

（教務主任から進路指導主事への昇進）に（心臓ペーシングデバイス）を植え込んだことはぜんぜん影響していないです。配慮ないですね。（上司から）「進路指導主事せえ」って言われ、進路指導主事は仕事が人の３倍ぐらいあえり（業務量の多さのために）したくなかったので「もう、辞めさしてくれ」（と答えた）。（しかし、上司に）「おまえが辞めたら学校（職場）が困る」と言われ、（説得されて）「いいですよ」と了承した。

循環器疾患　ケース５

＜メリット＞

営業業務における心筋梗塞後の運転代行という同僚からの配慮

同僚は気使いしてくれますね。私が（遠方）に営業に行くとき身が空いてたら、同僚の者が「運転しますよ」「私連れて行きますよ」と（申し出てくれて）、何回かその同僚の助けにあってます。

心筋梗塞後の負担の大きい非定常の事務作業の際の職場からの声かけ

事務でも何か難しい事務があったら「私がしましょうか」ってことでやってくれます。会社よりもまわりの者が、ものすごく心配して助けをくれますね。

心筋梗塞後の自分のペースで体調管理をしながら仕事に取り組む姿勢

私は今、（心筋梗塞発症以前の）100%の力から、例えば 50（%）になったとしても、自分なりのペースで（体調）管理しながら、無理をしないようにやろうと思いますね。

営業職における心筋梗塞後の仕事をする場を自分で決めるといった業務調整

仕事を少し簡素化はしてます。（営業先に）行っても電話や資料でなるべく補助して、長居はしない。例えば相手が「何日に来てくれ」って言（われても）、「こちらが何日頃に行きますので、合わしてもらえませんか」と、こちらのペースに合わせるよう調整してます。（営業にむかうため車で）走る距離は、前の半分ぐらいに下がった。（残り）は、同僚に運転してもらって行く等して、なるべく運転しないようにしてます。対策を会社がやってくれない以上、自分で（工夫・努力）しなきゃ、どうしようもないね。

＜問題点＞

心筋梗塞後の職場からの就業上の配慮の未検討

職場の受け入れは心配するばっかりで、対応（策や）改善がないですね。私はもう 62 歳なんですけど、代わりの者を行かせるとか、運転手に若い者を付けてそこまで行くとか、負担をかけない（ための配慮・対応策）があまり見られないですね。（病気）を克服してきた人間に対して、「その扱いはないだろう」っていうような感じはしますね。

心筋梗塞後の職場からの高いパフォーマンスの期待と消極的声かけ

職場の受け入れは、普通どおり「あ、戻ってきたか。まあ、しっかり頑張ってくれ」っていうような感じですね。

心筋梗塞後にして欲しい就業上の配慮を申し出せない職場の雰囲気

会社自体として復帰後の支援っていうものは、ほとんどないですね。
（自分から配慮の申請を）言えば、逆に給料を減額されるんじゃないかというような（雰囲気ですね）。

営業職における心筋梗塞後の遠距離運転時や外泊時に再発作が生じる心配

（営業の）仕事をするとき、やっぱり遠距離での運転途中でまた心筋梗塞起こした場合が心配（です。）走りっているときに（心筋梗塞に）なった場合はどうなるのか、宿泊先で（心筋梗塞に）なったときはどうなるんか、すごく心配ですね。（だから）泊まりになるべく行かないようにしている。

職種転換・後進育成の対応がない就労環境

今までもう何十年も、会社のためにやってきてるわけでしょ。だから会社は、もっと（病気）に対応できるような職種に替えるとか、条件はそのままの状態で（後進）を育てる（仕事に替えるとか対応するのが大事ですよね）。（仕事をしてくれる自分の）代わりはおるもんなんですよね。例えば私が倒れても大したことないんですよ。

循環器疾患　ケース６

＜メリット＞

製鋼業における心臓デバイス挿入後の電磁干渉の恐れがある機械のある区域

当社の溶接をする工場で、ガイドラインに（電磁干渉のため立ち入ってはならないと）書いてような（設備のある敷地）には、（自分）から（会社に）言って、立ち入らないという了解はもらっておりました。

心臓デバイス挿入後の就労時間について自己裁量権の付与という配慮の会社への申し出と認可

勤務時間についても（自分の）自由（がきくように）要望し、会社側に許可してもらっている。

教育研修を行う業務における心臓デバイス挿入後の勤務時間の短縮（宿泊研修を日帰り出張に変更）

退院後、宿泊を伴う研修（では）、宿泊はしないで日帰りの形に数回してもらった。（その後）体も特に問題もないし、慣れてきたので、すぐに普通と同じ仕事に完全復帰しました。こちらから要望するというよりも、会社側から心配されて、「他のスタッフでするから心配しないで、今回の研修は宿泊にわざわざつかなくてもいいですよ」と言ってもらった。

移動時における ICD 挿入後の自動車運転制限に対する運転代行という同僚からの配慮

（講習は）本社や外部の公共施設の研修センターをよく使って、宿泊研修をしております。その移動というのは基本的には車ですが、送迎をしてくれる施設を、選んで（いるので）、運転はほとんどしないです。病人が発生したときのために社用車を１台だけは持って行くけど、他のスタッフが運転します。

心臓デバイス挿入後の身体的負荷を気遣う職場からの声掛け

周りの者が「もういいよ」とか「あとはこっちでやらせるから先にあがってくださいよ」と、そういう配慮をしてもらってるから大丈夫ですね。

心臓デバイス挿入後の定年後雇用に関わる就労条件の要望

私、67 になるんですけど、60 が定年で過ぎたら１年契約の嘱託社員になるんですよ。私の場合は、私から月に 17 日勤務にしてほしいと勤務条件を出したんです。だから（通院のため）の（休日）も自由が（きき）ます。

合理的配慮の申し出を受け入れてくれる背景にある職場からの復職の期待や信頼関係

私の方から就労の条件を出して、会社が分かりましたと言っていただく背景は、やはり会社に必要とされてるからですね。この前も「残ってくれますか、頼みますよ」というふうに（言われました）。

就業配慮の要望に応えるアットホームな企業風土

（会社の）規模は従業員 1,800 人ぐらいで、歴史も古い（会社）ですが、案外とアットホーム的な面もあり、案外融通はききやすい（です）。

＜問題点＞

該当なし

循環器疾患　ケース７

＜メリット＞

産業医からの残業禁止・夜勤禁止という就業制限

（会社の食堂は）23 時まで夕ご飯とか出ないので、夕食は 24 時以降でした。（休職後の）入院時の栄養指導で、（夕食が深夜は病気の管理上）ないと（言われました）。なので、復帰したときは、産業医の先生から「ほぼ定時での（就労で）、夜６時以降の仕事禁止、３日に１回の夜間コール担当の仕事も禁止。」という就業制限がかかったんです。復職にあたって、就業時間を短くしてもらった勤務制限はとても役に立ちました。

SE 職における就業時間制限に対する職場の受け入れ・理解

（自分は就業制限がかかっているので）他の人に（仕事の）負担がいってる。それに関して（同僚から）何か言われたことはないけど、自分が気にして産業医に言ったことはあります。今は、基本的には（周りに）もう認めてもらって、定時退社として普通に働けてる。

主治医からの説明や意見を産業医に自分で伝達・説明

（主治医の）先生から、産業医に手紙とかはなかったですね。産業医の面談のときに、自分で「こういうふうに言われました」って言った。そしたら産業医の先生が就業制限を会社側に伝えた。（就業制限によって）だいぶ楽になった。

SE 職における客先での業務から自社内での業務への転換

（休職）前は客先の会社に入っての仕事をしてたが、そうすると客先の会議とかで（就労時間が）長くなっちゃうんで、今は、客先常駐業務もＮＧ（就業制限）になって、自分の会社で仕事するというふうに（配慮してもらってる）。自身の負担としては当然軽くなった。

＜問題点＞

該当なし

表３．脳卒中患者の医療情報の職場との共有化によるメリットと問題点

脳卒中　ケース1

＜メリット＞

上司による作業遂行能力の適切な判断

上司の方が、やはり、１週間にいっぺんぐらい、体調を気にして、それでいろいろ話をして、まだ、仕事は無理だなとか、そういう判断はしてもらいました。

上司による自己の状態へ頻回な気遣い

上司の方が、やはり、１週間にいっぺんぐらい、体調を気にして、それでいろいろ話をして、まだ、仕事は無理だなとか、そういう判断はしてもらいました。

同僚による制限作業の代替

今はほぼ前と同じ業務に戻っているが、その業務に、半年ぐらいはかかったですね。まず、簡単な電話応対っちゅうか、難しい内容は、職場の方に替わってもらったりとか。簡単なことを初めは、やりましたですね。

新たな作業習得に係る同僚による補助

今はほぼ前と同じ業務に戻っているが、その業務に、半年ぐらいはかかったですね。まず、簡単な電話応対っちゅうか、難しい内容は、職場の方に替わってもらったりとか。簡単なことを初めは、やりましたですね。

新たな作業習得に係る同僚による補助

やるようになったけども、やはり、分からない面ちゅうが、中にはありましたので、そのときは、助けてもらったということですね。

上司の疾病経験による障害への良好な理解

上司が、心臓の病気(大動脈解離)をやったばっかしやったんですよ。それで上司も、ちょっと体調の方が悪い内容を持っとって。だけん、痛みが分かってくれた環境がありました。

新たな作業習得に係る同僚による補助

担当の職場っちゅう形んなりますと、10 人ちょいぐらいですね。その人たちは、やはり、親切に面倒を見てくれました。

上司の疾病経験による障害への良好な理解

上司の方が、そのサポートをしてくれなかったら、職場に復帰できたかどうかっちゅうのは、私も分からんですね。やっぱ、退院したときを考えれば、もう、何もできない状況やったけんですね、それを黙って見守ってくれたっちゅうのが、はい、やっぱ、大きいなと思います。

＜問題点＞

言語障害の他者からの理解のしづらさ

言語障害、失語症というと、外からは見えないので、麻痺とかと違って。そうすると、「あの人は、何も悪くないんではないか」と思われることもありました。

言語障害の見えづらさによる同僚とのコミュニケーションの困難さ

他の職場の人たちには、知れてるのかどうかっちゅうのが、分からなかった。１年後ぐらいに、職場をまた替わったんです。その職場の方に替わったときの方が、自分がそういう病気、したのかどうかっちゅうのが、あまり分かってなかったと思うんです。苦労はちょっとしたですね。電話はしないんですけども、周りの人と、方との、何ていうんですかね、コミュニケーションが難しくなった感じがありました。

脳卒中　ケース２

＜メリット＞

産業医による職場巡視を基にした更衣上の配慮

ここの卒業の先生がいて。上がるときに、靴を履き替えないかんの、上履きと。いすを置いてくださいって、先生に頼んだ。で、中に入って、また、同行して、今度、トイレ。トイレも、スリッパに履きかえないかんもんで、立ってできないから、こうやって座って、靴、スリッパへ履き替えて、できるようにいすを入れてくれた。非常にありがたかったですね。

産業医による職場巡視を基にした業務周辺上の配慮

ここの卒業の先生がいて。上がるときに、靴を履き替えないかんの、上履きと。いすを置いてくださいって、先生に頼んだ。で、中に入って、また、同行して、今度、トイレ。トイレも、スリッパに履きかえないかんもんで、立ってできないから、こうやって座って、靴、スリッパへ履き替えて、できるようにいすを入れてくれた。非常にありがたかったですね。

産業医による体調回復に合わせた就業制限

産業医の先生、復帰する際にそういう、いろいろアドバイスとかですね、サポートやられて。その後も、復帰後も、定期的に、産業医の先生と、面接とかあったよ。復帰して２か月は、「半日にしてください」って。「午前中ですぐ、終えて、終わらしてください」って、言えば(意見書を書いてくれた)。

産業医による復帰における面談評価・アドバイス

産業医の先生、復帰する際にそういう、いろいろアドバイスとかですね、サポートやられて。その後も、復帰後も、定期的に、産業医の先生と、面接とかあったよ。復帰して２か月は、「半日にしてください」って。「午前中ですぐ、終えて、終わらしてください」って、言えば(意見書を書いてくれた）。

職場の経験による障害の良好な理解、受容

職場、会社全体として、非常に理解があるところなんだと思います。

上司の多方面への配慮

周りの方々の配慮も良かったですか、産業医の先生、それから、上司の方々。非常にいろんなところですね、配慮いただいてる。

産業保健スタッフの多方面への支援

周りの方々の配慮も良かったですか、産業医の先生、それから、上司の方々。非常にいろんなところですね、配慮いただいてる。

左麻痺による作業制限に対する代替作業の残存機能へのフィット

座ってできるということですね。

職場への自己の状態のアピール

まず、会社の人と連絡、取ることだよね。何もしなかったら、向こうも分かんないし、「これが、こういう状況です」っていうのを行かないかん。自分からアピールしないと。

休職中の職場との定期的な情報交換

会社の方は何か月かに２回、定期的に状況報告に行ってた。３年、雇用関係は継続してた。

＜問題点＞

産業医による就業制限のための残業手当分収入減

でも、残業もね、もう、交通費と一緒やもんね。厳しいよ。

脳卒中　ケース３

＜メリット＞

上司の福利厚生手続き上の代行支援

出勤初日に倒れたから、保険など心配していたら、社長のご厚意で、「俺が、社会保険、入るように、もう、手続きをしとるから」っていうふうに言っていただいて。会社勤めなってるので、休職中は傷病手当金とかは、いただきました。

左麻痺による作業制限に対する代替作業の残存機能へのフィット

（復職後は）ビルダーをしている。注文住宅の設計・営業。お客さんと金融機関との、橋渡しとか、ローンのお世話。お客さんのご希望を聞いて、間取りとかを作る、プランナーのようなもの。10 月に退院し、12 月に復帰された。マネージャーで、マネージメントだけでいいからっていうことで。

医療機関による傷病保障制度に関する情報提供

（治療した）先生が、やっぱり、まず、お金だっていうことで。涙が出そうだった。治療できないじゃないですか、お金がなかったら。保険のこと、教えてくださって。で、「訪ねてみられたらどうですか」って言ったから、一か八か、会社の社長さんにお電話したら、「あ、それぐらい、してあげるよ」って言ってくださった。教えてくれなかったら、分からなかった。知らないと、申請、やっぱ、しないので。

上司の福利厚生手続き上の代行支援

（治療した）先生が、やっぱり、まず、お金だっていうことで。涙が出そうだった。治療できないじゃないですか、お金がなかったら。保険のこと、教えてくださって。で、「訪ねてみられたらどうですか」って言ったから、一か八か、会社の社長さんにお電話したら、「あ、それぐらい、してあげるよ」って言ってくださった。教えてくれなかったら、分からなかった。知らないと、申請、やっぱ、しないので。

他患者による傷病保障制度に関する情報提供

障害年金は、ここにかかって、同じ病気をしていた方の奥様と、ちょっと、仲良くなって、教えていただきました。ほとんどの人が、初めてだからどこに行って、どこに相談したらいいのか分かんないですね。

＜問題点＞

現存の業務遂行能力と上司の希望のジレンマ

途中で、やっぱり、そうはいったものの、まあ、結局、「マネージャーだけに基本給を払って、それがもったいないな」みたいな感じになってきたんですね、その経営者自体が。僕もそんなに、ずっと、プライドを持って仕事をしてきたつもりなもんですから、「いや、要らないなら、社長、もういいですよ」っていう感じで、「お世話になりました」っていう感じで 10 ヶ月で退職。何か、女房の方にしょっちゅう、要るような、要らんような話をされてたみたいだから、もう、しょうがないねって。

罹患による状態変化と職場の期待とのギャップ

途中で、やっぱり、そうはいったものの、まあ、結局、「マネージャーだけに基本給を払って、それがもったいないな」みたいな感じになってきたんですね、その経営者自体が。僕もそんなに、ずっと、プライドを持って仕事をしてきたつもりなもんですから、「いや、要らないなら、社長、もういいですよ」っていう感じで、「お世話になりました」っていう感じで 10 ヶ月で退職。何か、女房の方にしょっちゅう、要るような、要らんような話をされてたみたいだから、もう、しょうがないねって。

職場の人員不足による要求

指導するような人間が、いなかったんですよね。それを期待されてた分、それから、入った分、社長が、「早よ来てくれ、早よ来てくれ」っていうもんですから。今思うと、もうちょっと治ってから職場復帰しても、早かったのかな。

通勤に係る家族の送迎支援

通勤とかは、女房が、送り迎え。

脳卒中　ケース４

＜メリット＞

右麻痺による作業制限に対する代替作業の残存機能へのフィット

今は作業はパソコンみたいな感じが 50%で、いろんな資料集めとか、コピーとかっていうのも 50%ぐらい。職場は、麻痺の影響があっても、非常に歩いたりしにくい部分はない

右麻痺による歩行障害に対する職場環境のフィット

今は作業はパソコンみたいな感じが 50%で、いろんな資料集めとか、コピーとかっていうのも 50%ぐらい。職場は、麻痺の影響があっても、非常に歩いたりしにくい部分はない

公共交通機関の使用が困難な職場の立地

行きは、１駅電車で行って、帰りは、雨が降ってなかったり、暑くなかったりしたら歩いて帰ります。朝は駅から歩けなくはないぐらいの距離ですけど徒歩で 10 分ちょっとぐらいかかるので、（右麻痺のため）ちょっときつい。帰りは、歩いて帰ります。早くて 30 分で、遅かったら 40 分ぐらい。運動と思ってやってます。

障害者雇用に慣れた企業体制

日鉄住金も、障害お持ちの方、結構、雇用し、いろんな部署に配置をして、仕事、されてるんだと思います。だから、人事とか労務とかの人は、多分、パソコン使うから、障害者がいいと思って。

右麻痺による作業制限に対する代替作業の残存機能へのフィット

日鉄住金も、障害お持ちの方、結構、雇用し、いろんな部署に配置をして、仕事、されてるんだと思います。だから、人事とか労務とかの人は、多分、パソコン使うから、障害者がいいと思って。

間接作業上の麻痺による困難に対する同僚の作業補助

現時点では、左手で作業してることほとんどです。右手は重たいものを持つときに、そえるだけです。研修とかで弁当出したりとかで、お弁当はいっぱいあるんですけど、片手っていうのはですね、お弁当が、30 個とかんなると持てません。どなたか、手伝ってもらって。

右上肢麻痺による物品運搬作業の制限

現時点では、左手で作業してることほとんどです。右手は重たいものを持つときに、そえるだけです。研修とかで弁当出したりとかで、お弁当はいっぱいあるんですけど、片手っていうのはですね、お弁当が、30 個とかんなると持てません。どなたか、手伝ってもらって。

同僚の理解

周りの方は障害に対して理解がある

上司の理解

周りの方は障害に対して理解がある

＜問題点＞

通勤に係る家族の送迎支援

行きは、１駅電車で行って、帰りは、雨が降ってなかったり、暑くなかったりしたら歩いて帰ります。朝は駅から歩けなくはないぐらいの距離ですけど徒歩で 10 分ちょっとぐらいかかるので、（右麻痺のため）ちょっときつい。帰りは、歩いて帰ります。早くて 30 分で、遅かったら 40 分ぐらい。運動と思ってやってます。

産業保健スタッフの不介入

会社の中で、産業医の先生は知っている。他の人はありますけど、私は特別お会いするような面談はしなかった。

労災疾病臨床研究事業補助金研究

分担報告書

身体疾患を有する患者の治療と就労の両立支援におけるプライバシーへの配慮等の倫理的事項の検討

合理的配慮と安全配慮義務に関する法的・倫理的検討

研究分担者

藤野 昭宏　　産業医科大学医学部 医学概論教室 教授

労災疾病臨床研究事業補助金研究　分担報告書

身体疾患を有する患者の治療と就労の両立支援における プライバシーへの配慮等の倫理的事項の検討 合理的配慮と安全配慮義務に関する法的・倫理的検討

研究分担者
藤野 昭宏　　産業医科大学 医学部 医学概論教室 教授

研究要旨

【目的】

『両立支援パス』利用における事業者の倫理的配慮としての「合理的配慮指針」の活用の有効性について、「安全配慮義務」を含めて検討すること。

【方法】

2014-2015 年度の両立支援に関する倫理的検討の研究結果と「合理的配慮」及び「安全配慮義務」に関する法令・行政指針等から、身体疾患を抱えて就労する労働者に対する事業者の「合理的配慮」及び「安全配慮義務」に関する倫理的問題点と倫理的配慮の留意点について検討した。

【結果】

主治医と事業者が医療情報の共有化によって「患者の就労上のメリットを高め、デメリットを防ぐこと」が倫理的配慮として不可欠あることが明らかとなった。『両立支援パス』は、これらの倫理的検討の結果を考慮して作成されたものであるが、相互の対話に基づく『両立支援パス』を職場内で有効に活用するためには、身体疾患を有する患者に対する会社組織内で統一した理解と柔軟に個別対応できる組織体制が必要となる。その倫理的アプローチとして、「合理的配慮指針」の活用が有効であることが示唆された。

【考察】

身体疾患を有する患者の就労支援に向けて、両立支援パスを効果的かつ倫理的手順を踏まえて利用するには、主治医が最も懸念する患者本人に就労上の不利益が被ることがないように、相互理解のための対話型アプローチを基本とする「合理的配慮指針」の社内での活用が有効であると考えられる。そのためには、事業者のみならず、主治医・産業医をはじめとする医療関係者への「合理的配慮指針」の周知徹底が必要である。しかしながら、障害者と認定されることを拒否する患者については、事業者の安全配慮義務が優先されるため、本人の希望とは異なる配置転換や就業の変更となるケースが想定され、障害者として合理的配慮を受けるメリットとデメリットについて十分理解した上での拒否であることの確認が患者本人と事業者の双方に求められる。

A. 研究の背景と目的

『両立支援パス使用ガイド（職場・事業者向け)』と『両立支援 10 の質問（産業保健スタッフ向け)』は、これまでの倫理的検討の結果を踏まえて作成されたものであり、特に、医療情報の共有化で倫理的問題が生じる可能性が高い産業医が不在の事業所で利用する際にも役立つように工夫されたものである。しかしながら、両立支援パスを効果的に職場内で活かすためには、身体疾患を抱えて就労する労働者に対する職場での理解と柔軟な個別対応の姿勢が組織的な体制として整備されていることが前提となる。

ここでは、本研究班が推奨する「両立支援を事業所で推進するための提言」で指摘した、身体疾患を抱えて就労する労働者に対する事業者の倫理的配慮について、「合理的配慮指針」を基軸として「安全配慮義務」を含めて考察し、本人、事業者及び主治医の間で、職場内で両立支援パスを効果的に利用し、倫理的にも問題が生じないようにするためには、どのような具体的なアプローチが考えられるのかについて検討することが目的である。

B. 方法

これまでの両立支援に関する倫理的検討の研究結果と「合理的配慮」及び「安全配慮義務」に関する法令・行政指針等から、身体疾患を抱えて就労する労働者に対する事業者の「合理的配慮」及び「安全配慮義務」に関する倫理的問題点と倫理的配慮の留意点について検討した。

C. 結果

１）倫理的検討に関する調査結果（2014-2015 年度）

身体疾患を有する患者の就労支援における主治医と産業医又は事業者との情報共有に関する倫理的検討に関する調査結果（2014-2015 年度）から、以下のことが示された。

（１）国内外の産業医の倫理綱領や産業保健従事者のための倫理指針（①ILO 健康サーベイランスのための技術・倫理ガイドライン・労働者個人情報の保護実施要項、②国際産業保健学会（ICOH）：産業保健専門職のための国際倫理コード、③英国王立内科医会産業医部会：産業医倫理ガイダンス（第 6 版)、④日本産業衛生学会：産業保健専門職の倫理指針、⑤健康開発科学研究会：産業医の倫理綱領）おいて、身体疾患を有する患者の就労復帰における主治医と産業医の間での医療情報の開示及び提供において倫理的に留意すべき事項に関して具体的に明記された内容は存在していないこと。

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

（３）患者本人へのインタビューの結果から、患者本人及び主治医と会社との医療情報の共有化がもたらすメ

リットは、病気に対する積極的な職場の理解、上司による業務中の積極的な傾聴・声掛け、治療スケジュールと労働時間の調整、上司の配慮による業務転換などであったこと。

（4）一方、医療情報の共有化による問題点は、病気に対する職場の誤解と偏見、主治医から職場への不十分な説明による職務に対する配慮の不徹底と就労中の症状に対する忍耐、同僚によって病気に関する個人情報を広められた精神的負担などであったこと。

（5）主治医と産業医との間での医療情報の共有化におけるメリットは、医療者同士の直接的な情報交換によって会社が病気や就労に対する偏見を生じない職場環境を育成できること、産業医から人事や上司に就業上の具体的なアドバイスがあることなどであり、一方で問題点と考えられるのは、情報の共有化があっても就労復帰に際して産業医が積極的に関与していなかったこと。

