



両立支援コーディネーターに 求められる基本的な医療知識

1

がん分野

1

疾患の概要

1) はじめに

①がん患者に対する就労支援をめぐる社会的情勢

毎年86万人ががんに罹患し、その約3分の1が勤労者であると言われています。すなわち、毎年25万人以上の勤労者ががんに罹患することになります。また、令和元年(2019年)の国立がん研究センターの発表では、66%のがん患者が5年以上生存できるとされています。がんの治療成績は年々向上してきており、がん患者が治療を受けながら働き続けることができる可能性が高まっています。

わが国では今後も少子化に伴って勤労者が減少することが予測される状況にある中で、がん患者に対する就労支援は国にとって重要な政策課題となっています。

政府はこれまで平成24年にがん対策基本法に基づく基本計画に「がん患者の就労を含めた社会的問題」を分野別施策に取り上げ、がん診療拠点病院へのがん相談支援センターの設置やハローワークでの就労支援を行いました。また、「がん対策加速化プラン」を策定し、がん診療連携拠点病院、ハローワーク、産業保健総合支援センター、企業との連携を強化し、がんになっても安心して働き暮らせる社会の構築を目指しています。

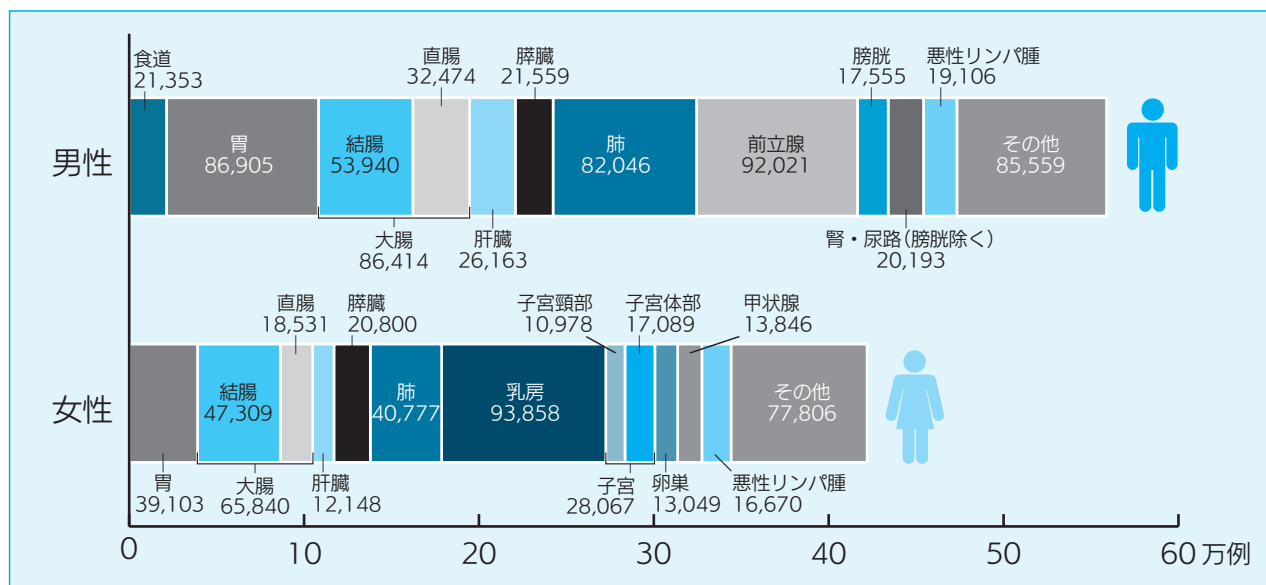
最近では、平成28年2月に「事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン」を策定し、企業側と主治医側の連携のための情報交換法まで提示しています。また、平成29年(2017年)には「働き方改革実行計画」のひとつに「治療と仕事の両立に向けた、がん患者、医療者、企業側のトライアングル型支援などの推進」が取り入れられ、また令和2年までに2,000人の両立支援コーディネーターを養成する計画も策定されています。

マスメディアも、がん患者の治療と仕事の両立支援の必要性を盛んに報道しており、がん患者の両立支援は国民の間でも大きくクローズアップされていると言えます。

②部位別罹患数・死亡率

国立がんセンターがん情報サービスの最新がん統計のまとめによると、平成30年(2018年)に新たに診断されたがんは980,856例(男性558,874例、女性421,964例、性別不詳あり)あり、部位別では、男性が①前立腺、②胃、③大腸、④肺、⑤肝臓の順、女性が①乳房、②大腸、③肺、④胃、⑤子宮の順となっています(図1)。

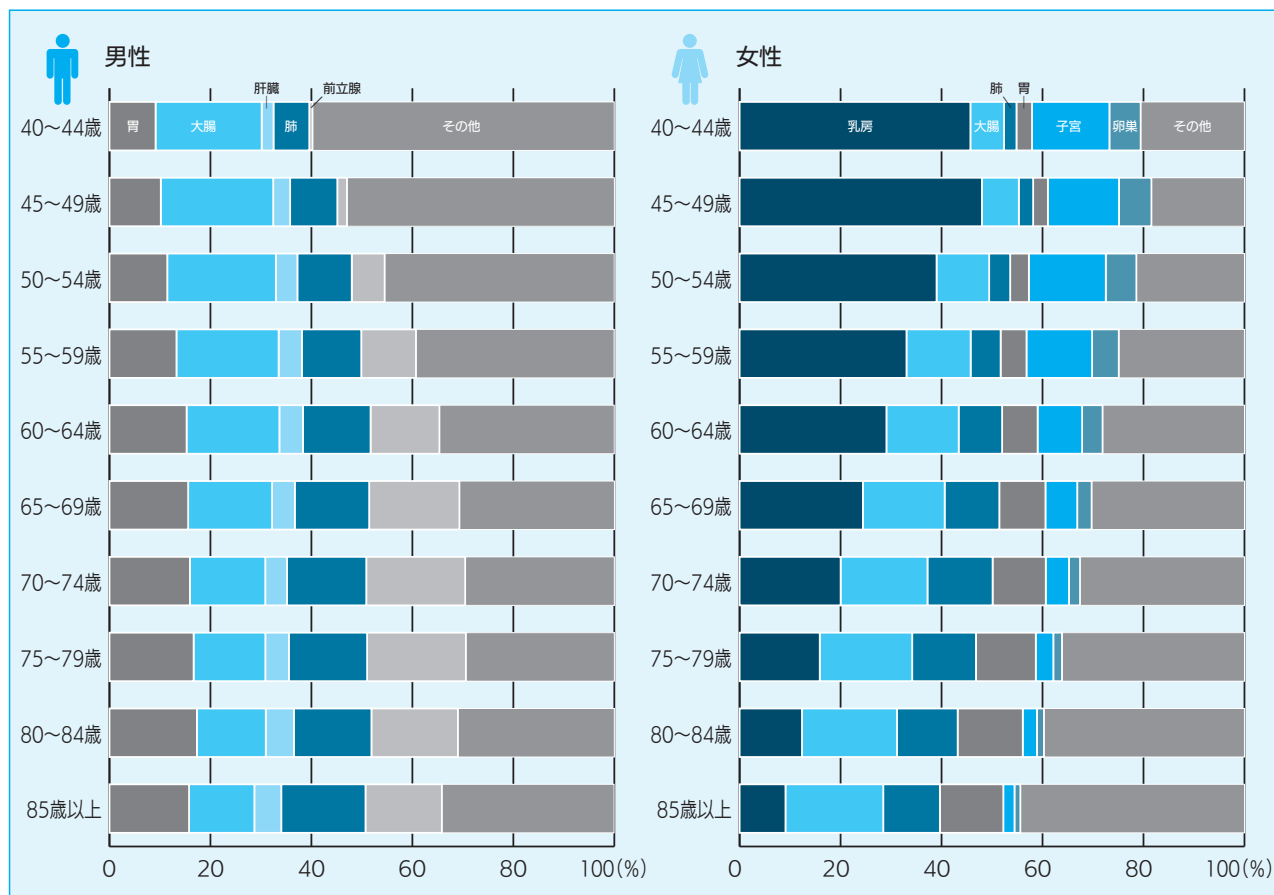
図1 部位別がん罹患数(2018年)



資料:国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」(全国がん登録)

また、部位別がん罹患数を年齢別にみると、男性では、40歳代で大腸のがんが多く、高齢になると前立腺や胃、肺のがんが多くなっています。女性では、40歳代では乳房や子宮、卵巣のがんが多く、高齢になると大腸や胃、肺のがんが多くなっています(図2)。

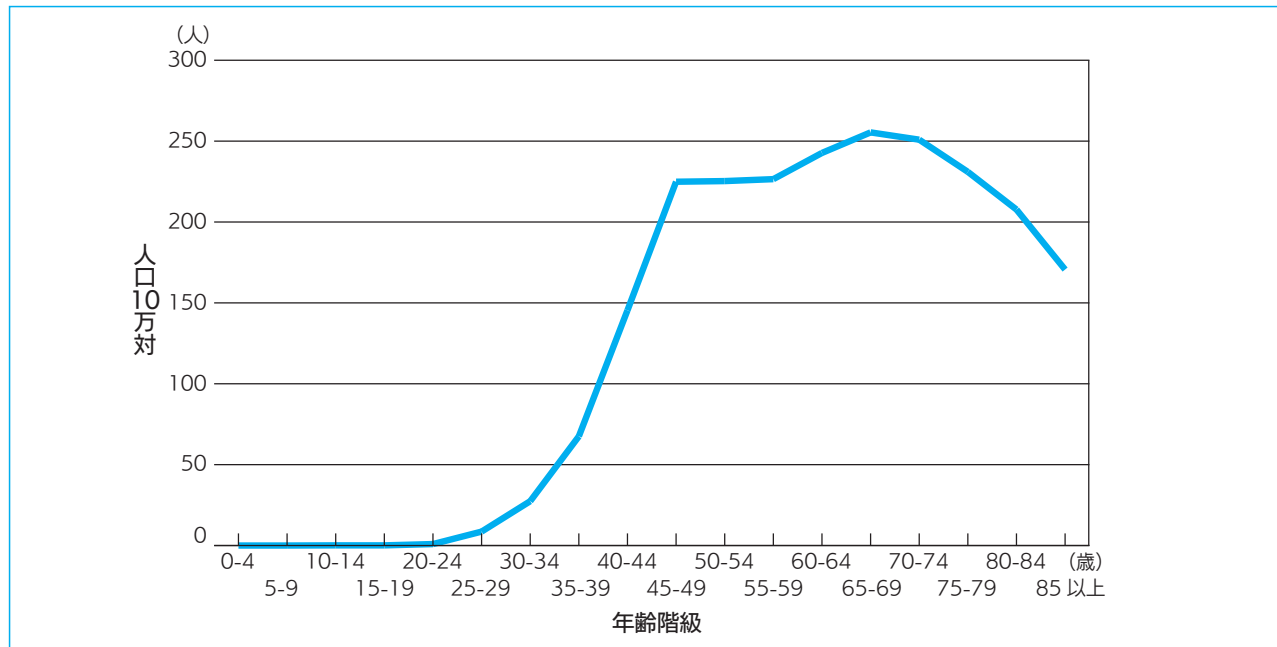
図2 年齢別部位別がん罹患数(2018年)



資料:国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」(全国がん登録)

なお、多くのがんの罹患率は年齢とともに高くなりますが、年齢別の女性の乳がんの罹患率は、勤労世代で高いのが特徴となっています(図3)。

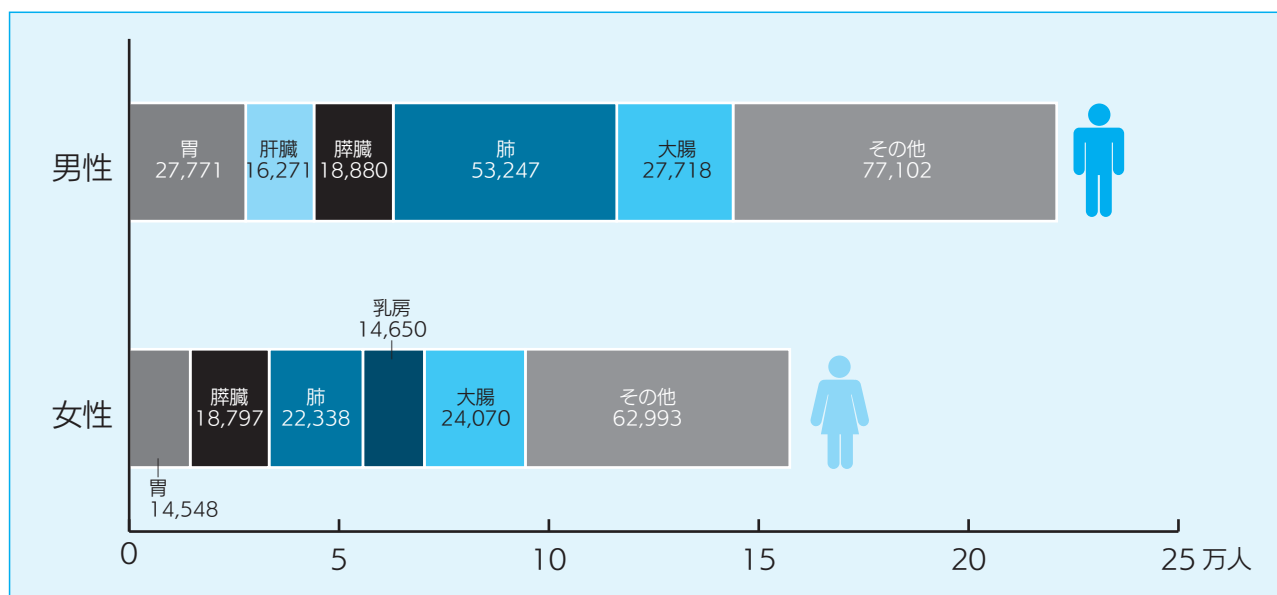
図3 年齢階級別女性の乳がん罹患率;全国推計値(2018年)



資料：国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」(全国がん登録)

一方、2019年にがんで死亡した人は376,425人(男性220,339人、女性156,086人)おり、部位別では、男性が①肺、②胃、③大腸、④膵臓、⑤肝臓の順、女性が①大腸、②肺、③膵臓、④胃、⑤乳房の順となっています(図4)。

図4 部位別がん死亡数(2018年)



資料：国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」(厚生労働省人口動態統計)

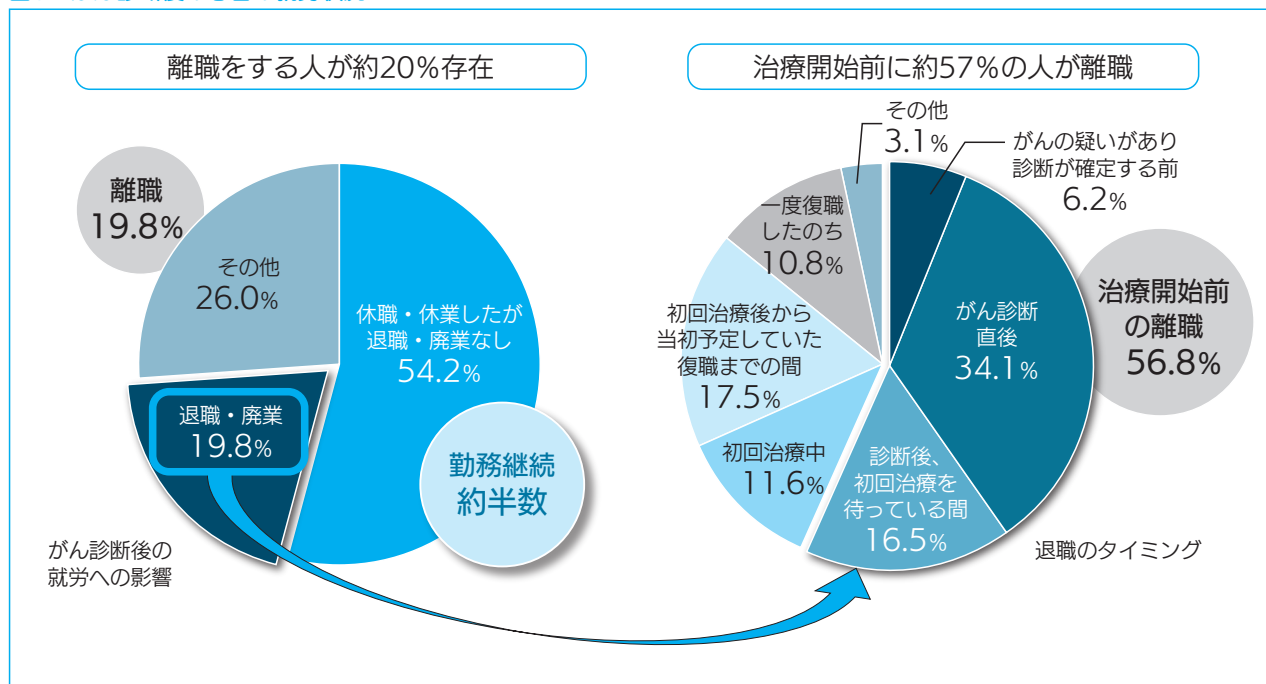
日本人が一生のうちにがんと診断される確率(累積罹患リスク)は、男性65.0%(3人に2人)、女性50.2%(2人に1人)(2018年データに基づく)、がんで死亡する確率(累積死亡リスク)は、男性26.7%(4人に1人)、女性17.8%(6人に1人)(2019年のデータに基づく)となっています。

③がん患者の離職と精神的苦悩

厚生労働省委託事業「平成30年度患者体験調査報告書」(国立がん研究センターがん対策情報センター)では、がんと診断された人の19.8%が離職しています。

また、56.8%の人が治療開始前に離職していました(図5)。

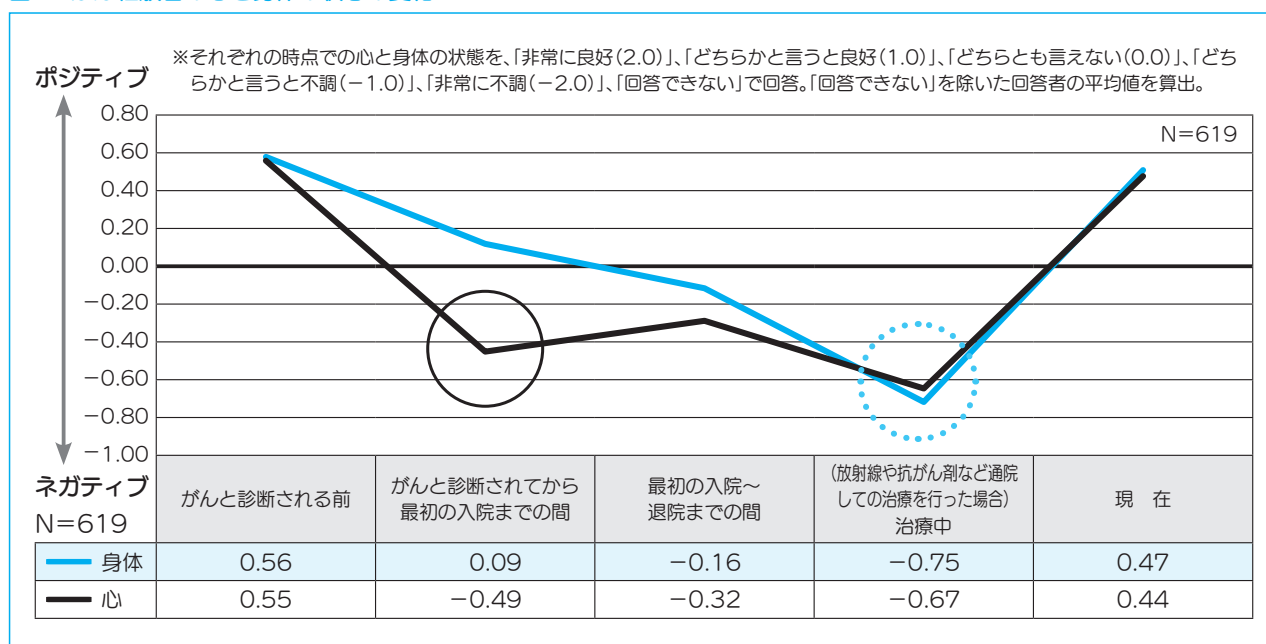
図5 がん診断後の患者の就労状況



資料:厚生労働省委託事業「平成30年度患者体験調査報告書」(国立がん研究センターがん対策情報センター)

がんと診断されてから入院するまでの間に身体の不調よりも精神的不調が強くなります(図6、○部分)。また、放射線治療や抗がん剤治療による身体の不調とともに精神的にも不調が強くなります(図6、⊙部分)。

図6 がん経験者の心と身体の状態の変化



「がん経験者の心の変化に関する調査」(株式会社キャンサーソリューションズ)より転載;一部改変

2) がんとは

がんは、体の細胞の一部が変異して起こります。がん細胞は、増殖し、やがて小さな腫瘍や粘膜の変化となって現れます(早期がん)。

症状や進行は、個人差があり、臓器によっても異なりますが、時間の経過に従い増殖のスピードが速くなり、自覚症状を感じるようになります。

がんは進行するにつれ、転移(体のほかの場所に飛び火)することがありますが、一度転移が起こると、ほかの場所にも転移するようになります。原発巣(最初にがんが発生した部分にある病巣のこと)はもちろんのこと、転移した臓器も破壊されるようになり、臓器としての機能が低下します。そのため、体重が減少し、身体は衰弱します。

身体のあちこちにがん細胞がはびこり、体中の機能が衰えると(末期がん)、やがて生命の維持が困難になります。

2 《 がんに対する代表的な治療法

治療法には、内視鏡治療や外科的切除による手術療法、薬物療法、放射線治療がありますが、治療法の選択と組み合わせは患者の状態やがんの進行状況によって決められます。

低侵襲の外科的切除(内視鏡治療など)

外科手術

薬物療法(抗がん剤、ホルモン剤など)

放射線療法

3 《 がん患者さんの両立支援に必要な留意点

大企業の中には「治療と仕事の両立支援」に取り組んでいるところもありますが、日本の企業の9割以上は中小企業で、両立支援の体制が整っていないのが現状です。職場内にがんの治療をしながら仕事を続けることの相談ができる窓口が設置されていたり、人手もなんとかあるという事業所は少なく、自営業ではより深刻になります。がんが治る病気、長く付き合う病気になってきているため、両立支援コーディネーターには、治療を優先させ、できる仕事を続けていける社会を目指し取り組んでいただきたいと思います。

4 がん情報のリテラシー

がんに関する情報は世の中にあふれていますが、患者さん一人一人がほしい情報にたどり着けるわけではありません。間違った情報も多く存在します。患者（勤労者）、事業所の双方に正確で有用な情報を提供することも両立支援コーディネーターの重要な役目です。

5 各々のがんの特徴・症状、治療、両立支援の留意点（代表的ながん）

1) 胃がん

①特徴と症状

胃がんは胃粘膜の上皮に発生し、次第に粘膜下層、筋層、漿膜の下層、漿膜、また漿膜の外側へと進展していきます。胃がんの大半はヘリコバクターピロリ菌感染が原因です。ピロリ菌感染が慢性化し胃粘膜に萎縮性胃炎が生じ、がんが発生してくると考えられています。内視鏡検査でピロリ菌が確認されたときは、抗生剤内服により除菌可能です。喫煙や塩分の多い食事もある胃がんの危険因子といわれています。

発症初期はほとんど無症状で、進行すると胃の痛みや不快感、嘔気、胸やけ、食欲不振、下血などが現れることがあります。これらは良性の病気である胃炎や胃・十二指腸潰瘍、逆流性食道炎などの症状でもあり、胃がんの特異的な症状ではありません。

②治療

早期胃がんの多くは1週間程度の入院で、内視鏡治療（胃カメラ）で治療可能です。早期胃がんでも悪性度の高い症例や、やや進行した早期胃がん症例は外科手術（開腹手術や腹腔鏡手術）で治療します。進行胃がんは外科手術（開腹手術や腹腔鏡手術）で治療することが多く、手術後再発を予防する目的にて1年間ほどの薬物療法（経口抗がん剤など）を行うのが一般的です。再発の可能性が高いと考えられる場合は、点滴による抗がん剤を用いた薬物療法（抗がん剤治療）を行うことがあります。

抗がん剤治療は、このような術後再発予防目的の補助療法として以外にも、切除不能進行・再発胃がんに対する治療としても行われます。切除不能進行・再発胃がんでは全身状態が比較的安定し、主要臓器機能が保たれている場合が抗がん剤治療の適応となります。近年は抗がん剤治療によって高い腫瘍縮小効果が得られる症例も増えてきています。

※胃がんステージ分類等は【参考資料】を参照

③両立支援の留意点

胃切除後の後遺症を胃切除後症候群といいます。胃の機能は摂食したものを一時的に収容し分解消化することなので、胃の切除部位により後遺症は変わってきます。胃の入口の部分（噴門部）の切除後では、食物が食道に逆流し逆流性食道炎が生じやすくなります。胃の出口側の部分（幽門部）の切除後では、胃から食物が一気に小腸に流れ込むために起きるダンピング症候群が生じやすくなり、症状が強いときは意識消失を生じることがあります。

ダンピング症候群は、食後すぐに生じる早期ダンピング症候群と食後2～3時間で生じる晚期ダンピング症候群に分けられます。

・早期ダンピング症候群:食後5～30分くらいで生じる冷汗、動悸、めまいなど。

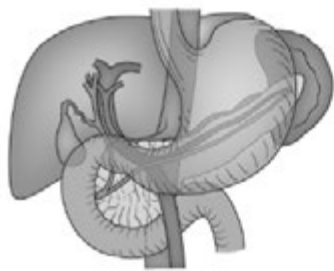
症状がでたら、横になり休んで対処します。

・晩期ダンピング症候群:食後2~3時間で生じる発汗、倦怠感、めまいなど。

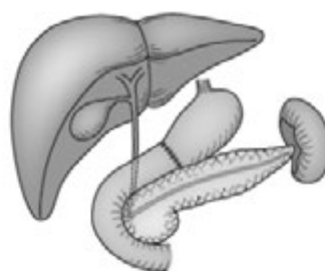
低血糖が原因で、飴や砂糖などで糖分を摂取し対処します。

ダンピング症候群を防ぐには、1回の食事量を少なめにし、間食にて食事回数を増やす必要があります。炭水化物と脂肪を減らし、たんぱく質を多めにする食事の工夫も重要です。また、低血糖症状が起きそうなときは飴や砂糖を摂取します。

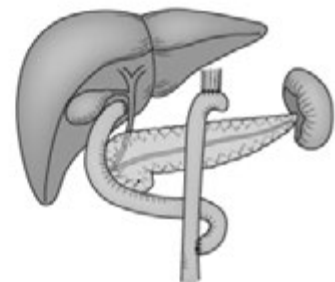
他にも、胃がん手術後は、胸やけ(逆流性食道炎)、下痢、便秘、おなら、げっぷ、栄養障害、貧血など様々な症状が現れることがあるので留意が必要です。



正常な胃



胃の出口側(幽門側)が切除され
胃が小さく、出口が広く食物が
すぐに胃から小腸に流入する。



胃が全て切除され食道から直接
小腸に食物が入る。

資料:へるす出版「胆膵EUS教本—コンパックスEUSを極める—」より

抗がん剤治療では抗がん剤による副作用とその対処が重要です。胃がんの治療によく使用される代表的な抗がん剤として、経口薬のTS-1と、点滴薬のシスプラチンがあります。また、ドセタキセルやパクリタキセルなどの点滴薬も使用されることがあります。TS-1の副作用としては嘔気、嘔吐、下痢などの消化器症状や食欲不振、骨髄抑制(下記の注釈参照)や流涙があります。シスプラチンは腎毒性があるため投与前後の十分な点滴による輸液が必要です。また、シスプラチンはプラチナを含むため、体内に蓄積されると末梢神経障害や内耳障害などの神経毒性が出てきます。ドセタキセル、パクリタキセルでは脱毛、食欲不振、倦怠感、発熱、下痢、末梢神経障害(手足のしびれ)等の副作用があります。

早期胃がんに対する内視鏡治療後はほとんど問題なくそれまでどおり就労可能です。

手術方法、抗がん剤治療に使用する薬剤やその副作用の生じ方など個々の患者で異なります。治療を主とした治療と仕事のスケジュールを作るため、病院側と(産業医がいれば産業医を含めた)事業所側との調整が重要です。

胃がんの手術後はダンピング症候群など食事に関わる副作用・合併症が多く、間食をとったり、横になって休憩できる時間やスペースが必要です。外来通院での抗がん剤治療時の休みのとり方や、就業時間中の食事回数なども事業所側には理解していただきます。抗がん剤治療の副作用では倦怠感、嘔気、脱毛、手足のしびれなどが就労に支障をきたします。デスクワークでも手指のしびれがあるとパソコン操作が難しくなるため考慮が必要です。

(注)骨髄抑制とは:血液を作る骨髄の機能が抗がん剤の副作用により低下することを意味します。その結果、血液の成分である白血球、赤血球、血小板などが減少します。白血球が減少すると肺炎などの感染症にかかりやすくなり、突然の発熱などが生じたりします。血小板が減少すると出血しやすくなったり、

出血が止まりにくくなったりします。赤血球が減少すると立ち眩みや倦怠感など、いわゆる貧血の症状が出現します。抗がん剤の副作用の中でも重篤なことが生じやすい、最も注意すべき副作用の一つです。

2) 大腸がん

①特徴と症状

大腸がんは大腸の粘膜から発生しますが、大腸ポリープ(腺腫)が“がん化”する場合と、正常な粘膜に直接がんが発生する場合の2種類があります。大腸がんの6-7割はS状結腸から直腸に発生します。

症状としては下血や血便・黒色便で見つかることがあり、腹痛や便が細くなる、大腸の右側では腫瘍の自覚として気づかれることもあります。また、出血による慢性的な貧血で見つかることもあります。しかし、特異的な症状が少なく、進行がんでも無症状のことも多く、便に血が混じっている場合も痔と思いこまれていることがあります。

②治療

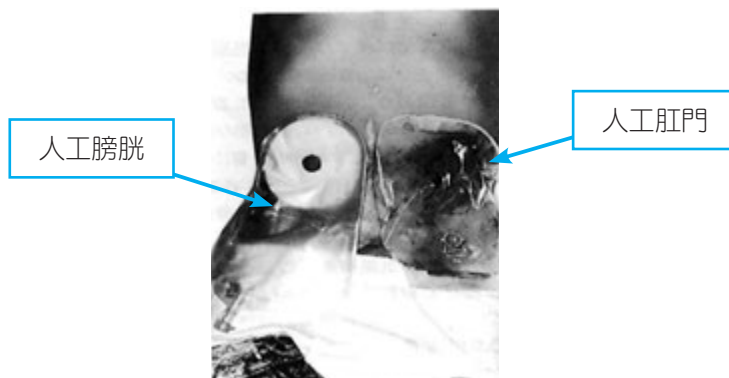
大腸がんの治療法としては、内視鏡治療又は開腹手術や腹腔鏡手術、抗がん剤治療、放射線治療などがあります。治療は病気の進行度(ステージ)ごとに異なり、いくつかの治療を組み合わせた治療(集学的治療)を行うことがあります。

早期大腸がんの多くは1週間程度の入院で、内視鏡治療(大腸カメラ)で治療可能です。早期大腸がんでも、やや進行した症例は外科手術(開腹手術や腹腔鏡手術)で治療します。手術後は下痢、便秘、排便が頻回になることがあります。

進行大腸がんは外科手術(開腹手術や腹腔鏡手術)で治療することが多く、手術後は再発予防目的に、半年間ほどの抗がん剤治療(経口抗がん剤)を行うのが一般的です。再発の可能性が高いと予想される場合は、点滴による抗がん剤治療を行うこともあります。抗がん剤治療は術後再発予防目的の補助療法と、切除不能進行・再発大腸がんに対する治療として行われます。切除不能進行・再発大腸がんでは全身状態が比較的安定し、肝機能や腎機能が保たれている場合に抗がん剤治療の適応となります。全身状態やがんの状況、仕事や生活の状況に応じ、抗がん剤治療に使用する薬剤を選択します。治療薬剤は何種類もありますが、がんの増大や進行が抑えられ、副作用が強くない場合は同じ治療を継続します。副作用が強い場合は治療をいったん中止し、他の薬剤への変更や薬剤の減量を検討します。

肛門に近いがんの手術では人工肛門(ストーマ:下記(注)を参照)の造設が必要となることがあります。人工肛門は切除した腸管の末端を腹部の皮膚に繋いで作ります。本来の肛門のように便が溜まってきた時点で排出することはできないため、袋を取り付けて便を入れます。膀胱や尿路の切除も必要な時は人工膀胱(ストーマ)を造設し尿を排泄します。

放射線治療は、直腸がんにおいて術前補助療法として内服の抗がん剤と組み合わせて行われます。進行再発例



では、骨盤内転移、骨転移などによる痛みのコントロール目的に放射線治療が行われることもあります。

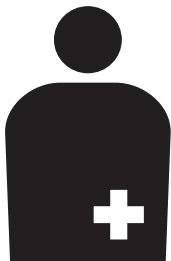
(注)ストーマとは:人工肛門や人工膀胱などの総称です。

※大腸がんステージ分類等は【参考資料】を参照

③両立支援の留意点

大腸がんの手術などの時に人工肛門や人工膀胱を増設した方をオストメイトと言います。また、人工肛門や人工膀胱のことを総じてストーマと呼びます(P.53参照)。職場でも、ストーマ装具や装具交換時に使用する物品を置いておくようにします。ストーマを保有しても大概の仕事は行えますが、過酷な労働や重いものを持ち上げるような作業は、ストーマ部分の脱腸などを発生させることがあります。また、通勤途中に利用できるトイレ(オストメイト対応多目的トイレ)の設置場所を把握しておくことも重要です。

大腸がんでストーマケアが必要な場合はにおいやガス音を気にされることもあります。トイレやドアに近い席への移動、装具交換の可能なトイレの確保などの配慮も必要です。



● オストメイトマーク

オストメイトマークは、人工肛門・人工膀胱(ストーマ)を造設している人=オストメイトのための設備があるトイレの入口などに掲示されるピクトグラム(シンボルマーク)です。



オストメイト対応トイレの主な設備

抗がん剤治療の副作用としては、倦怠感、骨髄抑制、脱毛、貧血、発熱、吐き気、下痢、しびれ、手足などの皮膚障害などがあります。

進行した大腸がんの抗がん剤治療で使用する代表的抗がん剤に、オキサリプラチンとイリノテカンがあります。オキサリプラチンはシスプラチンと同じようにプラチナを含む薬剤(プラチナ製剤)ですが、他のプラチナ製剤と異なり腎障害は稀ですが、嘔気、嘔吐、下痢、手足の痺れなどの末梢神経障害、咽頭や喉頭の締め付け感、骨髄抑制などの副作用があります。イリノテカンは大腸がんだけでなく、様々ながんに適応があります。下痢や腸炎、骨髄抑制などの副作用があります。

抗がん剤の副作用を抑える薬剤の効果もよくなっており、それも抗がん剤治療を外来通院にて行うことが多くなっている理由のひとつです。しかし、副作用が強い場合は無理せず休める体制を確保しておく必要があ

ります。また、通院・加療のための時間単位の休暇が利用できる環境が望まれます。通院加療と就労を両立させるためには、治療スケジュールを職場に伝え考慮してもらう必要があります。しかし、現時点でがんの就労支援の体制が整っている職場は少ないため、患者さんと事業所との連携を促し、事業所の理解を得て勤務状況への配慮などが可能となるような調整が必要です。

また、大腸がんに限ったことではありませんが、がん患者は治療の過程でうつ症状などメンタルヘルスの不調も生じることが多く精神面でのケアも必要になります。

3) 肺がん

①特徴と症状

原発性肺がんは小細胞がんと、腺がん、扁平上皮がん、大細胞がんなどの非小細胞がんに分けられます。症状に特異的なものはなく、進行すると咳、痰、血痰、胸痛、呼吸困難などの症状が出てきますが、多くは無症状のうちに検診などで見つかっています。

②治 療

小細胞がんと非小細胞がんでは、経過や治療法が大きく異なるため、それらの治療法も分けて扱われています。

非小細胞がんの治療:比較的早期の進行度(ステージⅠ-Ⅱ期)の非小細胞がんに対しては必要な範囲の肺の切除とがんが転移しやすい肺の入口に近いリンパ節(肺門縦隔リンパ節)の郭清を行います。ステージⅠ期では開胸に比べ侵襲の少ない胸腔鏡補助下手術(video-assisted thoracic surgery: VATS)を行うことが増えています。

放射線治療は手術のできないステージⅢ期、または全身状態などの影響で手術をしないⅠ-Ⅱ期の非小細胞がんに行います。放射線治療の副作用としては、肺に炎症が生じ咳などの出る肺臓炎、照射する範囲に含まれる食道に炎症が生じ食事の際に胸部痛などが出る食道炎、照射範囲の皮膚に発赤などが生じる皮膚炎があります。

代表的な抗がん剤治療としては、Ⅰ-ⅡA期の術後補助療法ではテガフル・ウラシル配合剤(UFT)を1-2年間に服用します。Ⅱ-ⅢA期の術後補助療法ではシスプラチンとビンoreルビン(注)を3-4週ごとに投与を1サイクルとして計4サイクル行います。肺がんの化学療法ではプラチナ製剤が多く使用されます。

Ⅲ期で手術ができない場合は放射線治療と抗がん剤治療を同時に行います。Ⅳ期とⅢB期の一部では抗がん剤治療と緩和治療(下記(注)参照)を行います。従来の抗がん剤に加え、分子標的治療薬、免疫チェックポイント阻害薬が使用されるようになり、良好な長期成績が期待されるようになっています。

小細胞がんの治療:小細胞がんは進行が早く発見された時点で手術適応にならないことが多く、抗がん剤治療、放射線治療を行うことになります。

(注)緩和治療とは:病気による痛みや苦しみをやわらげる治療

※肺がんステージ分類等は【参考資料】を参照

③両立支援の留意点

肺がんの抗がん剤治療では従来の抗がん剤の他に、がんが持つ特定の分子(タンパク質や遺伝子)を標的として抗がん作用を発揮する、分子標的薬を使用することが増えてきました。分子標的薬の副作用はその標的となる分子により異なります。下痢や皮膚の発疹、皮膚障害、発熱、嘔気、高血圧、血栓症などがあります。稀です

が、間質性肺炎、心毒性、消化管穿孔など重篤なものもあります。

早期の肺がんや胸腔鏡補助手術後の場合は、ほぼ元通りの就労が可能と思われます。術後の抗がん剤治療では治療期間が長くなることもあります。肺がんは5年以内の再発率が34%と高く、抗がん剤治療が効かなくなると次の薬剤に切り替えて治療します。近年は新しい治療薬が出現し、治療効果が期待されています。実際、転移のある場合でも通院または入院治療と仕事を続けている方は大勢います。しかし、再発時は本人もご家族もより現実的な不安に襲われます。がんと診断されたときには両立支援の介入をしていなかった方に対しても、再発時やフォローアップ時に両立支援コーディネーターの存在を知らせることは重要です。

4) 乳がん

①特徴と症状

乳腺は母乳をつくる「小葉」と母乳を乳頭へ送る「乳管」からなり、乳がんの約95%は乳管に生じます。がん細胞が乳管や小葉内に限局している非浸潤がん、周囲組織までがん細胞が広がっている浸潤がんに分けられます。

②治 療

治療法は、がんの大きさ、悪性度、リンパ節転移の有無、がんが持つ特定の物質（ホルモン受容体やHER2受容体）の量などにより異なってきますが、早期（ステージⅠ、Ⅱ）の浸潤性乳管がんに対しては、腫瘍径などの条件により乳房温存手術が勧められます。腫瘍径が大きく乳房温存手術の適応とならない場合でも、術前薬物療法により腫瘍の縮小が得られれば、乳房温存手術が可能となります。温存手術が困難な場合は乳房切除術を行います。

これら外科手術後、再発予防目的に放射線療法、続いて薬物療法（ホルモン療法）を行うのが一般的です。放射線量法の1回の照射時間は10分程度で通院でも行えます。薬物療法として抗がん剤治療を行う症例もあります。

手術後は手術した乳房側の腕が動かしにくいことがあるため、リハビリで対応します。腋のリンパ節切除などにより手がむくむ（リンパ浮腫）場合は、サポーターやマッサージなどで対応します。乳房切除では胸の形が変わり精神的ダメージも受けるため、下着の工夫（補整具の使用など）や、乳房再建手術などを受けることになります。

薬物療法には、ホルモン療法、抗HER2療法、および従来の抗がん剤による治療があります。乳がんにはホルモン受容体が多くあればホルモン療法、HER2の遺伝子や蛋白が多くあればHER2を標的とした分子標的薬の効果が期待できます。分子標的薬は比較的新しい種類の抗がん剤です。このいずれも効果が期待できない乳がんの場合には従来の抗がん剤治療を行います。

※乳がんステージ分類等は【参考資料】を参照

③両立支援の留意点

乳房切除後の補整具、抗がん剤治療による脱毛に対するウィッグ（医療用かつら）を使用しているときには、更衣などにも配慮が必要です。

放射線治療は、外来通院にて平日毎日、1か月ほど行います。治療開始後しばらくしてから、倦怠感、皮膚のぴりぴり感や発赤などが出現することがあります。放射線照射による副作用・合併症としては、急性期に放射線皮膚炎が生じることがありますが、重症となることは稀です。

ホルモン療法では女性ホルモンであるエストロゲンを減少させるため、治療開始後しばらくしてから更年期症状のホットフラッシュと呼ばれる体温調節障害(ほてりや発汗、顔面紅潮)、動悸、不安感などが生じることがあります。ホットフラッシュは治療開始後約半数の方に生じますが、次第に軽減していきます。

手術、放射線治療後に容態も安定し治療前と同様の生活を送り職場復帰される方も多く見られますが、ホルモン療法などの薬物療法の期間も長くなるため仕事を続けるためには両立支援が重要となります。治療を優先させた治療スケジュールと勤務日の調整、職場の上司や同僚(特に男性)へ病状や治療スケジュールを説明し理解を得ることは本人だけでは難しい場合があります。薬物療法中は、ホルモン療法によるホットフラッシュ、抗がん剤による倦怠感、抑うつ状態やイライラ感など体調もメンタルも不安定になりやすい時期です。また、再発や転移がわかったときは、がんが見つかった時より現実的な恐怖感に襲われます。局所再発や転移後もそれまでどおりの生活や就労を希望される方は多くいらっしゃいます。両立支援コーディネーターには、本人の疲労度、体の制限、治療予定、また就業状況などの情報を主治医と事業所の担当者が共有することを促し、配慮事項を確認、調整することが期待されています。

もともと仕事や育児、介護で生活に余裕のない状況でがんが見つかったと、どうすればよいか、誰に頼ればよいかわからなくなります。職場で仕事を代わりにしてくれる人がおらず、周囲の人に負担がかかると思い、自分から休みを取ることを言いづらい状況もあります。薬物療法、特にホルモン剤による治療は長期になりますが、定期的に通院し副作用に対処すれば予後も良好なことが多い疾患です。診断がつき次第、両立支援コーディネーターにも情報が入り、職場との調整にもかかわれるような院内の体制づくりも重要です。病気の治療を優先させたいのに仕事のことも考えないといけない、仕事は辞めて家族との時間を大事にしたいなど、考え方は人それぞれです。患者さんにとって両立支援を勧められること自体が負担にならないよう、個人個人に合わせ対応を変えることが重要です。

5) 肝臓がん

①特徴と症状

肝臓がんは、肝臓から発生する原発性肝臓がんと、他の臓器のがんが転移することのできる転移性肝臓がんに分類されます。

原発性肝臓がんには肝細胞がんと肝内胆管がんがあり、原発性肝臓がんの90%以上が肝細胞がんです。肝内胆管がんは原発性肝臓がんの5%以下で、肝臓から十二指腸へ胆汁を流出させる胆管から生じます。

肝細胞がんはB型肝炎ウイルスやC型肝炎ウイルス感染などによる肝炎から肝硬変となり、がんに進行することが多く、特にC型肝炎が肝細胞がんの原因の約7割を占めています。肝臓がん治療後も、肝炎や肝硬変といったがん発生の素地があるため、再発率の高いがんといえます。

肝臓がんは進行するまで無症状で経過します。進行すると倦怠感、黄疸、腹痛、吐血、下血等の症状が出ます。肝臓は「沈黙の臓器」と呼ばれ、がんも無症状で進行することが多いため、早期発見のためには肝炎ウイルス陽性者に対するスクリーニングが重要です。B型慢性肝炎、C型慢性肝炎、肝硬変が肝細胞がん発生の高危険群となります。

②治療

肝細胞がん: 上述のように、原発性肝臓がんには肝細胞がんと肝内胆管がんがありますが、ここでは原発性肝臓がんの90%以上を占める肝細胞がんの治療について説明します。肝細胞がんのほとんどは肝炎や肝硬変にかかっている患者さんに発症します。肝炎や肝硬変は肝障害を生じさせます。肝細胞がんの治療に関して

は、肝炎や肝硬変による肝障害の程度によって外科手術で切除可能な肝臓の大きさが決まるため、肝障害の程度なども評価し治療法を決めていきます。

治療は、肝細胞がんが3cm以下で3個以内なら外科的肝切除、またはラジオ波焼却療法を行います。ラジオ波焼却療法はエコーガイド下にがんの中に針を刺し、ラジオ波でがんを焼却する治療法です。

肝細胞がんが3cmを超える時は肝切除を行います。近年では腹腔鏡手術による肝切除も増加しています。

肝細胞がんが4個以上と多発しているときは肝切除後の予後も良くないため、肝動注化学塞栓療法や分子標的薬による治療が行われます。肝動注化学塞栓療法は、がんを栄養する肝動脈に、抗がん剤とリピオドール（抗がん剤の効果を高めたり、後述の肝動脈を塞栓する物質の効果を高める性質がある薬）の混合液を注入後、ゼラチンスポンジなどの塞栓物質を注入して肝動脈を閉塞させる治療法です。抗がん剤のがん細胞に対する作用と、肝動脈を閉塞させて肝臓がんへの栄養供給を低下させることにより、肝臓がんの縮小や増大阻止をはかる治療法です。

肝細胞がんの治療に使用される分子標的薬としては、ソラフェニブが代表的な薬です。ソラフェニブには、手のひらや足の裏に腫れ、発赤、痛み、水疱などを生じる手足症候群という代表的な副作用の他に、発疹、下痢、脱毛、食欲不振、掻痒、高血圧などの副作用があります。肝硬変などのため赤血球、白血球、血小板が減少（汎血球減少）していることが多いため、抗がん剤使用時には血液毒性にも注意が必要です。

転移性肝臓がん:肝臓は血流が豊富な臓器のため他臓器のがんが血行性転移を起こしやすい臓器です。肝臓に転移しているがんの治療は手術適応になることは稀で、多くの場合、原発巣に対する抗がん剤治療や緩和治療（55ページ（注）参照）が、同時に転移性肝臓がんの治療にもなります。しかし、大腸がんの肝臓への転移では転移巣をすべて切除できるのであれば手術も考慮され、中には完治する方もいらっしゃいます。

※肝がんステージ分類等は【参考資料】を参照

③両立支援の留意点

再発がなく肝臓の機能が保たれていれば、治療を優先させた復職スケジュールを作成します。肝細胞がんは再発しやすく、治療後5年以内に7-8割が再発します。肝機能が悪く倦怠感が続いている場合は就労の継続が難しくなります。実際、治療と仕事の両立支援の対象となる方もほかのがんに比べると少なくなっています。最初は半日勤務などで慣らしていき体力に合わせた就労にします。通勤による疲労も大きいので、通勤時間を変え、勤務時間自体を変えることも検討します。

【参考資料】

1) 胃がん

図1 がんの進展様式

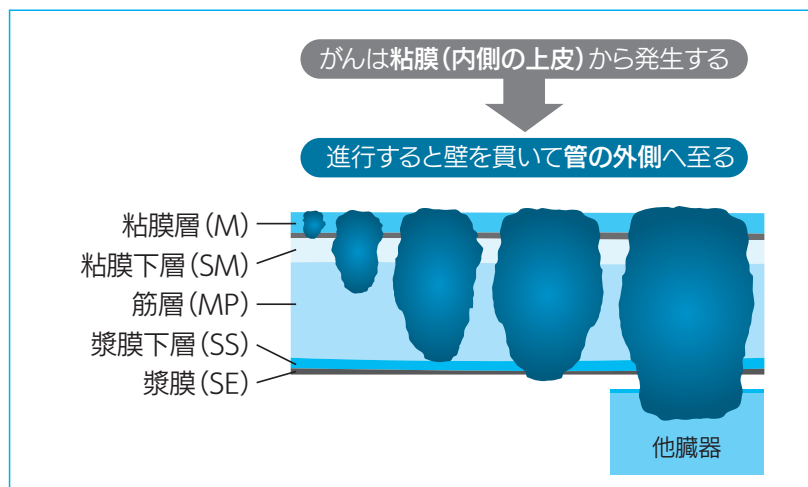


表 進行度分類(Stage)

臨床分類(cTNM、cStage:画像診断、審査腹腔鏡または開腹所見による総合診断)

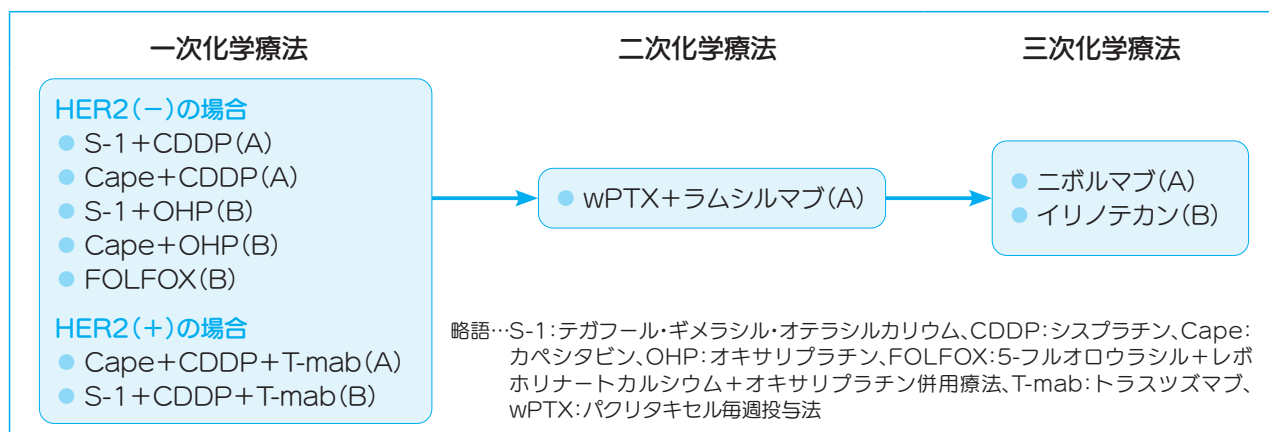
	MO		M1
	NO	N(+)	Any N
T1 (M,SM)/T2 (MP)	I	IIA	IVB
T3(SS)/T4a(SE)	IIB	III	
T4b(SI)	IVA		