（6）以上の倫理的検討の結果から、本人及び主治医と産業医及び企業とが就労復帰に際して医療情報を共有化する場合、身体疾患を抱えて就労することへの職場での理解と個別対応姿勢及び組織的な支援体制があってはじめて医療情報の共有化の効果が生じるものであり、就労復帰の際の倫理的問題点を解消するには産業医の役割が大きいことが示唆されたこと。

（7）一方で、医療情報の共有化で最も倫理的問題が生じるのは、産業医が不在の職場において人事担当者が主治医から直接に医療情報を得る場合であり、本人同意の原則だけでなく、主治医が安心して情報提供するための倫理的配慮を十分に踏まえた書類の様式とガイダンスの検討が必要であること。

これらの結果から、身体疾患を有する患者の職場復帰に際して、主治医が患者の就労状況について具体的に把握した上で、主治医と事業者が医療情報の共有化によって「患者の就労上のメリットを高め、デメリットを防ぐこと」が倫理的配慮として不可欠であることが明らかとなった。

『両立支援パス』は、これらの倫理的検討の結果を考慮して作成されたものであるが、『両立支援パス』を職場内で有効に活用するためには、身体疾患を有する患者に対する会社組織内で統一した理解と柔軟に個別対応できる組織体制が必要となることが示唆された。

２）合理的配慮指針（平成 27 年厚生労働省告示第 117 号）

「雇用の分野における障害者と障害者でない者との均等な機会若しくは待遇の確保又は障害者である労働者の有する能力の有効な発揮の支障となっている事情を改善するために事業主が講ずべき措置に関する指針（合理的配慮指針）」で提示された合理的配慮の基本的な内容の中から、倫理的検討に関係するすると考えられるものは以下の通りである。

C-2)-1　合理的配慮の基本的な考え方

全ての事業主は、障害者の雇用の促進等に関する法律（昭和35年）第36条の２から第36条の４までの規定に基づき、労働者の募集及び採用について、障害者（身体障害、知的障害、精神障害（発達障害を含む。）その他の心身の機能の障害（以下「障害」と総称する。）があるため、長期にわたり、職業生活に相当の制限を受け、又は職業生活を営むことが著しく困難な者をいう。以下同じ。）と障害者でない者との均等な機会の確保の支障となっている事情を改善するため、労働者の募集及び採用に当たり障害者からの申出により当該障害者の障害の特性に配慮した必要な措置を講じなければならず、また、障害者である労働者について、障害者でない労働者との均等な待遇の確保又は障害者である労働者の有する能力の有効な発揮の支障となっている事情を改善するため、その雇用する障害者である労働者の障害の特性に配慮した職務の円滑な遂行に必要な施設の整備、援助を行う者の配置その他の必要な措置を講じなければならない。ただし、事業主に対して過重な負担を及ぼすこととなるときは、この限りでない。

合理的配慮に関する基本的な考え方は、以下のとおりである。

（１）　合理的配慮は、個々の事情を有する障害者と事業主との相互理解の中で提供されるべき性質のものであること。

（２）　合理的配慮の提供は事業主の義務であるが、採用後の合理的配慮について、事業主が必要な注意を払ってもその雇用する労働者が障害者であることを知り得なかった場合には、合理的配慮の提供義務違反を問われないこと。

（３）　過重な負担にならない範囲で、職場において支障となっている事情等を改善する合理的配慮に係る措置が複数あるとき、事業主が、障害者との話合いの下、その意向を十分に尊重した上で、より提供しやすい措置を講ずることは差し支えないこと。

また、障害者が希望する合理的配慮に係る措置が過重な負担であるとき、事業主は、当該障害者との話合いの下、その意向を十分に尊重した上で、過重な負担にならない範囲で合理的配慮に係る措置を講ずること。

（４）合理的配慮の提供が円滑になされるようにするという観点を踏まえ、障害者も共に働く一人の労働者であるとの認識の下、事業主や同じ職場で働く者が障害の特性に関する正しい知識の取得や理解を深めることが重要であること。

C-2)-2　合理的配慮の確定

合理的配慮の提供義務を負う事業主は、障害者との話合いを踏まえ、その意向を十分に尊重しつつ、具体的にどのような措置を講ずるかを検討し、講ずることとした措置の内容又は当該障害者から申出があった具体的な措置が過重な負担に当たると判断した場合には、当該措置を実施できないことを当該障害者に伝えること。

その検討及び実施に際して、過重な負担

にならない範囲で、募集及び採用に当たって支障となっている事情等を改善する合理的配慮に係る措置が複数あるとき、事業主が、障害者との話合いの下、その意向を十分に尊重した上で、より提供しやすい措置を講ずることは差し支えないこと。また、障害者が希望する合理的配慮に係る措置が過重な負担であったとき、事業主は、当該障害者との話合いの下、その意向を十分に尊重した上で、過重な負担にならない範囲で、合理的配慮に係る措置を講ずること。

講ずることとした措置の内容等を障害者に伝える際、当該障害者からの求めに応じて、当該措置を講ずることとした理由又は当該措置を実施できない理由を説明すること。

C-2)-3　採用後における合理的配慮

障害者である労働者について、障害者でない労働者との均等な待遇の確保又は障害者である労働者の有する能力の有効な発揮の支障となっている事情を改善するために講ずるその障害者である労働者の障害の特性に配慮した職務の円滑な遂行に必要な施設の整備、援助を行う者の配置その他の必要な措置

なお、採用後に講ずる合理的配慮は職務の円滑な遂行に必要な措置であることから、例えば、次に掲げる措置が合理的配慮として事業主に求められるものではないこと。

イ　障害者である労働者の日常生活のために必要である眼鏡や車いす等を提供すること。

ロ　中途障害により、配慮をしても重要な職務遂行に支障を来すことが合理的配慮の手続の過程において判断される場合に、当該職務の遂行を継続させること。ただし、当該職務の遂行を継続させることができない場合には、別の職務に就かせることなど、個々の職場の状況に応じた他の合理的配慮を検討することが必要であること。

C-2)-4　過重な負担の考慮要素

事業主は、合理的配慮に係る措置が過重な負担に当たるか否かについて、次に掲げる要素を総合的に勘案しながら、個別に判断すること。

（１）事業活動への影響の程度

当該措置を講ずることによる事業所における生産活動やサービス提供への影響その他の事業活動への影響の程度をいう。

（２）実現困難度

事業所の立地状況や施設の所有形態等による当該措置を講ずるための機器や人材の確保、設備の整備等の困難度をいう。

（３）費用・負担の程度

当該措置を講ずることによる費用・負担の程度をいう。

ただし、複数の障害者から合理的配慮に関する要望があった場合、それらの複数の障害者に係る措置に要する費用・負担も勘案して判断することとなること。

（４）企業の規模

当該企業の規模に応じた負担の程度をいう。

（５）企業の財務状況

当該企業の財務状況に応じた負担の程度をいう。

（６）公的支援の有無

当該措置に係る公的支援を利用できる

場合は、その利用を前提とした上で判断することとなること。

C-2)-5　過重な負担に当たると判断した場合

事業主は、障害者から申出があった具体的な措置が過重な負担に当たると判断した場合には、当該措置を実施できないことを当該障害者に伝えるとともに、当該障害者からの求めに応じて、当該措置が過重な負担に当たると判断した理由を説明すること。また、事業主は、障害者との話合いの下、その意向を十分に尊重した上で、過重な負担にならない範囲で合理的配慮に係る措置を講ずること。

C-2)-6　相談体制の整備等

事業主は、法第 36 条の３に規定する措置に関し、その雇用する障害者である労働者からの相談に応じ、適切に対応するため、雇用管理上次の措置を講じなければならない。

１　相談に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備

（１）相談への対応のための窓口（以下この１において「相談窓口」という。）をあらかじめ定め、労働者に周知すること。

（相談窓口をあらかじめ定めていると認められる例）

イ　相談に対応する担当者・部署をあらかじめ定めること。

ロ　外部の機関に相談への対応を委託すること。

（２）相談窓口の担当者が、相談に対し、その内容や相談者の状況に応じ適切に対応できるよう必要な措置を講ずること。

２　採用後における合理的配慮に関する相談があったときの適切な対応

（１）職場において支障となっている事情の有無を迅速に確認すること。

（２）職場において支障となっている事情が確認された場合、合理的配慮の手続を適切に行うこと。

C-2)-7　相談者のプライバシーを保護するために必要な措置

採用後における合理的配慮に係る相談者の情報は、当該相談者のプライバシーに属するものであることから、相談者のプライバシーを保護するために必要な措置を講ずるとともに、当該措置を講じていることについて、労働者に周知すること。

C-2)-8　相談をしたことを理由とする不利益取扱いの禁止

障害者である労働者が採用後における合理的配慮に関し相談をしたことを理由として、解雇その他の不利益な取扱いを行ってはならない旨を定め、労働者にその周知・啓発をすること。

（不利益な取扱いを行ってはならない旨を定め、労働者にその周知・啓発をすることについて措置を講じていると認められる例）

（１）就業規則その他の職場における職務規律等を定めた文書において、障害者である労働者が採用後における合理的配慮に関し相談をしたこと又は事実関係の確認に協力したこと等を理由として、当該障害者である労働者が解雇等の不利益な取扱いをされない旨を規定し、労働者に周知・啓発をすること。

（2）社内報、パンフレット、社内ホームページ等の広報又は啓発のための資料等に、障害者である労働者が採用後における合理的配慮に関し相談をしたこと又は事実関係の確認に協力したこと等を理由として、当該障害者である労働者が解雇等の不利益な取扱いをされない旨を記載し、労働者に配布等すること。

3）安全配慮義務（民法、労働契約法、労働安全衛生法、裁判例）

C-3)-1　民法 第 415 条

「事業者が労働者に負っている労働契約上の債務で、労働者に対し、事業遂行のために設置すべき場所、施設もしくは設備などの施設管理または労務の管理にあたって、労働者の生命および健康などを危険から保護するよう配慮する義務」

C-3)-2　労働契約法 第 5 条

「使用者は、労働契約に伴い、労働者がその生命、身体等の安全を確保しつつ労働することができるよう、必要な配慮をするものとする。」

C-3)-3　労働安全衛生法 第 3 条

「事業者は、単にこの法律で定める労働災害の防止のための最低基準を守るだけでなく、快適な職場環境の実現と労働条件の改善を通じて職場における労働者の安全と健康を確保するようにしなければならない。」

C-3)-4　判例上の安全配慮義務：川義事件・最高裁昭 59.4.10

「雇用契約は、労働者の労務提供と使用者の報酬支払いをその基本内容とする双方有償契約であるが、通常の場合、労働者は使用者の指定した場所に配置され、使用者の供給する設備、器具等を用いて労務の提供を行うものであるから、労務の提供のため設置する場所，設備もしくは器具等を使用しまたは使用者の指示のもとに労務を提供する過程において，労働者の生命及び身体を危険から保護するよう配慮すべき義務」

C-3)-5　安全衛生配慮義務の具体的な内容

（1）設備・作業環境面の設備

イ　施設、機械設備の安全化あるいは作業環境の改善対策を講ずる義務

ロ　安全な機械設備、原材料を選択する義務

ハ　機械等に安全装置を設置する義務

ニ　労働者に保護具を使用させる義務

（2）人的措置の義務

イ　安全監視人等を配置する義務

ロ　労働災害被災者、健康を害している者等

に対して、治療を受けさせ、適切な健康管理、労務軽減を行い、必要に応じて配置換えをする義務

ハ　危険有害業務には有資格者、特別教育修了者等の適任の者を担当させる義務

D.　考察

D-1　合理的配慮とは何か

平成28年に障害者差別禁止と共に法的義務化

合理的配慮(reasonable accommodation)は、1990年にアメリカで制定された「障害を持つアメリカ人法（Americans with Disabilities Act of 1990：ADA）により、障害を理由とする雇用差別を禁止するために障害者に合理的配慮を義務付けて以来、国際的に普及した雇用差別禁止のアプローチに関する考え方である。合理的配慮を提供しないことは差別に相当するとしたことが特徴的である。

日本では、平成27年に、障害者に対する差別の禁止に関する規定に定める事項に関し、事業主が適切に対処するための指針（厚生労働省告示第116号)、障害者の雇用の促進等に関する法律（昭和35年）第36条の２から第36条の４までの規定に基づく厚生労働省告示第117号として、「雇用の分野における障害者と障害者でない者との均等な機会若しくは待遇の確保又は障害者である労働者の有する能力の有効な発揮の支障となっている事情を改善するために事業主が講ずべき措置に関する指針（合理的配慮指針)」が出された。翌年の平成28年には、障害者の権利に関する条約の批准に向けた取り組みとして、雇用の分野における障害者に対する差別の禁止及び障害者が職場で働くに当たっての支障を改善するための措置（合理的配慮の提供義務）を定めた「障害者の雇用の促進等に関する法律の一部を改正する法律（同年4月1日)」が施行された。

しかしながら、障害者差別禁止と共に合理的配慮に関しても法的に義務化されたことは、医療関係者や産業保健スタッフにはまだ十分に普及していない現状があるものと思われる。身体疾患を有する患者の両立支援を考慮する際に、企業の人事・労務担当責任者はもちろんのこと、産業医や産業保健師などの労働衛生の専門家、医師会の産業保健担当医師などが明確に認識した上で周知徹底しておく必要がある。

D-2　合理的配慮の特徴

相互理解に基づく対話型アプローチが基本

厚生労働省告示第117号によって提示された合理的配慮指針の特徴は、①雇用時だけでなく採用時も含まれること、②障害者からの申し出が原則であること、③待遇の差別の禁止、④障害者の特性に配慮した設備を準備すること、⑤合理的配慮を確定する際の障害者の意向の尊重、⑥事業者が過重な負担となる場合の判断基準、⑦相談体制の整備、⑧相談者のプライバシーを保護するための措置、⑨相談をしたことを理由とする不利益取扱いの禁止などである。この指針に一貫して流れている考え方は、障害者と事業者の双方の「十分な対話による相互理解」の上で合理的配慮が提供されるべきであるという基本方針である。

この相互理解に基づく対話型アプローチは、両立支援パスの実施においても基盤となるものあり、上記①以外の②ー⑨に関しては、身体疾患を有する患者の両立支援のための倫理的検討事項としてほとんど共通した内容であると考えてよい。この内容であれば、今回の調査研究の結果で明らかになった、主治医の事業者に対する不信感は払拭されるものと思われる。

D-3　合理的配慮の適用範囲

両立支援の患者も適用内と判断可能

合理的配慮指針の適用範囲は、身体障害、知的障害、精神障害（発達障害を含む）その他心身の障害があるため、長期にわたり、職業生活に相当の制限を受け、又は職業生活を営むことが著しく困難な者（障害者雇用促進法第2条1号）であり、障害者手帳所持者に限定されない。したがって、この適用範囲であれば、今回の調査研究の対象となった、抗がん剤治療など化学療法を継続的に要する患者、心臓デバイス治療を受けた患者、脳血管障害により後遺症を伴いリハビリ中の患者はいずれも合理的配慮の対象内に入ると判断して差し支えないと考えられる。

独立行政法人の高齢・障害・求職者雇用支援機構から公開されている「はじめからわかる障害者雇用 － 事業者のためのQ&A集」の中では、障害者の範囲として、視覚・聴覚障害、肢体不自由、知的障害、精神障害、発達障害、高次脳機能障害と並んで、「内部障害」という障害の枠組みがあり、①心臓機能障害（心臓人工ペースメーカーの使用者）、②腎機能障害（人工透析を必要とする者）、③呼吸器機能障害（酸素療法を必要とする者）、④膀胱または直腸の機能障害（ストマを造設している者など）、⑤小腸機能障害、⑥ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害、の7つの具体例が紹介されている。これは、都道府県労働局・ハローワーク、独立行政法人 高齢・障害・求職者雇用支援機構によって収集された「合理的配慮指針事例集」においても同様に「内部障害」として分類されている。

したがって、今回の調査研究の対象となった、抗がん剤治療など化学療法を継続的に要する患者、心臓デバイス治療を受けた患者、重篤な脳血管障害により後遺症を伴いリハビリ中の患者は、いずれも障害者として合理的配慮指針の適用範囲内と考えるのが自然である。ただし、医学的に十分回復可能な一時的な機能障害については、当然ながら障害者として除外されることは確認しておきたい。

D-4　安全配慮義務が優先されるケース
障害者であることを拒否する場合

しかし、ここで倫理的に問題となるのが、当該患者が障害者として扱われることを拒否したり、否定的に考えるケースである。すなわち、障害者ではなく、身体疾患を有している一人の労働者として扱うことを強く希望する場合は、合理的配慮よりも安全配慮義務が優先されることになる。安全配慮義務は事業者に課せられた法的な災害予防義務であり、疾患予防義務であることから、場合によっては本人が希望しない部署に配置転換される可能性がある。相互理解による対話型アプローチを基本とする合理的配慮とは、この点が決定的に異なることを十分留意する必要がある。

合理的配慮は本人の申し出が原則であるため、本人の仕事へのプライドが強い場合や会社への迷惑を考えて申し出を遠慮する場合など、合理的配慮について誤解を招かないように、主治医又は産業医から、障害者として合理的配慮を申し出ることのメリットとデメリットを十分に説明することが望ましい。

D-5　事業者の過重な負担のリスク対策
6項目と本人の意向を尊重して判断

合理的配慮による事業者の過重な負担のリスクについては、障害者から申出があった具体的な措置が過重な負担に当たると判断した場合、①事業活動への影響の程度、②実現困難度、③費用・負担の程度、④企業の規模、⑥企業の財務状況、⑦公的支援の有無、の6項目の観点から、当該措置を実施できないことを当該障害者に伝えるとともに、障害者からの求めに応じて、当該措置が過重な負担に当たると判断した理由を説明しなければならない。その上で、事業者は、障害者との話合いの下で、その意向を十分に尊重した上で、事業者にとって過重な負担にならない範囲で合理的配慮に係る措置を講ずることになる。

合理的配慮による事業者の過重な負荷になるリスクを避ける方法として、上述の6項目による評価と障害者の意向の尊重のアプローチは、両者にとって倫理的観点からも本来あるべき姿勢であると考えられる。

D-6　プライバシーの保護と相談体制の整備　トラブルは紛争調停委員会で解決

合理的配慮について障害者と事業者の対話により相互理解を推進するために、相談者のプライバシーの保護と相談体制の整備し、相談したことを理由に不利益な取り扱いを禁じていることを事業者は労働者に通知しておかなければならない。万一、障害者と事業者の話し合いがうまくいかず、双方が納得いかない場合は、「障害者の雇用の促進等に関する法律の一部を改正する法律（平成28年4月1日施行）」に基づいて、紛争調整委員会（労働局長が委任）による調停や都道府県労働局長による勧告等によって、苦情処理と紛争解決が行われる。

企業のトップ自らが、企業の社会的責任の一環として、障害者に対する雇用の取り組みを就業規則に取り入れて明確に社内外に示すことが最も望ましいが、企業の伝統的な精神風土によっては、障害者として合理的配慮を行うことに積極的ではないことも十分考えられる。対話を通して相互理解することがどうしても困難な場合は、都道府県労働局長が委任した紛争調整委員会にて解決を求めることになる。相談したことを理由に不利益な取り扱いを禁じているのと同様に、紛争調整委員会にて解決した後も不利益な取り扱いにならないように事業者は当該労働者に対して倫理的に配慮する必要がある。

E. 結語

身体疾患を有する患者の就労支援に向けて、両立支援パスを効果的かつ倫理的手順を踏まえて利用するには、主治医が最も懸念する患者本人に就労上の不利益が被ることがないように、相互理解のための対話型アプローチを基本とする「合理的配慮指針」の社内での活用が有効であることが示唆された。そのため人は、事業者のみならず、主治医・産業医をはじめとする医療関係者への「合理的配慮指針」の周知徹底が不可欠である。

しかしながら、障害者と認定されることを拒否する患者については、事業者の安全配慮義務が優先されるため、本人の希望とは異なる配置転換や就業の変更となるケースが想定され、障害者として合理的配慮を受けるメリットとデメリットについて

十分理解した上での拒否であることの確認が患者本人と事業者の双方に求められる。

F. 引用・参考文献

１）平成27年厚生労働省告示117号（2016）：雇用の分野における障害者と障害者でない者との均等な機会若しくは待遇の確保又は障害者である労働者の有する能力の有効な発揮の支障となっている事情を改善するために事業主が講ずべき措置に関する指針.
www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-11704000.../0000078976.pdf

２）独立行政法人 高齢・障害・求職者雇用支援機構（2015）：はじめからわかる障害者雇用 - 事業者のためのQ&A集.
www.jeed.or.jp/disability/data/handbook/qa.html

３）都道府県労働局・ハローワーク、独立行政法人 高齢・障害・求職者雇用支援機構（2016）：合理的配慮指針事例集.
www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11600000.../0000093954.pdf

４）外井浩志監修,中央労働災害防止協会編（2015）：経営者の労働災害防止責任 安全配慮義務Q&A.中央労働災害防止協会,東京

分担研究報告書

患者を中心とした
職場と医療の情報共有支援ツールの
妥当性の検討
（医療機関側調査）

研究分担者

立石　清一郎　　産業医科大学・産業医実務研修センター　講師
森　晃爾　　産業医科大学・産業生態科学研究所　教授
塚田　順一　　産業医科大学・血液内科　教授
安部　治彦　　産業医科大学・不整脈先端治療学　教授
佐伯　覚　　産業医科大学・リハビリテーション医学　教授
藤野　昭宏　　産業医科大学・医学概論　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

患者を中心とした職場と医療の情報共有支援ツールの開発
医療機関における妥当性の検討

研究分担者

産業医科大学・産業医実務研修センター	講師	立石　清一郎
産業医科大学・産業生態科学研究所・産業保健経営学	教授	森　晃爾
産業医科大学・血液内科	教授	塚田　順一
産業医科大学・不整脈先端治療学	教授	安部　治彦
産業医科大学・リハビリテーション医学	教授	佐伯　覚
産業医科大学・医学概論	教授	藤野　昭宏

研究要旨

【背景・目的】我々の先行研究で、治療と就労を両立する上で疾病の種類による働きづらさや、疾病ごとに必要とする就業配慮の特徴に差異があることが確認され、就業配慮を検討する際に主治医側より提供される従業員の健康状態や治療状況に関する情報は極めて重要であると考え、「両立支援パス」というツールを作成した。ただし、こういうツールが一般に用いられるためには、ツールの存在を事業場に対して周知する必要が考えられる。

本研究報告では、医療機関側からの働きかけによる妥当性、有効性の検討を行った。

【方法】対象は平成 28 年 7 月～平成 29 年 1 月の 6 ヶ月間に、本学病院の「血液内科」・「リハビリテーション科」・「循環器内科」を受診している患者に参加を呼びかけ、患者から復職したいと申し出たものである。彼らに「両立支援パス」を主治医から渡して、事業場で本人と職場が話し合い、様式「復職・就業配慮に関するご意見伺い書」を主治医に提出してもらう。その上で、主治医は就業上の意見を作成し、事業場で得られた協力や、患者が考えるパス利用の課題などを患者から聴取した。我々は、これらの患者から得られたヒアリング情報をもとに質的にまとめた。

【結果】参加を呼びかけた中から 4 例の事例を得た。そのうち、実際に「両立支援パス」を使用して復職に至ったのは 2 例のみであった。この 2 例では、患者、職場、主治医の良好な連携が得られ適正な就業配慮のもと復職を行うことができ、患者から得られたヒアリング情報からも患者の満足度は高かった。一方、他 2 例に関しては、「両立支援パス」を使用しようとして、職場と患者本人の問題でうまく進まなかった事例が 1 例と、職場のシステムの問題で使用できなかった事例が 1 例という結果であった。

【考察・結論】「両立支援パス」を医療機関側から働きかけることは、熟知している主治医が用い、復職したいという患者のニーズに対して、職場のニーズが適切に揃えば、妥当性、有効性がある可能性が考えられる。

研究協力者

横山　麻衣　　（産業医科大学　産業医実務研修センター）
永尾　保　　（産業医科大学　産業医実務研修センター）
大橋　りえ　　（産業医科大学　産業医実務研修センター）
山口　享宏　　（産業医科大学　血液内科）
北村　典章　　（産業医科大学　血液内科）
河野　律子　　（産業医科大学　不整脈先端治療学）
荻ノ沢　泰司　　（産業医科大学　第 2 内科）
大江　学治　　（産業医科大学　第 2 内科）
林　克英　　（産業医科大学　第 2 内科）
高橋　正雄　　（産業医科大学　第 2 内科）
加藤　徳明　　（産業医科大学　リハビリテーション医学）
伊藤　英明　　（産業医科大学　リハビリテーション医学）
白石　純一郎　（産業医科大学若松病院　リハビリテーション科）
二宮　正樹　　（産業医科大学　リハビリテーション医学）
杉本　香苗　　（産業医科大学　リハビリテーション医学）

A. 研究目的

本研究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（課題番号 14010101-03)』（主任研究者：森晃爾）の一環で実施される。