病理分類(pTNM、pStage:胃切除後の病理所見による診断)

	MO					M1
	NO	N1	N2	N3a	N3b	Any N
T1a(M)、T1b(SM)	IA	IB	IIA	IIB	IIIB	IV
T2(MP)	IB	IIA	IIB	IIIA	IIIB	
T3(SS)	IIA	IIB	IIIA	IIB	IIIC	
T4a(SE)	IIB	IIIA	IIIA	IIB	IIIC	
T4b(SI)	IIIA	IIIB	IIIB	IIIC	IIIC	

資料:「胃がん治療ガイドライン 医師用」(2018年第5版、金原出版)より

図2 化学療法レジメン



注:このアルゴリズムは、それぞれのエビデンスとなった臨床試験の適格規準を満たすような良好な全身状態の患者を想定して、「推奨される」レジメンに限定して記載した。レジメンの後の()内はエビデンスレベルを示す。

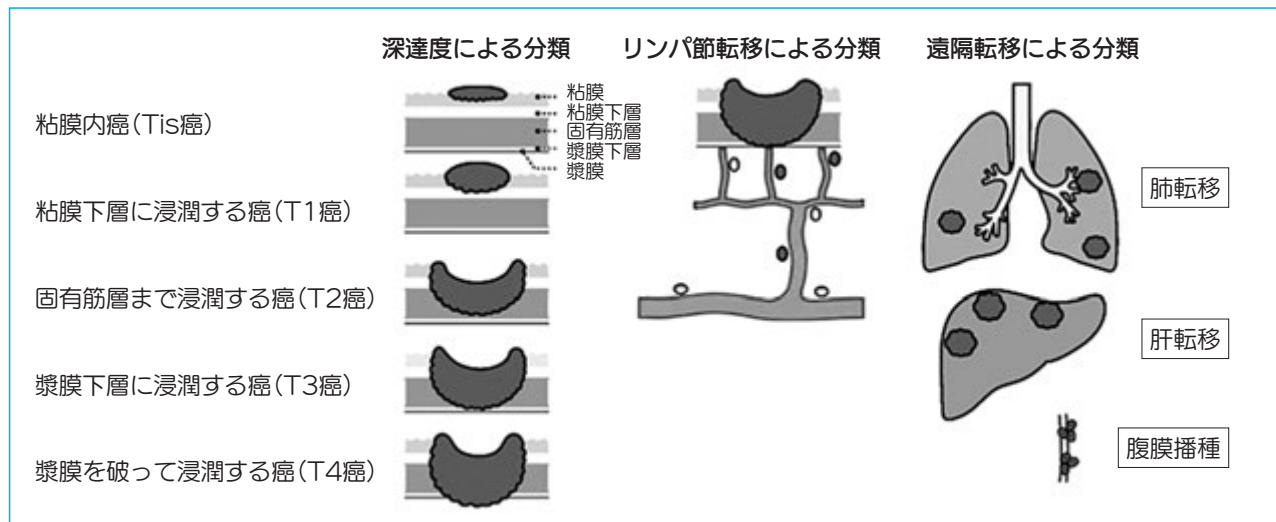
資料:「胃がん治療ガイドライン 医師用」(2018年第5版、金原出版)より

2)大腸がん

表1 大腸がんの期(ステージ)分類

O	がんが粘膜内にとどまっている(Tis癌)
I	がんが大腸の壁(固有筋層)にとどまっている
Ⅱ	がんが大腸の壁(固有筋層)の外まで浸潤している
Ⅲ	リンパ節転移
Ⅳ	遠隔転移(血行性転移、腹膜播種)

図 大腸がんのステージ分類



資料:大腸癌研究会「患者さんのための大腸癌治療ガイドライン」(2014年版、金原出版)より

表2 術後補助化学療法

カペシタビン(内服)
UFT(内服)+ロイコボリン錠
5-FU+ロイコボリン(注射、持続静脈内投与)
5-FU+ロイコボリン+オキサリプラチン(持続静脈内投与)
カペシタビン(内服)+オキサリプラチン(持続静脈内投与)

3)肺がん

TNM臨床病期分類

8版、2017年		NO	N1	N2	N3	M1a	M1b 単発 遠隔転移	M1c 多発 遠隔転移
T1	T1a(≤1cm)	IA1	ⅡB	ⅢA	ⅢB	ⅣA	ⅣA	ⅣB
	T1b(1-2cm)	IA2	ⅡB	ⅢA	ⅢB	ⅣA	ⅣA	ⅣB
	T1c(2-3cm)	IA3	ⅡB	ⅢA	ⅢB	ⅣA	ⅣA	ⅣB
T2	T2a(3-4cm)	ⅠB	ⅡB	ⅢA	ⅢB	ⅣA	ⅣA	ⅣB
	T2b(4-5cm)	ⅡA	ⅡB	ⅢA	ⅢB	ⅣA	ⅣA	ⅣB
T3	T3(5-7cm)	ⅡB	ⅢA	ⅢB	ⅢC	ⅣA	ⅣA	ⅣB
T4	T4(>7cm)	ⅢA	ⅢA	ⅢB	ⅢC	ⅣA	ⅣA	ⅣB

資料:日本肺癌学会ホームページ <https://www.haigan.gr.jp/guideline/2019/1/0/190100000000.html>
及び「臨床・病理 肺癌取扱い規約」(第8版、金原出版)より

TNM分類(8版、2017年)

T—原発腫瘍

TX: 原発腫瘍の存在が判定できない、あるいは喀痰または気管支洗浄液細胞診でのみ陽性で画像診断や気管支鏡では観察できない

T0: 原発腫瘍を認めない

Tis: 上皮内癌(carcinoma in situ): 肺野型の場合は、充実成分径0cmかつ病変全体径 $\leq$ 3cm

T1: 腫瘍の充実成分径 $\leq$ 3cm、肺または臓側胸膜に覆われている、葉気管支より中枢への浸潤が気管支鏡上認められない(すなわち主気管支に及んでいない)

T1mi: 微少浸潤性腺癌: 部分充実型を示し、充実成分径 $\leq$ 0.5cmかつ病変全体径 $\leq$ 3cm

T1a: 充実成分径 $\leq$ 1cmでかつTis・T1miには相当しない

T1b: 充実成分径 $>$ 1cmでかつ $\leq$ 2cm

T1c: 充実成分径 $>$ 2cmでかつ $\leq$ 3cm

T2: 充実成分径 $>$ 3cmでかつ $\leq$ 5cm、または充実成分径 $\leq$ 3cmでも以下のいずれかであるもの

・主気管支に及ぶが気管分岐部には及ばない

・臓側胸膜に浸潤

・肺門まで連続する部分的または一側全体の無気肺か閉塞性肺炎がある

T2a: 充実成分径 $>$ 3cmでかつ $\leq$ 4cm

T2b: 充実成分径 $>$ 4cmでかつ $\leq$ 5cm

T3: 充実成分径 $>$ 5cmでかつ $\leq$ 7cm、または充実成分径 $\leq$ 5cmでも以下のいずれかであるもの

・壁側胸膜、胸壁(superior sulcus tumorを含む)、横隔神経、心膜のいずれかに直接浸潤

・同一葉内の不連続な副腫瘍結節

T4: 充実成分径 $>$ 7cm、または大きさを問わず横隔膜、縦隔、心臓、大血管、気管、反回神経、食道、椎体、気管分岐部への浸潤、あるいは同側の異なった肺葉内の副腫瘍結節

N—所属リンパ節

NX: 所属リンパ節評価不能

N0: 所属リンパ節転移なし

N1: 同側の気管支周囲かつ/または同側肺門、肺内リンパ節への転移で原発腫瘍の直接浸潤を含める

N2: 同側縦隔かつ/または気管分岐下リンパ節への転移

N3: 対側縦隔、対側肺門、同側あるいは対側の前斜角筋、鎖骨上窩リンパ節への転移

M—遠隔転移

M0: 遠隔転移なし

M1: 遠隔転移がある

M1a: 対側肺内の副腫瘍結節、胸膜または心膜の結節、悪性胸水(同側・対側)、悪性心嚢水

M1b: 肺以外の臓器への単発遠隔転移がある

M1c: 肺以外の臓器または多臓器への多発遠隔転移がある

資料: 日本肺癌学会ホームページ <https://www.haigan.gr.jp/guideline/2019/1/0/190100000000.html>
及び「臨床・病理 肺癌取り扱い規約」(第8版、金原出版)より

4) 乳がん

乳がんの病期(ステージ)分類

病 期	しこりの大きさや転移の状況
0 期	非浸潤がん
I 期	しこりの大きさが2cm以下でリンパ節転移なし
II A 期	しこりの大きさが2cmを超えるが5cm以下でリンパ節転移なし しこりの大きさが2cm以下で同側腋窩リンパ節レベルI、II転移あり
II B 期	しこりの大きさが5cmを超えて、リンパ節転移なし しこりの大きさが2cmを超えるが5cm以下で、同側腋窩リンパ節レベルI、II転移あり
III A 期	しこりの大きさが5cmを超えて、同側腋窩リンパ節レベルI、II転移あり、または内胸リンパ節に転移あり しこりの大きさが5cm以下で、同側腋窩リンパ節レベルI、IIが周囲組織に固定されている、または内胸リンパ節に転移あり
III B 期	しこりの大きさは問わず、しこりが胸壁に固定されていたり、皮膚に浮腫や潰瘍、衛星皮膚結節を形成しているもの(炎症性乳がんを含む)で、リンパ節転移なし、または同側腋窩リンパ節レベルI、II転移あり、または内胸リンパ節に転移あり
III C 期	しこりの大きさは問わず、同側腋窩リンパ節レベルIIIあるいは鎖骨上のリンパ節転移あり、または、内胸リンパ節と同側腋窩リンパ節レベルI、II両方に転移あり
IV 期	しこりの大きさやリンパ節転移の状況にかかわらず、他の臓器への転移あり

資料: 日本乳癌学会「患者さんのための乳がん診療ガイドライン」(2019年版 第6版、金原出版)より

2

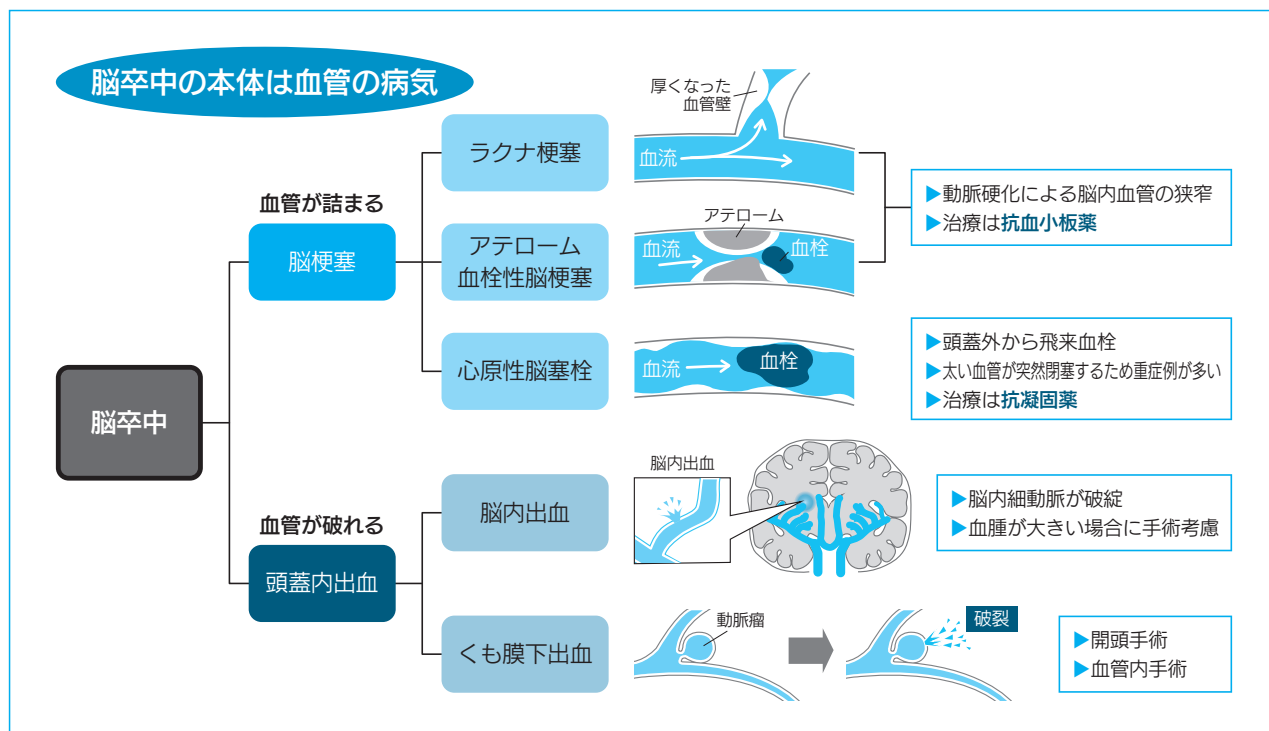
脳卒中分野

1 疾患の概要

①病 理

脳卒中とは「脳に突然(卒)あたる(中)」という意味で、脳血管疾患ともいわれます。その病型は、大きく分けて脳血管が詰まる「脳梗塞」、脳内に分布する細い血管が破綻して出血する「脳出血」、脳の表面を走る比較的大い血管のコブ(脳動脈瘤)が裂けて起こる「くも膜下出血」の3つに分かれます。脳梗塞はさらに、脳の深部の細い血管が詰まるラクナ梗塞、比較的大い脳血管が動脈硬化で狭小化して、そこに血栓ができて詰まってしまうアテローム血栓性脳梗塞、心臓や大血管にできた血塊が剥がれ飛んで脳血管に詰まってしまう脳塞栓の3つに分けられます。これだけ細かく分類されているのは後述する治療方法や薬が異なるからです。

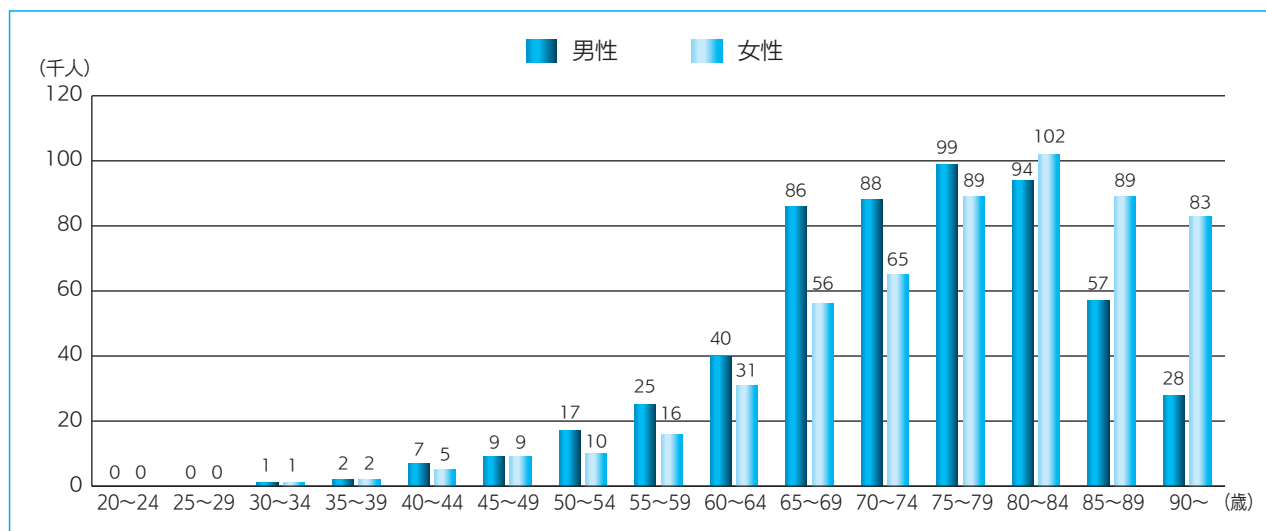
図1



②疫 学

脳卒中(脳血管疾患)は昔に比べて死因の順位は下がっていますが、患者数はまだまだ多く日本人にとって重要な問題であることに変わりはありません。厚生労働省「平成29年患者調査」によると111.5万人(男性55.6万人、女性55.8万人)と推計され、このうちの約15.7%(男性10.1万人、女性7.4万人)が就労世代(15~64歳)に相当します。基本的に動脈硬化が進行する50歳代以降に急増する疾患であり、今後就労年齢の引上げに伴い、両立支援の対象者が増加することが予想されます。

図2 性別・年齢階級別 脳血管疾患患者数(推計)

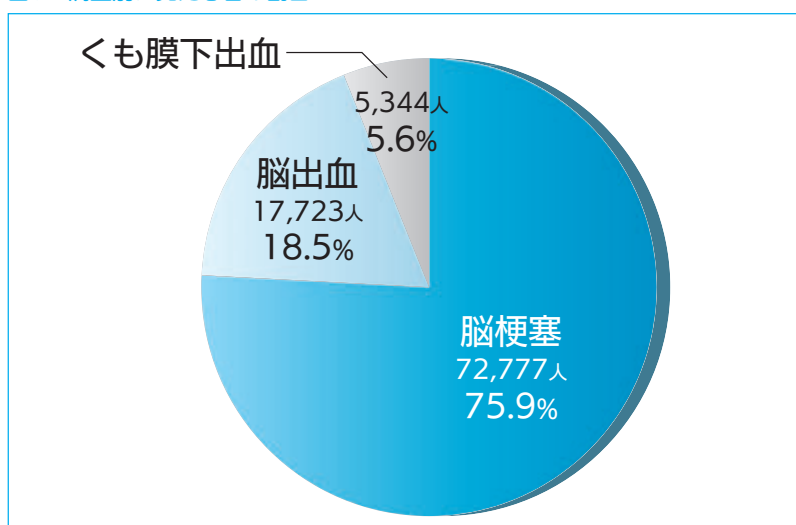


出典:厚生労働省HP 平成29年度患者調査(傷病分類編)

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/10syoubyo/>

脳卒中データバンクによると、病型別に見た患者割合は脳梗塞が最も多く76%を占め、次いで脳出血18%、くも膜下出血6%という頻度です。

図3 病型別に見た患者の割合



出典:荒木信夫, 小林祥泰:病型別・年代別頻度. 脳卒中データバンク2015 (小林祥泰 編), pp18-19, 中山書店, 2015より転載

③症 状

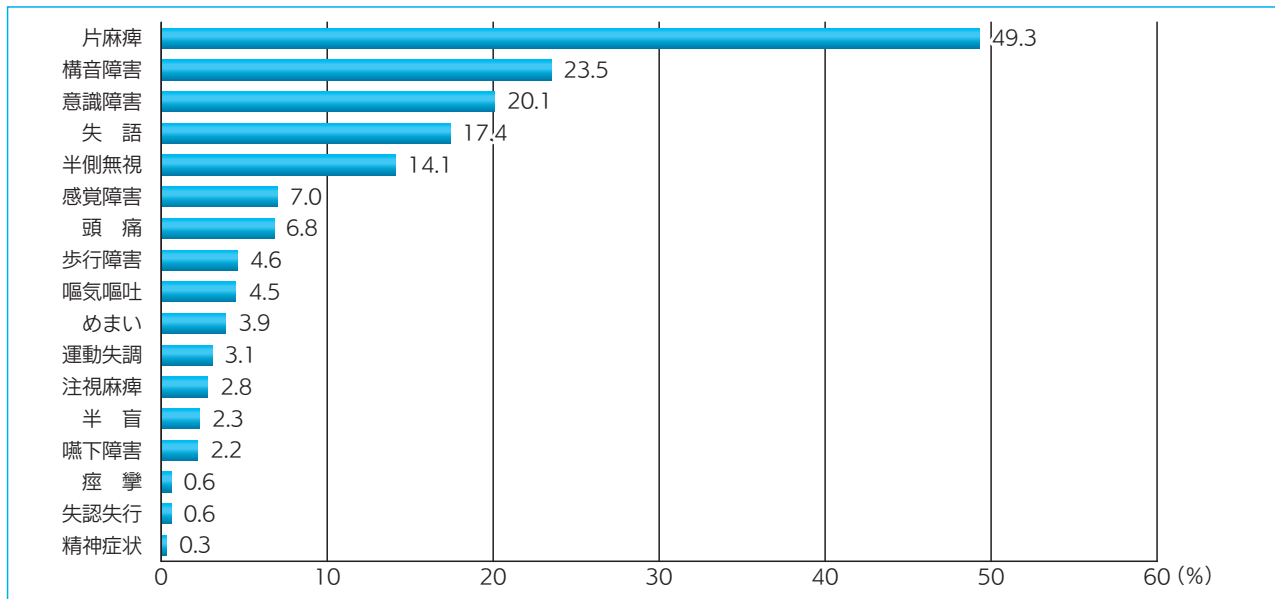
脳卒中の症状として典型的なものは、突然に起こる以下の3症状です。
①片方の手足・顔半分の麻痺や痺れが起こる、②呂律が回らない、言葉が出ない、他人の言ったことが理解できない、③片方の目が見えない、ものが二重に見える、視野の半分が欠ける。



「FAST」 Face 顔面麻痺、Arm 手足の麻痺、Speech 言語障害が出現したら Time 時を待たずに受診することが啓発されている

これに加えて脳卒中を考えるべき症状として、④力はあるのに歩けない、ふらふらする、⑤今までにない激しい頭痛、⑥意識障害などがあります。再発の場合も同様なので、このような症状を見たらすぐに病院を受診すべきで、救急車の利用もためらうべきではありません。

図4 脳卒中中の神経症状発症頻度

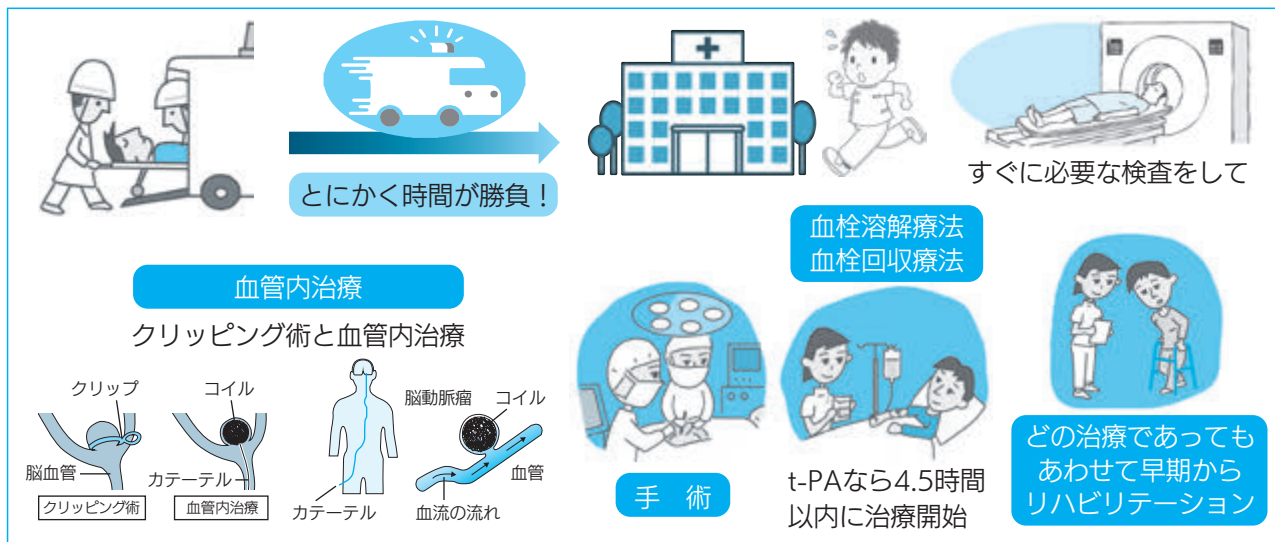


出典:高松和弘, 福嶋朋子:脳卒中の病型別にみた初発症状の頻度. 脳卒中データベース2015(小林祥泰 編), pp 26-27, 中山書店, 2015より転載

2 代表的な治療と経過

脳卒中は専門の救急病院に搬送されて治療を受けることがほとんどです。特に脳梗塞では発症から4.5時間以内であればt-PA静注療法という点滴で血栓溶解薬を投与する治療や6時間以内であれば血管内にカテーテルを入れて血栓を回収してくる血管内治療の適応がある場合もあり、まさに時間との戦いです。脳出血で脳内に出血した血液の塊が大きい場合、周囲の脳組織が圧迫されて壊死することを防ぐために手術で血腫を取り除く場合があります。くも膜下出血では原因となった破裂脳動脈瘤を手術で直接的にクリップする方法や血管内からカテーテルで動脈瘤内に特殊な金属コイルを詰める方法などで治療される場合が多くあります。いずれの病型でも治療でもなるべく早い時期からリハビリテーションを併せて行うことが推奨されており、状態が落ちつくに従って活動量も増やしていきます。