身体疾患を有する就労者が治療と就労を両立して継続するためには、様々な困難が生じることがあり、主治医・職場・社会・家族の各々から支援または配慮を受けることが必要となる。我々は、がん・循環器疾患・脳血管疾患の 3 つの身体疾患群について患者の仕事と両立に関する研究に取り組み、「両立支援システム・パス」の開発を行っている。

我々の先行研究にて、「がんなどの腫瘍性疾患」、「循環器系疾患」、「脳・関節疾患」に対して、疾病の種類による働きづらさ、疾病ごとに必要とする就業配慮の特徴に差異があることが確認されている。すなわち、「がんなどの腫瘍性疾患」においては『治療の不安定さがあるために就業復帰の不確実性がある』という点、「循環器系疾患」においては『特殊業務の就業が可能か否か』がポイントになっている点、「脳・関節疾患」においては『機能低下の種類と本人の残存機能により就業に必要な配慮が異なってくる』という点、といったものであった。

これらの就業配慮を検討する際に、主治医側より提供される従業員の健康状態や治療状況に関する情報は極めて重要である。しかし、患者側の立場では、治療のことに集中している労働者にとって試行的にも実効的にも負担の大きいことが推察される。また、主治医側の立場では、我々の先行研究でも、医療側が患者の就業上の意見を述べる際の問題点として①仕事の状況が分からないので就業配慮を述べようがない、②就業配慮を述べることによるリスクが明確でない、③出した意見が職場でどのように取り扱われ、患者の就労継続や待遇に影響を与えるか不安である、といった意見が挙げられており、少なくとも②と③に配慮した手順にはなっていない。

そこで、患者側および主治医側に存在する課題を解決する手順として、「両立支援パス」を作成した。これは、平成 28 年 2 月に厚生労働省より発表された『事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン』を補なう形で、患者が就業に戻る際に産業医や事業者と事前に話し合ったうえで必要な配慮を検討したことをもとに医療者が意見を述べることができるツールである。

ただし、こういうガイドラインの手順やツールが一般に用いられるためには、事業場側の人事労務担当者、産業保健スタッフに加えて、多くの労働者に周知されることが必要である。しかし現実的には、すべての関係者に周知することは困難であり、ガイドラインの手順やツールの存在を事業場に対して最初に働きかける医療職が必要となる。すなわち、事業場の産業医か、医療機関の主治医かが最初に積極的に働きかけを行う必要性が高いと考えられる。

そこで、本研究においては開発中の「両立支援パス」の妥当性、有効性を検討するために、事業場側ならび医療機関側それぞれにおいて調査を行った。本研究報告書では、医療機関側からの働きかけの妥当性、有効性の検討を行った。

B. 研究方法

1）対象者の選出

産業医科大学病院の「血液内科」・「リハビリテーション科」・「循環器内科、腎臓内科」と産業医科大学若松病院の「リハビリテーション科」・「循環器内科、腎臓内科」(両者の病院を併せて以降、本学病院）を受診している入院・外来患者のうち復職したいと考えているものに参加を呼びかける。除外基準は就業中でないもの、復職を考えていないものである。参加への任意性を確保するため「両立支援パス」配布時に参加が自由であることを伝える。中止基準は本人の申し出があったもの、病勢が悪化し復職の状況でなくなったものである。

2）対象者の目標人数

本学病院患者、各科 3-15 名。年齢・性別は問わない。就業中に疾病罹患したものを対象者とする。復職支援対象としては性・年齢・身体疾患/精神疾患など疾患の別、について問わないものとする。

3）期間

平成28年7月～平成31年6月とする。(本研究報告書では、平成 28 年 7 月～平成 29 年 1 月の期間に得られた事例をまとめた)

4）場所

本学病院各診療科入院自室または外来待合室とする。

5）研究デザインと具体的方法

前向き臨床介入研究である。

患者から復職したいと申し出たものに対して本研究班で作成した「両立支援パス」を渡して、事業場で話し合ってもらい様式「復職・就業配慮に関するご意見伺い書」を主治医に提出してもらう。その上で、主治医として就業上の意見を作成する。

研究分担者や研究協力者は、事業場でどのように協力が得られたか、患者が考えるパス利用の課題などを患者から聴取する。聴取時間は 30 分以内とする。聴取された内容を事例ごとに匿名化されたサマリを作成し、「パス使用の所感」として記録する。また、事業場側から出された伺い書および主治医としての就業上の意見のコピーを研究責任者への送付を求める。

6）統計解析方法

患者から得られたヒアリング情報から重要な項目を抜き出して KJ 法などの手法を参考にカテゴリーを作成する質的研究の手法を用いる。

C. 研究結果

参加を呼びかけ復職したいと考えている 4 例の事例(くも膜下出血 後遺症 1 例、急性骨髄性白血病 移植後 1 例、肥大型心筋症 ICD 植え込み術後 1 例、僧帽弁閉鎖不全症 手術後 1 例)を得た。平成 28 年 7 月～平成 29 年 1 月の期間においてはこのように、血液内科 1 例、循環器内科 2 例、リハビリテーション科 1 例という結果であった。患者背景は、男性 3 名、女性 1 名で、平均年齢 55.75 歳（44 歳-64 歳）であった。主治医背景は、診療科専門医経験年数は平均　年（）で、産業医経験は平均　年（）であった。

当初は「両立支援パス」を使うことに 4 例とも同意を得たが、実際に両立支援パスを使用して復職に至ったのは 2 例のみであった。この 2 例では、患者、職場、主治医の良好な連携が得られ、復職に際する適正

な就業配慮を行うことができ、患者から得られたヒアリング情報からも患者の満足度は高かった。一方、他 2 例に関しては、「両立支援パス」を使用しようとして、職場と患者本人の問題でうまく進まなかった事例が 1 例と、職場のシステムの問題で使用できなかった事例が 1 例という結果であった。

各事例より得られた「パス使用の所感」（患者のヒアリング情報）の詳細は下記のごとくである。

＜事例 1＞
事例：くも膜下出血後遺症（左片麻痺）
患者背景：59 歳女性
主治医：リハビリテーション科 28 年目
産業医経験：あり
両立支援パス：利用していない
理由：条件付きでの復職方針となったが、職場と本人双方の意見が対立し、職場顧問弁護士、本人側の弁護士を立て、弁護士間での協議調整となったため。

＜事例 2＞
事例：急性骨髄性白血病（移植後）
患者背景：44 歳男性
主治医：血液内科 13 年目
産業医経験：なし
両立支援パス：利用していない
理由：会社の書式で復職を進める必要があったため。

＜事例 3＞
事例：肥大型心筋症（ICD 植え込み術後）
年齢：64 歳男性
主治医：循環器内科 17 年目
産業医経験：なし
両立支援パス：利用した
患者評価：主治医、産業医、職場と連携して有り難い。職場側の対応には満足していて、仕事の休みをしっかり取らせてくれる。

＜事例 4＞
事例：僧帽弁閉鎖不全症（手術後）
年齢：56 歳男性
主治医：循環器内科　年目
産業医経験：
両立支援パス：利用した
患者評価：

両立支援パスを利用できた 2 例に関して以下にさらに詳細を示す。

＜事例 3＞
64 歳男性で、職場は某工業株式会社のエンジニアリング本部の技術課であった。肥大型心筋症に対して ICD 植え込み術を行い、経過良好で術後 2 ヵ月での復職検討の際に、「両立支援パス」を利用した。

本人および職場より主治医宛てに、様式「復職・就業配慮に関するご意見伺い書」が下記のごとく記載された。

1. 就業状況について
業務内容：基本的にデスクワークが主です。見積や計画検討業務を行っています。
通勤状況：公共交通機関（〇〇電鉄，JR）利用で約 50 分
高負荷・危険業務：現場作業でないので高負荷・危険業務はありません。
時間外勤務の状況：当分の間、時間外勤務はありません。
2. 就業配慮検討事項（提出者と会社の協議に基づく）
想定される健康上の問題点：就業復帰後の体調不良が発生しない勤務環境つくり。
検討された配慮：1. 勤務日を週 3 日とします。2. 勤務時間については、体調を整

え、5 時まえの終業を可とします。3.現場や他場所打合わせは当分行いません。

これを受けて、「主治医の診断書」は下記のごとくであった。

病名：心尖部肥大型心筋症・持続性心室頻拍 カテーテルアブレーション後 植え込み型除細動器（ICD）植え込み後

付記：カテーテルアブレーション後、心室頻拍および ICD 作動を認めておらず、病状は安定しています。一般的に肥大型心筋症は運動負荷時・過労・ストレス・寝不足時に不整脈・心不全が誘発されやすいのですが、デスクワークであれば作業内容に問題はないとおもいます。一般的な事務所であれば無線 LAN などの事務機器による ICD への影響はありませんので、職場環境としては現状でよいと思います。

勤務時間については、当面の間時間外制限、勤務日制限を行い、体調によって徐々に緩和する方向にして下さい。

現場調査は当面の間行わないとのことですが、将来的に行う場合には、溶鉱炉・各種溶接機・発電施設・レーダー基地など強い電磁波を発生し、ICD への電磁干渉のおそれがある施設への視察はお控え下さい。

自動車運転については法令に基づき〇〇年〇月〇日（術後半年）までは二次予防目的の ICD 植え込みにつき、運転禁止です。それ以降は ICD の作動状況により運転の可否が異なりますが、運転許可の場合でも、業務として長時間運転を行うことを避ける必要があります。

上記の通り診断します。

この結果、職場では下記の「就業配慮報告書」を記載し行うこととした。

就業配慮事項：

1. 勤務日を週 3 日（月、水、金）とします。
2. 勤務時間については定時の 5 時ではなく事前終業を「可」とします。
3. 現場等へは立ち入らないようにします。
4. 打ち合わせで車を必要とする場合、運転者が同乗することとしますが、極力、構外での打合せは控えるようにします。

このように、本人、職場より得られた仕事内容を主治医が十分吟味した上で、病状、職場環境、勤務時間、将来的な現場作業や自動車運転の可否といった、就業配慮検討に必要な医学的情報を現在から将来にわたって詳細に得ることができ、その結果、職場は必要な就業配慮を十分に考えた上で復職を行うことができたとのことであった。

＜事例 4＞

56 歳男性で、職場は某家具・ホームファッション店の店舗管理業務の管理職であった。僧帽弁閉鎖不全症に対して心臓血管外科手術を行い、経過良好で術後 1 ヵ月での復職検討の際に「両立支援パス」を利用した。

本人および職場より主治医宛てに、様式「復職・就業配慮に関するご意見伺い書」が下記のごとく記載された。

1. 就業状況について

業務内容：管理職の為、デスクワーク及び店舗管理業務をしています。肉体労働はありません。

通勤状況：自動車通勤に 10 分を要します。

高負荷・危険業務：特になし。
時間外勤務の状況：全くなし。
2. 就業配慮検討事項（提出者と会社の協議に基づく）
想定される健康上の問題点:長期入院の為体力低下。
検討された配慮:店舗内を歩いてまわる為、足腰の疲れが心配されるので、細かな休憩を与えるようにしています。

これを受けて、様式「主治医の診断書」は下記のごとくであった。

病名：僧帽弁形成術後
付記:○○年○月○日に当院心臓外科にて手術を受けておられます。術後経過は良好と思われます。術後 3 ヵ月間は重量物作業は制限した方が良いと思います。具体的には 5kg 以上の重量物は持たないように指示しています。運転に関しても 3 ヵ月を過ぎますと制限は必要ありません。
今後の治療スケジュール:当院心臓外科で定期の外来フォロー及び内服薬による管理を行っています。抗凝固薬（ワーファリン）を内服中です。
想定される急変:ワーファリン内服のため、出血に注意が必要です。
避けるべき事項：術後 3 ヵ月の重量物
上記の配慮が必要な期間：約 3 ヵ月
上記の通り診断致します。

この結果、職場では下記の「就業配慮報告書」を記載し行うこととした。

就業配慮事項：
1. 重たい物を持ったり、運んだりする仕事からはずし、軽作業、事務作業にてシフトを組んでいます。
2. 細めに休憩をとるように指導し、必要に応じて休憩をとれるようにしています。
3. 当面は時間外勤務を行わないようにします。
4. 日々の体調をヒアリングし、体調の悪い時は早退する事を本人に許可し、本人の裁量にまかせます。

このように、本人、職場より得られた仕事内容を主治医が十分吟味した上で、さらに重量物や内服薬などの追加情報も含めた、就業配慮検討に必要な医学的情報を詳細に得ることができ、その結果、職場は必要な就業配慮を十分に考えた上で復職を行うことができたとのことであった。

D. 考察

疾病罹患後に休職し障害を抱えた患者が安心して就業につくために、これまで主治医が患者や職場に深く踏み込んで医療機関側から積極的にアプローチしたことはほとんどないと考えられる。本研究は、医療機関側からアプローチを開始して両立支援に取り組んだ初めての研究である。

上述の 4 事例を質的に分析すると、「両立支援パス」を利用できたか否かは、患者のニーズと職場のニーズが合致したかに影響を受けていると考えられる。

＜事例 1＞では、両立支援パスを利用する本人と職場間での連携ができなかったケースで、＜事例 2＞では、職場の復職支援規則と書式が定められており利用する必要がなかったケースであり、ともに復職したいという患者のニーズに対して、職場との連携やシステムといった職場のニーズが合っていなかったと考えられる。一方で、両立支援パスを利用できた＜事例 3＞、＜事例 4＞

はいずれも、患者、職場、主治医が連携し、適正な就業配慮のもとに満足のいく復職を開始することができた事例であり、復職したいという患者のニーズに対して、復職を受け入れる企業の担当者のニーズにうまく適応していたと考えられる。なお、＜事例 3＞では企業の担当者以外に企業の嘱託産業医・保健師が関与していたのが確認されたが、＜事例 4＞では産業医と保健師とも関与がなく企業の担当者とのみとなっていた。このことより、仮に産業医や保健師がいない企業においても、患者と信頼関係の強い企業の担当者がいれば、医療機関側から働きかけることで、適正な就業配慮のもとでの復職を行うことができる可能性があると考えられる。

今回、復職したいという患者のニーズがあり、さらに主治医が「両立支援パス」の意図を熟知しているという条件のもと、医療機関側からアプローチを試みて以上のような結果となった。今回判明した、復職したいという患者のニーズに対して、「両立支援パス」が利用できたかできなかったかに関与した職場のニーズの要因を下記にまとめる。

「両立支援パス」利用できない：
患者・職場の双方の意見が対立する
会社としてすでに所定の復職ルールが存在する
「両立支援パス」利用できる：
企業の産業医・保健師がいる
患者と信頼関係の強い企業の担当者がいる

本研究は始めたばかりで期間と事例数がまだ不十分ではあり、こういった職場のニーズの要因は今後さらに増えていくものと推測される。4 例を通して考えられるのは、医療機関側から働きかけて「両立支援パス」を使用することは、職場のニーズが揃うことで、妥当性、有効性がある可能性が考えられる。

E. 結論

医療機関では、治療中または治療後ともに主治医から自発的に患者の仕事・職場の面を考慮することはこれまでほとんどなかった。

しかし、復職したい患者のニーズがあり、「両立支援パス」を医療機関側から働きかけることは、その意図を熟知した主治医が用い、職場のニーズが揃えば、妥当性、有効性がある可能性が考えられる。

今後さらに事例が集まることで、より多くの要因が判明しより深い分析ができることを期待する。

F. 参考文献

なし

G. 研究発表予定

なし

分担研究報告書

患者を中心とした職場と医療の情報共有支援ツールの妥当性の検討
-事業場における妥当性の検討-

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

患者を中心とした職場と医療の情報共有支援ツールの妥当性の検討
事業場における妥当性の検討

研究分担者

産業保健経営学	教授	森 晃爾
産業医科大学産業医実務研修センター	講師	立石 清一郎

研究要旨

先行研究で「両立支援パス」というツールを作成した。本研究においてはこの「両立支援パス」の妥当性を検討するために、事業場における新たな「両立支援パス」の利用によって収集される就業配慮に必要な情報の質的・量的情報を評価した。

（調査１）まず、産業医科大学産業医実務研修センター元教員・元修練医・現教員・現修練医が実際に従業員の復職に携わる際に「両立支援パス」を使用するか、使用せずに現行通りの方法で復職支援をするか選択させた。「両立支援パス」を使用した群を「介入群」、使用しなかった群を「対照群」とし、両者を比較するために前向き介入研究を行った。復職した事例の診断書、診療情報提供書などを収集した。事業場から医療機関への情報提供の有無と内容で 3 つのカテゴリーに分け、診断書に記載されている情報を就業配慮について質的に記載されている内容を収集し、分析した。また、事例ごとに産業医にアンケートを行い、回答を Visual Analog Scale(VAS)を用いて測定し、分析した。結果、事業場側からの情報発信があった事例は就業配慮に関する意見を主治医から得られており、診断書への産業医の満足度が高かった。また、事業場から勤務内容に加え、可能な就業配慮の対応の情報発信があった群では、対応可能な現実的な就業配慮の意見を主治医から得られていた。

（調査２）調査１で事例を提供した産業医４名（「両立支援パス」を使用した産業医２名、使用せずに復職支援を行った産業医２名）に、復職支援の際の主治医との情報交換についてのグループインタビューを行い、「両立支援パス」の使用感、「両立支援パス」が有効に利用できうる事例などについて聴取した。「両立支援パス」は、利用することで事業者と患者が復職について話し合いの場を持てるという利点があった。一方で休職期間が短い場合や、既存の方法で復職支援を行っている場合は「両立支援パス」の書式を使いづらいとの意見が挙がった。また復職に際し「患者のキャラクター」、「主治医の負担」などの要素が復職に影響するという意見が聴取された。

以上より、「両立支援パス」は事業場側からの情報発信の流れが確立できていない復職支援に不慣れな産業医や事業場、専属の常勤産業医がいない事業場で有効と考える。

研究協力者

横山　麻衣　（産業医科大学　産業医実務研修センター）
永尾　保　（産業医科大学　産業医実務研修センター）
大橋　りえ　（産業医科大学　産業医実務研修センター）

A. 研究目的

疾病罹患後に休職し障害を抱えた患者が安心して就業につくためには医療と職場が情報を共有することにより適切な就業配慮がなされることは欠かせない。平成 28 年 2 月に厚生労働省より発表された『事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン』では、両立支援のための事業場での体制づくりに加え、「両立支援の進め方」として以下のようなプロセスを推奨している。

本人が主体的に事業場ルールにのっとって就業上の問題点を整理したうえで主治医に伝え、①症状や治療の状況、②退院後又は通院治療中の就業継続の可否に関する意見、③望ましい就業上の措置に関する意見（避けるべき作業、時間外労働の可否、出張の可否等)、④その他配慮が必要な事項に関する意見（通院時間の確保や休憩場所の確保等）を主治医から聴取したうえで事業者に伝える。

このプロセスは、メンタルヘルス不調者の職場復帰支援等で用いられる一般的な流れを示したものであるが、事例によっては、患者および主治医の立場から大きな困難が存在する。患者側の立場では、治療のことに集中している労働者にとって試行的にも実効的にも負担の大きいことが推察される。

主治医側の立場では、我々の先行研究でも、医療側が患者の就業上の意見を述べる際の問題点として①仕事の状況が分からないので就業配慮を述べようがない、②就業配慮を述べることによるリスクが明確でない、③出した意見が職場でどのように取り扱われ、患者の就労継続や待遇に影響を与えるか不安である、といった意見が挙げられており、少なくとも②と③に配慮した手順にはなっていない。

そこで、ガイドラインを補う形で、患者側および主治医側に存在する課題を解決する手順として、医療者が安心して就業上の意見を述べることができる環境整備が必要でそのためには患者が就業に戻る際に産業医や事業者の事前に話し合ったうえで必要な配慮を検討したことをもとに医療者が意見を述べることができるツールが必要と考え、両立支援パスを作成した（添付資料：両立支援パス使用ガイド)。

また、ガイドラインの手順が一般に用いられるためには、事業場側の人事労務担当者、産業保健スタッフに加えて、多くの労働者に周知されることが必要である。

そこで、本研究においては開発中の「両立支援パス」の妥当性、有効性を検討するために、事業場における新たな「両立支援パス」の利用によって収集される就業配慮に必要な情報の質的・量的な評価を評価することによって「両立支援パス」の有効性の検討を行った。

B. 研究方法

調査１

まず、産業医が従業員の復職に携わる際に実際に「両立支援パス」使用してもらい、使用せずに復職に携わった群と比較するために前向き介入研究を行った。（調査１）

1）対象者の選出

産業医科大学産業医実務研修センター元教員・元修練医・現教員・現修練医の 126 名に E メールまたは直接面会の上参加を呼び掛けた。介入群を両立支援パス使用事業場とし、対照群を厚労省ガイドライン手順または同等の事業場手順の実施事業場とした。研究デザイン上、2 重盲検法やランダム割り付けをすることが困難なため、事業場

ごとにどちらを選択するか参加者の自発的意識に決定をゆだねた。除外基準は、現在産業医の職についていないものや使用を希望する手順がガイドラインを大きく外れるものと認められる場合とした。本研究は産業医科大学倫理委員会による審査を経て実施された。

2) 情報収集方法

参加事業場の産業医に、事前にパス使用群（介入群）か、ガイドライン等の使用群（対照群）か、どちらかのグループを選択するところからスタートとした。

介入群については労働者が何らかの方法で復職したいという申し出を受けた場合、事業場において産業医面談を実施した。研究に関する情報収集や「復職・就業配慮に関するご意見伺い書」（以下、伺い書、両立支援パス 8 ページに記載）の様式を発行し事業場で考えている就業上の配慮を主治医に提案し、その内容に対する主治医の意見を診断書等の方法で発行してもらった。発行された診断書等の個人を特定する情報を外した匿名化された診断書と伺い書のコピー、その事例における産業医のアンケートを併せて研究責任者に送付を求めた。

対照群については、復職の際に発行された主治医からの診断書のコピーとその事例におけるアンケート(〇ページ参照)を併せて研究責任者に送付した。産業医から主治医に出された書類がある場合にも、その内容就労内容を記した様式のコピーの提出を求めた。

3) 統計解析方法

調査１

診断書に記載されている情報を研究班メンバーで就業配慮について質的に記載されている内容を収集し、特に重要な項目をカテゴリーとしてまとめた。

また、主治医から発行された復職の診断書について、①産業医の満足度、記載の充分さ（②医学情報・③治療スケジュール・④就業上の配慮・⑤配慮期間・⑥会社ルールへの配慮)、⑦フォローアップの役立ち度、⑧主治医―産業医間の信頼関係情勢の役立ち度を Visual Analog Scale(VAS)を用いて測定した。VAS は 10 点満点として①～⑥の項目は高ければ高いほど有用であり、⑦・⑧については逆転項目とした。各カテゴリーの VAS を比較するために分散分析を行った。等分散性のための Levene の検定を行い、等分散性のある項目はその後の検定として Bonferroni 検定、当分散性がない項目は Games-Howell 検定を行った。

調査２

次に調査１で事例を提供した産業医４名（「両立支援パス」を使用した産業医２名、使用せずに復職支援を行った産業医２名）に、復職支援の際の主治医との情報交換についてのグループインタビューを行った。インタビューにて「両立支援パス」を有効に利用できうる事例の背景などを聴取し、内容を項目別にまとめた。

C. 研究結果

調査１

17 名の産業医より、「両立支援パス」を利用した介入群の事例 7 例、「両立支援パス」を使用せずに復職支援を行った対照群の事例 24 例を収集した。事例を提供した産業医の属性は以下の通りである。専属産業医 11 名、嘱託産業医 5 名であった。日本産業衛生学会産業医専門医資格を有する産業医 13 名、持たない産業医が 4 名であった。ま

た産業医経験年数の平均は 7.18 年(最長 14 年、最短 1 年、標準偏差 3.81)であった。

24 例の対照群には厚生労働省の両立支援のガイドラインに則り復職支援を行った事例が 2 例、各企業が独自に備える復職時の規定や既存の書式に則ったものが 22 例であった。当初想定した介入群の中にすでに「両立支援パス」に記載されている事項について様式の中に盛り込んでいる企業も相当数存在したので以下のように分類をして分析した。

【カテゴリー1】事業場側から医療機関側に勤務内容に加え、可能な就業配慮に関する情報提供が行われた例(「両立支援パス」利用群を含む)、事例番号 1、2、3、12、14、15、17、18、19、20、31

【カテゴリー2】事業場側から医療機関側に勤務内容に関する情報提供が行われたが可能な就業配慮に関する情報提供がされなかった例、事例番号 7、8、11、16、21、27

【カテゴリー3】事業場側からの情報提供がされなかった例、事例番号 10、13、28、29、30

の 3 つのカテゴリーに分類された。

別表に各事例ごとにとったアンケート結果をカテゴリーごとに復職に有利であった点、不利であった点に分けてまとめた（別紙表 1 参照）

以下、カテゴリーごとに医療機関側から得られた情報、産業医アンケートの結果を報告する。

復職に関わった産業医によるアンケート結果の解析

アンケートの各項目についての VAS を報告する（別紙表 2、fig.1 参照)。分散分析を行った結果、対応可能性以外の項目については有意差が認められた。等分散性を検討したところ、診断書満足度、医学情報、就業上配慮、会社ルール、フォロー(今後の連携)、信頼関係の項目は等分散性があったため Bonferroni 検定、治療スケジュール、配慮期間の項目については等分散性が無かったため Games-Howell 検定を行った。

①診断書満足度はカテゴリー1 で 8.79±1.81(平均値±標準偏差、以下同様)カテゴリー2 で 7.93±1.70、カテゴリー3 で 1.80±2.49、②医学的情報はカテゴリー1 で 8.90±1.99、カテゴリー2 で 8.01±3.25、カテゴリー3 で 3.76±2.12、③治療スケジュールはカテゴリー1 で 6.76±2.67、カテゴリー2 で 6.69±2.93、カテゴリー3 で 1.15±0.75、④就業上配慮に関してはカテゴリー1 で 8.60±2.14、カテゴリー2 で 7.47±3.48、カテゴリー3 で 0.84±0.56 となっていた。これらの 4 項目では事業場側からの情報発信があった群(カテゴリー1、2)となかった群(カテゴリー3)に有意な差があり、事業場側からの情報発信があった群の方がより優れた結果となっていた。また、⑥会社のルールへの配慮の項目では、カテゴリー1 が 8.12±2.48、カテゴリー2 が 4.03±3.21、カテゴリー3 が 4.20±2.39 と、カテゴリー1 が他カテゴリーより有意により主治医の就業上配慮が会社の事情やルールについて考慮されていた。さらに、⑧信頼関係の項目に関しては、カテゴリー1 で 1.94±1.94 カテゴリー2 で 3.92±1.38、カテゴリー3 で 6.59±2.02 と、事業場側からの情報発信があった群の方が復職にあたり主治医との信頼関係を築けており、有意差は無かったものの、カテゴリー1 の方がカテゴリー2 より主治医との信頼関係を築けている傾向にあった。

１．カテゴリー1（事業場側から医療機関側

に勤務内容に加え、可能な就業配慮に関する情報提供が行われた例）

カテゴリー1 に該当したのは 19 例、そのうち「両立支援パス」使用し復職支援を行ったものは 7 例であった。以下にカテゴリー1 の事例で復職支援に優位であった点、不利であった点について述べる。

復職支援に際し有利であった点

・産業医の診断書の満足度

産業医からの情報提供依頼や質問事項について主治医からの回答は概ね得られおり、診断書に対する産業医の満足度は高かった。カテゴリー1 の中でも「両立支援パス」を使用した例では「様式 3」に記している「今後のスケジュール」「想定される急変」「急変時の対応」「避けるべき事項」の 4 点に関してもほぼ全例で診断書に記載されていた。アンケートでの以下のような意見があった。

「やや短めの診断書ではあったが、最小限必要なものは得られていた。(事例 2)」

「情報量や記載の丁寧さに明らかに変化があった。(事例 4)」

・会社のルールへの配慮・対応可能性

カテゴリー1 の全事例において、事前に社内のルールや就業配慮の対応可能性について主治医に伝えることで、対応が不可能な、現実的ではない配慮の提案をなされることはほぼなかった。特に、事業場側から就業配慮の例を挙げることで、具体的な就業配慮の提案が主治医からされていた。例えば適応障害の復職支援で事業場側から復職後の配置転換の提案がなされ、主治医もその必要性を感じ同意した事例があった。

なお、アンケートでは以下のような意見が挙がった。

「会社側が対応可能な配慮を事前に提示することで、現実的な配慮が出されたと思う(事例 4)」

「考慮の上の配慮だった(事例 24)」

「専門家としての意見を述べる一方で、安全配慮義務にも触れた内容の記載をしていただけた(事例 25)」

「産業医からの情報提供依頼時に会社の事情・ルールについて情報提供したため、就業措置不要との判断は、十分な考慮の上と考えたため(事例 17)」

・主治医との信頼関係

事業場側からの情報発信があると主治医との信頼関係がより築くことができることができていた。アンケートでも他カテゴリーと比してより主治医との信頼関係を築けたと回答があった。理由としては *「丁寧に返書をいただけたから(事例 5)」* *「返書の内容が的確で過度の就業配慮を避けられると思ったから(事例 12)」* などが挙がった。また、*「就業制限の要否について明確な判断と治療状況の十分な情報をいただいたので今後も連携可能な主治医と考えた(事例 17)」* という意見があり、主治医の返書に記載されている内容（就業配慮の内容や必要性、治療内容の記載の丁寧さ）が信頼し得る主治医かどうか産業医の判断材料のひとつになっていた。また、*「どれくらいの配慮をしているか、情報の扱いについて慎重であることは伝わったのではないかと思います。(事例 1)」* といった意見があるように主治医も安心して診断書を書ける環境を作ることができたのではないかというアンケートでの意見があった。

・急変時の対応

「両立支援パス」の様式③を使用することで急変について、本人と主治医が話を共有し、事業所も対応を一部追加するきっかけとなったという事例があった。

復職支援に不利であった点

・必要以上の情報

診断書を事業場に提出する場合、病状や治療スケジュールや予後など詳細な情報は健康管理部門が必要な情報であっても人事部門が必ずしも必要というわけではなく、同じ診断書の書式を共有すると必要以上の情報が人事の目に触れてしまうおそれがある。このことが診断書をどこまで書くか難しくしていた。例えば膵体部がんの事例(事例 1)など、予後が比較的厳しい疾患などは人事の目に触れてしまうことに配慮し今後の治療スケジュールや予後などを書きづらいとの意見があった。

・「両立支援パス」の書式

「両立支援パス」様式 2 の「復職・就業配慮に関するご意見伺い書」記入スペースに限りがある。(事例 4、事例 31) 就労内容写真掲載に関して社内のルールによっては掲載が困難という事例があった。

・配慮について書かれているが曖昧

主治医側より「重量物運搬 (事例 2)」「危険作業(事例 9)」などの定義がはっきりしないような就業配慮に関する言及があった際には事業場側の困惑が見られた。

２．カテゴリー2（事業場側から医療機関側に勤務内容に関する情報提供が行われたが可能な就業配慮に関する情報提供がされなかった例）

カテゴリー2 に分類されたのは 6 例であった。

以下にカテゴリー1 の事例で復職支援に優位であった点、不利であった点について述べる。

復職支援に際し優位であった点

・就業配慮の対応可能性

主治医が就業配慮について事業場側に選択の余地を残す言い回しで記載したことにより、就業配慮を社内の規定・産業医の判断で決定することができた例が存在した。

「残業禁止の程度が「過度な」と、明確な時間指定でなかったため、社内規則の枠内で検討できた。(事例 8)」

・主治医と事業場側間の信頼関係

就業配慮の対応可能性について事業場側から情報提供がなくともある程度の主治医との信頼関係を築けた事例もあった。

「返信内容が詳細・丁寧で、困っていることに対して的確に焦点を当て書かれていたため。(事例 8)」

復職支援に際し不利であった点

・配慮期間と対応可能性

配慮内容や配慮期間、対応可能性については事業場側から医療機関側に情報提供がない場合、主治医から得た情報を元に産業医が復職後に本人と面談をし、判断する必要があった。

「診断名が主で、治療経過や病態の評価について情報が少ない。治療スケジュールや要配慮期間は退院後に浮いて特に記載がなかったので、産業医面談で本人の状態を確認し、しかるべき時期に産業医から主治医の意見を求め、得た情報で、配慮期間が決まっていった。(事例 11)」

「「事務職」とのみの記載であったので、詳細は面談にて確認する必要があった。(事例 11)」

３．カテゴリー3（事業場側からの情報提供がされなかった例）

事業場側から情報提供がなされなかった事例では医療機関側から診断名のみの診断書を得ることがほとんどであった。その為治療の副作用などの医学的情報、治療スケジュール、就業配慮の内容、配慮期間などの記載はなかった。その為、産業医の診断書に対する満足度が低く、主治医との信頼関係を気づきにくい傾向にあった。

<u>調査２</u>

調査１で事例を提供した産業医４名（「両立支援パス」を使用した産業医２名、使用せずに復職支援を行った産業医２名）に、復職支援の際の主治医との情報交換についてのグループインタビューを行った。

インタビューで得られた復職支援に関する所感を以下の項目ごとにまとめた。

まずは「両立支援パス」が活用しやすさについて事例を上げて議論した。

「両立支援パス」書式が活用できる事例

「両立支援パス」の書式を使用することで本人と事業場が復職について議論するきっかけになったり、話し合った痕跡を書面で残すことができるとの意見が挙がった。

・本人が必要以上の配慮を求めるとき、本人の話に産業医の納得感がない時の証拠書類には書式が活用できそう。

・会社担当者の署名は、会社側の同意を書面として残すうえで有意義である

・書類の作成の際に合意形成が出来た

「両立支援パス」書式を活用しにくい事例

休職期間や、既存の復職の方法で復職支援を行っている場合は「両立支援パス」の書式を使いづらいとの意見が挙がった。

・休職期間が短い場合、復職の準備期間が取れない。

・ベテラン産業医は既存の書式でうまく復職支援できている。

次に復職支援支援全般について、医療機関側から得られる情報が充実する背景、十分に受け取れない背景について議論した

医療機関側から得られる情報が充実する背景

■疾患の特徴

精神疾患、身体疾患によって主治医からの情報の必要度が違うことや、てんかん患者の自動車運転など主治医にも責任が及ぶ疾患では主治医からの情報が充実するとの意見が挙がった。

・精神疾患は病状と業務遂行能力が大部分で相関するが、身体疾患はバリエーションが豊富である。また、急変についての判断も主治医意見が必要となる点である。

・疾患によっては情報提供が得やすくなる傾向がある。てんかんなど、主治医にも責任が及びうる点で得られる情報が充実すると考えられる。

■本人のキャラクター

支援をうけやすさには患者本人の性格も影響しているとの意見が挙がった。

・支援を受けやすいキャラクターである。他責的、被害者的だと周りも支援しづらい。

・日本は基本的に支援的だが、すれ違いが問題を生みやすい。

■主治医負担の少ない情報提供依頼

主治医の負担として上がるのは大きく分類すると「患者を守れるかの不安感」、「主治

医自身のリスク」、「作業上の多忙感」であった。

「患者を守れるかの不安感」

主治医の立場からは患者の情報を事業場に提供することで復職や人事に不利にならないかどうか不明であると情報を提供しづらい。また、事業場側も就業内容を医療機関側に提供することは企業の情報漏えいにあたらないか危惧するという意見が挙がった。その点、産業医が患者本人に付き添い受診するなど、主治医と産業医が顔の見える関係であることである程度解消できる。

・主治医側に、患者は復帰後、会社側に必要以上に負担の大きな作業をさせられるのではないかという不安感があることで、情報提供が妨げられたり、過剰な配慮要求が出たりしうる。

・先んじた情報提供により、顔が見える産業医、事業所になることで、主治医が情報提供するにあたって安心感が与えられる。

・安心感という点で医療機関調査では人事の付き添い受診はポジティブな評価であった。付き添いを補完する目的で書式があるとよい。

・管理者には両立支援に必要なことが聞けるマネジメント能力が必要となる。

・診療現場における操作的診断学では、職業に関する情報は収集されづらく、現場の様子をイメージしてもらうのは困難である。

・本パスにも写真掲載のスペースがあるが、事業所内写真はセキュリティーの問題でNGとなりがち。病院管理上での情報の流れが事業所側では想像できず、防衛的になる。

・職場の様子、作業の内容についての動画集のようなものが現場の想像、安心感のために必要となりうる。

「主治医自身のリスク」

就業配慮を行った結果の責任の所在がどこになるのかはっきりしない面も主治医が診療情報提供をしにくい一因となりうる。

・両立支援の基本はリスクテイキングである

・会社は情報を得るほど予見可能性があがり社員を守らざるを得なくなるため、両立支援は主治医に判断を投げる目的で行えず、社員を守ることにつながる

・プロの産業医はリスクをとることを自覚しているが、産業医がいない、機能していない事業所では会社がその認識を持つ必要がある

「作業上の多忙感」

主治医の時間的負担になりにくい診療情報提供依頼であることも配慮の必要がある。

・主治医として文書作成自体は書き慣れている

・会社における雇用継続のための連携であり、会社側は主治医が答えやすいよう配慮する責務がある。

医療機関側からの情報が十分に受け取ることができない背景

診療情報提供書のコストの問題と疾病に関する詳細な情報を含む診療情報提供書の事業場内での扱い方について問題提起された。

■コスト

・診療所登録がない場合、診療情報提供書の点数がつかないことで返書が返ってこないことがある。主治医にも、患者が求めない限り書類作成の法的拘束力はない。

・厚労省ではエビデンスがないことを理由にお金がつかなかった

・文書料はだれが持つか。初回は「労働者自身が働けることを証明する義務」として労働者が負担。

■事業所内情報管理

・医療機関側からの診断書が、会社側に出すものと健康管理部門に出すもので別である方が望ましいが、一緒であることも多い。医療機関側としてはコスト面で診断書でしか出せない現状がある。

・疾病性に関わる情報が記載されていても人事の管理でよいのか不安。

D. 考察

疾病罹患後に休職し障害を抱えた患者が復職する際には、事業場側が医療機関と連携を取り情報を共有することが、より良い復職支援に繋がることは既知の通りである。患者が就業に戻る際に産業医や事業者が事前に話し合ったうえで必要な配慮を検討したことをもとに医療者が意見を述べるという「両立支援パス」を開発し今回実際に使用し、妥当性を評価した。

「両立支援パス」を使用せずとも「両立支援パス」と同じ流れで、事業場側が就業の状況や就業配慮の対応可能性や会社のルールなどを医療機関側に情報提供し、それを元に主治医が就業配慮などについて意見を述べるという方式で復職支援を行った事例が提供された。これらの事例と「両立支援パス」を使用し復職支援を行った事例をカテゴリー１とした。そしてカテゴリー2 は勤務内容に関する情報が提供された群、カテゴリー3 は情報提供がされなかった群とした。

カテゴリー3 では、医療機関から病名のみ記入された診断書を得ていた。カテゴリー3 は事業場側からの情報発信があった群(カテゴリー1、2)に比して医学的情報、治療スケジュール、就業上配慮に関して主治医からの情報が無いため復職にあたり情報が不足し、診断書満足度は低かった。

カテゴリー１と 2 の差は事業場側が就業の状況や就業配慮の対応可能性や会社のルールなどを医療機関側に情報提供したか否かである。カテゴリー1 ではより現実的な配慮を医療機関側から引き出すことができていた。ただ、配慮の内容は主治医から引き出せたものの、一部「重量物」「危険作業」など定義がはっきりしない語句を含む配慮を主治医が求めた場合に困惑も見られた。しかし、カテゴリー2 で具体的すぎない配慮内容の記載は事業場側の事情に応じて配慮が検討でき得るという点で逆に有利に働くこともあった。従って、事業場の事情によって医療機関に求める情報のレベルにある程度差があると考察される。

また、主治医に情報提供をすることで、事業場がどのくらいの配慮を考慮しているのか、情報の扱いを慎重に行っていることを伝えることができ、そのことも主治医から必要十分な情報を引き出すことにつながっていると考える。そして主治医の返書に記載されている内容（就業配慮の内容や必要性、治療内容の記載の丁寧さ）が信頼し得る主治医かどうか産業医の判断材料のひとつになっており、今後の両立支援を行う上で連携に繋がるのではないだろうか。

さらに、産業医が直接主治医に会いに行く、電話をするなどした例は配慮期間・ルール・対応可能性について満足のいく結果になっており、直接会話をすることが書面のみのやり取りより細かい配慮に繋がることを示唆していた。

この研究の限界としては、「両立支援パス」の使用を呼びかけたのは産業医科大学産業医実務研修センターの元教員・元修練医・現教員・現修練医であり産業医業務を専門的に行っている産業医たちであり、復職事例への対応に熟達していると考える。今後、

専門ではないが産業保健業務を行っている産業医、また産業医がいないような職場でも検討をする必要があると考える。

E. 結論

身体疾患、精神疾患の復職支援において、事業場側から業務状況を主治医に伝えることで、産業医側が復職支援に際して必要な情報を得ることができた。また、さらに就業配慮検討事項を伝えることで主治医から現実的な就業配慮を引き出すことができ、スムーズに復職支援ができた例が多かった。従って、復職支援の際には事業場側から就業の状況や就業配慮の対応可能性を主治医に伝える情報の流れを作ることがスムーズな復職支援、両立支援へ繋がる。よって、復職にあたっては事業場側からの情報発信がなされるのが望ましい。また、事業場の健康管理部門の事情によって必要な情報の量や質に差があったり、休職期間などにより事業場側からの情報発信が困難な場合があることがわかった。

専属産業医や常駐している事業場や復職支援に慣れている産業医がいる事業場では従来の復職支援の方式で満足度の高い復職支援ができていた。一方で、当研究で開発した「両立支援パス」は復職支援に不慣れな産業医や事業場、専属の常勤産業医がいない事業場で特に有効と考える。

F. 参考文献

なし

G. 研究発表予定

なし

カテゴリー別　メリット・デメリット

カテゴリー	項目	メリット		デメリット	
カテゴリー1	診断書の満足度	w 1	継続的、というよりも、イベント発生時…となると思いますが、必要な情報は頂けていると思います。	w9	必要な情報が十分には得られなかった
		w 2	やや短めの診断書ではあったが、最小限必要なものは得られていた。	w5	重量物搬送という言葉の定義が曖昧だから
		w3	全項目に過不足なく記載してくれているから	w6	車の運転を控える度合いは曖昧だったから
		w17	終業内容を詳細に主治医に伝えたうえで、日常生活や就業上制限すべき事項がないことを明示して貰ったので		
		w18	特に不自由は感じなかった		
		w23	問題は感じなかった		
		w24	質問に応じてくれた		
		w25	主治医としての意見が書かれているから		
		w26	主治医の考えを示していただけたから		
		w31	丁寧にお返事いただけた		
		w4	情報量や記載の丁寧さに明らかに変化があった		
	医学的情報	w12	服薬内容まで記載されているから	w1	厳しい疾患の時には、主治医でも本人に伝えていないことがあることを、産業医は組む必要がある。共有する以上、書けないスケジュール、見込みもある。
		w14	必要な情報が得られたため		
		w15	こちらからの提案に了承いただいている点で十分		
		w17	病名や治療経過など十分に記載されていたため		
		w18	十分記載されていた、現段階ではまだ確定ではないなどのニュアンスも伝わってきた		
		w2	やや短めの診断書ではあったが、最小限必要なものは得られていた。		
		w20	本人の症状について記入いただけていると思うため。		
		w22	直接聞いたので		
		w24	書面上の記載は少ないが、他にも電話のやり取りがあったので		
		w3	きちんと記載されている		
	治療スケジュール	w14	治療スケジュールは記載されていないが、「本人↔会社・OP」の情報共有の中で、必要な情報は得ることが出来たため	w 2	記載されているが、全体に対する記載であり、段階的な予想には基づかない。
		w19	返書がいただけなかったため、評価できません。	w17	今後の治療スケジュールは記載されていなかったため、本人から聴取する必要があったため
		w2	やや短めの診断書ではあったが、最小限必要なものは得られていた。	w24	本人からも聴取の方が多かった
		w20	通院に関する情報がありました。	w6	概ね問題ないが、再発のリスクについては知りたいと感じた

カテゴリー	項目	メリット		デメリット	
カテゴリー1	就業配慮内容	w12	「重労働以外は可能」との記載だが具体的な内容までは記載されていない	w20	本人との解離もあります。「やや配慮しすぎ」かもしれません。
		w14	先に会社として実施可能なことを提示し、それについてコメントをいただく形式としたため	w5	重量物搬送という言葉の定義が曖昧だから
		w15	こちらからの提案に了承いただいている点で十分		
		w17	終業内容を詳細に主治医に伝えたうえで、日常生活や就業上制限すべき事項がないことを明示してもらったので		
		w18	予め就業内容を伝えていたため、必要な配慮は充分記載されていた		
		w22	直接聞いたから		
		w23	記載があったので		
		w24	細かくないがこちらとしては十分		
		w3	主治医から見た配慮が確認できたから		
		w31	現状勤務の様子まで理解してくれた印象		
	就業配慮期間	w15	こちらからの提案に了承いただいている点で十分	w12	治療スケジュールは記載されているが、配慮が必要な期間とは明示がない
		w17	就業制限が必要でない期間の記載はなかったが、体調や治療に変化があれば再度情報のやり取りが可能なため	w2	記載されているが、全体に対する記載であり、段階的な予想には基づかない。
		w20	会社側との状況を考え妥当な記入をされていると思います。		
	会社のルール	w14	先に会社として実施可能なことを提示したため。		
		w15	こちらからの提案に了承いただいている点で十分		
		w17	産業医からの情報提供依頼時に会社の事情・ルールについて情報提供したため、就業措置不要との判断は、十分な考慮の上と考えたため		
		w18	会社の事情をあまり考えずに、主治医に判断してもらったのが良かった		
		w20	かなりご理解いただけていると思います。		
		w22	産業医から説明し、主治医の説明に答えたから		
		w24	考慮の上の配慮だった		
		w25	専門家としての意見を述べる一方で、安全配慮義務にも触れた内容の記載をしていただけた		
		w3	文書に記載前に、口頭にてすり合わせが出来たから		

カテゴリー	項目	メリット		デメリット	
カテゴリー1	対応可能性	w14	先に会社として実施可能なことを提示したため。	w20	年休消化については、あまり付与されず難しい点があります。
		w15	当初現実的でなかったが、最終的には現実的		
		w17	産業医からの情報提供依頼時に会社の事情・ルールについて情報提供したため、就業措置不要との判断は、十分な考慮の上と考えたため		
		w22	現実的に対応できる範囲を説明していたから		
		w23	こちらからも例として挙げていたので		
	対応可能性	w24	職場も理解があった		
		w3	文書に記載前に、口頭にてすり合わせが出来たから		
		w4	会社側が対応可能な配慮を事前に提示することで、現実的な配慮が出されたと思う		
	今後の連携	w1	継続的、というよりも、イベント発生時…となると思いますが、必要な情報は頂けていると思います。		
		w12	主治医のレスポンスがよく、疾患としても比較的稀であるため		
		w2	特に悪化時には共有したいと思える状況だった。		
		w20	丁寧に記入いただいた主治医だと思いました。		
		w25	今でもこまめに情報共有をしている		
		w3	文書に記載はないが、口頭で情報共有できたから		
	信頼関係	w1	どれくらいの配慮をしているか、情報の扱いについて慎重であることは伝わったのではないかと思います。		
		w12	返書の内容が的確で過度の就業配慮を避けられると思ったから		
		w14	社員より、主治医が産業医を信頼しているとの報告を受けていたし、私も手紙やTELを通じて丁寧に情報をくださるDr.と思っていたため		
		w15	面談結果報告書を全面的に受け入れて下さっている		
		w17	就業制限の要否について明確な判断と治療状況の十分な情報をいただいたので今後も連携可能な主治医と考えた		
		w18	ある程度築けたと思う		
		w19	どのようなやり取りができるタイプの先生なのかわからなかったため		
		w2	特に悪化時には共有したいと思える状況だった。		
		w20	情報共有についてはできる関係を築けたと思いました.		
		w22	産業医の元上司、元職場だから		
		w3	産業医の立場を理解してもらえたから		

カテゴリー	項目	メリット		デメリット	
カテゴリー1	信頼関係	w5	丁寧に返書をいただけたから		
		w6	単発のやり取りであり、信頼関係の構築の感触はなし		
		w１	どれくらいの配慮をしているか、情報の扱いについて慎重であることは伝わったのではないかと思います。		
	その他	w１	様式③により、一定量、急変について、本人と主治医が話を共有し、事業所も対応を一部追加するきっかけとなった。	w４	本人に自署の署名をしてもらう所で心理的障壁があった印象
		w22	産業医が直接主治医に会いに行く、電話をするなどした例は配慮期間・ルール・対応可能性について満足のいく結果になった。		