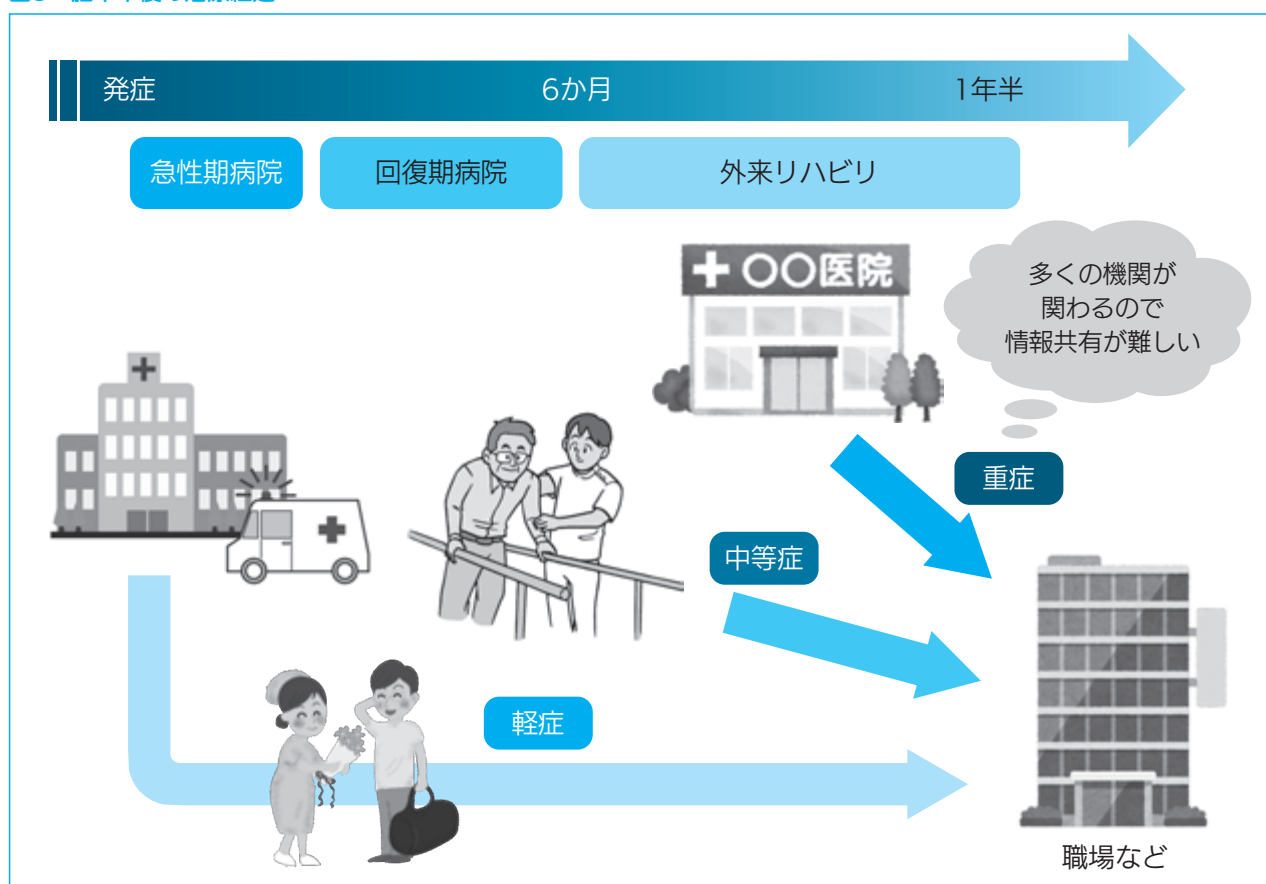
脳卒中の治療



入院治療期間は重症度によって異なりますが、ここで脳卒中特有の診療体制があるので理解しておく必要があります。軽症の場合は急性期治療を終えて直接自宅退院する場合がありますが、多くは専門的なリハビリテーション治療のため回復期リハビリテーション病院へ転院します。そしてこの転院には期間が定められており、2020年度の診療報酬改定で発症から入院までの期間条件は無くなりましたが、回復期リハビリテーション病院からは6か月までに退院しなければなりません。入院治療期間が6か月までとされている根拠として、脳卒中後の運動麻痺などの回復が6か月を過ぎるとほぼ一定となるというデータがあります。しかし、言語機能などの高次脳機能については1～2年は訓練効果が認められるという報告もあり、継続的なリハビリテーションが必要な患者にとっては制度上の支障となっています。

いずれにせよ回復期退院後も医療リハビリテーションを受け続けるためには制限があり、重症者にとっては十分なリハビリテーションを受けることが難しいため、介護保険を利用するなどの工夫が必要となります。さらに、急性期・回復期・生活期という各時期を担う医療機関が同一地域にないところも多く、リハビリテーション資源が不十分な地域も多いのが実情です。また、転院することで主治医や医療スタッフも複数の医療機関が関与することとなり、情報共有の困難さも生じます。

図5 脳卒中後の治療経過



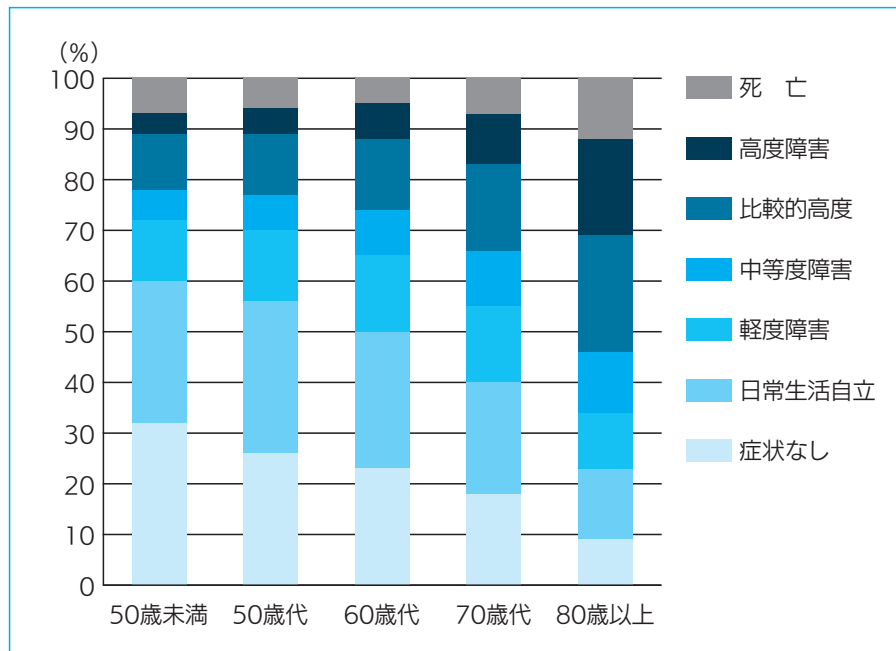
脳卒中後の薬物治療は再発予防のためにその基礎疾患である、高血圧・不整脈・糖尿病・脂質異常症等のコントロールが基本となります。脳出血やくも膜下出血ではこれら以外に特異的な再発予防薬はありませんが、脳梗塞ではこういった基礎治療薬以外に病型によって異なる予防薬があります。ラクナ梗塞やアテローム血栓性梗塞などの血管壁に血小板が凝集することによってできる血栓が脳梗塞の原因となるタイプでは抗血小板凝集薬が必要となり、心房細動による心臓内血栓等が原因となるタイプでは血液を固まりにくくする抗凝固薬が必要となります。これらの薬はずっと飲み続けることが一般的です。状態が安定すれば長期投与も可能で

すので、通院も1～3か月に一度といった頻度で済むことも多くなります。また、いずれの病型であっても病巣の場所や大きさによってはてんかん発作の原因となることがあり、抗けいれん薬が必要な場合も少なからずあります。

【参考文献】 吉村紳一：脳卒中をやっつけろ！：三輪書店，2018

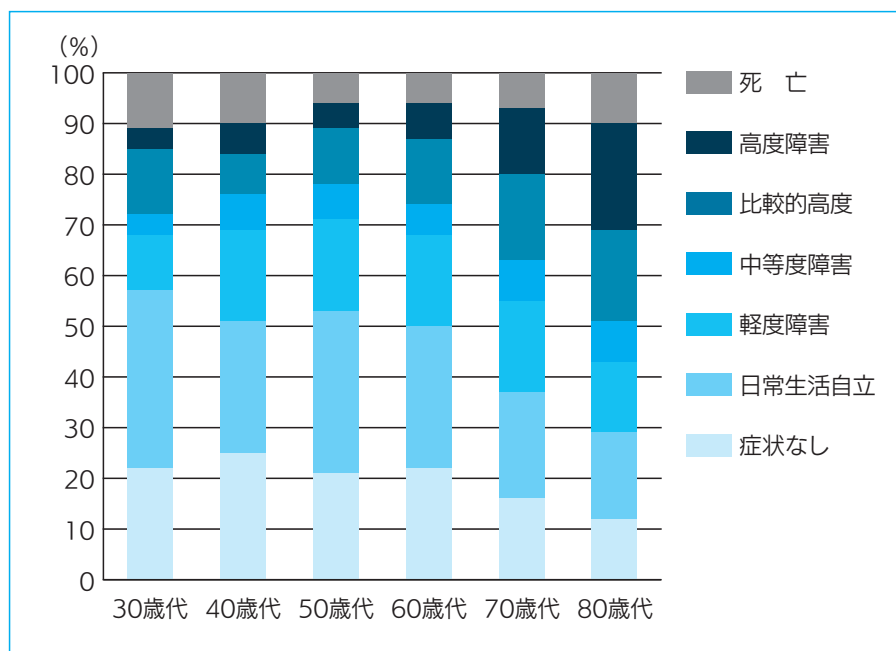
中山博文：脳卒中になったその日から開く本。保健同人社，2009

図6 脳卒中の退院時mRS



予後については、脳卒中というと一般には麻痺や言語障害などの重度障害が残るというイメージが強いですが、就労年齢における予後は比較的良好であり、脳卒中データバンクのデータから再構成した脳卒中全体の予後をみますと、退院時に既に50%以上が日常生活自立レベル、70%近くが日常生活上でほぼ介助を要しない状態まで回復しています。

図7 発症前自立群の3か月後mRS



私たちのくも膜下出血を除く急性発症した脳卒中前向き研究の結果では、発症から3か月目の時点では約70%が自宅生活しており、約50%が就労可能な状態にまで回復していました。

出典：加藤裕司，棚橋紀夫：加齢医学の面からみた脳卒中。脳卒中データバンク2015(小林祥泰 編)，pp32-33，中山書店，2015／豊田章宏：労災病院の取組み：特集 中途障害者への就労支援。地域リハ13：580-585，2018のデータより作成

3 両立支援に必要な留意点

①障害に対する理解

脳卒中の最大の特徴は、脳出血や脳梗塞などの「病気」としては落ち着き体調が良くなっても、運動麻痺や感覚障害、認知機能の低下といった「障害」が残る場合があるということです。脳の損傷部位に応じて様々な機能障害が生じますが、前述したように最初の6か月までは目に見えて回復してきます。結果的に後遺したものが「障害」です。その障害の種類や程度によって日常生活や仕事上の動作や活動量に制限が生じ、これがハンディキャップとなります。しかし、そこに作業内容や手順の工夫、周囲の人々のサポートや環境改善によって社会参加が可能となる場合も多く、能力に応じた柔軟な働き方を考えることが重要となります（合理的配慮）。このように、脳卒中の両立支援はまさに多様な働き方、ダイバシティ・マネジメントの考え方であり、障害者雇用にも応用されるものです。

脳卒中後の障害については、「目に見える障害」と「目に見えない障害」があることにも注意が必要です。大きく分けて以下の3つのパターンが考えられます。①手足の運動麻痺のように本人も周囲も一見してわかる障害、②感覚障害のように本人は自覚しているが周囲にはわかりにくい障害、③認知障害のように周囲が何となく気付いているが理解し難く、かつ本人の自覚が乏しい障害（高次脳機能障害）です。周囲が一見して気付きにくい②③のような障害は見落とさないように注意が必要です。特に高次脳機能障害の症状は様々で周囲も理解しにくい場合があるので、本人や医療機関からの情報を収集し、個人情報に十分留意しながら職場で共有することが望めます。

また、障害の程度によっては、肢体不自由の場合は身体障害者手帳、高次脳機能障害の場合は精神障害者保健福祉手帳の対象となる場合があり、検討しておくべきでしょう。

②医療機関での情報共有

病状と障害とを把握するためには、主治医や病棟看護師およびリハビリテーションスタッフなどの多職種と連携して情報収集を行い、本人からの情報と合わせて整理しておく必要があります。ここで問題となるのは、前述したように脳卒中診療体制では急性期・回復期・生活期と複数の医療機関が関与するということです。両立支援コーディネーターはどの時点から関わったとしても、その流れを把握しておくことが望ましいでしょう。治療内容やリハビリテーション内容、予後の見通し、補装具のこと等、支援する上でも復職診断書等でも必要です。急性期から支援を開始した場合には、治療計画はもちろん職業情報や患者の希望や不安などを回復期のソーシャルワーカーに申し送り、入院中の情報共有を依頼しておくことも必要です。特に医療費関連などの社会資源の活用は急性期から始まっているからです。

平成30年12月にいわゆる脳卒中・循環器病対策基本法が成立したことを受けて、令和2年10月には循環器病対策推進基本計画が発表されました。その中の個別施策の一つに「治療と仕事の両立支援・就労支援」が取り上げられています。

【参考文献】 豊田章宏、齊藤陽子：特集：復職支援の最前線、脳卒中後の治療と職業生活の両立支援：急性期から就労へと繋ぐ「復職コーディネーター」の意義と役割、職業リハビリテーション 30(2), 12-20, 2017

大塚文、豊田章宏：就労と社会参加 若年性脳卒中患者のリハビリテーション、総合リハビリテーション 43, 1123-1128, 2015

循環器病対策推進基本計画：000688359.pdf (mhlw.go.jp)

③安全な通勤のための配慮

他疾患と同様に安全な通勤への配慮は基本であり重要です。特に杖や車椅子を使用している場合、ラッシュ

時の通勤は非常に困難を伴います。出退勤時間をずらすことや、公共交通機関を利用した通勤が実際に可能かどうかのチェック、エレベーター使用も考慮した通勤経路の見直しなどの支援も必要です。特に都市部以外では自動車運転が必要な場合も多く、その際の運転再開手順も必要な支援の一つとなります。この場合、診断書や適性検査が必要ですが、安心のために自動車学校と連携して実車訓練を行うこともあります。特にてんかん発作があった場合には、発作がない期間が2年間必要となるので注意を要します。

【参考文献】 加藤徳明, 二宮正樹, 佐伯 寛:脳卒中後遺症と車の運転. マスター脳卒中学(田川皓一, 橋本洋一郎, 稲富雄一郎 編):pp553-558, 西村書店, 2019

住吉千尋, 佐藤さとみ, 他:脳卒中患者の運転再開の手続きについて ― 公共交通機関発達状況による比較 ―. 日職災医誌66:99-104, 2018

④職場での配慮

職場における環境整備、作業内容の見直し、業務量の調整などは耐久性や適応能力を確認しながら行っていくという点で各疾患共通と思われますが、脳卒中で特異的な点をいくつか挙げておきます。ふらつきがある場合は高所作業や移動しながらの作業などでは転落・転倒などの危険性が伴います。感覚障害があると障害側のけがや熱傷はもちろん、長時間の温風を浴びるなどの状況下で低温火傷も起こし得ます。高次脳機能障害では見落としや手順を忘れるなどのトラブルが起こり得ます。適切な配慮を行うためには、患者の機能評価と職場状況の把握が鍵となりますので、職業情報収集票(様式1、P.69)と復職判断を行う時期での機能評価票(様式2、P.71)の精度を高めておくことが重要です。両立支援コーディネーターは患者本人とのやり取りだけではなく、是非ともリハビリテーション専門職との連携を深めていただきたいと思います。

また、これらのサポートを職場の誰かに任せるとその人の業務が過度となる場合が多いため、支援する側にも配慮が必要であることを職場に理解してもらうことが重要です。もちろん個人情報に関わることで、本人ともよく話し合った上で可能な範囲で職場内の情報共有ができることが望ましいでしょう。

【参考文献】 豊田章宏, 深川明世, 廣瀬陽子ほか:平成22年度厚生労働省委託事業「治療と職業生活の両立等の支援手法の開発一式(脳・心疾患)」の中間報告. 日職災医誌59:169-178, 2011. (様式1および様式2は論文の中の廣瀬陽子作成票を改編)

⑤配慮するうえでの注意

復職した際に想像していたように動けない場合もあり、不安や落ち込みに気付けるようにする必要があります。また、何とか対応しようとして頑張り過ぎ、麻痺した手足等の使い過ぎによる機能障害や痛みなど(過用症候群)を来すこともあります。逆に周囲が気をを使うあまりに、障害に対する配慮が過剰となることも経験されます。この場合、自身の能力を使わないことで退化することも知られています(廃用症候群)。

こういったことを防ぐために、主治医やリハビリテーションスタッフから適度な負荷について確認しておくことが望まれます。生活や仕事をする事自体もリハビリテーションになっており、本人の能力を見ながら出来ることは伸ばしていき、ステップアップに繋がればモチベーションも高くなります。その結果、周囲の理解が得られ、負担も軽減するという理想的な支援体制となるでしょう。そのためには職場の同僚や上司との意見交換ができる環境作りが重要となることを職場に伝えておくべきです。また、まれに上司が交代した際に全く配慮が無くなったという事例も散見されます。できるだけ明文化して職場内で共有される対応とする必要があります。

【参考文献】 豊田章宏, 深川明世, 廣瀬陽子ほか:平成22年度厚生労働省委託事業「治療と職業生活の両立等の支援手法の開発一式(脳・心疾患)」の中間報告. 日職災医誌 59:169-178, 2011

様式1 職業情報収集票(その①)

記載日： 年 月 日 記載者： 情報収集源： (□本人・□家族)

ID	
氏名	
生年月日	
病名	
学歴について	
最終学歴	☐ 大学院 ☐ 大学 ☐ 短大 ☐ 専門学校 ☐ 高等学校 ☐ 中学校 ☐ その他 ()
現在の職場について (退職している場合は直前の職場について)	
事業所名	
事業所住所	〒
	TEL : () FAX : ()
従業員数	() 名程度
産業医	☐ いる ☐ いない ☐ 不明
保健師 (看護師)	☐ いる ☐ いない ☐ 不明
復職に向けた相談窓口	連絡先： 担当者：
職員食堂	☐ 有 ☐ 無
勤務形態	☐ 正社員 ☐ 契約社員 (有期労働契約) ☐ 嘱託社員 ☐ 出向社員 ☐ 派遣労働者 ☐ 臨時的雇用者 ☐ パートタイム労働者 ☐ その他 () ・期間の定め有り⇒ ・契約更新の予定 ☐ 有 ☐ 無 ☐ 不明
勤務日数	() 日/週
勤務時間	() 時間/日 (~) () 時間/週 ・残業 ☐ 無し ・シフト ☐ 無し ☐ 有り () 時間/週 ☐ 有り (☐ 2交代 ☐ 3交代 ☐ その他)
役職 (役割)	()
勤務年数	年
勤めた年齢	歳 ~ 歳
仕事内容について	
仕事の内容	<産業分類> ☐ 農業、林業 ☐ 漁業 ☐ 鉱業、採石、砂利採取業 ☐ 建設業 ☐ 製造業 ☐ 電気・ガス・熱供給・水道業 ☐ 情報通信業 ☐ 運輸業、郵便業 ☐ 卸売・小売業 ☐ 金融・保険業 ☐ 不動産、物品賃貸業 ☐ 学術研究、専門技術サービス業 ☐ 宿泊、飲食サービス業 ☐ 生活関連サービス、娯楽業 ☐ 教育、学習支援業 ☐ 医療、福祉 ☐ 複合サービス事業 ☐ サービス業 (他に分類されないもの) ☐ 公務 (他に分類されるものを除く) ☐ その他 (主婦等) ※ 日本標準産業分類 (平成25年10月改定)
	<職業分類> ☐ 管理的職業従事者 ☐ 専門的・技術的職業従事者 ☐ 事務従事者 ☐ 販売従事者 ☐ サービス職業従事者 ☐ 保安職業従事者

様式1 職業情報収集票(その②)

	☐ 農林漁業従事者 ☐ 建設・採掘従事者 ☐ その他 ※ 日本標準職業分類（平成21年12月改定）	☐ 生産工程従事者 ☐ 運搬・清掃・包装等従事者	☐ 輸送・機械運転従事者 ☐ 分類不能の職業（主婦等）
職務に必要な 具体的能力・動作 （複数回答可）	☐ 資格を必要とする業務 ☐ 座位での活動 ☐ しゃがんで行う作業 ☐ 走る ☐ 物の運搬（方法： ） ☐ 重量のあるものを引く ☐ 車両・重機等の運転 ☐ パソコン作業（表・グラフ作成） ☐ 電卓計算 ☐ 書字 ☐ その他	☐ デスクワーク ☐ 立位での活動 ☐ 外を歩く（平地） ☐ 階段昇り降り ☐ 物を持ち上げる（ ）kg ☐ 精密作業（細かい手作業） ☐ パソコン作業（文字・文書入力） ☐ パソコン作業（特定のソフト） ☐ 電話対応	☐ 中腰での作業 ☐ 外を歩く（足場の悪い所） ☐ ハシゴ昇り降り ☐ 重量のあるものを押す ☐ 機械操作（内容： ） ☐ パソコン作業（数値入力） ☐ パソコン作業（その他） ☐ 接客
主な仕事環境	☐ 屋外 ☐ 高所 ・階段 ☐ 有 ☐ 無 ・段差 ☐ 少ない ☐ 多い ・温度管理 ☐ 一定（ °C） ☐ 変動 ※温度調整（ ☐ 可 ☐ 不可） ・休憩（ ） ☐ 各自でとれる ☐ 時間が決まっている ・タバコ ☐ 禁煙 ☐ 分煙	☐ 屋内 ☐ その他 ・エレベーター ☐ 有 ☐ 無 ・トイレ内手すり ☐ 有 ☐ 無	☐ 屋外・屋内両方
職務に伴う危険性	☐ 機械的（プレスなど） ☐ 転落 ☐ 情報漏洩 ☐ 特になし	☐ 火傷 ☐ 有害性（化学薬品など） ☐ その他	☐ 感電 ☐ 対人トラブル
通勤手段	☐ 自家用車 ☐ 徒歩（ ）分	☐ バイク ☐ 公共機関（ ☐ 電車 ☐ バス ）	☐ 自転車
通勤時間	約（ ）分		
復職に対する不安や相談事項などありましたら、ご自由にお書き下さい。			

様式2 機能評価票(その①)

評価日: 年 月 日

評価対象者: _____

評価者: _____

【健康管理能力】	
服薬管理	☐ 一人で可 ☐ 決められた環境であったり、誰かの援助があれば可 ☐ 不可 ☐ 評価困難 環境設定方法や援助内容: 備考:
栄養管理	☐ 一人で可 ☐ 決められた環境であったり、誰かの援助があれば可 ☐ 不可 ☐ 評価困難 環境設定方法や援助内容: 備考:
精神衛生管理 (精神的ストレスへの耐久性、ストレス解消方法の実践 など)	☐ 一人で可 ☐ 決められた環境であったり、誰かの援助があれば可 ☐ 不可 ☐ 評価困難 環境設定方法や援助内容: 備考:
身体機能の維持管理 (定期的な運動やストレッチの実践など)	☐ 一人で可 ☐ 決められた環境であったり、誰かの援助があれば可 ☐ 不可 ☐ 評価困難 環境設定方法や援助内容: 備考:
【社会生活能力】	
身辺処理 (食事、更衣、排泄など)	☐ 一人で可 ☐ 決められた環境であったり、誰かの援助があれば可 ☐ 不可 ☐ 評価困難 環境設定方法や援助内容: 備考:
家事・家庭管理 (炊事、洗濯、金銭管理、買物など)	☐ 一人で可 ☐ 決められた環境であったり、誰かの援助があれば可 ☐ 不可 ☐ 評価困難 環境設定方法や援助内容: 備考:
応用移動 (公共交通機関など)	☐ 一人で可 ☐ 決められた環境であったり、誰かの援助があれば可 ☐ 不可 ☐ 評価困難 環境設定方法や援助内容: 備考:
公共機関の利用 (郵便局、銀行、病院など)	☐ 一人で可 ☐ 決められた環境であったり、誰かの援助があれば可 ☐ 不可 ☐ 評価困難 環境設定方法や援助内容: 備考:
コミュニケーション (家族・友人・病院スタッフなど)	☐ 問題なし ☐ 問題あり ☐ 評価困難 問題点の内容: 備考:
生活リズム	☐ 問題なし ☐ 問題あり ☐ 評価困難 問題点の内容: 備考:
【職務に必要な基本的能力】	
見る	☐ 問題なし ☐ 生活上問題ないが、職場で問題になる可能性あり ☐ 生活上問題あり ☐ 評価困難 職場で予測される問題と対策: 備考:
聴く	☐ 問題なし ☐ 生活上問題ないが、職場で問題になる可能性あり ☐ 生活上問題あり ☐ 評価困難 職場で予測される問題と対策: 備考:
話す	☐ 問題なし ☐ 生活上問題ないが、職場で問題になる可能性あり ☐ 生活上問題あり ☐ 評価困難 職場で予測される問題と対策: 備考:

様式2

読む		☐ 問題なし	☐ 生活上問題ないが、職場で問題になる可能性あり	
		☐ 生活上問題あり	☐ 評価困難	
		職場で予測される問題と対策：		
		備考：		
書く		☐ 問題なし	☐ 生活上問題ないが、職場で問題になる可能性あり	
		☐ 生活上問題あり	☐ 評価困難	
		職場で予測される問題と対策：		
		備考：		
計算		☐ 問題なし	☐ 生活上問題ないが、職場で問題になる可能性あり	
		☐ 生活上問題あり	☐ 評価困難	
		職場で予測される問題と対策：		
		備考：		
注意・集中力		☐ 問題なし	☐ 生活上問題ないが、職場で問題になる可能性あり	
		☐ 生活上問題あり	☐ 評価困難	
		職場で予測される問題と対策：		
		備考：		
記憶力		☐ 問題なし	☐ 生活上問題ないが、職場で問題になる可能性あり	
		☐ 生活上問題あり	☐ 評価困難	
		職場で予測される問題と対策：		
		備考：		
指示の理解力		☐ 問題なし	☐ 生活上問題ないが、職場で問題になる可能性あり	
		☐ 生活上問題あり	☐ 評価困難	
		職場で予測される問題と対策：		
		備考：		
行動計画能力		☐ 問題なし	☐ 生活上問題ないが、職場で問題になる可能性あり	
		☐ 生活上問題あり	☐ 評価困難	
		職場で予測される問題と対策：		
		備考：		
報告・連絡・相談能力		☐ 問題なし	☐ 生活上問題ないが、職場で問題になる可能性あり	
		☐ 生活上問題あり	☐ 評価困難	
		職場で予測される問題と対策：		
		備考：		
対人関係能力		☐ 問題なし	☐ 生活上問題ないが、職場で問題になる可能性あり	
		☐ 生活上問題あり	☐ 評価困難	
		職場で予測される問題と対策：		
		備考：		
耐久性	身体的疲労	☐ 問題なし	☐ 生活上問題ないが、職場で問題になる可能性あり	
		☐ 生活上問題あり	☐ 評価困難	
		職場で予測される問題と対策：		
		備考：		
	神経的・精神的疲労	☐ 問題なし	☐ 生活上問題ないが、職場で問題になる可能性あり	
		☐ 生活上問題あり	☐ 評価困難	
		職場で予測される問題と対策：		
		備考：		
	日中活動量		<入院中の方> ☐ 日中殆ど離床している ☐ 適宜休憩が必要 ☐ 殆ど臥床している	
			<退院後の方> ・外出頻度： ☐ ほぼ毎日 ☐ 3～4日/週 ☐ 1～2日/週 ☐ 殆ど外出しない	
			・外出時間：()時間/日	
			・外出目的：()	

様式2 機能評価票(その③)

疲労の自己コントロール	☐ 問題なし ☐ 生活上問題ないが、職場で問題になる可能性あり ☐ 生活上問題あり ☐ 評価困難	
	疲労のコントロール方法:	
	職場で予測される問題と対策:	
	備考:	
自分自身の作業能力の把握 (障害の理解を含む) (例)「一人で歩けるが、物を持ちながら歩くことはまだできない」「パソコン入力 のスピードは、病前に比べて8割程度だ」 などと自分で理解している。	☐ 問題なし ☐ 生活上問題ないが、職場で問題になる可能性あり ☐ 生活上問題あり ☐ 評価困難	
	職場で予測される問題と対策:	
	備考:	
	必要に応じた代償手段の活用	
(例)片麻痺患者における滑り止めマット の活用、記憶障害者におけるメモ帳の活 用 などが定着している。	☐ 問題なし ☐ 生活上問題ないが、職場で問題になる可能性あり ☐ 生活上問題あり ☐ 評価困難	
	職場で予測される問題と対策:	
	備考:	
	復職への意欲	
復職に対する家族の協力 * キーパーソン()	☐ 有り ☐ 無し ☐ 評価困難	
	備考:	
	問題点の内容:	
	備考:	
【職務遂行に必要な具体的能力・動作】 ※必要に応じて、入院前の仕事内容にチェック		
□座位での活動	☐ 問題なし・現状で可能と予測 ☐ 生活上問題ないが、職場で問題になる可能性あり ☐ 今後可能になる見込みあり ☐ 不可 ☐ 評価困難	
	職場で予測される問題と対策:	
	備考:	
	□立位での活動	☐ 問題なし・現状で可能と予測 ☐ 生活上問題ないが、職場で問題になる可能性あり ☐ 今後可能になる見込みあり ☐ 不可 ☐ 評価困難
職場で予測される問題と対策:		
備考:		
□しゃがんでの活動		☐ 問題なし・現状で可能と予測 ☐ 生活上問題ないが、職場で問題になる可能性あり ☐ 今後可能になる見込みあり ☐ 不可 ☐ 評価困難
	職場で予測される問題と対策:	
	備考:	
	□屋外歩行(平地)	☐ 問題なし・現状で可能と予測 ☐ 生活上問題ないが、職場で問題になる可能性あり ☐ 今後可能になる見込みあり ☐ 不可 ☐ 評価困難
職場で予測される問題と対策:		
備考:		
□屋外歩行(足場が悪い所)		☐ 問題なし・現状で可能と予測 ☐ 生活上問題ないが、職場で問題になる可能性あり ☐ 今後可能になる見込みあり ☐ 不可 ☐ 評価困難
	職場で予測される問題と対策:	
	備考:	
	□走る	☐ 問題なし・現状で可能と予測 ☐ 生活上問題ないが、職場で問題になる可能性あり ☐ 今後可能になる見込みあり ☐ 不可 ☐ 評価困難
職場で予測される問題と対策:		
備考:		
□階段昇降		☐ 問題なし・現状で可能と予測 ☐ 生活上問題ないが、職場で問題になる可能性あり ☐ 今後可能になる見込みあり ☐ 不可 ☐ 評価困難
	職場で予測される問題と対策:	
	備考:	

様式2 機能評価票(その④)

□ハシゴ昇降	□問題なし・現状で可能と予測	□生活上問題ないが、職場で問題になる可能性あり
	□今後可能になる見込みあり	□不可 □評価困難
	職場で予測される問題と対策:	
	備考:	
□重量のあるものを扱う 扱うもの() 重さ() 方法()	□問題なし・現状で可能と予測	□生活上問題ないが、職場で問題になる可能性あり
	□今後可能になる見込みあり	□不可 □評価困難
	職場で予測される問題と対策:	
	備考:	
□精密作業(細かい手作業) 内容()	□問題なし・現状で可能と予測	□生活上問題ないが、職場で問題になる可能性あり
	□今後可能になる見込みあり	□不可 □評価困難
	職場で予測される問題と対策:	
	備考:	
□機械操作 内容()	□問題なし・現状で可能と予測	□生活上問題ないが、職場で問題になる可能性あり
	□今後可能になる見込みあり	□不可 □評価困難
	職場で予測される問題と対策:	
	備考:	
□自動車運転	□問題なし・現状で可能と予測	□生活上問題ないが、職場で問題になる可能性あり
	□今後可能になる見込みあり	□不可 □評価困難
	職場で予測される問題と対策:	
	備考:	
□パソコン作業 (提示された文字・文章の入力)	□問題なし・現状で可能と予測	□生活上問題ないが、職場で問題になる可能性あり
	□今後可能になる見込みあり	□不可 □評価困難
	職場で予測される問題と対策:	
	備考:	
□パソコン作業 (提示された数値の入力)	□問題なし・現状で可能と予測	□生活上問題ないが、職場で問題になる可能性あり
	□今後可能になる見込みあり	□不可 □評価困難
	職場で予測される問題と対策:	
	備考:	
□パソコン作業 (書類などを自分で作成)	□問題なし・現状で可能と予測	□生活上問題ないが、職場で問題になる可能性あり
	□今後可能になる見込みあり	□不可 □評価困難
	職場で予測される問題と対策:	
	備考:	
□パソコン作業 (表・グラフの作成)	□問題なし・現状で可能と予測	□生活上問題ないが、職場で問題になる可能性あり
	□今後可能になる見込みあり	□不可 □評価困難
	職場で予測される問題と対策:	
	備考:	
□パソコン作業 (特定のソフトの使用) 例)PPT・ファイルメーカーなど ソフトの内容()	□問題なし・現状で可能と予測	□生活上問題ないが、職場で問題になる可能性あり
	□今後可能になる見込みあり	□不可 □評価困難
	職場で予測される問題と対策:	
	備考:	
□パソコン作業 (その他:)	□問題なし・現状で可能と予測	□生活上問題ないが、職場で問題になる可能性あり
	□今後可能になる見込みあり	□不可 □評価困難
	職場で予測される問題と対策:	
	備考:	

様式2 機能評価票(その⑤)

□電卓計算	□問題なし・現状で可能と予測	□生活上問題ないが、職場で問題になる可能性あり
	□今後可能になる見込みあり	□不可 □評価困難
	職場で予測される問題と対策:	
	備考:	
□電話対応	□問題なし・現状で可能と予測	□生活上問題ないが、職場で問題になる可能性あり
	□今後可能になる見込みあり	□不可 □評価困難
	職場で予測される問題と対策:	
	備考:	
□接客・対人業務	□問題なし・現状で可能と予測	□生活上問題ないが、職場で問題になる可能性あり
	□今後可能になる見込みあり	□不可 □評価困難
	職場で予測される問題と対策:	
	備考:	
□その他 報告書を読み必要な内容を 抜粋する	□問題なし・現状で可能と予測	□生活上問題ないが、職場で問題になる可能性あり
	□今後可能になる見込みあり	□不可 □評価困難
	職場で予測される問題と対策:	
	備考:	
□その他 書類をホチキスで留める	□問題なし・現状で可能と予測	□生活上問題ないが、職場で問題になる可能性あり
	□今後可能になる見込みあり	□不可 □評価困難
	職場で予測される問題と対策:	
	備考:	
□その他 郵送物準備 (封筒詰め、宛名シール貼り)	□問題なし・現状で可能と予測	□生活上問題ないが、職場で問題になる可能性あり
	□今後可能になる見込みあり	□不可 □評価困難
	職場で予測される問題と対策:	
	備考:	

まとめ	
リハビリテーション経過 および予後予測	
復職を妨げる要因	
仕事に活かせる強み	
備 考	

3

糖尿病分野

1

糖尿病とは

①はじめに

糖尿病患者は全世界的にもわが国においても年々増加の一途をたどっています。2016(平成28)年に発表された厚生労働省の国民健康・栄養調査によれば、糖尿病の有病者はさらに増加しており、糖尿病患者1,000万人、糖尿病予備群も1,000万人であり、計2,000万人となっています。糖尿病＝高血糖自体は個々の労働者の業務遂行能力に直接影響を与えることは一般的にありませんが、慢性的な高血糖状態は10年、20年後の深刻な糖尿病合併症(網膜症、腎症、神経障害)へ進展し、視力障害や人工透析等が業務遂行能力に悪影響を及ぼして就業の継続や復職を難しくしている現状があります。この高血糖の代謝失調の状態は治療にて血糖正常化したのちも、長期に渡り悪影響が残ることが知られており“遺産効果”、“メタボリックメモリー”と呼ばれています。したがって、より早期からの継続した治療が重要となります。

糖尿病慢性合併症は、良好な血糖管理を維持できれば予防可能であり、より早期からの積極的な継続治療が必要です。各種の取組が必要となりますが、就労糖尿病患者が真摯に治療に取り組むためには、治療と仕事との両立が円滑に行われていることが重要です。このためには仕事をしている糖尿病患者と主治医、そして会社にいる産業医を含めた産業保健スタッフや上司の方が連携して治療支援を行っていくことが望まれます。

②糖尿病とは

WHOにより、糖尿病は「インスリン分泌不全やインスリン抵抗性による、インスリンの作用不足により慢性的な高血糖状態を主徴とする代謝疾患群」と定義されています。インスリン作用とは、インスリンが体の組織で代謝調節能を発揮することをいいます。適切なインスリンの供給と組織のインスリン必要度のバランスがとれていれば、血糖を含む代謝全体が正常に保たれますが、インスリン分泌不足、またはインスリン抵抗性増大はインスリン作用不足をきたすため、血糖値は上昇します。血糖値とは、血液中のブドウ糖の濃度のことです。血液100mL中に含まれるmg数で表し、単位はmg/dLです。一般的には、朝の空腹時で100mg/dL前後です。



【HbA1c(ヘモグロビンA1c)】とは

キーワード

糖尿病の治療を行う上で、糖尿病の血糖管理状態を反映する指標としてHbA1cが、最も利用されています。過去1～2か月間の平均血糖値を反映することが分かっており、糖尿病の診断、治療目標値の設定、治療効果の判定などに使用されます。正常は、6.2%未満ですが、5.6%以上で糖尿病診断の検査である経口ブドウ糖負荷試験を行うことが推奨されます。6.5%以上で糖尿病型の判定がされますが、診断には高血糖値の証明も必要となります。治療目標は個々の患者で異なりますが、一般的に慢性合併症予防として7.0%未満が推奨されます。

③糖尿病の症状

口渇、多飲、多尿、全身倦怠感、体重減少、空腹感、疲れやすさなどの症状が生じます。1型糖尿病などで急性の代謝失調状態となると意識混濁、昏睡、死のリスクもあります。また長年の高血糖状態が続くと下記の慢性合併症が併発し、その症状も出現します。

④糖尿病の分類

- **1型糖尿病**: 主な原因は、自己免疫異常によりインスリンを合成・分泌する膵ランゲルハンス島β細胞が、破壊・消失することによるインスリン分泌欠乏や消失が原因です。若年発症が多く、日本人では糖尿病患者の5%未満です。基本的にインスリン注射療法を一生継続する必要があります。
- **2型糖尿病**: インスリン分泌低下やインスリン抵抗性をきたす素因を含む複数の遺伝的因子に、過食・運動不足・肥満・ストレスなどの環境因子及び加齢が重なって発症する糖尿病です。いわゆる「生活習慣病」と言われる糖尿病のタイプです。成人での発症が多く、大多数の糖尿病患者がこれに当たります。初期ではインスリンの分泌は比較的保たれ、生活習慣の改善と内服薬にて血糖管理が可能なが多いのですが、数十年の長い経過ではインスリン分泌が枯渇し、インスリン注射療法を必要とすることがあります。
- **妊娠糖尿病**: 妊娠中に初めて発見または発症した糖尿病に至っていない糖代謝異常で、妊娠中の明らかな糖尿病及び糖尿病合併妊娠は含めません。出産後に改めて糖尿病診断基準に基づき再評価します。
- **その他の糖尿病**: 肝臓や膵臓の病気に伴う場合、薬剤による場合、特定の遺伝子の異常に伴う場合などの様々な糖尿病があります。

⑤糖尿病の合併症

- **急性合併症**: 低血糖症、異常な高血糖による昏睡(糖尿病性ケトアシドーシス、高血糖性昏睡)などがあります。特に意識レベルの低下をきたすような重症の低血糖や高血糖は、治療が遅れると命に関わり、直ちに医療機関への受診が必要です。感染症にも罹りやすくなります。
- **慢性合併症**: 糖尿病に特有のもので長期間の高血糖により各組織に慢性の合併症が生じます。三大合併症と言われる、糖尿病性網膜症、糖尿病性腎症、糖尿病性神経障害があり、数年から数十年の経過で重症化した場合には、それぞれ視力障害や失明(糖尿病は失明の原疾患の第2位)、血液透析導入(原疾患の第1位)、足壊疽による下肢切断(原疾患の第1位)などに至ります。また糖尿病に特有ではありませんが心筋梗塞、脳梗塞、閉塞性動脈硬化症など動脈硬化症の発症リスクが2～3倍程度増加し現役世代での発症も増加します。

2 代表的な治療方法の概略 薬物療法・インスリンなど

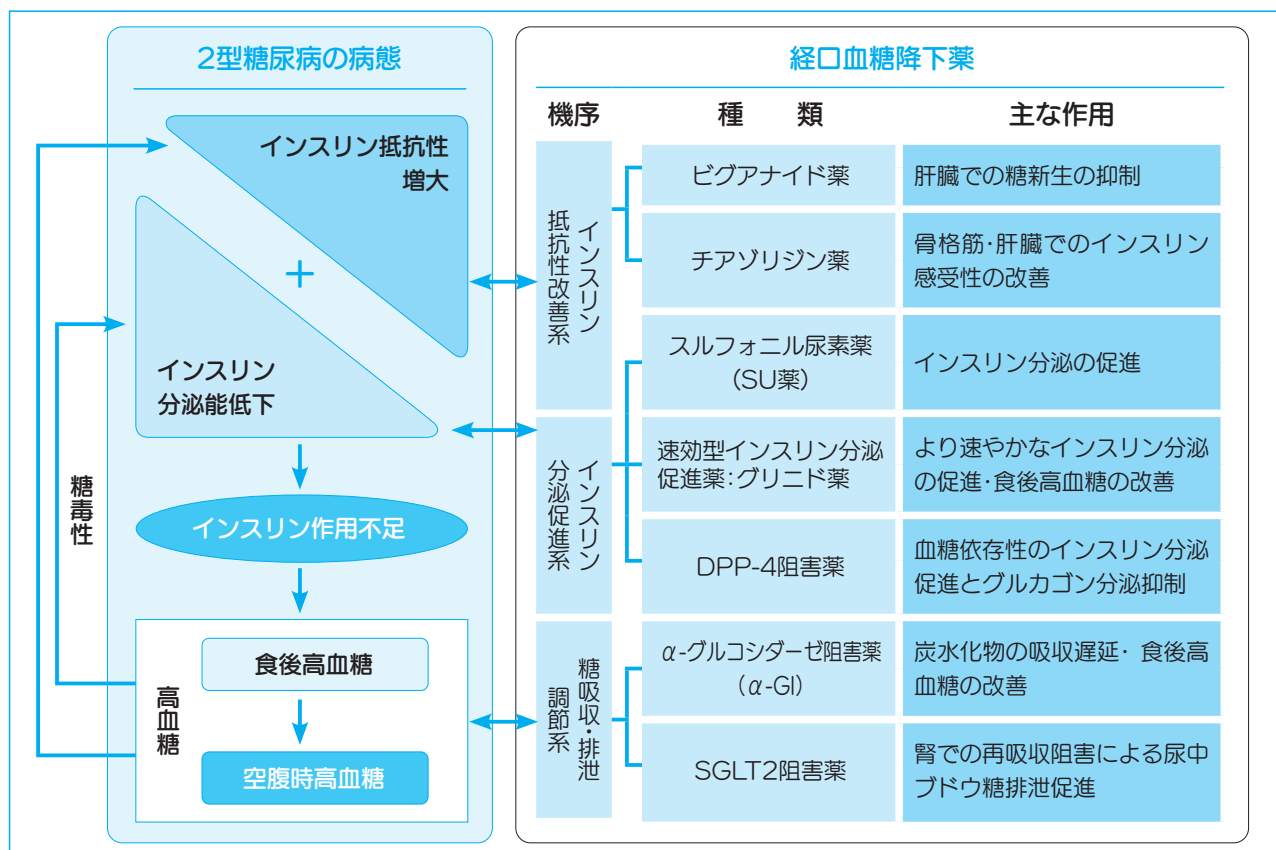
①代表的な治療法

- **食事療法**: 糖尿病治療の基本となります。一般的に勤労世代で普通の労働作業の方では目標体重当たり30～35kcal/kgが推奨されます。3大栄養素(炭水化物、タンパク質、脂質)のバランスに関しては意見が分かれておりますが、バランス良く摂取するのが原則です。腎機能が悪化している場合は、塩分とタンパク質の制限が行われます。
- **運動療法**: 糖尿病治療の基本となります。一般的に週150分以上の運動を2日は空けずに行うのが良いとされています。有酸素運動と無酸素運動(筋トレ)の組み合わせが推奨されます。
- **薬物療法**: 食事と運動療法で血糖値の管理目標が達成できないときに使用されます。病態に応じて種々の薬剤が選択され、多くで併用療法も行われます。患者の両立支援上は、生活・勤務ニーズに合わせた薬物選択も重要となります。

〈内服薬〉

現在7種類の経口血糖降下薬が使用されています(下図参照)。

● 病態と経口血糖降下薬

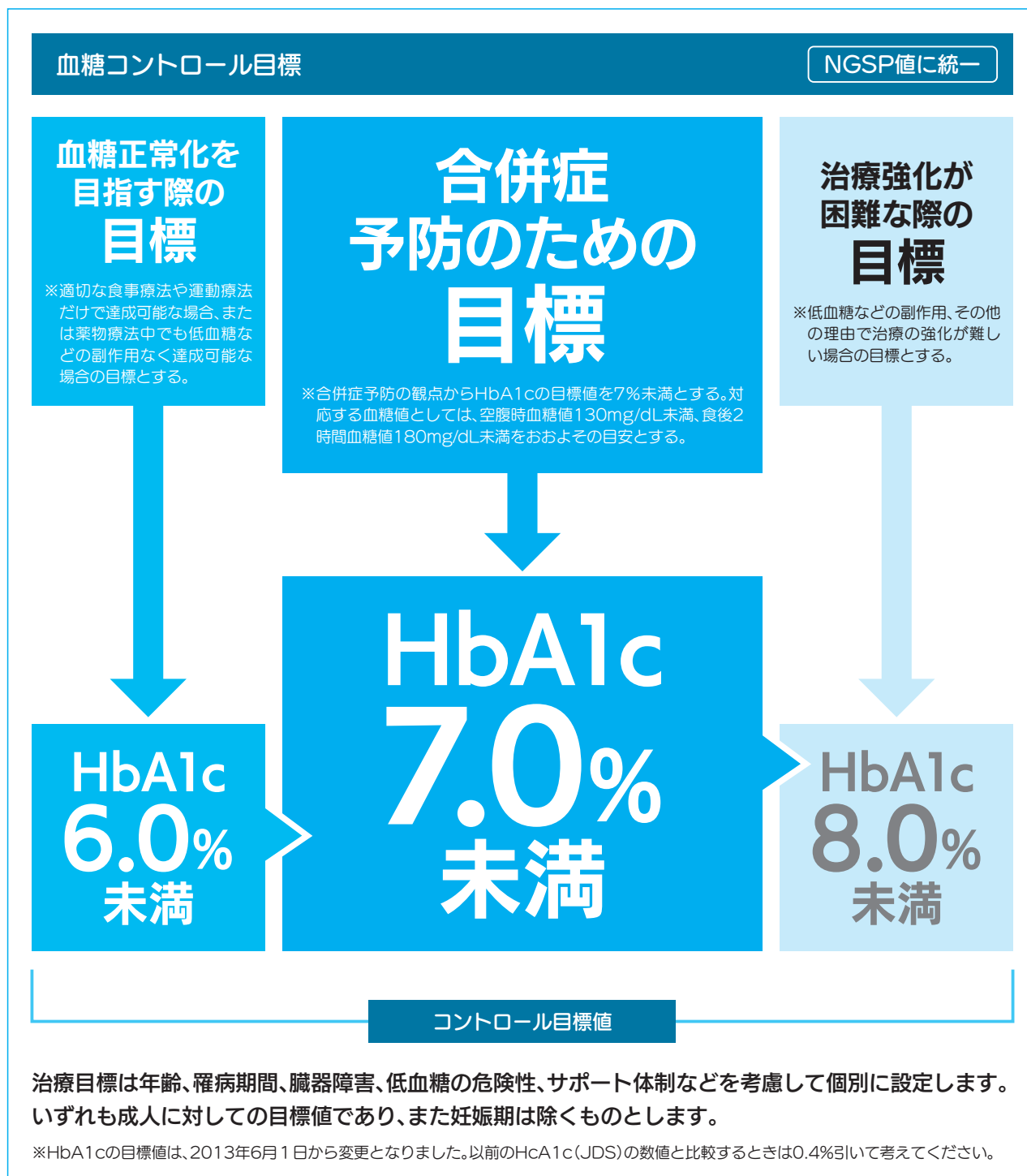


(日本糖尿病学会編・著『糖尿病治療ガイド』2018-2019より転載)

〈注射薬〉

作用時間の異なるインスリンが多数あります。また最近はGLP-1製剤が発売され使用患者が増加してきています。インスリンは、患者の状態に合わせ1～4回/日の自己注射を行うことになります。血糖を下げる効果は非常に高く有用ですが、食事と運動量とのバランスが崩れると、低血糖や高血糖のリスクが生じます。また近年、週1回の内服薬(DPP4阻害薬)やGLP-1製剤注射法が、その利便性とアドヒアランスの良さから、就労糖尿病患者で良く使われるようになっていきます。

● 血糖管理目標値 (KUMAMOTO宣言2013)



(日本糖尿病学会のポスター資料より転載)

※65歳以上の糖尿病患者では、インスリンやスルホニル尿素薬を使用している際は、目標値に下限が設定され、65～75歳未満ではHbA1c値6.5～7.5%未満が推奨されます。

②注意を要する症状・状態

〈低血糖症〉

薬物療法を行っている糖尿病患者にとって、大変大きな問題が薬剤性低血糖です。主にインスリン製剤の自己注射療法やスルホニル尿素薬などインスリン分泌刺激系の内服薬を使用している場合に多く発症します。基本的には薬剤の作用そのものである血糖降下作用が、食事量や運動量とのバランスで相対的に過剰になってしまった時に生じます。

〈低血糖に伴う症状〉

血糖値の程度によって、以下のような症状が出現しますが個人差も大変大きいです。

血糖値	症 状
70mg/dL未満	空腹感、脱力、だるさ
60mg/dL未満	手指のふるえ、発汗、動悸、顔面蒼白
50mg/dL未満	頭痛、生あくび、眠気
40mg/dL未満	異常行動、呂律が回らない、ぼ～っとする
30mg/dL未満	意識レベル低下、けいれん、昏睡、生命の危険