カテゴリー	項目	メリット		デメリット	
カテゴリー２	診断書の満足度	w21	詳細に書いてあったので	w11	当社の業務の特殊性を詳細に確認する必要がある。診断名が主で、治療経過や病態の評価について情報が少ない。
		w27	過去の治療経過、現在の状況、今後のスケジュール等、詳しく記載されている		
		w7	病名以外の復職条件や療養期間などの詳細については、会社が用意する別紙に詳細に書かれている為。		
	医学的情報	w21	検査データも送ってくれたので	w11	当社の業務の特殊性を詳細に確認する必要がある。診断名が主で、治療経過や病態の評価について情報が少ない。
		w7	病名以外の復職条件や療養期間などの詳細については、会社が用意する別紙に詳細に書かれている為。		
		w8	病名以外の復職条件や療養期間などの詳細については、会社が用意する別紙に詳細に書かれている為。		
	治療スケジュール	w21	経過も記載されていた	w11	本件については、リハビリメニューや経過も知りたかった。(本人申告のみ)
		w7	本人から聞けば事足りる為。		
		w8	本人から聞けば事足りる為。		
	就業配慮内容	w11	問い合わせ(情報提供依頼)後の返信は満足している。		
		w21	記載されていた		
		w7	「診断書」事態には書かれていないが、会社が用意する別紙に詳細に書かれている為問題ない。		
		w8	「診断書」事態には書かれていないが、会社が用意する別紙に詳細に書かれている為問題ない。		
	就業配慮期間	w21	明確に書いていないが、内容から推察できる	w11	当社の業務の特殊性を詳細に確認する必要がある。診断名が主で、治療経過や病態の評価について情報が少ない。治療スケジュールや要配慮期間は退院後に浮いて特に記載がなかったので、産業医面談で本人の状態を確認し、しかるべき時期に産業医から主治医の意見を求め、得た情報で、配慮期間が決まっていった。
		w7	書かれていないが、就業配慮の期間は会社の制度によって違うし、どれくらいの配慮が適切という根拠もないため、主治医に記載いただく意義を感じないから。	w27	期間は記載されていないが、治療の性質上、長期にわたることが考えられ、やむを得ないと思う
		w8	書かれていないが、就業配慮の期間は会社の制度によって違うし、どれくらいの配慮が適切という根拠もないため、主治医に記載いただく意義を感じないから。		

項目	メリット		デメリット	
会社のルール			w11	問い合わせまでは、考慮されていない。
			w21	ケースを意識していた分ではないと思うが、少なくとも今回のケースについては影響の少ない範囲だった
			w7	なされていないが、社内の事情・ルールを主治医が知る由もないし、説明文を主治医に提出するにしても従業員の就業形態がここによってさまざまなため難しく、主治医に考慮いただく意義を感じない。
			w8	なされていないが、社内の事情・ルールを主治医が知る由もないし、説明文を主治医に提出するにしても従業員の就業形態がここによってさまざまなため難しく、主治医に考慮いただく意義を感じない。
対応可能性	w16	就業上の配慮について特にご意見はないとのことでした。	w11	本件については、日常生活レベルが可能であったので、その範囲で配慮事項を検討した。ただし、「事務職」とのみの記載であったので、詳細は面談にて確認する必要があった。
	w27	デスクワーク、過度な負担を避ける等は、元の職場で十分対応可能だった		
	w7	残業禁止の程度が「控える」と、明確な時間指定でなかったため、社内規則の枠内で検討できた。		
	w8	残業禁止の程度が「過度な」と、明確な時間指定でなかったため、社内規則の枠内で検討できた。		
今後の連携	w11	身体疾患(外傷)であったので、ある程度経過が予測できた。何か不測の事態が発生した時には、情報を共有したいと思っていた。	w7	主治医に問題を感じているわけではないが、単純に必要時以外に主治医とやり取りする必要性を感じない。
	w21	必要なことは記載してくれていた	w8	主治医に問題を感じているわけではないが、単純に必要時以外に主治医とやり取りする必要性を感じない。
	w27	今後も長期の治療の中で、必要に応じて連携を取りたい		
信頼関係	w11	よくわからない。情報を得た後は、簡素なお礼状を出しているが、それに対して、どのような反応を先方が持っているのか不明。	w21	相手がどう思っているかはわからない
	w27	主治医からも会社が配慮を検討することについて		
	w8	返信内容が詳細・丁寧で、困っていることに対して的確に焦点を当て書かれていたため。		

カテゴリー	項目	メリット		デメリット	
カテゴリー３	診断書の満足度			w10	診断名および休養の要否と期間のみであり、治療内容が全く記されていない。
				w13	必要最低限の記載内容であるため
				w28	回復の程度や副作用などの体調と今後の治療状況が分からない
				w29	回復の程度や今後の治療状況が分からない
				w30	復職可能日が記載されていない。回復の程度や今後の治療状況が分からない。
	医学的情報			w10	診断名および休養の要否と期間のみであり、治療内容が全く記されていない。
				w13	服薬内容についての記載はない
				w28	病名と治療法はわかる。副作用も含めた体調面が分からない。
				w29	主治医がどういった疾患を想定しているのかがわからない
				w30	不眠症の原因となっている疾患の有無等について不明
	治療スケジュール			w10	休養期間のみ。
				w13	入院期間は記載されているが、退院後の治療スケジュールについて記載がない
				w28	現在の治療法はわかるが、今後のスケジュールが分からない
				w29	まったく記載なし
				w30	まったく記載なし
	就業配慮	w10	当社指定の書式に対し、選択肢の選択はあった。詳細な記載はない。	w10	当社指定の書式に対し、選択肢の選択はあった。詳細な記載はない。
				w13	具体的に配慮が必要な内容の記載はないため
				w28	終業内容に関しては記載なし
				w29	まったく記載なし
				w30	まったく記載なし
	配慮期間			w10	まったく記載されていない。
				w13	退院後の治療に関する記載はない
				w28	終業内容に関しては記載なし
				w29	まったく記載なし
				w30	まったく記載なし
	会社のルール	w13	具体的な配慮内容の記載はないため、会社の事情に応じて配慮を検討できる	w28	休職前の業務からは特別な就業配慮は不要と考えられ、主治医からの意見もなかった
				w29	会社のルール上不可能な配慮は求められなかったが、考慮されたのかは不明
				w30	会社のルール上不可能な配慮は求められなかったが、考慮されたのかは不明
	対応可能性	w10	超勤制限のみであれば十分対応可能。	w28	休職前の業務からは特別な就業配慮は不要と考えられ、主治医からの意見もなかった
		w29	休業前より産業医と人事が介入し配慮する予定であったものと相違なかった		
		w30	復職すること以外に求められた事項はなかったため可能であった。		

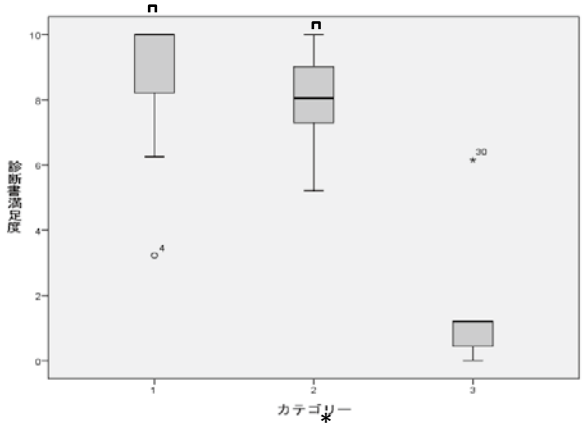
	項目	メリット		デメリット	
カテゴリー３	今後の連携	w13	必要があれば情報共有したい	w10	当該社員の不調の背景を承知しているのか全く不明であり、また復帰前に通院・内服治療が終了となっていた。本人は症状は消失しているも、生活リズムは整っておらず、生活リズムの回復、職場復帰まで経過を追わない医療機関であり、転院を勧めたい。
		w28	治療状況については主治医と情報共有することが必要だと思う		
		w29	服薬状況や主治医の見解等の情報を共有したい		
		w30	内服薬の確認はご本人を通じて行っていきたい		

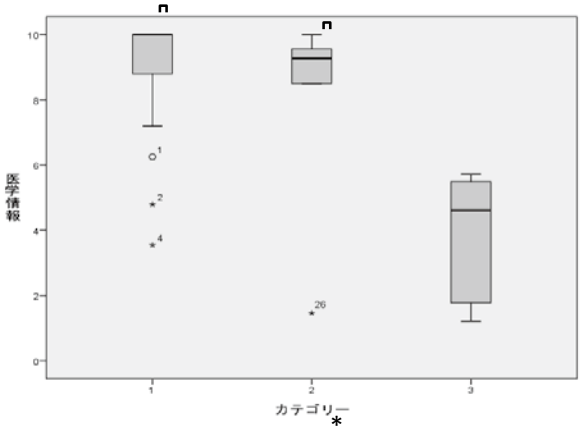
	信頼関係	w28	本人と面談をした限りでは妥当な判断であろうと感じた	w13	必要最小限の記載内容であり、信頼関係まではよくわからない
				w29	不信感を抱いた点はなかったが、特別信頼関係も築けたわけでもない
				w30	不信感を抱いた点はなかったが、特別信頼関係も築けたわけでもない

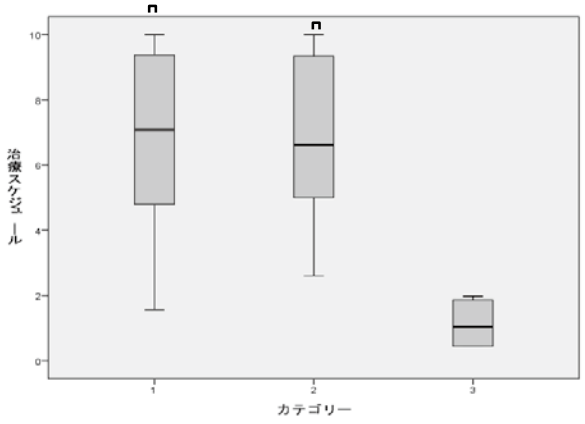
表2　産業医アンケート(VAS)結果

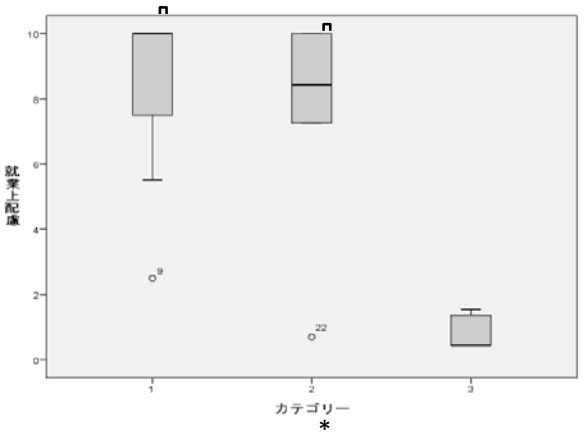
			平均値の 95% 信頼区間					分散分析	
	カテゴリー	度数	平均値	標準偏差	標準誤差	下限	上限	最小値	最大値	*p*値	
診断書満足度	1	19	8.79	1.81	0.41	7.92	9.67	3.23	10.00	0.00	*
	2	6	7.93	1.70	0.69	6.15	9.72	5.21	10.00		
	3	5	1.80	2.49	1.11	(1.29)	4.89	0.00	6.15		
医学情報	1	19	8.90	1.99	0.46	7.94	9.86	3.54	10.00	0.00	*
	2	6	8.01	3.25	1.33	4.60	11.42	1.46	10.00		
	3	5	3.76	2.12	0.95	1.12	6.40	1.21	5.71		
治療スケジュール	1	19	6.76	2.67	0.61	5.47	8.04	1.56	10.00	0.00	*
	2	6	6.69	2.93	1.19	3.62	9.77	2.60	10.00		
	3	5	1.15	0.75	0.33	0.23	2.08	0.44	1.98		
就業上配慮	1	18	8.60	2.14	0.50	7.54	9.66	2.50	10.00	0.00	*
	2	6	7.47	3.48	1.42	3.82	11.12	0.70	10.00		
	3	5	0.84	0.56	0.25	0.15	1.53	0.44	1.54		
配慮期間	1	19	7.40	2.64	0.61	6.13	8.67	1.25	10.00	0.00	*
	2	6	4.84	3.86	1.58	0.79	8.89	0.00	8.44		
	3	5	0.40	0.24	0.11	0.10	0.69	0.00	0.66		
会社ルール	1	19	8.12	2.48	0.57	6.92	9.31	2.08	10.00	0.00	*
	2	6	4.03	3.21	1.31	0.66	7.39	0.00	8.68		
	3	5	4.20	2.39	1.07	1.24	7.16	0.00	5.49		
対応可能性	1	19	8.80	1.86	0.43	7.90	9.69	3.33	10.00	0.67	
	2	5	9.55	0.41	0.18	9.05	10.06	9.23	10.00		
	3	5	8.75	1.88	0.84	6.42	11.08	5.49	10.00		
フォロー	1	20	2.73	2.99	0.67	1.33	4.13	0.00	9.17	0.02	*
	2	6	5.63	4.02	1.64	1.41	9.84	0.00	9.27		
	3	5	6.73	2.52	1.13	3.59	9.86	4.62	10.00		
信頼関係	1	20	1.94	1.94	0.43	1.03	2.84	0.00	5.21	0.00	*
	2	6	3.92	1.38	0.56	2.46	5.37	1.65	5.13		
	3	5	6.59	2.02	0.90	4.08	9.10	4.62	10.00		

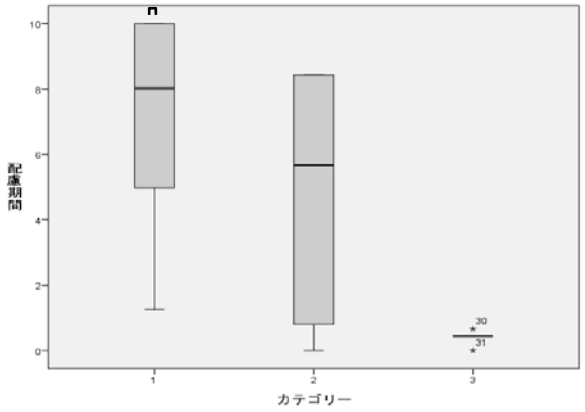
* $p < 0.05$

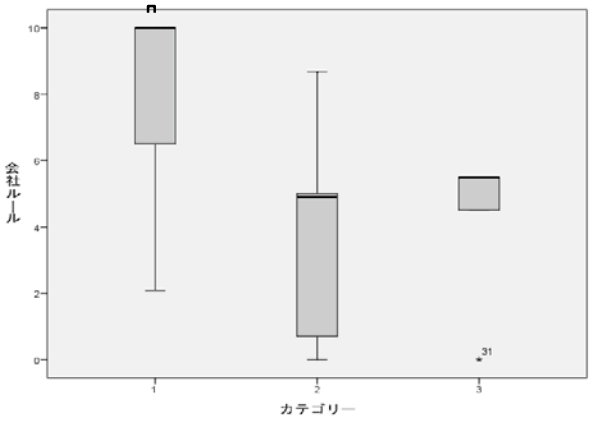

診断書満足度
カテゴリー

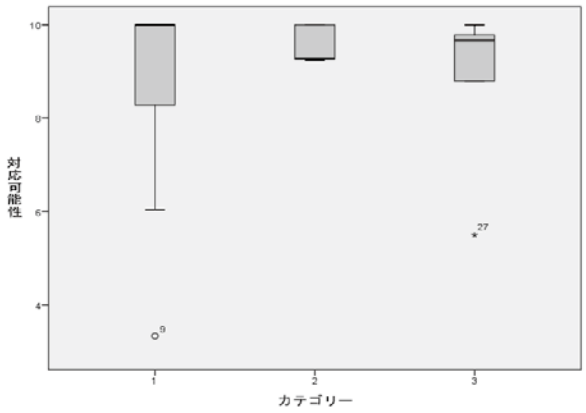

医学情報
カテゴリー

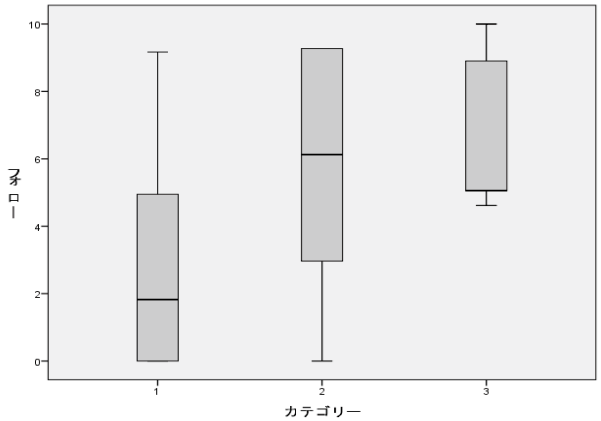

治療スケジュール
カテゴリー


就業上配慮
カテゴリー


配慮期間
カテゴリー


会社ルール
カテゴリー


対応可能性
カテゴリー


フォロー
カテゴリー

*

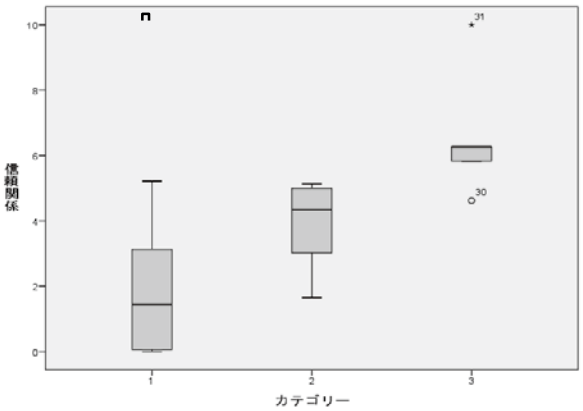


fig1.産業医アンケート結果
*有意差あり
診断書満足度、医学情報、就業上配慮、会社ルール、フォロー(今後の連携)、信頼関係の項目は当分散性があったためBonferroni検定を行った。
また、治療スケジュール、配慮期間の項目については当分散性が無かったためGames-Howell検定を行った。

分担研究報告書

両立支援のための情報共有様式およびガイドの作成

研究分担者

立石 清一郎	産業医科大学・産業医実務研修センター講師
塚田 順一	産業医科大学・血液内科教授
安部 治彦	産業医科大学・不整脈先端治療学教授
佐伯 覚	産業医科大学・リハビリテーション医学教授
藤野 昭宏	産業医科大学・医学概論教授
森 晃爾	産業医科大学・産業保健経営学教授
高橋 都	国立がん研究センター・がんサバイバーシップ支援部

労災疾病臨床研究事業費補助金研究

分担研究報告書

両立支援のための情報共有様式およびガイドの作成

研究分担者

産業医科大学・産業医実務研修センター	講師	立石 清一郎
産業医科大学・血液内科	教授	塚田 順一
産業医科大学・不整脈先端治療学	教授	安部 治彦
産業医科大学・リハビリテーション医学	教授	佐伯 覚
産業医科大学・医学概論	教授	藤野 昭宏
産業医科大学・産業生態科学研究所	教授	森 晃爾
国立がんセンター・がんサバイバーシップ支援部	部長	高橋 都

研究要旨

【目的】治療と就業の両立支援を行うための治療医と職場の情報共有について、治療医調査によると「下手に情報を出すと患者に不利益となるから出せない」「そもそも産業医とコミュニケーションをとるほど産業医の顔が見えたためしがない」という情報が挙げられた。一方で、職場調査によると、「治療医からの情報は医療という一方通行でわかりにくい」「職場の現状を理解せずに思い付きの就業配慮の要請が出る」など現状で両者の情報をつなぐには大きな壁が存在している。これらを解決するために、必要なツールの在り方について検討する。

【方法】 両立支援ツールを作成するにあたり、これまでの研究分担報告書である、「各科主治医インタビュー調査」、「患者インタビュー調査」、「職域調査」を参照のうえ、産業保健を専門職によるツールである両立支援パス使用ガイド α 案を作成した。作成されたツールを研究班メンバー（産業保健専門 5 名、臨床専門家 15 名、倫理専門家 1 名）で 2 回集まり改善点や問題点を議論し β 版を開発した。β 版は事業所側、医療機関側で介入調査を実施し、妥当性を評価した。

【結果および考察】α 版では、治療医は業務の内容が分からないので意見を述べようがない、職域は医療情報が不足しているため必要な配慮が分からない、という意見から、ギャップを埋めるためには本人を中心とした対応以外で解決することは難しいと判断した。合理的配慮の考え方を盛り込んだ『本人の申し出に基づき必要な配慮を職場で検討の上、職場から主治医にポイントを絞った情報提供を依頼する』手順の α 版を作成した。

β 版作製の議論では、「職場からの依頼では本人に利益か不利益かわからない」、「主治医に会社のリスクを押し付けられているようで書きづらい」、「主治医側にインセンティブがなさすぎる」という意見から、『本人と事業者が就労を継続するために必要な配慮を話し合ったうえで、「本人及び事業者の連名で、配慮事項の内容について意見を求める』手順を加えたβ版を作成した。β版について日本産業衛生学会専門医を集めたグループディスカッションと、β 版使用のモデル調査を実施した。

【結論】職域、治療医両者が使いやすい連携パスを作るために本研究班の意見を統合し両立支援パスを作成した。

研究協力者
岡田　岳大　　産業医科大学　産業医実務研修センター
原田　有理沙　産業医科大学　産業医実務研修センター
横山　麻衣　　産業医科大学　産業医実務研修センター
永尾　保　　産業医科大学　産業医実務研修センター
大橋　りえ　　産業医科大学　産業医実務研修センター
山口　享宏　　産業医科大学　血液内科
北村　典章　　産業医科大学　血液内科
河野　律子　　産業医科大学　不整脈先端治療学
荻ノ沢　泰司　産業医科大学　第2内科
大江　学治　　産業医科大学　循環器内科、腎臓内科
林　克英　　産業医科大学　循環器内科、腎臓内科
高橋　正雄　　産業医科大学　循環器内科、腎臓内科
加藤　徳明　　産業医科大学　リハビリテーション医学
伊藤　英明　　産業医科大学　リハビリテーション医学
白石　純一郎　産業医科大学　若松病院リハビリテーション科
二宮　正樹　　産業医科大学　リハビリテーション医学
杉本　香苗　　産業医科大学　リハビリテーション医学

A. 研究目的

治療と就業の両立支援を行うための治療医と職場の情報共有について模索している。

類似の取り組みとして英国フィットノートがある。フィットノートは治療を担当している家庭医が本人の病状に則した働き方を職場側に提案し、それをもとに職場と本人が話し合って雇用を継続するために必要な配慮を検討する仕組みである。フィットノートで記載された配慮事項はあくまでも参考意見で事業者と本人が話し合って合意事項を決めるという仕組みである。わが国の治療医の診断書をベースとした復職とは、以下の点で大きな相違点が存在している。

1. 英国では雇用契約について、明確に記載されている Job description (職務規定書)が存在し、雇用契約を履行できるかという判断を事業者側が慣れていること。
2. 英国では障害者差別禁止法により「病気があるというだけでの解雇」を事業者側に禁じている。
3. 一定の順を満たした場合、事業者は労働者に対して Statutory Sick Pay（法定傷病手当）を 28 週にわたり支給する必要があるので少しでも Work ability があるものについては業務についてもらいたいというモチベーションが存在する。
4. 英国では家庭医がフィットノートを記載するので本人や地域、家庭、職場の置かれている状況について一定程度の理解を持ったうえで業務と治療状況を勘案した内容で記載することが可能である。一方で日本では家庭医機能は脆弱で、現状では各科の専門医が記載することになっているので労働事情を踏まえない医学的な一方的

な情報提供になっている。

5. フィットノートが法律で規定されており記載内容について家庭医に責任が追わないように制度化されているので家庭医が安心して記載することができる。
6. 家庭医は労働者が健康な状態で労働をしていると地域での健康管理がうまくいっていることで結果的にインセンティブにつながるので家庭医側にも適切な情報提供を行うモチベーションが存在する。

このように、背景・制度が違う国の仕組みをそのまま取り入れようとしてもあまりうまくいかない可能性が高い。我が国ならではの事情を鑑みたうえで適切な情報共有ツールを作成することが重要である。

本研究班の治療医調査で治療と仕事の両立支援を阻害している条件は以下のようであった。

- 医学的な正確情報を出すと患者に不利益となるからあいまいな情報しか出せない
- そもそも産業医とコミュニケーションをとるほど産業医の顔が見えたためしがない（特に嘱託産業医）
- 主治医が会社の相談窓口に問い合わせるだけの時間的余裕がない
- 主治医には会社の雇用関係や就業規則などを把握しようがなく実態に合った意見を述べることが困難
- 仕事の情報が会社から入ってくることはない
- 仕事の情報は患者に頼るしかなくどの程度の業務上の負担か、どの程度の危険があるかを判断することは困難
- 患者の求める情報以外は出せない
- 主治医は患者と診療契約を結んでおり患者の利益を最大限に考えるため、信頼できない会社に情報を提供することは現状では困難。
- 情報のやり取りがあったとしても1回きりでその後の就業配慮変更などの意見を求められたことは皆無である。
- 診断書に記載した内容がどのように取り扱われているか主治医側から見えづらく、意見した就業配慮が実際になされていることの報告がないため不安を覚える
- 職場（産業医）が必要としている情報が何かわからない
- 詳細な病状報告をすると大げさにとらえられることがあり復職できなくなることがある。

よって、情報共有ツールが機能するための条件は①主治医が安心して情報を提供できる、②お互いの信頼関係が得られるように工夫する、③会社の状況をわかりやすく伝えられるようにする、という要素が必要である。

一方で、職場調査での阻害要因は以下のようであった。

- 明らかに就業困難な体力であっても就業可能という診断書が出されることがある
- 治療医からの情報は医療情報が就業にとって不要な情報、時に就業を困難にさせる情報も含まれている
- 職場の現状を理解せずに思い付きの就業配慮の要請が出る
- 不可能な配置転換の言及
- 配慮について原因となる病状の説明がないので配慮する際の困難が生じる
- そもそも、労働者すら希望していない

配慮を要請されることがある
- 字が汚すぎて読めない
- 休職期間を無視した要休養の診断書

このように、現状で両者の情報をつなぐには、情報共有するツールがない現状では大きな壁が存在しているといえる。これらを解決するための書式や考え方の整理が必要であり、必要なツールの在り方について検討する。

B. 研究方法

【α 版の作成】

両立支援ツールを作成するにあたり、これまでの研究分担報告書である、「各科主治医インタビュー調査」、「患者インタビュー調査」、「職域調査」を参照のうえ、産業保健を専門とする 4 名（ST、TA、AR、MY）で議論をして、両立支援パス使用ガイド（パスガイド）α 版を作成した。

【β 版の作成】

作成されたα版を本研究班メンバー20 名（専門：産業保健；5 名、臨床；15 名、倫理；1 名）で議論した。2 回集まり改善点や問題点を議論し、パスガイド β 版を開発した。

【β 版の妥当性調査】

パスガイドの手順が一般に用いられるためには、事業場側の人事労務担当者、産業保健スタッフに加えて、多くの労働者に周知されることが必要である。しかし現実的には、すべての関係者に周知することは困難であり、医療機関側からの働きかけも重要となる。

そこで、β 版の妥当性を検討するために、①事業場における新たな「両立支援パス」の利用によって収集される就業配慮に必要な情報の質的・量的な評価および②産業医科大学病院・産業医科大学若松病院等で復職を考えている患者に対する利用の呼びかけとその後の情報の経緯を評価することによって医療機関側からの働きかけの妥当性の検討を行った。詳細は別頁分担研究報告書「事業所側調査」「医療機関側調査」にてそれぞれ報告する。

C. 研究結果

【α 版について】

まず、治療医と職場の情報共有の阻害する論点を整理することから始めた。最初に議論したことは起点をどこにするかという点である。

～主治医起点のアプローチについて～

まず、大前提として主治医が職場のことが分からない（分かりようがない）ということが存在する。よって、職務適性の判断は通常、健康と就業のフィットの状態を判断する。よって、就業状況が分からない限りフィットさせるための就業配慮を検討することは不可能であると判断した。

次に、労働者が主治医に業務の情報を伝えられるか、という点を検討した。主治医は様々な点から時間が取れないという意見が述べられている。また、復職の診断書は外来患者の場合、多くは外来診療時間外に記載するとの意見があった。よって、労働者が業務の内容を外来等で伝えるということは現実的でないと判断した。

よって、職場と治療医の適切な情報共有という観点で考えると主治医起点では職場の状況を理解しがたいので情報の過不足が生じる可能性があるということで意見が一致した。

～職場起点のアプローチについて～

職場起点の場合、まず的確に症状を確認することができるのかという議論になった。

職場の上司や人事は専門家でないので聞くことは難しいと思われた。それを代替する手段として産業医がいることや『疾病ごとの症状集』が存在したら可能になると議論された。

また、復職する際には必ず本人がいるので、自分の症状は分かるはずで、直接本人から聴取すれば確実にわかるという議論になった。しかしながら、患者インタビューの全文を確認したが、自らの症状をオープンクエスチョンで聴取してもうまく表現できる患者はあまりいなかったという状況を鑑みても、少なくとも職場が起点とする場合には『疾病ごとの症状集』は必須であると考えられた。また、圧迫的に聴取することで症状を隠すこともありうるので「就業配慮を実施するため」という目的を明確にして症状を聴取する必要性も言及された。

次に、業務の内容について把握について検討した。当然のことながら職場は仕事のことはよくわかっているので問題ないと判断した。就業配慮を検討するときに、負荷の高い業務や危険な業務をどの程度同定できるかがカギであると考えられた。

最後に症状と業務の適合について職場が検討できるのかという点に議論を映した。これについてはこれまでの情報をもとに職場と本人が話し合うという合理的配慮（労働者が症状を背景に就業困難性が発生した場合、困難性を解決するために自らの望む配慮を申し出る配慮）を検討することで解決が図られると考えられた。ただし、これは医学的な背景がないものなのでこの配慮そのものを医療者に確認の上承認をもらうプロセスが必要ではないかという議論がなされた。

以上のような観点から本研究班が目指す両立支援パス：『職場と医療が**適切に情報共有した**うえで本人の就業配慮を検討し実施する』という観点に立った場合、職場起点のほうがその目的を達しやすいと産業保健グループの検討では結論付けられた。作成された情報共有ツールの一部を巻末に示す。

【β版について：検討1】

事前の検討をもとに作成されたパスガイドα版を研究班会議で提示した。挙げられた改善に関する意見の以下に示す。

- 信頼関係に関する議論
  - 会社が悪用する可能性がある。同意欄があるが書かされている可能性もある。差出人は本人と会社側、産業保健スタッフの連名とするほうが自然ではないか
  - 就業配慮を検討することにのみ使用する会社の協力姿勢がはっきりと分かるようになる。
- 治療医が安心してコメントをすることができる環境整備に関する議論
  - 主治医は本人と診療契約を結んでおり会社に対して責を負っていないので例えば自動車運転してもいいのかといわれても困る。責任は常に事業者の側にあり
- 起点に関する議論
  - まず本人と職場で配慮について話し合ってもらい、規定の書式に「会社と話し合った内容でこうなりましたがどうでしょうか？」という伺いを主治医に提示する、という流れを作る。
- 治療医のインセンティブに関する議論
  - 現状の診療情報提供書では文書作成料がもらえない。主治医からの返書は「復職診断書」として書けば解決するのではないか

これらの意見が得られたので各項目につ

いて修正を加えたパスガイドα2版を作成した。α2 版の要点は以下のとおりである。

- 両立支援パスの目的：疾患・内部障害を有した後に、復職後も働きやすい職場を目指し、患者・主治医・職場間で必要十分な情報をやり取りし共有できる。
- パスの流れ

  ≪書式）復職・就業配慮願い：本人と職場が話し合う≫
  - 本人からの申し出からスタートする。
  - 安全配慮義務が発生する高負荷・危険業務について検討する。
  - 職場で受け入れできるか、どのような配慮ができるか、両者で合意形成する。

  ≪書式）復職就業配慮伺い書：本人と上司で記載する≫
  - 本人と職場との合意を基に、連名で、主治医に意見を確認する。

  ≪書式）診断書：主治医が記載する≫
  - 復職就業配慮伺い書の情報を基に、配慮に対して返答をする。
  - 配慮の期間、再評価の時期を明示することでフォローを継続する。

上記パスガイドα2版について2事例のトライアルを実施した。

～事例１～

概要：30 代 女性 胃がんステージⅠA 全摘出術後、パート勤務事務作業。上司・保健師・産業医とともに復職前面談。ダンピング症候群が就業に影響を及ぼす可能性があり。業務可能か見定めるため段階的復職として 2 週間の短時間勤務ののちフルタイム復職を職場側から主治医に提案。主治医からはその復職で問題ないと追認が得られた。

～事例２～

50 代 男性 拡張型心筋症および心房細動アブレーション後。工事補修業務。溶接・ガス切断・グラインダ作業の危険・有害作業があり。暑熱寒冷作業や深夜作業があるのみならず身体強度の高い作業あり。持続する頻拍のためアブレーションを実施。復職前の上司・産業医面談でカテーテル刺入部からの出血、心不全の悪化、致死性不整脈のリスクを想定して 2 週間の 2 時間短時間勤務からフルタイムへの段階的復職を主治医に提案。主治医はリスクの医学的評価を職場に返し職場の側で最終的な復職合意がなされた。

2 事例とも本人・職場をヒアリングした結果、復職に納得感が得られたと聴取された。

【β版について：検討２】

α2 版の説明と 2 つの事例を提示したうえで、研究班会議にて再度の議論を行った。その際得られた意見を以下に示す。

≪復職配慮伺い書について≫

- トライアルのように、困り事や会社として何が知りたいかが具体的に記載されていると、主治医は返書を書きやすい
- 本人の働く現場の写真が一枚あると、主治医は作業内容や状況を想像しやすい
- 「雇用形態」については、事例 1 のように復職時期が雇用継続に関わるなど、必要な場合のみ記載するオプションとするがよい。
- 不要な周辺情報があると、主治医の純粋な医学的判断に影響がある場合がある。
- 「主治医のご意見を参考にし、就業配慮を検討・決定します」の趣旨を明記する。
- 就業可否の最終判断は会社側にあることを強調すると、主治医の心的負荷が軽減され、ツールが広く使用されやすくなる
- 「甲・乙」という表現に医療者は違和感がある

≪診断書について≫

- 期限は、日にちを明示するのみでなく、期間でも記載できるようにする方が良い（治療内容によっては、運転制限の期間等、作業の禁止期間が決まっている）
- 記入欄により自由度が欲しい。あるいは既存の診断書でもよい旨を強調する
- 例をもう少しほしい
- 法的禁止事項や、作業が明らかに病態進行に影響するといった医学的に許容されない事項以外に関して、主治医が就業「不可」とすることはできない。主治医に責任転嫁することなく事業者が決めるべきである
- 診断書の内容は本人宛に発行：本人が見ても問題ないものであるべきである
- 本ツールの主治医意見書は、他の診断書・手紙同様、外来中の記載は困難であり患者が目の前にいない状況で記載することを想定しておいたほうが良い。現在、多くの診断書は患者が後日病院に取りに来る
- 診断書・意見書の返信については、職場側も柔軟対応にできるよう検討する。

≪その他について≫

- 診断書後の会社側からの返書も必要ではないか。会社が実際に実施した配慮と配慮期間を明示すると、次回のフォローが行いやすいし信頼感も向上する
- 会社から主治医への返書についても、本人を介して受け渡しをした方が、互いに不信感を持ちにくい。
- （上記2点を踏まえ）フォローアップ用の書式があった方が良い。
- パス使用時の費用や事務処理的な手続きについて、ツール内に明示した方が良い
- 産業医と主治医の直接のコミュニケーションがあった方がさらに良いが、それを求めればお互いの負荷が増える。

これらの意見を参考に修正した情報共有ツールをβ版として本文末に示す。

【β版の妥当性調査】

詳細は別頁分担研究報告書「事業所側調査」「医療機関側調査」においてそれぞれ報告した。

2つに報告書に示した手順でもって、事業所側、医療機関側におけるβ版使用による両立支援の妥当性を調査した。それぞれのサマリーを以下に示す。

＜事業場側調査サマリー＞

[方法]

調査1：介入調査

産業医科大学産業医実務研修センター元教員・元修練医・現教員・現修練医である現役産業医を対象に、前向き介入研究を行った。病気療養による休職からの復職、または新たな就業配慮を要する労働者について、対象者は「両立支援パス」を使用する「介入群」、使用せずに現行通りの方法で復職支援をする「対照群」に自己選択による割り付けを行った。両群共に復職した事例の診断書、復職に使用した診療情報提供書などを収集した。記載されている情報について、就業配慮の判断に役立つ情報を質的に分析した。また、主治医から発行された診断書の記載内容について、産業医の満足度をVisual Analog Scale(VAS)を用いて測定、分析した。

調査2：グループインタビュー

調査1で事例を提供した産業医4名（介入群2名、対照群2名）に、復職支援の際の主治医との情報交換についてのグループインタビューを行い、「両立支援パス」の使用

感、「両立支援パス」が有効に利用できうる事例などについて聴取した。
[結果]
調査 1：介入群、対象群問わず、事業場側からの情報発信があった事例については、就業配慮に関する意見や就業配慮の期間などが主治医から得られており、産業医による診断書への満足度が高かった。また、事業場から勤務内容に加え、可能な就業配慮の対応の情報発信があった群では、対応可能な現実的な就業配慮の意見が主治医から得られていた。
調査 2：「両立支援パス」の利用により、事業者と労働者が復職について話し合いの場を持てるという利点があった。一方で休職期間が短い場合や、既存の復職の方法で復職支援を行っている場合は「両立支援パス」の書式を使いづらいとの意見が挙がった。また復職に際し「患者のキャラクター」、「主治医の負担」などの要素が復職に影響するという意見が聴取された。

＜医療機関側調査サマリー＞
【方法】平成 28 年 7 月～平成 29 年 1 月の 6 ヶ月間に、産業医科大学病院の血液内科・リハビリテーション科・循環器内科を受診中の患者で、患者から復職、または新たな就業配慮に関する主治医意見を要望した患者を対象に、「両立支援パス」を主治医から提示した。復職または新たな就業配慮の下の就労がなされた段階で、主治医は、パスが利用できたかどうか、事業場で得られた協力や、患者が考えるパス利用の課題などを患者から聴取し、所定の様式に記録した。研究班メンバーによって、質的に分析を行い、パスの妥当性、有効に利用できる背景などを評価した。
【結果】参加を呼びかけた中から 4 例の事例を得た。そのうち、「両立支援パス」を使用して復職に至ったのは 2 例であった。この 2 例では、患者、職場、主治医の良好な連携が得られ、適正な就業配慮のもと復職を行うことができており、患者の満足度は高かった。一方、他 2 例に関しては、「両立支援パス」が利用されなかった。このうち 1 例は職場-労働者間の問題で利用が困難であり、もう 1 例については職場のシステムの事情で利用が困難であった。

妥当性については事業所側においてはどのような書式を使った場合においても先に事業者側から医療職に向けて仕事の情報や就業配慮の内容などを提案しているものについて満足度の高い結果が得られている。一方で医療職側の調査では 4 事例しか収集されず医療職側からの介入の難しさが浮き彫りとなった。

D. 考察

「治療と就労の両立支援」は、立場によってとらえられ方や、果たすべき役割が様々である。現状として、職場が医療機関側へ情報提供を求めるケースは多くなってきた一方で、職場側が自ら作業場や就労の様子などについての情報提供を行っているケースは少ないという問題点がある。今回調査の結果から、職場の労働衛生体制が機能している、職場-労働者間の関係性が良好である場合においては、職場側から医療機関側に対してコミュニケーションをとることが、両立支援上必要な情報を得やすいということが分かった。本ツールは、情報のやり取りの手順が提示されていること、提供すべき情報、得たい情報について記載しやすくなっていることから、上記のような場合において有効に利用できると言える。

今回作成した両立支援パスを使用することで、本人と職場で思いを共有する場を設けるきっかけとなり、また職場の両立支援を行う上での責任や役割を認識する機会となるであろう。本人と職場の関係性が、思いを共有する程度に良好であること、また職場が本人の治療と就労継続の両立を支援する立場に立っていることが主治医に伝わることで、主治医としても安心して、必要な情報を過不足なく職場に提供することが出来るであろう。

医療職側からの介入については、今回調査においては、職場-労働者間の関係が良好でない場合、職場システム上融通が利かない場合が利用困難なケースとして挙がった。パスが有効に利用できる背景の正確な評価のためには、さらなる介入が必要である。

E. 結論

職域、治療医両者が使いやすい連携パスを作るために本研究班の意見を統合しパスガイドを作成した。治療と就労継続の両立を目指す労働者の支援となることが期待できる。

F. 参考文献

なし

G. 研究発表

なし

両立支援パス使用ガイド
(職場・事業者向け)



2016年　労災疾病臨床研究事業　課題番号14010101-03
『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
（主任研究者：森晃爾）

目次

頁

❶ 両立支援パスの目的・・・・・・・・・・ 3

❷ 両立支援の留意点・・・・・・・・・・・ 4

❸ 両立支援パス使用の実際・・・・・・・・ 5

様式・・・・・・・・・・・・・・・・・ 6

1　復職・就業配慮願い

2　復職・就業配慮に関するご意見伺い書

3　診断書

4　就業配慮報告書

❹ 両立支援パス使用のポイント・・・・・ 14

❺ パス使用時の費用について・・・・・・ 16

【参考】両立支援研究の経緯 ・・・・・・ 17

❻ おわりに・・・・・・・・・・・・・・・ 19

1 両立支援パスの目的

身体疾患（あるいは内部障害）を有しながら働く従業員が、「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」を開発しました。

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。

また、この両立支援パスは、

「両立支援に必要な情報のみを共有すること」

を目標としています。

就業配慮の検討に不必要な情報（詳しい病状等）は、共有されるべきではありません。

2 両立支援の基本原則

就労と治療の両立支援の原則は、実施可能な範囲で合理的な配慮を行う事であり、**従業員（患者）本人が申し出た際に適切な就業配慮を検討する必要があります**。また、**本人がそのような申し出をしやすいように、職場から働きかけること**も、両立支援の実現において大変重要です。

両立支援の重要なポイントは、

①従業員（患者）本人の意向

②職場の受け入れ姿勢

③必要な医学的情報

の3点に基づき、就業配慮を検討・実施することにあります。

そこで、本両立支援パスは**まず従業員（患者）本人が復職・就労継続の意思を示した上で、本人と職場の話し合いで職場で実現可能な配慮を検討し、その可否・過不足について主治医が意見する**という流れを取っています。

また、本両立支援パスで得られた**情報は従業員（患者）の就業配慮の目的にのみ用いる**ものとします。

3 両立支援パス使用の実際

病気になり、休職が始まる

休職中に両立支援パスガイド(従業員向け)を渡し、復職後の支援の流れを説明しておく。

復職を考え始める　就業配慮の要望がある

従業員が復職や就業配慮を考えている時には、会社との配慮検討の流れを説明しておく。

本人の申し出

本人から職場へ
様式1「復職・就業配慮願い」を提出
※省略可。 職場が必要であれば、提出を規定する

社内での事前検討

本人と従業員との配慮検討
- どんな症状があるか？
- 仕事において、どのように困っているか？
- どんな配慮が必要か？

※次ページ参照

本人・職場（・産業医・保健師）の連名で
様式２「復職・就業配慮に関するご意見伺い書」を記載

主治医との検討

本人が主治医へ
様式2「復職・就業配慮に関するご意見伺い書」を提出し

主治医が**様式3「診断書」**に意見を記載して、本人に渡す。
※様式は医療機関のものでも可。

配慮の決定

職場の配慮を最終決定・開始

主治医が「診断書」に記載した配慮が必要な期間の満了前に、就業配慮について再度検討しなおす。

最終的に決定された事項を
様式4**「就業配慮報告書」**に記載し、
本人から主治医へ渡す。

様式1

復　職　・　就　業　配　慮　願（本人→職場）

平成　　年　　月　　日

企業名

殿

所　属
氏　名（署名）

この度、＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿により、治療を継続しておりますが、就業に関しまして下記の困難事項が発生しております。

つきましては就業に対してご配慮をご検討いただきたく、両立支援パスの活用をお願い申し上げます。

記

1．困難事項：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

依頼事項：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

私は本就業配慮願いの提出に当たり、情報提供文書の作成ならびに主治医・産業医への提出について同意します。

平成　　年　　月　　日　氏名　　印

主治医の意見

様式１

復　職　・　就　業　配　慮　願（本人→職場）

復職か就業配慮か当てはまる方に○を付けます。

平成　　年　　月　　日

企業名

殿

所　属
氏　名（署名）

病名を記載します。

この度、リンパ腫により、治療を継続しておりますが、就業に関しまして下記の困難事項が発生しております。

つきましては、就業に対してご配慮をご検討いただきたく、両立支援パスの活用をお願い申し上げます。

記

就業に関して困りごとを記載します。

１．困難事項：抗がん剤の副作用により、手がしびれて通勤の運転が困難です。

依頼事項：公共交通機関による通勤を考えており、通勤手当の支給を希望します。

どのような配慮を希望するか記載します。

私は本就業配慮願いの提出に当たり、情報提供文書の作成ならびに主治医・産業医への提出について同意します。

平成　　年　　月　　日　氏名　　印

主治医の意見

今後も抗がん剤の治療継続が必要となりますが、副作用で手のしびれや倦怠感が出現することが考えられます。業務や通勤に支障があるようであれば、職場と可能な配慮を検討することが必要と考えます。

※上記の「困難事項」・「依頼事項」を書く際に、主治医の意見を参考にする場合には、この欄に記載してもらいます。

様式２

年　　月　　日

復職・就業配慮に関するご意見伺い書（職場→主治医）

病院

ｸﾘﾆｯｸ　　先生　御机下

〒

就労内容写真

企業名

Tel

※提出者（署名）

※会社担当者（署名）

産業医（署名）

保健師・看護師（署名）

（※印の著名は必須）

＿＿＿＿＿＿は＿＿＿＿＿＿の疾病に関する就業配慮を協議した結果、下記２の配慮を検討しております。記載の配慮に関しまして、主治医としてのご意見をいただければと存じます。主治医のご意見を参考にし、就業配慮を再度検討・決定いたします。

なお、会社は本情報を**就業配慮の目的のみに使用し、それ以外の目的には一切使用いたしません。**

記

1. 就業状況について

業務内容：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

通勤状況：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

高負荷・危険業務：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

時間外勤務の状況：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

2. 就業配慮検討事項（提出者と会社の協議に基づく）

想定される健康上の問題点：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

検討された配慮：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

以上の内容を、上記連名者で協議致しました。

様式２

年　　月　　日

復職・就業配慮に関するご意見伺い書（職場→主治医）

復職か就業配慮か当てはまる方に〇を付けます。

病院
ｸﾘﾆｯｸ　　先生　御机下

就労内容写真



勤務風景の写真を載せることで、主治医が仕事内容を把握しやすくなします。

〒
企業名
Tel

患者本人が申請者となります。
連名で署名します。

※提出者（署名）
※会社担当者（署名）
産業医（署名）
保健師・看護師（署名）

(※印の著名は必須)

会社名　は　患者氏名　の疾病に関する就業配慮を協議した結果、下記２の配慮を検討しております。記載の配慮に関しまして、主治医としてのご意見をいただければと存じます。主治医のご意見を参考にし、就業配慮を再度検討・決定いたします。

なお、会社は本情報を**就業配慮の目的のみに使用し、それ以外の目的には一切使用いたしません。**

記

業務内容等を、本人、または職場の支援担当者(産業医、衛生管理者、上司など)が記載します。

3.　就業状況について

業務内容：デスクワークで、経理の仕事をしています。肉体労働はほぼありません。
通勤状況：自動車通勤に１時間を要します。
高負荷・危険業務：デスクワークが主で、業務での危険作業はありません。
時間外勤務の状況：時間外勤務は月に 30～40 時間程度です。

4.　就業配慮検討事項（提出者と会社の協議に基づく）

想定される健康上の問題点：疲労により、自動車運転が不安な状況です。

検討された配慮：本人は通勤に自家用車で１時間の運転を要しておりますが、抗がん剤の治療期間は疲れがたまりやすく、特に帰宅時の運転が眠気などで危険な運転になることがあります。それ以外の業務には支障ありません。本人と会社の協議の上、疲労が改善されるまでの間、公共交通機関を利用し、通勤手当を支給することを検討しております。約６か月までは上記配慮は可能と考えておりますが配慮が妥当であるか、またその他に検討すべき配慮などがありましたらご指導ください。

本人と会社で話し合った配慮を記載します。

以上の内容を、上記連名者で協議致しました。

様式3

診断書（主治医→職場）

氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様　　生年月日　　年　　月　　日生(　　歳)

住所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

病名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

付記

今後の治療スケジュール：

想定される急変：

急変時の対応：

避けるべき事項：

上記の配慮が必要な期間：　約　　か月

上記の通り　診断致します。

平成　　年　　月　　日

〒

病院

医師　　印

※この診断書の書式は一般化するために作成したものです。
　各医療機関の書式を使用していただいても結構です。

様式3

診断書（主治医→職場）

氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様　　生年月日　　年　　月　　日生(　　歳)

住所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

病名：　悪性リンパ腫

付記　抗がん剤の使用中は薬剤の副作用により、疲労感が強く、長時間の運転通勤は支障を来す恐れがあります。そのため、ご提案の通り、通勤には公共交通機関の利用が望まれます。

通勤手当の配慮のみならず、ラッシュ時を避けた通勤が可能となるような、出勤時間をご検討下さい。

ご本人にも了承を得ましたので、抗がん剤の治療スケジュールを別途添付いたします。治療期間の後、1週間は少なくとも配慮をお願いします。その他、ご本人の症状に合せて、適宜配慮をお願いします。

「ご意見伺い書」に記載されている内容に対して、主治医の意見を記載します

上記の配慮が必要な期間：　約　　2　　か月　←　配慮期間を記載し、終了前に再度伺い書を提出してもらいます。

上記の通り　診断致します。

平成　　年　　月　　日

〒

病院

医師　　印

※この診断書の書式は一般化するために作成したものです。
各医療機関の書式を使用していただいても結構です。

様式 4

年　　月　　日

就業配慮報告書（職場→主治医）

病院

ｸﾘﾆｯｸ　　先生　御机下

〒

企業名

Tel

※提出者（署名）

※会社担当者（署名）

産業医（署名）

保健師・看護師（署名）

(※印の著名は必須)

＿＿＿＿＿＿は＿＿＿＿＿＿の疾病に関する就業配慮を協議した結果、下記の配慮を行うことといたしましたのでご報告致します。

なお、配慮期間満了時に再度就業配慮を検討致しますので、ご協力をお願いいたします。

記

1. 就業配慮事項

- ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
- ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
- ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
- ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
- ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