※無自覚性低血糖に注意！：長期間の糖尿病罹病歴があり自律神経障害が進行していたり、頻回の低血糖を繰り返すことにより低血糖に“慣れ”てしまったりした場合に、かなりの低い血糖値でも自覚症状が出にくくなり、突然意識を失い倒れ救急搬送が必要となることがあります。

〈低血糖の誘因と備えの重要性〉

低血糖誘因として以下のものがあります。

- 1)インスリンや内服薬の量やタイミングを間違えた
- 2)運動量や時間がいつもより多かったが補食をしなかった
- 3)食事を抜いた、時間がいつもより遅くなった。炭水化物を取らなかった
- 4)つまみなしでアルコールを過剰に摂取した

この中で仕事と関係するのは1)～3)と考えられます。多くの場合は軽度であり、糖分摂取によりご自身のみで対応可能です。しかし特に自覚症状を伴わずに突然意識消失に陥る無自覚性低血糖のある方は、リスクを伴うため運転業務や危険作業従事は絶対に避けるべきです。治療の最適化や生活・仕事のリズムの適正化により無自覚性低血糖を未然に防ぐことが可能です。低血糖時に備えて、常時ブドウ糖を携行、常備しておくことが重要です。また体調の悪い時や異常を感じた時は直ちに血糖測定が必要なため、自己血糖測定機器の携行も重要です。運転前に自己血糖測定を行い、90mg/dL以下の時は補食をして改善を確認してから運転しましょう。

※フラッシュグルコース測定(FGM)：近年上市されたフラッシュグルコース測定機器(商品名:FreeStyle リブレ、アボットジャパン)を使用することにより、14日間連続で極めて簡単に24時間いつでも血糖値の確認ができるようになりました。指先穿刺での採血が不要となったため、無自覚性低血糖のある方を含め、特に1型糖尿病のある就労者の方にお勧めできます。

〈低血糖時の対応〉

- 1)ブドウ糖やブドウ糖を含む飲料を摂取する

口から摂取できる場合は10～20gのブドウ糖(砂糖でも可)をとり、15分間隔で改善を確認し十分な回復がなければ再度摂取します。

- 2)意識がない時は救急車を呼び、医療機関を受診する

意識が無く経口摂取できない場合は、直ちに搬送し医療機関で治療を受けます。

- 3)次回受診時に必ず主治医に報告し、相談する

〈運転と低血糖〉

運動機能と反射速度の低下や判断力の低下、意識消失を引き起こす低血糖が、運転中に生じることは非常に危険です。異常なほどの眠さ、手指のふるえや体調不良を我慢しての運転には危険を伴います。直ちに停車し糖分の補食後、症状が消失したあとも少なくとも30分以上の時間をおいてからの運転再開が必要です。

※道路交通法の改正：2013年道路交通法が改正され、運転に支障がある病状を自覚しながら、運転免許取得や更新時に故意に申告しなかった場合、罰則が新設されました。無自覚性低血糖も該当します。

③シックデイ

シックデイとは、糖尿病患者において、感染症による発熱や消化器症状（嘔吐、下痢など）のみならず外傷・手術・歯科治療・ステロイド投与など新たに加わる身体的ストレスによって、非日常的に血糖コントロールが困難となった状態を示します。このような場合一時的に体内での薬やインスリンの効きが悪くなり高血糖状態となることがあります。より悪化する場合、高血糖性昏睡などに重症化し緊急の入院を要する場合があります。また食事が食べられない時や重度の下痢がある場合には低血糖のリスクもあります。いずれも、初期の対応が悪化阻止と改善に必要です。

〈シックデイ時での対応〉

インスリン自己注射をしている場合、食べられなくてもインスリン注射を中断しないことが重要です。

〈ケトアシドーシスと高血糖性昏睡〉

薬やインスリンが効いていない時や、食事（炭水化物）の摂取量が少ない時、ケトン体が体に溜まりやすく吐き気や腹痛が現れ、進行すると意識障害に至るケトアシドーシスになります。この場合は緊急治療が必要です。予防としてインスリン治療をしている方は、シックデイで食欲がない時でも注射を自己判断で中止しないことです。食べられない場合でも、血糖自己測定を頻回にしながらインスリン単位数を調節しての注射が必要です。のみ薬で治療中の比較的高齢の方の場合、食事摂取が減ることなどにより脱水になりがちで、この場合やはり意識障害などをきたす高血糖性昏睡となり緊急治療が必要です。予防には水分摂取が重要です。いずれにしてもこのような状態では、就業することは困難と考えられます。

※内服薬・インスリンですが、種類によってシックデイ時の対応が変わります、具体的には主治医に相談が必要です。

- **スルホニル尿素薬、速効型インスリン分泌促進薬**：インスリン分泌を刺激して血糖値を下げるこれらの薬は、食事の量にあわせて加減します。食べられないなら薬は中止（休薬）します。
- **ビグアナイド薬、SGLT2阻害薬**：絶対に中止（休薬）すべき薬です。
- **チアゾリジン薬**：中止（休薬）してもしなくても大きな問題は生じないと考えられます。
- **α-グルコシダーゼ阻害薬、GLP-1受容体作動薬**：吐き気や腹痛など、おなかの症状がある場合は中止（休薬）します。
- **インスリン製剤**：シックデイで食事がとれなくてもインスリン注射を中止してはいけません。全く食事がとれなくてもふだんの半分程度のインスリンが必要です（特に中間型、持効型インスリン）。頻回に血糖自己測定を行い測定結果に応じて増減し、血糖コントロールする方法が一般的です。予めシックデイ時にどうするか主治医に確認してください。

3 糖尿病の両立支援に必要な留意点

①外来での糖尿病治療継続が目的

糖尿病に罹患した患者は、同時に地域では労働者でもあり、また家庭においては父親や母親などの生活を営む人です。したがって、個々の患者への配慮が重要です。その上で糖尿病での両立を支援する時のキーワードは、「治療継続」です。「がん」、「脳卒中」、「精神疾患」での両立支援活動は、主要目的が疾患発症を原因とする退職を防ぎ、休職からの復職を主な目的としています。

しかしながら「糖尿病」での両立支援では、糖尿病性網膜症による視力低下や糖尿病性腎症による人工血液透析などで休職している患者は復職支援対象となりますが、比較的少数例であり、一般に休職する患者はまれであるため、どちらかと言えば外来での「治療継続」が支援の主要目的となります。

②糖尿病の両立支援上の特性

疾患としての糖尿病の特性により、両立支援上で特有の背景と問題点が生じています。まず、糖尿病は生活習慣に大きく関わって発症、進展する疾患のため「生活習慣病」に区分され、生活習慣は患者自身の問題であって企業が何かすることではないとの見方が一般的になっていることです。このため糖尿病は職場において両立上の配慮が受けにくい面があります。しかしながら、自己免疫疾患に分類される1型糖尿病の発症は、生活習慣とはまったく無関係です。また、2型糖尿病であっても遺伝的な体質が発症に大きく関わっていることが、多くの研究により明らかにされており、生活習慣による影響は一部です。

さらに、血糖管理が不良でも、急性の代謝失調状態を除いては高血糖自身が業務遂行能力に影響を及ぼすことは一般的にありません。糖尿病は他の疾患と異なり自覚症状はほとんどなく、検査をしなければ分からない疾患でもあります。したがって、今日の就業にはほとんど影響はありませんが、前述のように十数年間の高血糖状態持続により不可逆的な慢性合併症が発症し、業務遂行に悪影響を及ぼすことがしばしばあります。

糖尿病の両立支援の目的は、上記のように疾病入院による休業からの復職支援ではなく、定期的な外来通院を促し業務多忙等による治療の自己中断を予防する治療継続支援と、より良い血糖管理が主な目的となります。したがって、糖尿病での両立支援には退職まで終わりはありません。将来的には職場と医療機関との情報交換を行いながら、職場もチーム医療の一員として治療に参加していただき、医療機関では糖尿病のある就労患者に対し特別なことでない本来業務の一環として両立支援を行っていくことが期待されます。以上産業保健スタッフをはじめ企業で従業員の健康管理に関わる方には、このような疾患の特徴をご理解いただければと思います。

③チームでの糖尿病両立支援と糖尿病両立支援手帳

本人以外にも、事業場の関係者（事業者、人事労務担当者、上司・同僚、労働組合、産業保健スタッフ等）、医療機関関係者（主治医、看護師、MSW）、地域の支援機関などが必要に応じてチームとして連携することが重要です。このためお互いの情報の共有が行われている必要があります。この情報交換のツールとして労働者健康安全機構では「就労と糖尿病両立支援手帳」を作成・配布しております（労働者健康安全機構へお問い合わせください）。

● 手帳記載内容

● 主治医から企業関係者へ

企業関係者(産業医・看護師・保健師・衛生管理者・上司)へのお願い

【報告事項】

- * 現在の病状等(受診状況、血糖コントロール状況、合併症状況など)、業務に影響を及ぼす可能性のある症状・薬の副作用等
- * 今後の治療方針・見通し等

【依頼事項】

- * 就労に当たって配慮していただきたいこと
- * 配置転換や就労制限を行う上で重要な情報となる事項

● 企業関係者から主治医へ

主治医からの依頼事項に対する回答: 個別に対応

その他問い合わせ: 個別に対応



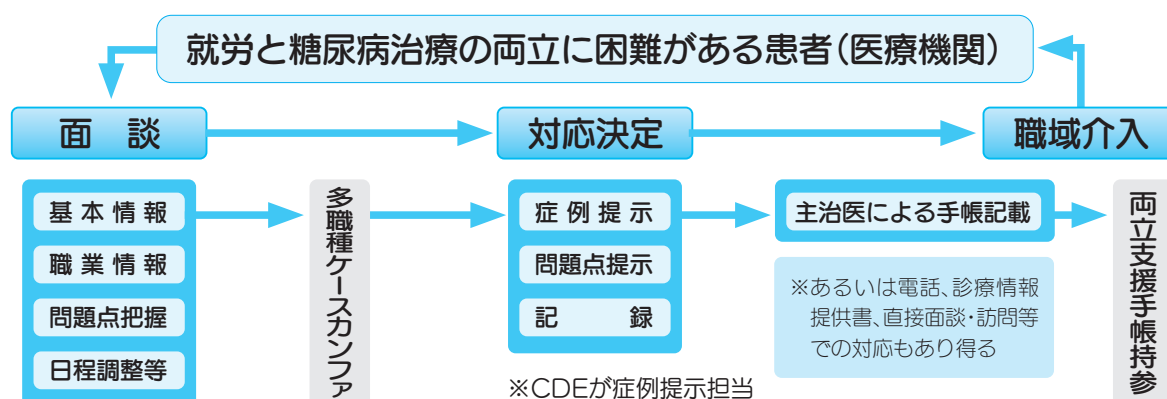
④両立支援を行うための医療機関での環境整備(実施前の準備)

医療機関での糖尿病両立支援は、主治医もしくは両立支援コーディネーターが継続して単独で行うことは困難であり、院内で両立支援チームを立ち上げ、チームでの支援体制を整えることが、継続した支援活動には必要となります。さらに支援活動自体が、ボランティア的ではなく、正式な本来業務の一部として組織的に位置付けることが重要です。患者の支援は両立支援コーディネーターが、支援チームを通して情報を共有しつつ、主治医を含めたカンファレンスで支援方針、手段などを決定し、患者の状況を確認しながら行いますが、支援チームのメンバーの職種、人数は施設の規模、患者の病状等により異なります。

〈糖尿病両立支援の検討に特に必要な情報〉

- 現病歴、既往歴、糖尿病慢性合併症の病期、自覚症状の有無、併発症、身体所見等の医学情報
- 現在の血糖管理状況、薬物療法(インスリン使用の有無)、その他の検査データ
両立支援を必要とする就労糖尿病患者からの情報提供
- 雇用状況(正社員、派遣等)、業務内容(日勤、夜勤、交替制勤務等)、通勤手段、産業保健スタッフの有無、支援をする場合の職場連絡先
- 生活リズム、自炊・外食、家族の状況等の生活習慣など

スクリーニング: 患者自身が問題に気付いているとは限らない
説明と同意: 個人情報取扱の点で前提



⑤医療機関側での両立支援上の配慮

大多数の職場には産業保健スタッフ（産業医ほか）が不在のため、情報提供書や糖尿病両立支援手帳等の受け取りは非医療職の上司である場合が多いと想定されます。この場合は、情報提供書や両立支援手帳への記載の用語を平易にするなどして、分かりやすいようにする配慮が必要です。両立支援上の問題点が改善された後も、継続的な職場との情報交換が治療の自己中断予防に有効と考えられるため、可能な限り支援活動と職域連携を継続することが望ましいです。

前記のように現在日本の糖尿病患者はいまだ増加傾向であり、現在では1,000万人を越えると想定されています。このため担当医師は糖尿病専門医でないことも多く、また専門医でも十分な診察時間を1人の患者に割けていないのが現状です。しかしながら個々の患者の状況を勘案しながら治療方針を患者とともに決めていく「インフォームドチョイス」の考え方に沿って、学会の治療ガイドラインを踏まえた上で、職場環境など就労との両立上の要因も勘案し、その患者に最適な治療を提供していく必要性があります。特に夜勤、シフト制勤務での不規則な食事の場合の内服・インスリン自己注射の方法、運転業務や危険作業を行っている場合の低血糖リスクの少ない薬物療法の選択などに配慮が必要です。そして重要なことは、就労糖尿病患者本人が、主治医の指示等に基づき、定期通院すること、きちんと服薬・インスリン自己注射をすること、適切な生活習慣を守ること等、治療や疾病の増悪防止に主体的に取り組むことが重要です。

⑥職場側での両立支援上の配慮

糖尿病の症状や治療の副作用、合併症による障害等によって、業務内容への影響が生じることがあります。この場合、定期通院のための時間の確保等に対する配慮だけでなく、治療状態や業務遂行能力も踏まえた就業上の措置等が必要となります。さらに糖尿病の症状や治療方法などは個々で大きく異なるため、個人ごとに対応すべき対応は異なり個別事例の特性に応じた配慮が必要となります。糖尿病治療中の就労者では、重症慢性合併症進行者では、視力障害や血液透析施行、下肢切断を防ぐため就業場所の変更、労働時間の短縮、深夜勤務の制限等の必要が生じることがあります。インスリン自己注射療法による低血糖の問題も両立支援上大きな課題です。自己のみで対応できない無自覚性低血糖発作のある方は、リスクを伴うため運転業務や危険作業従事は絶対に避けるべきです。しかし、近年2週間連続して血糖を随時チェックできるフラッシュグルコース測定機器（前記）が上市されており、有効活用していけば、このような業務に従事する場合のリスクも減らせるものと想定されます。

なお、配慮事項の検討に当たっては、血糖管理不良のみで安易に就業を禁止するのではなく、できるだけ配置転換、作業時間の短縮、その他の必要な措置を講ずることによって就業の機会を失わせないように留意する必要があります。

4

メンタルヘルス分野

1

精神疾患の定義と精神科の診断

①精神疾患の定義

障害とは、原因は問わず、何らかの機能が障害された状態のことをいい、疾患とは病因、病態、病理、症状、検査所見、経過、予後などによって一つのまとまった単一の病気としてみなされる状態のことをいいます。精神科領域では、精神障害と精神疾患が混在して用いられています。

DSM-5(精神障害の診断・統計マニュアル第5版;米国精神医学会)によると、精神疾患とは「精神機能の基盤となる心理学的、生物学的、または発達過程の機能障害によってもたらされた、個人の認知、情動制御、または行動における臨床的に意味のある障害によって特徴づけられる症候群である。精神疾患は通常、社会的、職業的、または他の重要な活動における著しい苦痛または機能低下と関連する。よくあるストレス因や喪失、例えば、愛するものとの死別に対する予測可能な、もしくは文化的に許された反応は精神疾患ではない。社会的に逸脱した行動(例:政治的、宗教的、性的に)や、主として個人と社会との間の葛藤も、上記のようにその逸脱や葛藤が個人の機能障害の結果でなければ精神疾患ではない」とされています。つまり、嫌なことがあると一時的に気分が落ち込んだり眠れなくなったり、不安が高まったり、やる気を失ったりすることは誰しも経験があることだと思います。しかし、その落ち込みや不眠、不安、意欲の低下などが、普段よりも強く何日も継続し、社会生活に影響が及んだ場合は精神疾患が疑われます。

日本では、精神疾患の診断は上述のDSM-5に加え、ICD-10(国際疾病分類第10版;WHO)を共通の診断基準としてみなされていることが多いです。マニュアルを使って機械的に診断することの是非も議論されていますが、一定の軸を共通として持つこと自体は意味のあることと考えられます。

②精神疾患の概要

精神疾患発症の原因は何でしょうか。

原因の一つとして、脳内の神経伝達物質(ドーパミンやセロトニンなど)がアンバランスになることがいわれています。生まれつきの体質といった「生物学的な要因」だけで決まるわけではなく、他人に褒められた時に嬉しいと感じるか、または裏があるのではと否定的に感じるかといった物事の捉え方の特徴である「心理的要因」、また人間関係の問題や環境の変化といった「社会環境の要因」が複雑に絡んでいます。

精神疾患は誰でもかかる可能性があり、治療すると回復する病気です。身体疾患と同様に、早期発見と早期治療が予後を良くするために重要です。

さらに、生涯、精神疾患に罹患する確率は約25%、つまり4人に1人は何らかの精神疾患に罹患すると言われており、決してまれな疾患ではありません。疾患を持ちながら充実した生活をされている方も多くいらっしゃいます。

* 参考資料:『高等学校保健における「精神疾患の予防と回復」の扱い』AMED障害者対策総合委託事業 小塩 靖崇・水野雅文

③精神科の診断

精神科では、「この症状は身体疾患が原因ではないのか」、「薬剤の影響ではないのか」を常に念頭に入れています。精神疾患の治療中に、がんや糖尿病などの身体疾患を合併することも十分にありうるため、精神科通院中の方の身体疾患を見逃すことのないように注意を払います。患者が身体に関する訴えをしても、「精神的な問題」とされてしまう場合もあるため、十分注意する必要があります。逆に身体疾患治療中に精神疾患を合併することもありうるため、面談の際に、対象者が「いつもと変わらないか」という点に注意しながら支援しましょう。

精神科の診断では、主に本人やその周りを取り巻く家族等から症状を聴くことで行います。幼少期からの生い立ちや性格、養育の様子、薬物使用歴の有無等、その他、診察時の表情や行動、応答の様子、血液検査結果、頭部CT、MRIの所見などを加味します。診察時の様子では、どのくらい注意が保てるか、どのくらい活動しているか、感情の変化、会話の流れ、認知機能、判断力などを総合的に観察します。また、補助的に心理検査を利用することもあります。

いずれにしても、数値や画像で診断できるものが少ないため、診断は慎重に行います。客観的指標を目に見えるようにあらわすことができないため、他者から理解してもらえず悩むことが多いのも精神疾患の特徴ではないかと考えられます。

2 代表的な精神疾患と治療

ここでは、比較的多く接することが予想される、うつ病、双極性感情障害について簡単に述べます。疾患名の表現については、ICD-10とDSM-5では違いがありますが、より広く知られていると思われる表現としています。治療に使われる薬物は、前述した脳内神経伝達物質のバランスを整えることで症状を改善するように作用します。

治療を適切に継続しても、精神疾患は症状が繰り返すことも多いため、「治癒」ではなく「寛解」という言葉を使います。

詳細は成書を参照ください。

①うつ病

うつ病とは、なんとも形容しがたい気分の落ち込みや、興味があったことへの関心の低下、何をしても楽しくない、不眠、集中力の低下、食欲の低下などがほとんど毎日続く疾患です。不安、無価値感(自分には価値がない)、希死念慮(死んでしまいたいという気持ち)なども症状となりえます。うつ病は、心疾患や脳血管疾患、がん、慢性的な痛みなど身体疾患にも併発しえます。川上の総説¹⁾によりますと本邦での生涯有病率は6.5%であり、けっして珍しい病気ではありませんが欧米に比べると低いです。一般的に女性、若年者に多いとされますが、日本では中高年でも頻度が高く、うつ病に対する社会経済的影響が大きいです。

一方、「うつ状態(気分がうつうつと晴れない状態)」は、身体疾患や物質、薬剤などでも生じえます。例えば、脳血管疾患、多発性硬化症、パーキンソン病、アルコール、カフェイン、たばこ、ステロイドなどです。

〈うつ病の治療〉

うつ病＝休業する、というイメージがあるかもしれませんが、必ずしもそうではありません。重症度が低い場合は、十分に患者を理解、支援し、薬物療法、精神療法を行うことで働きながら治療を継続することは可能です。



す。症状が重い場合などは即時の入院治療も検討されるため、その場合は休業が必要でしょう。

休業のメリット、デメリットとしては、以下があげられます。

- **メリット**: 職業上のストレスから離れて、保護的な環境で回復を図ることができます。回復に向けての治療やリハビリに多くの時間が確保できます。うつ病発症によって、職場で起こる事故のリスクが、普段より高くなることを防ぎます。
- **デメリット**: 日中の活動性が低下することや、職場で得られていた対人接触の機会が減り、孤立した生活になり症状が悪化する可能性があります。職場を離れている期間が長くなると、結果的に復職への不安が高まり、ある種の「職場恐怖」ともいえるべき状態が生じる可能性があります。そのため、職場を長く離れていると、より復職が困難になる等があげられます²⁾。

薬物治療は、抗うつ薬、抗不安薬、気分安定薬、睡眠薬、抗精神病薬などを症状に合わせて調整することが多いです。多くの種類を漫然と出し続けることはしません。ある薬剤が投与されても効果がない場合は、他の薬剤に変更したり、その他のアプローチを試みます。抗うつ剤で焦燥感が増したり、躁状態となったりすることもあるため、観察が重要です。抗うつ薬は、開始直後に効果がすぐ現れるものではなく、2週間後くらいから効果が始まります。また、寛解状態(症状がほとんど改善している状態)となっても、再発防止のために、数か月継続して処方を受け、慎重に薬を減らす必要があります。胃腸症状や眠気などの副作用が現れることがありますが、数日から1週間程度で徐々に改善することが多いため、様子を見られる程度であれば、内服を続けていただきます。ただし、無理せず不安な場合は主治医に問い合わせるよう勧めます。

精神療法には、精神分析的療法、認知行動療法、支持的療法、集団療法、家族療法などがあります。

その他、麻酔をかけて、筋弛緩薬を使い、頭部に電流を流す、修正型電気けいれん療法などが挙げられます。

②双極性感情障害(躁うつ病)

自分は何でもできるような気分の高揚感がある、怒りっぽくなる、活動量が増える、注意が散漫になる、などの症状が出現するのが躁状態です。衝動的な買い物をして、多額の借金を抱えることもあります。周りの人はその変化に困惑しますが、本人は爽快な気分で困っていないことがあります。Ⅰ型とⅡ型に分けられますが、イメージとしてはⅠ型がより激しい症状を示すと考えてよいでしょう。

以前は躁うつ病と表現されることが多かったですが、現在では双極性感情障害と表記されることが多いです。日本では、Ⅰ型とⅡ型を合わせた双極性障害の人の割合は0.7%くらいといわれています。

〈双極性感情障害の治療〉

気分安定薬が主体の薬物療法、精神療法などを行います。気分安定薬の中には、重篤な副作用を起こしうるものもあり、内服後の皮疹の出現に注意します。抑うつ状態の時に抗うつ薬を使用することもあります。躁状態になってしまう恐れもあるので、慎重に経過を観察します。

軽度の躁状態は、他者から見ると普段より上がっているように見えていても、自覚的には「あの時は元気に動けて調子が良かった」と感じることもあり、患者が治療の目標を軽躁状態においてしまうこともあるため、注意が必要です。

躁状態では、取引先に事実でない内容のメールを大量に送ったり、電話を多くの人にかけてしまったり、など本人が仕事を続ける上で不利益になる行動を取ってしまうことや、社会的な信用を失う行動を取ってしまうことがあります。このような場合には入院加療が必要と判断されるでしょう。

③パニック症／パニック障害

不安障害の中の一つであり、明らかなきっかけがなくてもパニック発作が繰り返し起こります。パニック発

作とは、動悸、発汗、震え、息苦しさ、胸部の不快感などが数分以内にピークに達するものです。そして、それがまた起こったらどうしようと過度に心配になったり（予期不安）、発作を起こしたときのきっかけだったと考えるもの（例えば外出や公共交通機関など）を避けたりする（広場恐怖）ようになります。

一般住民を対象とした疫学調査では、わが国ではH14－18年度に厚生労働省の研究班（主任研究者、川上憲人）が行った調査があり、何らかの不安障害を有するものの割合は生涯有病率で9.2%（12か月有病率では5.5%）でした。内訳として、パニック障害は0.8%でした。

〈パニック障害の治療〉

抗うつ薬や抗不安薬が主体の薬物療法を行います。薬物療法だけでなく、認知行動療法等も大切です。誰かと一緒に電車に乗ってもらう、一駅だけ乗る、など安心できる状況から、徐々に自信を得て行動を拡大させていきます。職場復帰の際に、可能であれば満員電車を避けるために出勤時間をずらすなどの配慮が必要かもしれません。