2. 就業配慮期間

平成　　年　　月　　日

以上

様式 4

年　　月　　日

就業配慮報告書（職場→主治医）

病院

ｸﾘﾆｯｸ　　先生　御机下

〒

企業名

Tel

※提出者（署名）

患者本人が申請者となります。
連名で署名します。

※会社担当者（署名）

産業医（署名）

保健師・看護師（署名）

(※印の著名は必須)

会社名　は　患者氏名　の疾病に関する就業配慮を協議した結果、下記の配慮を行うことといたしましたのでご報告致します。

なお、配慮期間満了時に再度就業配慮を検討致しますので、ご協力をお願いいたします。

記

最終決定した配慮容等を記載します。

3.　就業配慮事項

- 通勤において公共交通機関の利用を許可し、通勤手当の支給を行います。
- 勤務のコアタイムを午前 10 時から午後 3 時とし、出勤・退勤時間は本人の裁量に任せます。
- 作業場付近に休憩室を設置し、必要に応じて休憩をとれるようにします。
- 当面は時間外勤務を行わないようにします。
-

4.　就業配慮期間

平成　○○　年　○　月　○日

主治医の「診断書」に記載された「配慮が必要な期間」を元に、配慮を再度検討する日時を記載します。

以上

4 両立支援パスの使用のポイント

◆ 両立支援は本来、本人の申し出に基づいて行われるものですが、本人は病気のことで頭がいっぱいになり、支援の申し出まで頭が回らないことがほとんどです。そのため、**職場側から本人に両立支援パスの利用を促す**ことで、本人が支援の申し出をしやすい体制が整います。

◆ また、職場と主治医との間で適切な情報交換を行われるためには、お互いの**信頼関係**が重要です。
職場から主治医へ「復職・就業配慮伺い書」を提出する際には、**従業員（患者）への支援に真摯に取り組む姿勢**を表しましょう。(次ページに記載のポイントをまとめています)



14

4 両立支援パスの使用のポイント

＜「**復職・就業配慮伺い書**」を記載する際に＞

以下の点をより具体的に記載することで、主治医は支援が適当かどうかを判断しやすくなります。

- **就業状況**は業種や職種だけでなく、「どのような働き方・作業をしているか」を、可能な限り詳しく記載する。
  （例：危険作業の有無、肉体労働の有無、出張の有無　など）

- **雇用形態**が就業条件に関与する場合、その内容も記載する。
  （例：「契約社員であり、〇月〇日に契約更新の予定です。」　など）

- **利用できる会社制度**の内容を記載する。
  （例：傷病手当金の有無、残りの年次休暇期間、復職プログラム　など）

- 当該従業員に対して**可能な配慮の範囲**も、出来る限り詳細に記載する。
  （例：短時間勤務の有無、フレックス制度の有無、配置転換の可否　など）

- 配慮を記載する際には、**配慮可能期間**を記載する。
  （例：「〇〇か月まで△△という配慮を実施可能」　など）

5 パス使用時の費用について

職場の疑問：「診断書の費用」は誰が負担するの？

職場に提出する診断書が誰の負担になるかは、法令上の明確な規定はありません。労使共に健康保持と安全配慮のための義務があり、状況は会社によって変わります。

まず、職場としては「職場が診断書の費用を負担するかどうか」と方針を決定しておくことが重要です。
事前に労使間で議論を行い、その上で社内の規定や案内に明文化しておきましょう。

参考　両立支援パス作成の経緯

少子高齢化の社会の中、各企業では労働力の確保が重要な課題となっています。政府も「1億総活躍社会」の実現に向け、「病気を持っていても働ける社会づくり」が進められています。

しかし、現実には身体疾患を有する従業員が職場の状況に適応できず、退職したり働きづらい環境に身を置いている現状が数多くあります。

このような背景の中で当研究班では、「身体疾患を有した従業員が働きづらくなる原因はどこにあるのか」、各方面（従業員（患者）・職場・主治医）から調査を行いました。



参考　両立支援パス作成の経緯

◆ 患者調査

身体的な業務遂行能力の低下や不安な感情などから働きづらさを感じていた一方で、上司や職場の理解・配慮があったり、職場の受け入れ環境が整った場合は働きづらさは改善されていた。

◆ 事業場調査

主治医から仕事の実情または病状に合わない就業配慮の依頼、本人の就労の枠を狭める意見、詳しすぎる病状説明などの記載があったことで、職場での配慮検討を阻害していた。

◆ 主治医調査

事業場側から個人情報収集の目的が示されていないために、患者に不利益をもたらす可能性のある医療情報の取り扱いが懸念されていた。

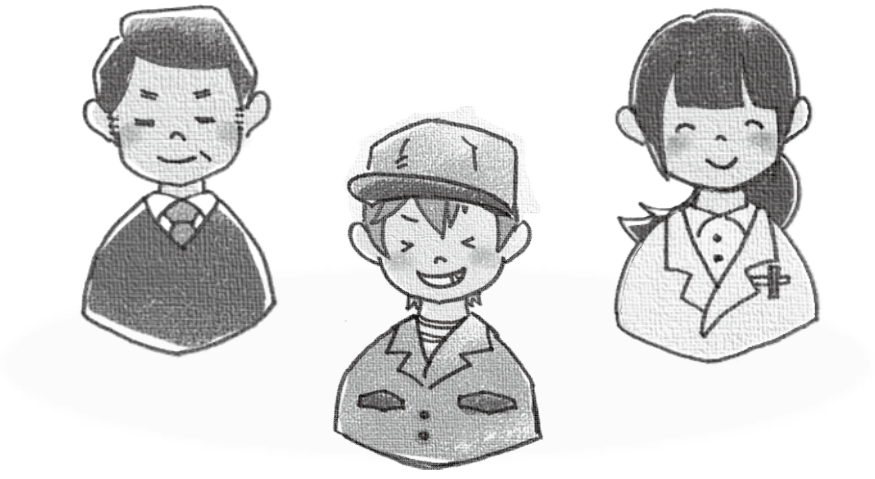
以上の調査研究から、就労者の復職環境を整えるためには、本人を介した主治医と職場との情報交換ツールの必要性を感じ、両立支援パスとして本ツールを作成するに至りました。

6 おわりに

就労と治療の両立支援を行う上で最も重要なのは、「対話」です。

従業員（患者）・職場・主治医の間で両立支援に必要な情報が共有され、身体疾患を有しながら働き続ける従業員に職場・主治医が寄り添う姿勢が求められます。

本ツールはあくまでもこの困難を乗り越える手助けをするものです。ひとりでも多くの方に使用していただき、両立支援の環境づくりに寄与できることを期待します。そして、身体障害を有しながらでも、十分に働きやすい社会が実現することを切に願います。



両立支援パス使用ガイド

<労災疾病臨床研究 両立支援研究班>
産業医科大学
産業生態科学研究所 産業保健経営学： 森 晃爾
産業医実務研修センター： 立石 清一郎, 柴田 喜幸, 原田 有理沙, 岡 亜希子
岡田 岳大, 永尾 保, 大橋 りえ, 横山 麻衣
化学療法センター・血液内科： 塚田 順一, 山口 享宏, 北村 典章
不整脈先端治療学：安部 治彦, 河野 律子
第 2 内科： 荻ノ沢 泰司
循環器内科・腎臓内科： 大江 学治, 林 克英, 高橋 正雄
リハビリテーション医学： 佐伯 覚, 加藤 徳明, 伊藤 英明, 二宮 正樹, 杉本 香苗
若松病院リハビリテーション科： 白石 純一郎
医学概論： 藤野 昭宏
国立がん研究センターがん対策情報センター
がんサバイバーシップ支援部： 高橋 都

分担研究報告書

両立支援のための情報収集質問リストの作成

研究分担者

立石 清一郎　産業医科大学・産業医実務研修センター講師
塚田順　一　産業医科大学・血液内科教授
安部　治彦　産業医科大学・不整脈先端治療学教授
佐伯　覚　産業医科大学・リハビリテーション医学教授
藤野　昭宏　産業医科大学・医学概論教授
森 晃爾　産業医科大学・産業保健経営学教授
高橋 都　国立がん研究センター・がんサバイバーシップ支援部

労災疾病臨床研究事業費補助金研究

分担研究報告書

両立支援のための情報収集質問リストの作成

研究分担者

産業医科大学・産業医実務研修センター	講師	立石 清一郎
産業医科大学・血液内科	教授	塚田 順一
産業医科大学・不整脈先端治療学	教授	安部 治彦
産業医科大学・リハビリテーション医学	教授	佐伯 覚
産業医科大学・医学概論	教授	藤野 昭宏
産業医科大学・産業生態科学研究所	教授	森 晃爾
国立がんセンター・がんサバイバーシップ支援部	部長	高橋 都

研究要旨

【目的】治療と就業の両立支援を行うための労働者の働きづらさについて、包括的に把握、共感するためのツール、質問リストを作成する。

【方法】 質問リストを作成するにあたり、これまでの研究分担報告書である、「患者インタビュー調査」、「患者質問紙調査」を参照のうえ、産業保健を専門職による研究班メンバーで議論し、困りごと抽出のための質問リストを作成した。

【結果および考察】

患者インタビュー調査で得られた68項目10カテゴリの困りごとの確認を行った。デザインを検討する中で、職場、主に産業保健職が使用することや、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、共感することを目的とすることなどの項目について合意し、案を作成した。患者質問紙調査で得られた症状や困りごとを包括していることを確認し、質問リストの完成とした。復職に臨む労働者の困難を、最小公倍数的に、包括して把握するための情報収集がスムーズに、適切に行われることが期待される。

【結論】職域、治療医両者が使いやすい連携パスを作るために本研究班の意見を統合し質問リストを作成した。

研究協力者

岡田 岳大	産業医科大学 産業医実務研修センター
原田 有理沙	産業医科大学 産業医実務研修センター
横山 麻衣	産業医科大学 産業医実務研修センター
永尾 保	産業医科大学 産業医実務研修センター
大橋 りえ	産業医科大学 産業医実務研修センター
山口 享宏	産業医科大学 血液内科
北村 典章	産業医科大学 血液内科
河野 律子	産業医科大学 不整脈先端治療学
荻ノ沢 泰司	産業医科大学 第2内科

大江　学治　　産業医科大学　循環器内科、腎臓内科
林　克英　　産業医科大学　循環器内科、腎臓内科
高橋　正雄　　産業医科大学　循環器内科、腎臓内科
加藤　徳明　　産業医科大学　リハビリテーション医学
伊藤　英明　　産業医科大学　リハビリテーション医学
白石　純一郎　産業医科大学　若松病院リハビリテーション科
二宮　正樹　　産業医科大学　リハビリテーション医学
杉本　香苗　　産業医科大学　リハビリテーション医学

A. 研究目的

医療の進歩により治療を受けながら就業を継続したいと思う労働者は増加しつつある。そのような労働者はもともとの疾患による症状や治療の副作用により何らかの働きづらさを持ちながら就業することになるが、疾病ごとにどのような働きづらさが多いかということはこれまであまり検討されていない。特徴的な疾患群として、①直接的に業務遂行能力が低下する「脳・関節疾患」、②直接的な業務遂行能力は低下しないながらも業務遂行時に事故等が発生する可能性がある「循環器系疾患」、③疲労等による業務遂行能力の低下と集中力の低下等による事故等の両方の要素を併せ持つ「がんなどの腫瘍性疾患」についてそれぞれの『働きづらさ』に焦点を当て、3 系統の疾患の働きづらさについて、先に報告の通り労働者インタビュー調査を実施した。その中で、疾患群ごとに生じる症状や副作用に違いがあり、それぞれ異なる働きづらさが存在することが分かった。一方で、業務遂行能力に直接的には影響を及ぼさないながらも、疾患群を超えて多くの患者が抱える働きづらさが、ある程度共通して存在することが分かっている(表 1:68 項目)。

また、今までの文献調査、主治医インタビュー、事業所インタビュー、労働者インタビュー・質問紙調査、さらに作成した「両立支援パス」の妥当性調査を行う中で、よい両立支援が達成されるためには、

□・過不足のない情報をもとに

□・柔軟な対応がなされること

が重要であるという知見を得た。症状や副作用に限らない、本人や職場の背景などは、ともすれば職場、本人ともに働きづらさの要因として認識しづらい可能性がある。必ずしも解決策が存在するわけではないが、働きづらさを感じている要因を明らかにし、支援者が把握、共感することは、課題の明確化や信頼関係の構築に役立つと考えられる。今回は、患者インタビュー調査、質問紙調査をもとに、身体疾患を抱える労働者の働きづらさを包括的に把握、共感するための「質問リスト」を作成する。

B. 研究方法

【質問リストβ版の作成】

質問リストを作成するにあたり、これまでの研究分担報告書である、「患者インタビュー調査」、「患者質問紙調査」を参照のうえ、産業保健を専門とする 5 名（KM、ST、、MY、TN、RO）で議論をして、質問リストβ版を作成した。

【質問リストの作成】

作成されたβ版を本研究班メンバー16 名

（専門：産業保健；6名、臨床；9名、倫理；1名）で議論した。改善点や問題点を議論し、質問リストを開発した。

C. 研究結果

【質問リストβ版の作成】

研究班メンバーによるディスカッションを2回行った。メンバーは研究分担者である産業保健専門家 2 名に加え、研究分担者に紐づく研究協力者3名を加えて議論を行った。1 回目の議論は患者インタビュー調査で得られた 68 項目 10 カテゴリーの困りごとの確認を行った。デザインを検討する中で、

・職場、主に産業保健職が使用すること
・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、「共感することを目的」とすること（必ずしも困難に対応することを求めているものではない）
・支援の幅を狭めないため、詳細なソリューションの提示をしないこと
・使用者である産業保健職や回答者である労働者の負担を減らすため10の大カテゴリーの質問の上、そのカテゴリー上問題が存在する場合にはサブカテゴリー内の質問を聴取するスタイルとすること
・質問者となる産業保健職が理解しやすい文言であること

などの項目が合意された。これらの意見をもとに質問リストα版を作成した。

2回目の議論では、内容の近いものを並べて配置することについて合意し、別に報告した患者質問紙調査の結果をもとに一部修正して、質問リストβ版を作成した。

【質問リストの作成】

β版を説明したうえで、研究班会議にて再度の議論を行った。その際得られた意見を以下に示す。

・使用のタイミングが分かりづらい。復職時に限らず、就業配慮を要すると考えられるいずれのタイミングでも使用できることを示すべきである。
・記入式リストの形式をとっているため、記入された後には個人情報として慎重な取り扱いがなされなければならないことが明示されるべきである。

これらの意見を参考に修正した情報共有ツールを完成版として本文末に示す。

D. 考察

職場として両立を支援する意思がありながら、労働者の困りごとが十分に把握できていないことで、支援が不足する、あるいは的外れになることは、労使双方にとって非常に残念である。患者インタビュー、質問紙調査をもとにした「質問リスト」を両立支援パスに付録することで、復職に臨む労働者の困難を、最小公倍数的に、包括して把握するための情報収集がスムーズに、適切に行われることが期待される。

E. 結論

職域、治療医両者が使いやすい連携パスを補助するものとして、本研究班の意見を統合しパス、質問リストを作成した。治療と就労継続の両立を目指す労働者の支援となることが期待できる。

F. 参考文献

なし

G. 研究発表

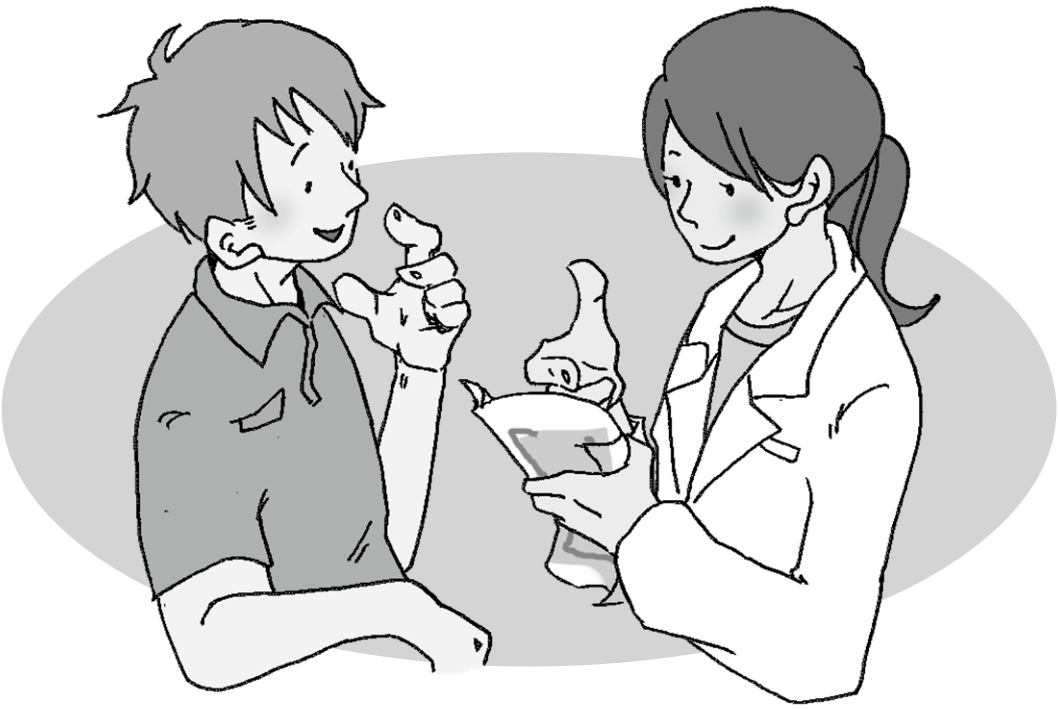
なし

表 1. 68 カテゴリー

1.業務遂行能力の低下	1.基礎体力	**6.職場の受け入れ**	37.職場からの配慮
	2.日常生活		38.上司からの配慮
	3.impairmentの程度		39.職場からの声かけ
	4.容姿の変化		40.職場の理解
	5.副作用		41.上司の理解
	6.疲労（体力低下）		42.職場からの過剰な気遣い
	7.身体機能の低下		43.職場の業務遂行能力に対する過大評価
	8.高次脳機能の低下		44.職場での差別
	9.ICDへの電磁干渉	**7.職場の適正配置**	45.合理的配慮の受入
	10.ICDによる運転制限		46.業務転換による恩恵
	11.職業リハビリテーション		47.業務転換による困難
	12.医療リハビリテーション	**8.社会・家族背景**	48.地域愛
2.心理的影響	13.疾患の受容		49.世間の疾患イメージ
	14.業務に対する自信の回復		50.家族からの支援
	15.「障害者」であることの受容		51.家族の理解
	16.症状再発・治療への不安・心配・恐怖		52.家族の過保護
	17.失職への恐怖	**9.職場と医療の連携**	53.入院による休職
3.本人背景	18.資格・専門性		54.産業保健スタッフからの支援
	19.職場への過去の貢献		55.職場での医療情報管理
	20.職位・責任		56.通院・治療時間の確保
	21.雇用条件・定年制度		57.職場と病院との連携
	22.経済事情		58.主治医からの支援
	23.職場からの復職期待	**10.情報獲得**	59.積極的な情報収集
	24.家庭環境からの要求		60.医療保険
4.自助努力	25.自主トレーニング		61.収入
	26.自己体調管理		62.福利厚生にかかるサポート
	27.自己アピール		63.職場からの情報
	28.自分から職場への説明		64.会社制度の活用
	29.合理的配慮の申出		65.年次休暇の不足
	30.自己努力		66.病院からの情報
5.職場背景	31.職場の疾患経験		67.ピア・サポーターからの情報
	32.職場風土		68.医療費
	33.職場規模		
	34.職場マンパワー		
	35.職場シチュエーション		
	36.職場設備・環境		

産業保健スタッフ向け

両立支援 10の質問



◆ はじめに ・・・p. 2
◆ 目的 ・・・p. 3
◆ 両立支援 10の質問 ・・・p. 4
◆ おわりに ・・・p.11

2016年　労災疾病臨床研究事業　課題番号14010101-03
『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
（主任研究者：森晃爾）

2

はじめに
：両立支援

◆ 身体疾患（あるいは内部障害）を有しながら働く従業員が、「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、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。

◆ よりよい両立支援を目指し、文献調査、
主治医インタビュー、事業所インタビュー、
労働者インタビュー・質問紙調査を実施し、これらをもとに「両立支援パス」を作成しました。

◆ 各調査に加え、「両立支援パス」の妥当性調査を行う中で、よい両立支援が達成されるためには、

- 必要十分な情報をもとに
- 柔軟な対応がなされること

が重要であるという知見を得ました。

目的
：「両立支援 10の質問」

3

- 前記経過を経て、労働者インタビュー・質問紙調査をもとに、「両立支援 10の質問」をリスト化しました。

- 「両立支援 10の質問」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
  です。

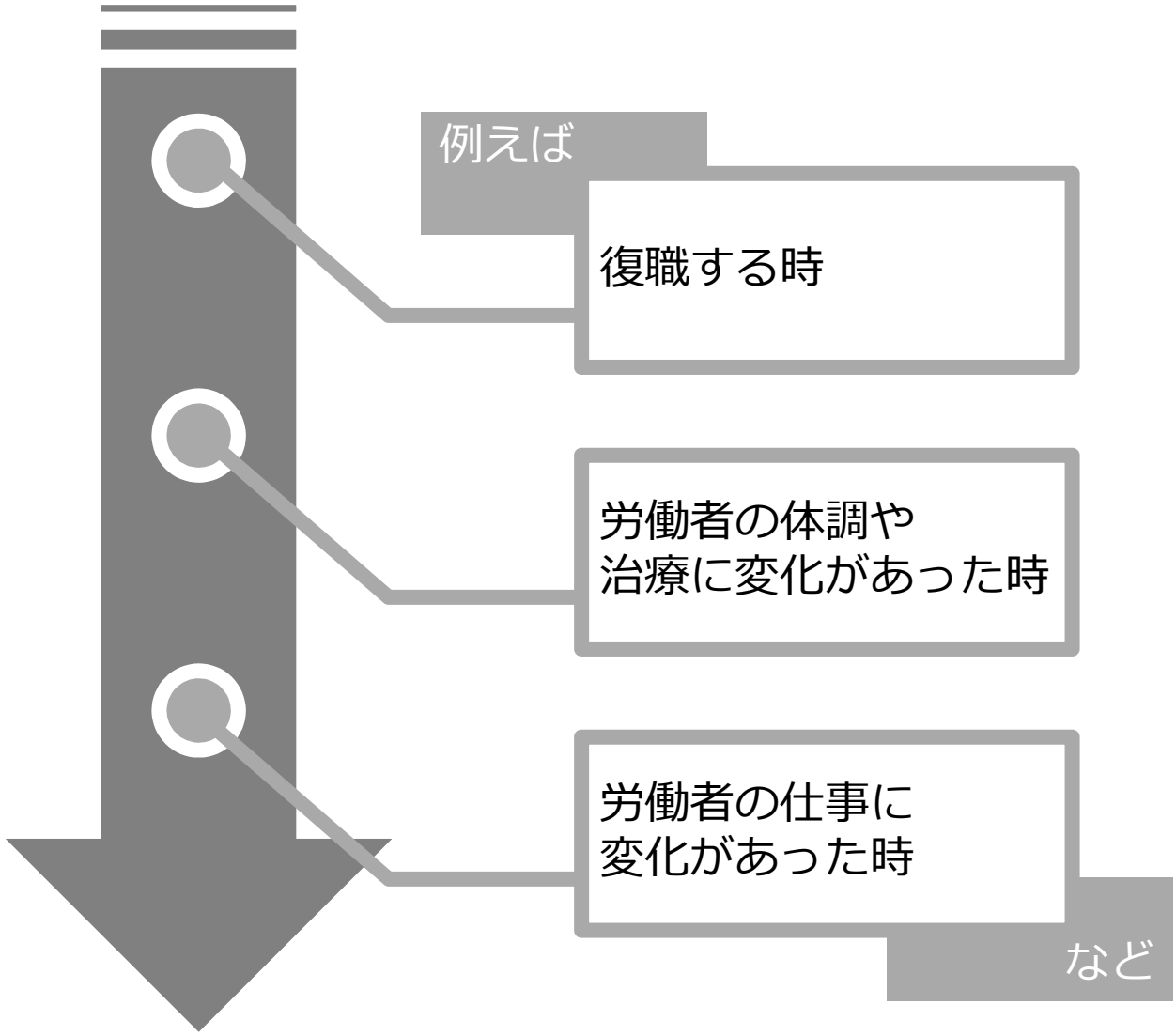
- 産業保健スタッフ（産業医、産業看護職）がこのツールを使用することで、治療を続ける労働者が抱える、病気による症状だけではない様々な困難を広く把握することが出来ます。

- 困りごとの把握、共感をもとに、職場の状況に応じて柔軟に対応を検討していただければ幸いです。

4

両立支援 10の質問
使い方

本ツールは、復職時に限らず就労継続に当たって困り事が
生じうると考えられた場合に、繰り返し利用することができます。

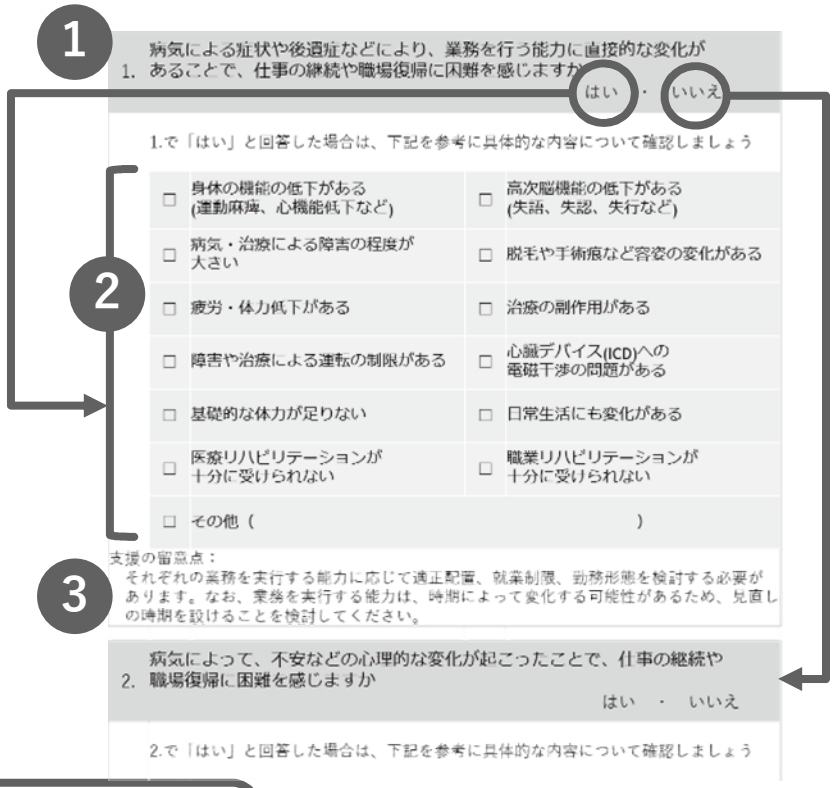


5

1 10の質問により労働者の
復職における困り事を把握します。

❶で「いいえ」と答えた場合は、次の質問へ移動します。

2 ❶で「はい」と答えた場合は
具体的な内容について
リストを参考に確認します。



3 支援の留意点を参考に、
両立支援を実施します。

1. 病気による症状や後遺症、治療などにより、業務を行う能力に影響があることで、仕事の継続や職場復帰に困難を感じますか

はい　・　いいえ

1.で「はい」と回答した場合は、下記を参考に具体的な内容について確認しましょう

□ 身体の機能の低下がある（運動麻痺、心機能低下など）	□ 高次脳機能の低下がある（失語、失認、失行など）
□ 病気・治療による障害の程度が大きい	□ 脱毛や手術痕など容姿の変化がある
□ 疲労・体力低下がある	□ 治療の副作用がある
□ 障害や治療による運転の制限がある	□ 心臓デバイス（ICD）への電磁干渉の問題がある
□ 基礎的な体力が足りない	□ 日常生活にも変化がある
□ 医療リハビリテーションが十分に受けられない	□ 職業リハビリテーションが十分に受けられない
□ その他（　　）	

支援の留意点：できること、できないことを明確にしましょう。
できないことの程度の大きさに応じて冶具等の支援ツールの検討、できないことの業務制限、配置転換と、段階的に支援の程度を検討するようにしましょう。
また、業務を行う能力は、徐々に回復することが多いため、見直しの時期を設けることを検討してください。

2. 病気によって、不安などの心理的な変化が起こったことで、仕事の継続や職場復帰に困難を感じますか

はい　・　いいえ

2.で「はい」と回答した場合は、下記を参考に具体的な内容について確認しましょう

□ 業務に復帰することに自信が持てない	□ 職を失うかもしれないという恐れがある
□ 自身の疾患を受け入れることが出来ない	□ 「障害者」となったことを受け入れることが出来ない
□ 症状の再発や治療に対して、不安・心配・恐怖がある	□ その他（　　）

支援の留意点：
心理的な影響について、前向きな変化のためにはある程度の時間を要すると考えられます。
周囲は受容的な姿勢を示し、自信の回復をサポートするよう心がけるとよいでしょう。

3. 資格、職位、雇用形態や経済的な事情などといった個人背景が理由で、仕事の継続や職場復帰に困難を感じますか

はい　・　いいえ

3.で「はい」と回答した場合は、下記を参考に具体的な内容について確認しましょう

□ 特定の資格・専門性がない	□ 特定の職位・責任・裁量権がない
□ 雇用条件・定年制度の問題がある	□ 職場に長く・大きく貢献した経緯がない
□ 職場から復職の期待を感じない	□ 家庭から復職の要求を感じない
□ 経済的な事情から、治療と就労の両立ができない	□ その他（　　）

支援の留意点：産業保健スタッフが直接的に介入することが難しい場合が多いです。
状況を把握することにとどめ、出来る限り共感的な態度で状況を把握しましょう。

4. 自主的な取り組み（意欲、職場への働きかけ、自主トレーニングなど）の不足が理由で、仕事の継続や職場復帰に困難を感じますか

はい　・　いいえ

4.で「はい」と回答した場合は、下記を参考に具体的な内容について確認しましょう

□ 自分から職場に、自身の状況を十分に説明することができない	□ 自分から職場に、配慮を申し出ることが十分にできない
□ 自分から職場に自身の状況を十分にアピールできない	□ 自身で体調管理を十分にできない
□ 自主トレーニングを十分にできない	□ 自主的な努力を十分にできない

□ その他（　　）

支援の留意点：本人のモチベーションが向上できるように、自主的な取り組みを阻害する
問題の解決を支援しましょう。

5. 職場の規模や設備といった職場の特徴が理由で、仕事の継続や職場復帰に困難を感じますか

はい　・　いいえ

5.で「はい」と回答した場合は、下記を参考に具体的な内容について確認しましょう

□ 職場の規模が小さい	□ 職場のマンパワーが不十分である
□ 職場の設備（エレベータ、診療所など）の不足や、環境（広さ、立地、衛生状態など）が妨げとなる	□ その他（　　）

支援の留意点：
この項目の解決のためには、日頃からの動機づけが重要となることが多いです。
事例発生後の対応の場合は、職場と労働者の合意形成において、産業医の調整能力が必要になります。

6. 職場の理解や配慮、気遣いといった受け入れの姿勢が理由で、仕事の継続や職場復帰に困難を感じますか

はい　・　いいえ

6.で「はい」と回答した場合は、下記を参考に具体的な内容について確認しましょう

□ 職場からの共感が不十分である	□ 上司からの共感が不十分である
□ 職場からの声掛けが不十分である	□ 職場からの過剰な気遣いがある
□ 職場の状況から復職の期待を十分に感じない	□ 職場での差別がある
□ 職場の風土が支援的でない	□ 職場で過去に両立支援が行われたことがない
□ その他（　　）	

支援の留意点：
上司の方の勘違いで支援がうまくいかないことがあります。うまく支援者に引き込むよう工夫が必要です。職場教育の折には、労働者の希望やプライバシーに配慮しましょう。

7. 職場における自身の配置に関わることが理由で、仕事の継続や職場復帰に困難を感じますか

はい　・　いいえ

7.で「はい」と回答した場合は、下記を参考に具体的な内容について確認しましょう

□ 職場からの配慮の実施が不十分である	□ 上司からの配慮の実施が不十分である
□ 新たな配置による困難がある	□ 職場からの過剰な要求がある
□ その他（　　）	

支援の留意点：
配慮が困難な理由について職場と一緒に再検討してみましょう。
両立支援について、職場へのアドバイスや指導が必要となる場合があります。

8. 家族や地域に関する問題が理由で、仕事の継続や職場復帰に困難を感じますか

はい　・　いいえ

8.で「はい」と回答した場合は、下記を参考に具体的な内容について確認しましょう

□ 家族からの理解が不十分である	□ 家族からの支援が不十分である
□ 家族の過剰な気遣いや心配がある	□ 世間から病気への偏見を感じる
□ その他（　　）	

支援の留意点：
社会や家族との関係に困難がある場合は、職場でのサポートが重要な支えとなりえます。
労働者の気持ちに寄り添いましょう。

9. 職場と医療機関との情報のやり取りや連携に関わる問題が理由で、仕事の継続や職場復帰に困難を感じますか

はい　・　いいえ

9.で「はい」と回答した場合は、下記を参考に具体的な内容について確認しましょう

□ 入院、通院など、治療時間の確保が困難である	□ 産業保健スタッフ（産業医、保健師など）による支援が不十分である
□ 職場と医療機関との連携が不十分である	□ 職場での医療情報の管理が適切でないと感じる
□ 主治医からの支援が不十分である	□ その他（　　）

支援の留意点：
適正配置や就業制限、勤務形態の調整の際に参考にするとよいでしょう。
治療と就労の継続や病状の変化への対応のために職場と医療機関との連携は大切です。
労働者を中心に、積極的にコミュニケーションをとるとよいでしょう。

10. 治療と仕事の両立についての情報の過不足により、仕事の継続や職場復帰に困難を感じますか

はい　・　いいえ

10.で「はい」と回答した場合は、下記を参考に具体的な内容について確認しましょう

□ 相談先についての情報が不十分である	□ 職場の福利厚生についての情報が不十分である
□ 治療・療養のため休める期間についての情報が不十分である	□ 就業規則についての情報が不十分である
□ 医療費についての情報が不十分である	□ 医療保険についての情報が不十分である
□ 傷病手当金についての情報が不十分である	□ 傷病中のお金について算段が出来ない
□ その他（　　）	

支援の留意点：
情報提供、または情報源へのアクセス方法などについて支援するとよいでしょう。また、困難を抱えることのないよう、あらかじめ休職中から必要な情報を共有できるシステムを作ることも大切です。相談内容に応じた相談先の一覧表を作ることも有用です。

11

おわりに

- 就労と治療の両立支援を行う上で最も重要なのは、「対話」です。従業員（労働者）・職場・主治医の間で両立支援に必要な情報が共有され、身体疾患を有しながら働き続ける従業員に職場・主治医が寄り添う姿勢が求められます。
- 本ツールはあくまでもこの困難を乗り越える手助けをするものです。ひとりでも多くの方に使用していただき、両立支援の環境づくりに寄与できることを期待します。そして、身体障害を有しながらでも、十分に働きやすい社会が実現することを切に願います。
- 本ツール使用によって得られた労働者の情報は、個人情報として鍵のかかるところに保管してください。

両立支援　10の質問

<労災疾病臨床研究 両立支援研究班>

産業医科大学

産業生態科学研究所 産業保健経営学： 森 晃爾

産業医実務研修センター： 立石 清一郎, 柴田 喜幸, 原田 有理沙, 岡 亜希子

岡田 岳大, 永尾 保, 大橋 りえ, 横山 麻衣

化学療法センター・血液内科： 塚田 順一, 山口 享宏, 北村 典章

不整脈先端治療学：安部 治彦, 河野 律子

第 2 内科： 荻ノ沢 泰司

循環器内科・腎臓内科： 大江 学治, 林 克英, 高橋 正雄

リハビリテーション医学： 佐伯 覚, 加藤 徳明, 伊藤 英明, 二宮 正樹, 杉本 香苗

若松病院リハビリテーション科： 白石 純一郎

医学概論： 藤野 昭宏

国立がん研究センターがん対策情報センター

がんサバイバーシップ支援部： 高橋 都

分担研究報告書

身体疾患を有する患者の治療と就労の両立支援のために必要な環境整備に関する提言

研究代表者　　森　晃爾

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

分担研究報告書

身体疾患を有する患者の治療と就労の両立支援のために必要な環境整備に関する提言

研究代表者　森　晃爾　　産業医科大学産業生態科学研究所産業保健経営学教授

研究要旨：

今回の研究班では、専門医、事業場（産業医等）、患者（就労者）の調査を経て、3者が関わる「両立支援パス」を開発した。しかし、調査検討の過程で、「両立支援パス」のようなツールのみでは両立支援の取り組みが必ずしも進展するとは考えられず、様々な環境整備が必要であることも明らかである。そこで、研究班会議において、各分担研究で明らかとなった治療と仕事の両立を行うための課題と考えられる事項を明確化し、それらをもとに両立支援を推進するための提言内容を検討した。

その結果、以下の5項目の提言事項を取りまとめた。

(1)　合理的配慮の対象拡大と浸透のための努力
(2)　ソフト面でのバリアフリー社会の構築
(3)　両立支援を行う医療機関や企業等に対するインセンティブ
(4)　両立支援に関する判断を行う医療者や事業主のリスクへの対応
(5)　社会に対する啓発および関係者への教育の推進

治療と仕事の両立支援の実践は、状況に応じた柔軟な対応が必要となり、そのためには当該労働者本人のエンパワーメントとともに、専門医、産業医、事業主等の連携が欠かせない。そのような連携を高めるためには、両立支援のための社会システムが必要となる。現時点では、技術マニュアルと教育研修が取組みの中心となっているが、今後社会システムの構築という視点から、更なる政策や関係者の努力が不可欠と考えられる。

研究分担者

産業医科大学・血液内科	診療教授	塚田　順一
産業医科大学・不整脈先端治療学	特任教授	安部　治彦
産業医科大学・リハビリテーション医学	教授	佐伯　覚
産業医科大学・医学概論	教授	藤野　昭宏
産業医科大学・産業医実務研修センター	講師	立石　清一郎
国立がんセンター・がんサバイバーシップ支援部	部長	高橋　都

A．目的

身体疾患（あるいは内部障害）を有する就労者が治療を継続しつつ、事業場側で健康状態に応じた配慮を受け、治療と仕事の両立の支援がなされるためには、主治医から事業主または担当者（産業医を含む）に対して、病状や治療状況、業務上の注意などに関する情報や意見が提供される必要がある。今回、専門医、事業場（産業医等）、患者（就労者）の調査を経て、3者が関わる「両立支援パス」を開発した。しかし、調査検討の過程で、「両立支援パス」のようなツールのみでは両立支援の取り組みが必ずしも進展するとはいえず、様々な環境整備が必要であることも明らかになっている。

そこで、研究過程で明らかになった課題について、研究代表者および研究分担者で検討を行い、提言事項として明確化した。

B． 方法

研究班会議において、各分担研究で明らかとなった治療と仕事の両立を行うための課題と考えられる事項を抽出した。そのうえで、研究班メンバーの間で議論を行った。議論の中では、課題を可能な限り幅広く捉えるとともに、共通分野の課題を一つのまとめるなどの処理を行った。そのうえで、それぞれの課題について提言内容を検討した。

C． 結果

「身体疾患を有する患者の治療と就労の両立支援のために必要な環境整備に関する提言」として取りまとめた事項は、5項目であり、具体的な内容は以下のとおりである。

(1) 合理的配慮の対象拡大と浸透のための努力

「障害のある人が他の人同様の人権と基本的自由を享受できるように、物事の本質を変えてしまったり、多大な負担を強いたりしない限りにおいて、配慮や調整を行うことである」と定義される(障害者権利基本条約)合理的配慮について、日本では「障害者の雇用の促進等に関する法律」に基づき、「雇用の分野における障害者と障害者でない者との均等な機会若しくは待遇の確保又は障害者である労働者の有する能力の有効な発揮の支障となっている事業を改善するために事業者が講ずべき措置に関する指針（合理的配慮指針）」が出されている。その対象は、身体障害、知的障害、精神障害といった障害者であり、今回の調査研究の対象となった、抗がん剤治療など化学療法を継続的に要する患者、心臓デバイス治療を受けた患者、重篤な脳血管障害により後遺症を伴いリハビリ中の患者は、いずれも障害者として合理的配慮指針の適用範囲内と考えられる。しかし、医学的に十分回復可能な一時的な機能障害については、当然ながら障害者としては除外されている。

事業主が「治療と仕事の両立支援」を行う際には、何らかの負担が生じるわけであり、その努力を幅広く得るためには、何らかの法的根拠が必要となる。その意味で、今回の

合理的配慮指針によって対象が拡大したことは評価できるが、仕事を継続する上で何らかの支障が生じる多くの傷病について、合理的配慮の概念が適用されるとともに、浸透のための努力が必要である。

(2) ソフト面でのバリアフリー社会の構築

何らかの身体上の障害を持つ労働者が、本来の能力を発揮できるように配慮を行う方法には、施設・設備の改善と休憩の取得や通院のための時間の確保などの就労に関する配慮がある。前者をハード面での配慮、後者をソフト面での配慮と呼ぶことができる。

労使関係の中でのソフト面での配慮は、他の労働者の負担を増やす可能性があるため、就業規則に明確に規定して実施されることが基本である。例えば、業務時間内に短時間の通院のための離席をしようとした場合には、時間単位の有給休暇取得が認められていない職場では、半日または1日の取得が必要となる。また、通勤が困難な労働者に在宅勤務を認めることなどである。

職場側での両立支援は、それぞれの労働者の症状や仕事の困難性に合わせて柔軟に対応することが有効であることが明らかになっているが、そのような柔軟な対応を可能とするような就業規則やその他の職場内ルールが必要となる。そのような規則やルールが多くの企業等で作られるようなソフト面のバリアフリー化を推進する必要がある。

(3) 両立支援を行う医療機関や企業等に対するインセンティブ

健康状態や就労において配慮すべき事項が主治医から事業主に情報提供されることは、適切な両立支援を行う上で不可欠な要素である。特に産業医の選任のない事業場においては、その際の情報の質が就労継続を大きく左右することになる。しかし、多忙な診療業務の中で、その情報提供について後述のようなリスクが伴いこそすれ、診断書と同等の費用を患者本人に請求する以外、何の報酬も支払われていない現実を考えれば、多くの臨床医師の認識や行動に結びつけることは困難である。また、医療機関において医療ソーシャルワーカーを配置して支援を行う場合においても、人件費等の費用が必要となる。

一方、職場での両立支援においても、事業主の経済的な負担は少なくないため、合理的配慮の理念だけでは、企業間で理解度には大きな差が生じ、特に就労配慮の予知が小さい小規模事業場ではその対応は困難である。

このような課題を解決するためには、保険診療上の診療報酬として認めたり、企業に対して何らかの経済的優遇を与えたりするなど、何らかのインセンティブ制度を構築することが必要である。

(4) 両立支援に関する判断を行う医療者や事業主のリスクへの対応

治療と仕事の両立支援は、疾病に関連したリスクが存在する状況で、就業制限によって回避する考え方ではなく、支援によって低減しても残存するリスクを積極的に取っていくという側面がある。

事業主は、労働契約に基づき労働者に対して安全配慮義務を負う。安全配慮義務は、労働者の健康や生命にかかわる事象の発生について、予見可能で回避可能な場合には、それを防ぐ民事上の義務が事業者に課せられている。両立支援は、必要な配慮と一定のリスクを取りながら就労の継続を支援しようとするものであるため、合理的配慮の考え方と安全配慮義務の考え方は、一部に対立が生じる可能性がある。

また、仕事の継続に関する判断を行った立場において、何らかのリスクが生じうる。そのような判断に関わる者には、主治医、産業医、上司などが含まれるが、患者・労働者のためを考えて行った判断と支援が、自らのリスクとして発生するのであれば、明確な判断を避けたり、情報提供を躊躇したりすることに繋がる。

両立支援の過程で、連携や支援に必要な支援や判断を行う関係者のリスクを整理して、そのリスクを低減したり、免責したりするための方策について検討が必要である。

(5) 社会に対する啓発および関係者への教育の推進

疾病を治療することが目的の医療機関や営利を目的とする企業において、私病である疾病を持つ労働者の就労に対する支援を引き出すためには、それぞれの組織が持つ固有の役割との関係や社会的価値について、整理し、理解を得るために継続的な努力が必要である。

また、両立支援がテーマになってきた背景には、医療の進歩でがんなどの疾病の治癒率が高まったことや、高齢化社会において可能な限り多くの国民が生産人口として社会に貢献することが必要になったことなどの社会的背景が存在する。そのような背景を基本として、多くの国民が理解できるような啓発活動が必要である。

D. 考察

治療と仕事の両立支援の実践は、疾病ごとに症状や仕事の継続における課題は異なり、さらに同じ疾病でも個人差が大きい状況が存在し、状況に応じた柔軟な対応が必要となる。そのためには当該労働者本人のエンパワーメントとともに、専門医、産業医、事業主等の連携が欠かせない。そのような連携を高めるためには、両立支援のための社会システムが必要となる。急速な高齢化によって、労働力の確保や医療システムの維持に大きな課題を抱える日本においては、産業保健というフィールドだけの課題としてではなく、社会全体で取組むべき課題であることについても、多くの国民の理解が得られると考えられる。そのような社会システムには、支援のための技術マニュアルやツールだけでなく、社会に対する啓発活動や医療者等への教育、両立支援に積極的に貢献する関係者に対するインセンティブ、判断や支援を行う関係者のリスク低減など、様々な要素が含まれるべきである。

現時点では、技術マニュアルと教育研修が取組みの中心となっているが、今後社会システムの構築という視点から、更なる政策や関係者の努力が不可欠と考えられる。

Ｅ．結論

「身体疾患を有する患者の治療と就労の両立支援のために必要な環境整備に関する提言」として、５項目を提示した。

Ｆ．引用・参考文献

なし

分担研究報告書

身体疾患を有する患者の治療と就労の両立支援のためのウェブサイトの開設

研究分担者　　立石 清一郎

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

分担研究報告書

身体疾患を有する患者の治療と就労の両立支援のためのウェブサイトの開設

研究分担者　立石　清一郎　　産業医科大学　産業医実務研修センター

研究要旨:

両立支援において重要なことは両立支援をしようとする本人の支援のみならず『支援者に対する支援をどのように行うか』が重要である。しかしながら、支援者は時に当事者意識がなかったりどのように対応したらいいのかわからなかったりということがありうるので確実な情報を収集する手段が必要である。

情報提供の手段について研究代表者、研究分担者、研究協力者計 12 名で議論した。

冊子体等の作成については購入という一つのハードルがあるためよほど関心のある層にしか効果がない上に、配布数が終了となった時点でそれ以上の広報ができないということが議論された。現状でWEBにアクセスすることのできない労働者は比較的少数であること、公的研究費ということで情報閲覧者も選択的に見てもらえる可能性が高いという点からホームページを作成し、公開するということとした。

今回の研究班の主な成果物は、「両立支援パスガイド」、「産業保健スタッフ向け両立支援 10 の質問」である。いずれのツールにおいても研究データに基づいて作成されており使用されることにより、現在困っている産業保健スタッフや主治医グループの手助けになるのみならず、両立支援へのさらなる関心を引き起こす一助になるものと考えられる。

研究分担者

産業医科大学・産業保健経営学	教授	森　晃爾
産業医科大学・血液内科	診療教授	塚田　順一
産業医科大学・不整脈先端治療学	特任教授	安部　治彦
産業医科大学・リハビリテーション医学	教授	佐伯　覚
産業医科大学・医学概論	教授	藤野　昭宏
国立がんセンター・がんサバイバーシップ支援部	部長	高橋　都

Ａ．目的

両立支援において重要なことは両立支援をしようとする本人の支援のみならず『支援者に対する支援をどのように行うか』が重要である。しかしながら、支援者は時に当事者意識がなかったりどのように対応したらいいのかわからなかったりということがありうる。また、公開されている情報には確実な情報とそうでない情報が玉石混交の状況であり利用者にとって望ましい状況であるとは言えない現実がある。したがって、確実な情報を収集する手段が必要である。

Ｂ． 方法

情報提供の手段について研究代表者（森）1 名、研究分担者（高橋・塚田・安部・藤野・立石）5 名、研究協力者（荻ノ沢・河野・大江・白石・二宮・原田・永尾・大橋・山口）9 名の計 15 名で議論した。

Ｃ． 結果

冊子体については利用しやすく比較的ポピュラーな手法である。しかしながら、購入や書籍を入手することがネックとなるため。よほど関心のある層にしか効果がない上に、配布数が終了となった時点でそれ以上の広報ができないということが議論された。冊子体についてはむしろ研修時に配布するなどモチベーションの挙がっている状態で利用者の手に渡す手法が望ましいという意見が得られた。

次にホームページを作成し公開することが議論された。現状で WEB にアクセスすることのできない労働者は比較的少数であること、公的研究費ということで情報閲覧者も選択的に見てもらえる可能性が高い、という点からホームページを作成し、公開するということとした。

Ｄ． 考察

今回の研究班の主な成果物は、「両立支援パスガイド」、「産業保健スタッフ向け両立支援 10 の質問」である。いずれのツールにおいても研究データに基づいて作成されており、適切な広報がなされ使用されることにより、現在困っている産業保健スタッフや主治医グループの手助けになるのみならず、両立支援へのさらなる関心を引き起こす一助になるものと考えられる。

Ｅ． 結論

身体疾患を有する患者の治療と就労の両立支援のためにウェブサイトを開設した。

Ｆ．引用・参考文献

なし