パニック障害も症状が良くなってもすぐに投薬は中止せず、再発防止のために症状を見ながら徐々に減量します。

④発達障害

自閉症スペクトラム障害（ASD）、注意欠陥多動障害（ADHD）は、成長していく過程で、発達に凸凹があり、得意なところと不得意なところの差が大きい様子が見られます。同じ疾患名であっても、その特性の個人差は大きいです。発達障害の特性は幼少期からみられますが、症状が目立たない場合は大人になってから診断されることもあります。両者や学習障害が合併していることもあります。

ASDは、相互的な対人関係が苦手である、コミュニケーションの障害がある、興味が偏っていてこだわりがある、などが特徴です。100人中約1－2人存在するといわれています。

ADHDは多動（落ち着きのなさ）や衝動性（抑えがきかない、相手の話を最後まで聞けない）、不注意（忘れ物やミスが多い）などが特徴です。就労年齢の場合は、不注意が問題視されることが多いです。成人期のADHDの有病率は約3%という報告があります。子どものころに診断されるADHDと、大人になってから診断されるADHDが同一のものであるか否かは議論されているところです。

大人になってから指摘される事例では、業務を遂行するに当たって困難があったり、人間関係がうまくいかず、二次的に抑うつとなってから精神科を受診して発覚することもあります。

〈発達障害の治療〉

発達障害そのものを治療する薬物は今のところ明らかになっていません。基本的には本人の特性に配慮した環境調整を行います。ADHDに対しては、不注意や多動、衝動性を改善される薬剤が数種類認可されています。内服しはじめに、胃腸の不快感を訴えることもありますが、慣れてくることもあります。対人技能訓練や認知リハビリテーションなども、対人関係を改善するには有効でしょう。

環境調整については、本人が目みて情報を処理するほうが得意であれば、業務の指示を書面やメールで示す、優先順位が付けづらいようであれば指示する側が優先順位をつけて指示する、などがあります。本人も、指示されたらメモを取る、忘れ物がないようにチェックリストを作る、スケジュールをアラームつきのカレンダーにセットするなど工夫をすると良いでしょう。

⑤その他

精神疾患の分類は非常に多岐にわたっています。上記以外に、あるストレス因によって抑うつ気分や不安が生じる適応障害、幻覚や妄想が出現する統合失調症などがあります。

適応障害は原因を取り除いたり、原因から離れることで症状は改善しますが、慢性化することがあります。うつ病や不安障害、統合失調症の診断基準を満たす場合は、それらの診断名が優先されます。

統合失調症は抗精神病薬や精神療法で症状をコントロールします。職場での負荷を軽減するよう調整が必要なことがあります。

3 精神疾患の両立支援のポイント

内服薬の種類によっては、眠気、血糖値の上昇、食欲増進、落ち着かなさなど種々の症状が副作用として現れることがあります。疾病が増悪したものかどうか判断が難しいものもありますが、気になることがあったら主治医に相談するよう勧めます。

診断書を発行する際には診断名を明記するのが難しいことがあります。精神科の診断は数値や画像で表せるものではないため、暫定的に「うつ状態」など状態像を記載することもあります。というのは、まずうつ症状を訴えて受診をし、「うつ病」で治療が始まった後に、例えば躁状態を呈したり、幻覚・妄想などを訴えたりすることもあり、そうすると（内服薬や、その他の影響ではないことを確かめた上で）診断名が「双極性障害」や「統合失調症」と変わることもありうるからです。確定診断をつける際にはある程度時間を要する場合もあることを理解しておきましょう。逆に、実際は双極性障害や不安障害、パーソナリティ障害、アルコール依存症等であるところを、会社に提出する診断書に暫定的に「うつ病」と記載されている可能性もあるため、主治医から情報を得る際には注意しておくとい良いでしょう。いうまでもありませんが、本人の許可なしに「あの人は本当はうつ病じゃないそうです」などとけっして職場やその他の人に伝えてはなりません。発達障害がベースにあり、二次的に抑うつ状態となっている場合は、その特性に配慮しなければ不適応を繰り返してしまう可能性もあります。精神疾患に限ったことではありませんが、「病名が何か」（疾病性）よりも「この人が治療と就労を両立させることに当たっての問題点は何か」「職場では何が問題か」（事例性）ということを念頭において支援を行いましょう。

また、最近はネットで様々な情報を得てくる方も多いです。妥当なこともあれば、殊更に不安をあおってスタンダードな治療を否定する情報もあります。必要以上に情報収集を行っているのは、患者さん自身の不安が元となっている場合もあるため、傾聴しつつ、不確定な情報でも面と向かって否定せず、「主治医や産業医と相談してはどうか」とアドバイスを与えるのが良いでしょう。

さらに、障害者福祉センターでは精神疾患患者を対象とした「リワークプログラム」を提供しています。クリニックでもプログラムを提供しているところもあります。内容は、生活リズムの立て直し、パソコン作業やリラクゼーション、集団認知行動療法などがあります。休業から職場復帰する際に、このようなプログラムの利用を勧めることも選択肢の一つとして念頭に置いておくとい良いでしょう。

〈精神疾患と運転業務〉

精神疾患がある＝運転禁止ではありませんが、投薬されている薬剤によっては（向精神薬に限らず）添付文書に「運転禁止」と記載されているものがあるため、運転業務がある場合は、薬剤の添付文書を確認する、主治医に相談するなど事前に情報を収集しておく必要があります。継続的に内服する必要がある薬剤かそうでないか、代替薬に置き換えられないか等、与えられる業務と治療内容の調整を要します。治療上どうしても運転禁止の薬剤が必要であれば、可能であれば運転業務を要さない業務へと配置転換を考慮してもらうなど、対策を考える必要があります。

【参考文献】

加藤敏・神庭重信・武田雅俊編『現代精神医学事典』(弘文堂)

井上令一監修、四宮慈子・田宮聡訳『カプラン臨床精神医学テキスト』(メディカルサイエンスインターナショナル)

日本うつ病学会監修『うつ病治療ガイドライン』(医学書院)

厚生労働省 働く人のメンタルヘルス・ポータルサイト「こころの耳」 <http://kokoro.mhlw.go.jp/>

1)川上憲人:世界のうつ病、日本のうつ病－疫学研究の現在. 医学のあゆみ 219(13)、925-929、2006

2)Bilsker D et al. Managing depression-related occupational disability:a pragmatic approach.
Can J Psychiatry 51:76-83, 2006

5

肝疾患分野

1

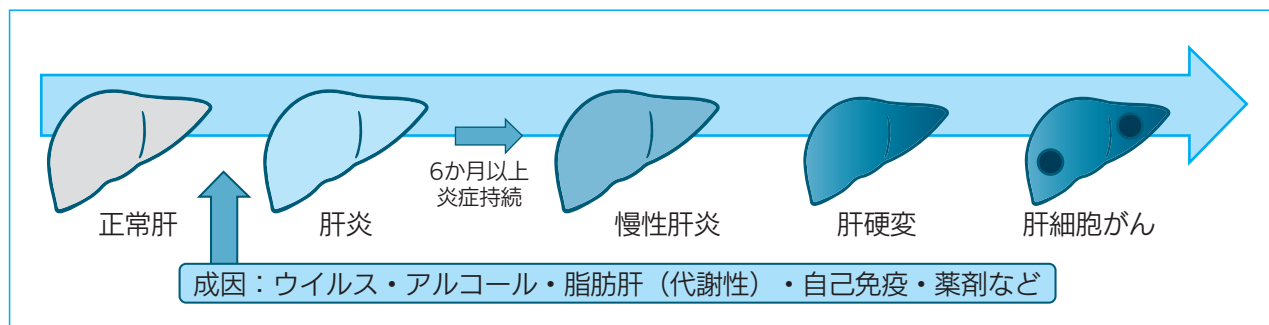
疾患の概要

①病理

肝臓には血液やリンパを介して、消化管から吸収された糖質・タンパク質・脂質・ミネラル・ビタミンといった様々な栄養素が運ばれてきますが、同時に老廃物や薬物、毒物なども運ばれてきます。肝臓は其中で必要な物質は合成・貯蔵し、不要な物質は腎臓や腸管を介して排出します。このように肝臓はヒトが生きていくために欠かせないものですから、人体の中で最も大きな臓器で、再生能力も高いのです。

B型・C型など肝炎ウイルスによる感染(ウイルス性肝炎)や肥満・糖尿病・アルコールなどで起こる脂肪肝(脂肪性肝疾患)のほか自己免疫性疾患などで起こる炎症が6ヶ月以上続くと慢性肝炎と呼ばれます。しかし、このまま適切な治療を受けず慢性炎症が年単位で継続すると、もはや肝細胞の修復が追いつかなくなり、線維化して肝硬変となります。肝硬変からは肝臓がん(肝細胞がん)を併発する頻度が高くなります。(P57-58参照)

肝疾患の病態



肝臓の機能は、一般定期健康診断等で行われる血液検査でわかります。検査項目の中で、AST(GOT)やALT(GPT)はどちらもタンパク質を分解する酵素ですが、ALTはほとんどが肝臓に存在していますが、ASTは肝臓以外にも心臓、腎臓、筋肉、赤血球などにも存在しています。肝臓の細胞が壊れるとASTもALTも上昇します。また、 γ -GTPもタンパク質を分解する酵素の一種ですが、胆道が胆石やがんなどによって詰まると逆流して血中の濃度が上がります。アルコール性肝機能障害・胆道の圧迫や閉塞・肝硬変・慢性肝炎などの指標になります。また最近増えている栄養過剰や肥満がもとで起こる非アルコール性脂肪肝(NAFLD: Non-Alcoholic Fatty Liver Disease)、非アルコール性脂肪性肝炎(NASH: Non-alcoholic steatohepatitis)でも γ -GTPやALTが上昇します。定期健診を受けて早期発見に努めましょう。

②疫学

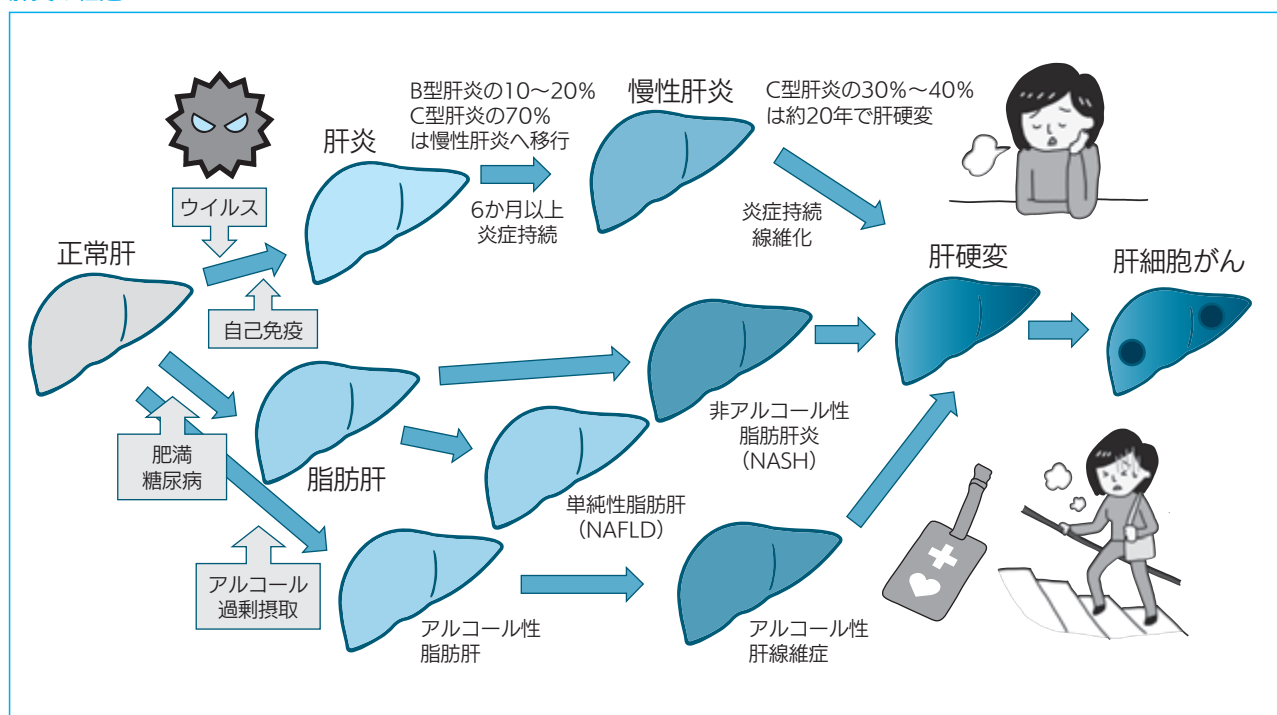
ウイルス肝炎のうち持続感染する可能性があるのはB型肝炎とC型肝炎だけです。B型肝炎の感染経路には血液・体液を介して感染する(水平感染)及び感染している母親からの出生時の母子感染(垂直感染)があります。水平感染は感染している方とのカミソリなどの共有、ピアスの穴開け機器の共有、性行為、注射針の共有な

ど出血を伴うような行為が原因となりますが、一般的な職場での握手や食事を共にする程度で感染するものではありません。B型肝炎に感染した方の10～20%は肝炎が持続し、その中から肝硬変や肝細胞がんになる人も出てきます。予防のワクチンやインターフェロンなどの治療がありますが、ウイルスそのものを排除する治療ではありません。

C型肝炎は主に血液を介して感染します。刺青やピアスの穴開けなどが知られていますが、感染経路が不明なものもあります。多くは感染しても自覚症状がなく、70%の人が慢性肝炎となり、そのうち未治療の場合は30～40%の人が約20年の経過で肝硬変になります。その人たちは年7%の頻度で肝細胞がんを併発していました。C型肝炎ウイルスにはワクチンはありませんが、ウイルスの増殖そのものを抑制する内服薬が2014年に承認され、95%以上の確率で治癒させることができるようになりました。

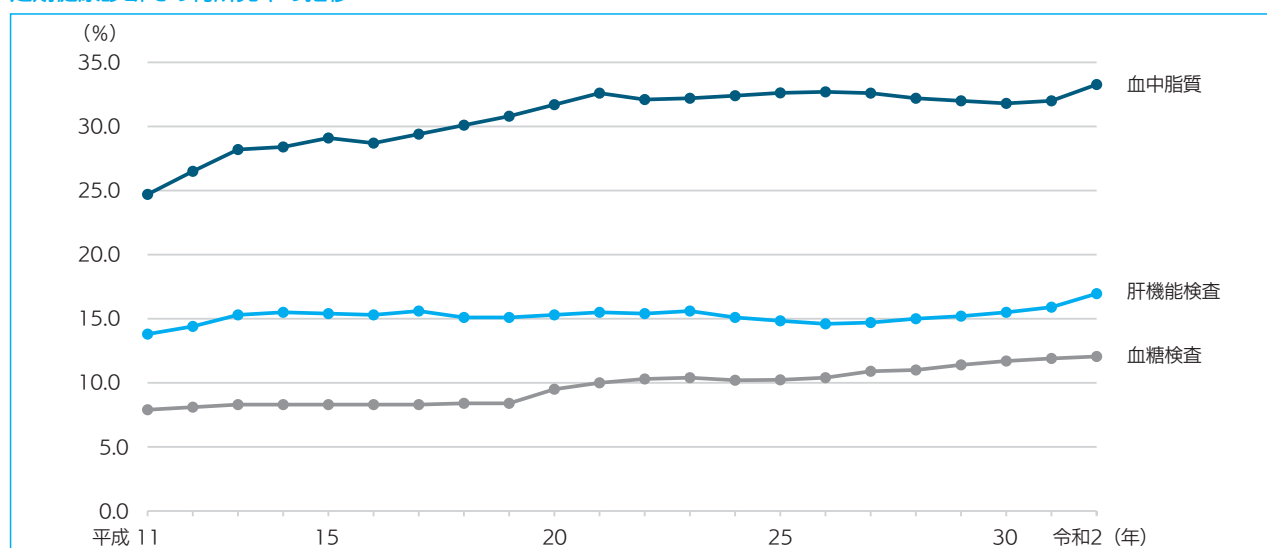
ウイルス性肝炎以外では、飲酒によるアルコール性肝障害だけでなく、最近では特に肥満や糖尿病に関連する非アルコール性脂肪肝が増えて問題視されています。人間ドック受診者の30～40%が罹患しているとの報告があります。このうち10～20%は非アルコール性脂肪性肝炎に進展し、その中で5～20%が肝硬変となり、そのうちの0～15%が肝細胞がんを併発すると言われています。

肝炎の経過



常時50名以上の労働者を使用する事業者を対象にした厚生労働省の定期健康診断の有所見率等の結果報告によると、肝機能検査の有所見率は血中脂質や血糖検査における有所見率とともに年々増加しており、両立支援の面からも健康経営の面からも注意すべきことと思われます。

定期健康診断での有所見率の推移



厚生労働省:令和2年定期健康診断結果報告より作成

③症状

肝疾患の三大症状は、「だるい」、「脚がつる」、「体がかゆい」です。この中では、「だるい」が最も多い症状です。いずれにしても肝硬変まで進展しないと著明な症状が出ないことが発見を遅らせる問題点です。

2 代表的な治療と経過

①肝疾患に共通した治療

肝臓は再生能力が高く、慢性肝炎の段階でもあまり症状が出ません。「沈黙の臓器」と呼ばれるゆえんです。しかし、このまま適切な治療を受けず慢性炎症が進行すると、もはや肝細胞の修復が追いつかなくなって線維化し肝硬変となります。肝硬変からは肝細胞がんを併発する頻度が高くなります。

したがって、肝疾患には一般定期健康診断等で行う血液検査、できれば肝炎ウイルス検査も行って早期発見、早期受診を進めることが第一です。そして、肝炎の診断であっても適切な治療を継続することで肝硬変に移行させないようにすることが重要です。具体的には食事・運動療法による生活習慣の改善を基本として、標準体重を目安とした肥満改善も必要です。

C型肝炎ウイルスによる慢性肝炎については明るい話題もあります。2014年に新たな薬が承認されたことで治療が飛躍的に進歩し、インターフェロンによる治療を併用しなくても、飲み薬だけでウイルスが排除できるようになりました。

②肝硬変にまで進行した場合

肝硬変といってもその程度や症状は様々です。肝硬変の患者は蛋白質とエネルギーの不足による低栄養の状態にあるため、からだのむくみや腹水が出たり、肝性脳症、糖尿病、筋肉減少などの症状が出やすくなります。これらを予防するために食生活の改善が必要です。筋肉減少の予防には適度な運動が勧められています。ホルモンバランスの乱れや痒みなどから睡眠障害が出ることもあるため睡眠に対する正しい理解と対策が必要になります。肝炎ウイルスによる肝硬変では抗ウイルス療法を行います。その他、肝硬変による食道静脈瘤に対する治療が必要になる場合もあります。また、腹水の治療で入院が必要になることもありますし、肝性脳症といって意識障害が出ることもあります。治療の一つとして肝移植を受ける場合もあります。

③肝細胞がんを併発した場合

肝細胞がんの治療には切除や肝移植といった手術療法のほかにラジオ波焼灼療法・肝動脈化学塞栓療法・動注療法・分子標的治療薬の内服による治療があります。

※肝細胞がんについては、P57～P58もご参照ください。

3 両立支援に必要な留意点

①疾病・治療に対する理解

- 肝疾患では、早期の「受検・受診・受療」が最も重要です。事業場においては、健診の結果次第で早期受診するように普段から従業員へ周知しておくことが必要です。
- 慢性肝炎であれば、1～2週間に1回の通院が必要です。業務内容の制限は必要ありません。
- 肝硬変になると細かい判断ができなくなることがあるため、業務内容の制限が必要になる場合があります。
- 肝硬変や肝細胞がんへの病気の進行を防ぐことが重要です。そのために定期的な通院治療や経過観察が必要となります。
- 過度の安静は不要であり、適度な運動は体力維持や脂肪肝の予防にもなります。
- 病気が進行すると、記憶力や判断力の低下を来すことがあるため、運転など危険を伴う作業を控える必要が生じることもありえます。
- 肝硬変や肝細胞がんでは検査や治療のために入退院を繰り返すこともありうるので、働き方を工夫する必要があります。

②医療機関での情報共有

- 治療計画を明確に示し、必要な治療時間・回数などを説明することで、継続的な受診・治療ができるような配慮をお願いすることとなります。
- 注射によるインターフェロン治療では一時的な体調不良が見られることがあるため、症状や対処法について十分説明し、勤務日との調整も考慮する必要があります。
- 経過によっては入退院を繰り返すこともあるため、病状に応じた情報提供を行う必要があります。

③安全な通勤のための配慮

- だるさがある場合には、ヘルプマークなどの利用を考えることが必要です。
- 判断力低下がみられる場合は、自動車通勤などは控える必要もあります。

④職場での配慮

- 治療薬の内服時間が食事時間(昼休憩時間)を避けて指定されることがあるため配慮が必要な場合があります。
- 薬の副作用が辛い時には、時間外勤務・休日出勤・出張などの業務上の負担を減らす配慮が必要になります。
- 「全身のだるさ」「脚がつる」「かゆみ」などの症状がみられることがあることを理解しておく必要があります。
- 病状の進行によって判断力低下などがみられることがあり、状況に応じて配慮が必要となります。

⑤配慮するうえでの注意

- ウイルス性肝炎といえども、会話や会食、握手など職場における一般的な行為で感染することは考えられないため、正しい知識の啓発や環境整備を行うことが大切です。
- 血液や体液が付いていない状況であれば、公衆トイレや筆記用具や食器などの共有も大丈夫です。差別につながることがないようにしましょう。
- 会食などの席ではアルコール類は勧めないでください。

【参考文献】

日常生活の場でウイルス性肝炎の伝播を防止するためのガイドライン(一般の方向け)：

厚生労働省：集団生活の場における肝炎ウイルス感染予防ガイドラインの作成のための研究班：代表研究者 四柳 宏
2014年3月発行

治療と仕事の両立支援のための肝炎医療コーディネーターマニュアル：職域におけるウイルス性肝炎患者に対する望ましい配慮及び地域を包括した就労支援の在り方に関する研究：代表研究者 渡辺 哲 2017年2月発行

事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン：厚生労働省：2019年3月改定

定期健康診断結果報告：厚生労働省HP 統計の概要 | 厚生労働省 (mhlw.go.jp)

肝炎のすべてがわかる本：泉並木 2017年1月25日 講談社

【その他 参考となる資料】

日本消化器病学会、「患者さんご家族のための肝硬変ガイド」.

https://www.jsge.or.jp/guideline/disease/pdf/04_kankouhen.pdf

厚生労働科学研究費補助金肝炎等克服政策研究事業(研究代表者 渡辺哲)

「治療と仕事の両立のための肝炎医療コーディネーターマニュアル」

<https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou09/pdf/guideline05.pdf>

産業医科大学、「健康経営のためのウイルス肝炎対策」

<https://www.uoeh-u.ac.jp/kouza/sanhoken/hcv/index.html>

香川大学医学部附属病院、「肝炎就労支援ノート」

<https://www.med.kagawa-u.ac.jp/~kan/pdf/note.pdf>

6

難病分野

1

疾患の概要

①難病の定義

「難病」とは、発病するメカニズムが明らかになっておらず、治療法も確立していない希少な疾患で、これに罹患することによって長期の療養を要する疾病のことです。かつては「不治の病」とされてきましたが、医学の進歩で克服された疾病もあります。完治はしないものの、適切な治療や自己管理を続ければ、普通に生活ができる状態となっている疾患も多くあります。そのために、「病気をもちながら働き続ける」ことが大きな課題になっているのです。

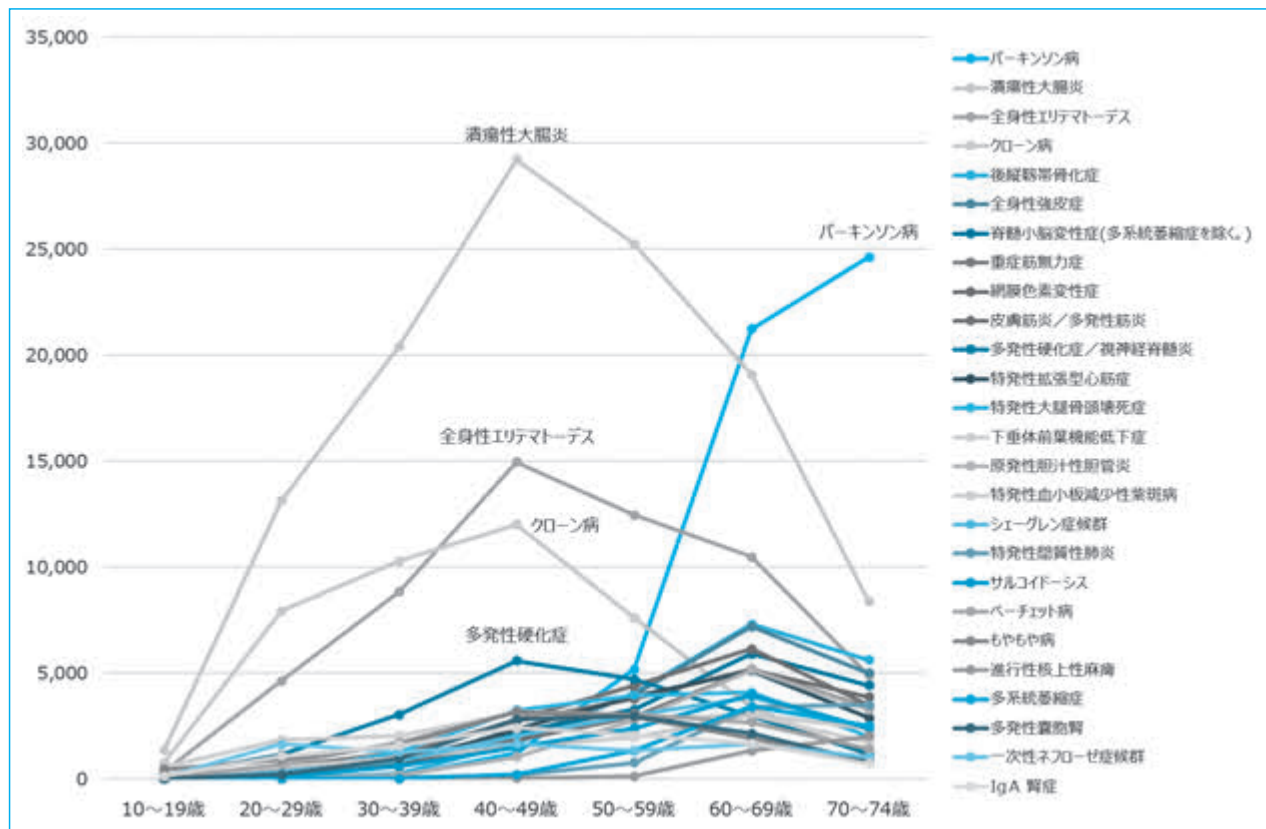
難病のうち、患者数がわが国の人口の0.1%程度以下と少なく、客観的な診断基準またはそれに準ずるものが確立している疾患は、「指定難病」として医療費助成の対象となっています。この制度は「難病の患者に対する医療等に関する法律」(平成26年法律第50号)に基づいて指定される指定難病について、治療方法の確立等を目的に難病患者データの収集を効率的に行って治療研究を推進することに加え、効果的な治療方法が確立されるまでの間、長期療養による医療費の経済的な負担が大きい患者を支援するための制度です。平成27年に110の疾患から医療費助成が開始され、令和3年11月の時点で指定されている難病数は338を数えています。

②疫学

令和元年度時点の衛生行政報告例によると、全国で国から助成金を受給している患者は約94万6千人で、このうち20歳から69歳の就労年齢者は約57万人(約60%)ですが、もちろんこれは受給者数を見たものですから、実際にはより多くの患者がいらっしゃいます。

この報告から作成した医療費助成受給者証所持者の年齢階級別にみたグラフを示します。就労世代では、40代をピークに潰瘍性大腸炎や全身性エリテマトーデス、クローン病、多発性硬化症が多く見られますが、50代以降でパーキンソン病が著明に増加しています。後縦靱帯骨化症、全身性強皮症、皮膚筋炎/多発性筋炎、脊髄小脳変性症なども60代をピークに増加傾向にありますので、就労者の高齢化とともに支援対象となる患者は増加する可能性があります。

主な指定難病の年齢階級別の医療費助成受給者証所持者数



資料: 令和元年度衛生行政報告例より作成

③症状

難病には、症状の変化が毎日ある、日によって変化が大きい、症状が見えづらい等の特徴に加え、進行性の症状を有する、大きな周期でよくなったり悪化したりするという難病特有の症状が見られます。また、その半数以上で合併症や二次障害等が見られるなど、生活の質が損なわれやすいとも言われています。

2 代表的な疾患の治療と経過

①潰瘍性大腸炎・クローン病(炎症性腸疾患)

潰瘍性大腸炎(指定難病97)は、大腸粘膜と粘膜下層を侵し、大腸粘膜のびらんや潰瘍が直腸から連続して生じる炎症性疾患です。特徴的な症状は下痢、血便、腹痛です。重症になると発熱・食欲不振などが加わり、体重減少や貧血を伴うこともあります。30歳代をピークとして全年齢層で発症し、男女差はありません。病状は活動期と寛解期を繰り返します。原因は不明ですが、遺伝的素因に腸内細菌叢の変動が絡みあい、腸管で過剰免疫応答が引きこされることが発症や炎症の持続の機序と考えられており、心理学的要因も関与するといわれています。

生涯にわたっての治療・経過観察、時には入院治療が必要となるため、日常生活・社会生活に困難をきたします。発症から7年以上経過すると大腸がんを合併するリスクが高まるため、症状の有無によらず定期的な内視鏡検査が必要となります。

薬物治療は大腸の異常な炎症を抑えてコントロールすることが目的で、寛解導入療法と維持療法に区別され、ガイドラインに沿ってメサラジンやステロイド薬や免疫抑制剤などで治療されます。しかし、このような

治療に反応せず、稀に大腸全摘術が必要となる方もいらっしゃいます。

クローン病(指定難病96)も炎症性腸疾患のひとつですが、潰瘍性大腸炎とは異なり、口腔から肛門にいたるまでの消化管のどの部位にも炎症や潰瘍が起こります。小腸と大腸を中心として特に小腸末端部が好発部位で、非連続性の病変を特徴とし、腹痛や下痢、血便、体重減少などが生じます。腸以外の全身にも合併症が起こることがあり、関節炎は30%以上の患者にみられ、皮膚症状(結節性紅斑など)は2%程度、眼症状(光彩炎)は1~2%程度合併します。主として10~20歳代の若年者に好発し、男性で女性の約2倍多く見られます。病状は寛解導入に成功しても再発・再燃を繰り返しながら進行すると言われています。原因は不明ですが、なんらかの遺伝的素因を背景として、腸管の免疫細胞が過剰に反応して病気の発症、増悪にいたると考えられています。世界的には、先進国に多く北米やヨーロッパで高い発症率を示しており、衛生環境や食生活が大きく影響し、動物性脂肪、タンパク質を多く摂取し、生活水準が高いほどクローン病にかかりやすいと考えられています。また喫煙は2倍以上発症リスクを上げるとわれています。

潰瘍性大腸炎と同様に内科治療が主体となることが多いですが、腸閉塞や穿孔、膿瘍などの合併症には外科治療が必要となり、その際には腸管をできるだけ温存するために、小範囲の切除や狭窄形成術などが行われます。近年は生物学的製剤(抗TNF- α 抗体薬など)の登場により炎症性腸疾患、特にクローン病の治療効果の向上が期待できるようになりました。

<就労上の留意点>

- ・潰瘍性大腸炎もクローン病も寛解時においても食事や栄養管理が基本となります。
- ・ストレスは避けたいですが、疲労がたまらない適度な運動は推奨されます。
- ・寛解期には就労も特に制限されませんが、疲労やストレスには注意が必要です。
- ・頻回の下痢や便意がある場合には、工作中や移動中のトイレ時間が必要となります。
- ・本人としてはおなかの調子が良くても病気が悪化していることもあるので、定期的な内視鏡検査を受けることが必要です。
- ・特にクローン病では受動喫煙に留意が必要です。
- ・人工肛門をつけている方もいます。

②全身性エリテマトーデス(SLE)

全身性エリテマトーデス(Systemic Lupus Erythematosus: SLE)(指定難病49)は、妊娠可能年齢の女性に好発する慢性炎症性疾患で、抗二本鎖DNA抗体などの自己抗体産生と免疫複合体形成が起こり、これが組織に沈着することで炎症が惹起され活動性病変を呈します。発熱、全身倦怠感などの炎症症状と、関節、皮膚、そして腎臓、肺、中枢神経などの内臓のさまざまな症状が一度に、あるいは経過とともに起こってきます。原因は不明ですが、免疫の異常が病気の成り立ちに重要な役割を果たしており、性ホルモンの関与が考えられています。また、ウイルス感染や紫外線などの様々な環境因子が発症や増悪の誘因となると考えられています。男女比は約1:9と圧倒的に女性に多い病気です。なかでも生理が始まってから終わるまでの期間に多く、子供や老人では男女差が少なくなります。

全身症状(発熱、全身倦怠感、易疲労感、食欲不振など)、皮膚症状(有名なのは、頬にできる蝶が羽を広げている形をした赤い発疹で、蝶型紅斑と呼ばれています)や関節症状(手や指が腫れる有痛性関節炎、日によって場所が変わる移動性関節炎)がほとんどの患者に見られます。口内炎や脱毛も見られることがあります。これに、さまざまな内臓の病気(ループス腎炎、心病変、肺病変、消化器病変など)や神経精神症状、血管の病気、血液異

常など多彩な病状が加わりますが、これらの組み合わせは多様で、症状や重症度は個々の患者で大きく異なります。

治療は免疫抑制効果のあるステロイドが主体ですが、効果が薄い例では免疫抑制剤も使われます。薬物治療の継続が必要ですが、5年生存率は95%以上にまで改善しています。

<就労上の留意点>

- ・継続治療のため定期的な外来受診が必要です。
- ・日によって調子の波があるのが特徴です。
- ・ストレスや睡眠不足は悪化させる因子であり注意が必要です。
- ・増悪因子と考えられる、紫外線、感染症を避け予防することが大切です。
長時間の直射日光は避け、帽子、長袖の服、日焼け止めをしっかりと使うことが必要です。
- ・ステロイド服用しており、マスク着用や手洗い・うがいなど一般的な感染予防が大切です。
- ・感染症を起こした場合も、決して副腎皮質ステロイドを中止しないようにします。長期間の副腎皮質ステロイド内服のため副腎皮質のストレス反応が十分に起きにくくなっているため、中止すると副腎不全を起こしてショック状態になる危険があります。
- ・災害時などに備えて副腎皮質ステロイドを継続できるよう、普段から少し余分に持っておいたほうが良いでしょう。
- ・血圧を正常に保つことも重要です。自宅でも血圧を測定することを心がけましょう。
- ・体重やコレステロール、血糖についてもしっかりコントロールし、増えすぎないように注意しましょう。

③多発性硬化症(MS)と視神経脊髄炎(NMO)

多発性硬化症(Multiple Sclerosis: MS)(指定難病13)は中枢神経系の炎症性脱髄性疾患の一つです。神経細胞から出る細い軸索は、まるで電線がビニールの絶縁体で被われているように、髄鞘というもので被われています。この髄鞘が壊れて中の神経がむき出しになる病気が脱髄疾患です。この脱髄が斑状にあちこちででき、病気が再発を繰り返すのが多発性硬化症です。MSの発症には自己免疫学的機序と環境因子が関与しているといわれており、30歳代の若年成人に多く発症します。

視神経脊髄炎(Neuromyelitis Optica: NMO)は、主に視神経や脊髄に病変を認めるもので、MSよりも発症年齢が高く、女性に多い特徴があります。

MSやNMOの症状はどこに病変ができるかによって多種多様です。視神経の病変では視力低下や視野が欠けたりします。脳幹部の病変では、目を動かす神経が麻痺して複視や眼振を認めたり、顔の感覚や運動麻痺がでたり、ものが飲み込みにくくなったり、しゃべりにくくなったりします。小脳の病変ではまっすぐ歩けなくなり、手がふるえたりします。大脳の病変では手足の感覚や運動の障害、さらに認知機能にも影響を与えることがあります。脊髄の病変では胸や腹の帯状のしびれ、ぴりぴりした痛み、手足のしびれや運動麻痺、尿失禁、排尿・排便障害などが起こります。

通常型MSの多くは再発・寛解を繰り返しながら慢性に経過をとります。再発の回数は年に3~4回から数年に1回と差が大きく、再発を繰り返しながらも障害がほとんど残らない患者もおられます。しかし、一部のMSでは初期に再発・寛解を示した後、しだいに進行性の経過をとる場合があります。また、最初から寝たきりとなり、予後不良の経過をとる患者もおられます。MSの診断がついたらなるべく早く再発予防の治療を開始するよう勧められています。一方、NMOでは進行型を呈する方はほとんどなく、再発型とされています。NMOの再発は視力障害や脊髄障害などの症状が重篤になることが多いため、出来るだけ再発予防の治療を

行うよう勧められています。

<就労上の留意点>

- ・過労やストレス、感染などは再発の危険因子であり避ける必要があります。
- ・体温が高くなると一過性にMSの症状が悪くなることがありますので(ウートフ徴候)、そのような場合には高温の作業現場や入浴やサウナは避けた方が良いでしょう。

④パーキンソン病

パーキンソン病(指定難病6)は、振戦(手のふるえ)、動作緩慢、筋強剛、姿勢保持障害を主な運動症状とする病気で、ほとんどが50歳以上で起こる病気です。まれに40歳以下で起こる方もあり、若年性パーキンソン病と呼んでいます。中脳の黒質ドパミン神経細胞が減少して起こります。ドパミン神経が減ると体が動きにくくなり、ふるえが起りやすくなります。運動症状が出現する前から、嗅覚障害、便秘、レム睡眠行動異常などが認められます。

治療の基本は対症療法としての薬物療法で、ドパミン神経細胞が減少して少なくなったドパミンを補うためにドパミン前駆物質のL-dopaを服用します。しかし、この薬も長期間服用すると効果が減弱したり副作用が出たりします。このためパーキンソン病では、複数の薬を組み合わせで治療するのが一般的です。薬によって、服薬のタイミングが異なりますので、その理由をよく理解して服薬することが大切です。また、パーキンソン病の治療薬以外の薬を併用するときには、飲み合わせに注意することも大切です。

生活面では運動、睡眠、食事、薬が基本です。運動は健康維持に必須です。激しい運動ではなく散歩やストレッチが勧められています。

パーキンソン病の重症度分類には、下記のHoehn-Yahr(ホーン・ヤール)重症度分類(ヤールの重症度分類)と生活機能障害度が用いられています。

● Hoehn-Yahr重症度分類

- 0度 パーキンソニズムなし
- 1度 一側性パーキンソニズム
- 2度 両側性パーキンソニズム
- 3度 軽～中等度パーキンソニズム。姿勢反射障害あり。日常生活に介助不要
- 4度 高度障害を示すが、歩行は介助なしにどうにか可能
- 5度 介助なしにはベッド又は車椅子生活

● 生活機能障害度

- 1度 日常生活、通院にほとんど介助を要しない。
- 2度 日常生活、通院に部分的介助を要する。
- 3度 日常生活に全面的介助を要し、独立では歩行起立不能。

<就労上の留意点>

- ・転倒しやすくなるので、作業場内の導線や通勤などに注意が必要です。
- ・細かい作業に困難になることがあります。
- ・薬物コントロールのために入院が必要となることがあります。

3 難病に対する両立支援に必要な留意点

①疾病・治療に対する理解

就労上で問題となる症状として、「痛み」や「手足に力が入らない」、「倦怠感」といったものもあり、外見上では分かりにくい症状に悩まされている場合も多く、患者や家族の訴えを良く聴取することが求められます。また、治療のために専門病院への通院が必要となる場合も多く、特に医療機関が遠方の場合には特段の配慮が必要となります。

難病というイメージで誤解されることが多いのですが、ほとんどの難病はうつる種類の病気ではありません。難病の病因は様々ありますが、免疫機能の異常で自分自身の体を攻撃する状態になるとか、神経伝達物質の異常により発症する場合などが代表的な病因であり、日常業務でうつる可能性はありません。むしろ、難病のある人の中には免疫力が低下している人もいるため、逆に周囲で風邪をひいている人などがあれば、それを難病のある人にうつさないように注意することが必要となります。

②医療機関での情報共有

- ・ 難病そのものによる症状の他に合併症があるかどうか、そしてその内容を把握する必要があります。
- ・ 症状に変化がみられる場合は、「症状がより重度な状態（＝支援を最も必要とする状態）」の詳細な聞き取りを行うことが重要です。
- ・ 逆に「症状が軽度な状態」はどの程度なのか、「どのくらいの時間・期間で症状が変化するのか」等についても十分確認を行うことが必要です。
- ・ 変化の例としては、1日の中で変動するのか、毎日変動するのか、急に重くなるのか、数か月単位なのか、季節や天候で変わるのか等を確認します。
- ・ 治療経過や投薬の状況、副作用、通院などの治療計画、今後の見通しなども分かる範囲で把握する必要があります。
- ・ 二次障害についてもよく聞いておくことが必要です。障害手帳の有無や障害福祉サービスの利用状況なども把握しておくことが望ましいでしょう。
- ・ 症状を悪化させないための留意点や、悪化時の対応なども主治医に確認しておく必要があります。

③安全な通勤のための配慮

- ・ 体力や免疫低下を考慮した通勤方法の検討する必要があります。
- ・ 目に見えない障害に対する配慮、ヘルプマークなどの利用を検討する必要があります。
- ・ 自動車運転に注意を要する病態もあります。

④職場での配慮

- ・ 体調や通院日を考慮したシフト作成、休憩時間の検討する必要があります。
- ・ 早朝勤務や夜間勤務から外せるかどうかの検討する必要があります。
- ・ 受診日の前後は体力低下が見られることが多く、対象に合わせた業務内容に配慮する必要があります。

⑤配慮するうえでの注意

- ・ 症状の個別性が高い疾病が多いので、症状や配慮について都度確認を行いましょう。
- ・ 寛解時には適切な運動等は勧められており、過度の安静にならないように留意しましょう。

4 難病関連の支援機関

①難病情報センター（公益財団法人難病医学研究財団）

平成9年度よりホームページを開設しており、難病のうち、難治性疾患政策研究事業の対象としている疾病を中心に、難病患者やそのご家族をはじめ、医療関係者などの利用を想定した関係情報の提供を行っています。

※ 難病情報センターHP：<https://www.nanbyou.or.jp>

②難病相談支援センター

平成15年度以降、各都道府県に設置されている「難病相談支援センター」では、地域で生活する難病患者・家族等の日常生活上における悩みや不安などの解消を図るとともに、患者等のもつ様々なニーズに対応したきめ細かい相談支援（電話や面接による相談、患者会活動、医療相談、就労支援など）を行っています。

※ 都道府県難病相談支援センター一覧：<https://www.nanbyou.or.jp/entry/1361>

③ハローワーク

全国のハローワークの専門援助窓口には、難病患者就職サポーターが配置され相談を受付けている。難病患者就職サポーターは医療・社会福祉等の資格保有者又は実務経験者、キャリアコンサルタント・産業カウンセラー資格保有者等で、難病患者の相談に関する1年以上の業務経験をもっています。

【参考文献】

厚生労働省HP 難病患者の就労支援

難病患者の就労支援 | 厚生労働省 (mhlw.go.jp)

難病情報センターHP

難病情報センター – Japan Intractable Diseases Information Center (nanbyou.or.jp)

7

心疾患分野

1

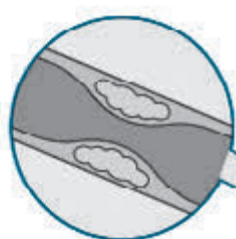
疾患の概要

①心疾患の定義

心疾患とは、心臓に生じる病気全般のことです。心疾患は1つの病名ではなく、脈の乱れを起こす病気や、冠動脈や心臓弁の病気、先天性な心臓病など、“心臓に起こる病気の総称”として用いられます。主な疾患としては「虚血性心疾患」「不整脈」があり、さらに、色々な疾患が原因となって生じる「心不全」と呼ばれる病態があります。これらの心臓の病気は単独でも起こりえますが、複数の心疾患がお互い原因となり結果となることから、患者は多数の心疾患に悩まされることも少なくありません。

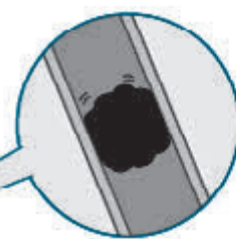
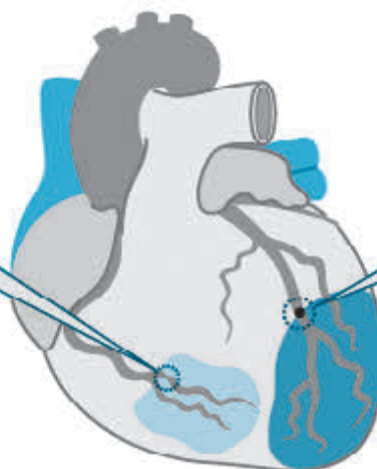
心臓は全身に血液を送り出すポンプ機能を担う重要な臓器です。心疾患によって心臓にダメージが生じると、心臓の機能は徐々に低下し、重篤な心不全を引き起こし、死に至ります。病気によって発症後、急激に悪化するケースと、長い年月をかけてゆっくり悪くなっていくケースがあります。

原因は心臓の病気によって大きく異なります。まず、心筋梗塞や狭心症などの「虚血性心疾患」は、心臓の筋肉に栄養を送る冠動脈が閉塞・狭窄することによって引き起こされます。次に、「不整脈」は心臓に流れる電流の発生源や伝達経路に異常があることで生じます。その原因としてさまざまな病気が挙げられ、心臓にダメージが生じること、心臓に負担がかかることなどでも発症します。そして「心不全」は、心臓のポンプとしての機能が低下した状態を言います。虚血性心疾患、不整脈、弁膜症、高血圧、先天性心疾患など様々な疾患が原因となります。



狭心症

血管が狭くなり、血液の流れが悪くなるため血液不足になる



心筋梗塞

完全に血管が詰まり、そこから先への血液の流れが途絶える

出典：厚生労働省「スマート・ライフ・プロジェクト」

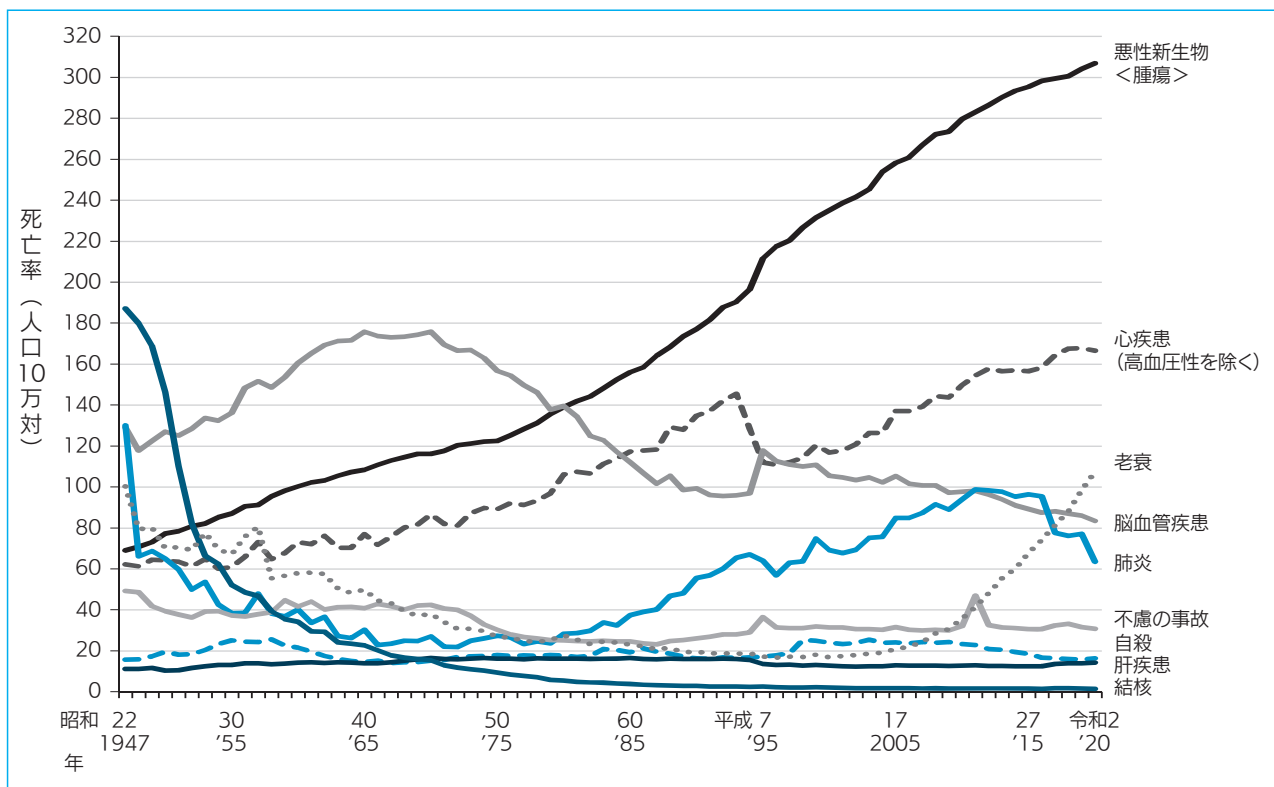
②疫学

心疾患による死亡率は「がん」に次いで死因第2位を占めています。がんが様々な臓器全般を指すものであると考えると、心臓が原因で死亡する患者が臓器別ではとても多いことに気づかれると思います。今後、高齢者が増え続けることを考慮すると、平均寿命を延ばすためには、「心疾患」の克服が必須であるといえます。

また、近年の社会問題として高齢者で心不全に罹患する患者が爆発的に増加しています。「心不全パンデミック」と称され、根本治療が困難であることから、患者の約20%~40%は1年以内に再入院し、入退院を繰り返すため予後は悪く、医療経済的にも大きな問題となっています。

こうしてみると、「心疾患＝死に至る病」というイメージをもってしまいますが、厚生労働省の平成29年度患者調査の概況において、心疾患を有する患者の数は173万2000人とされています。つまり多くの心疾患を持つ患者は、再発の危険性に怯えながら日々生活を送っていることがわかります。心疾患は病気の性格上、基本的には動脈硬化が進行を速める40歳代以降に急速に増加する疾患群であることを考えると、就労年齢の高齢化と相まって、両立支援の対象者はさらに増加すると予想されます。

主な死因別にみた死亡率(人口10万対)の年次推移



出典：厚生労働省「令和2年(2020)人口動態統計月報年計(概数)の概況」作成

③症状

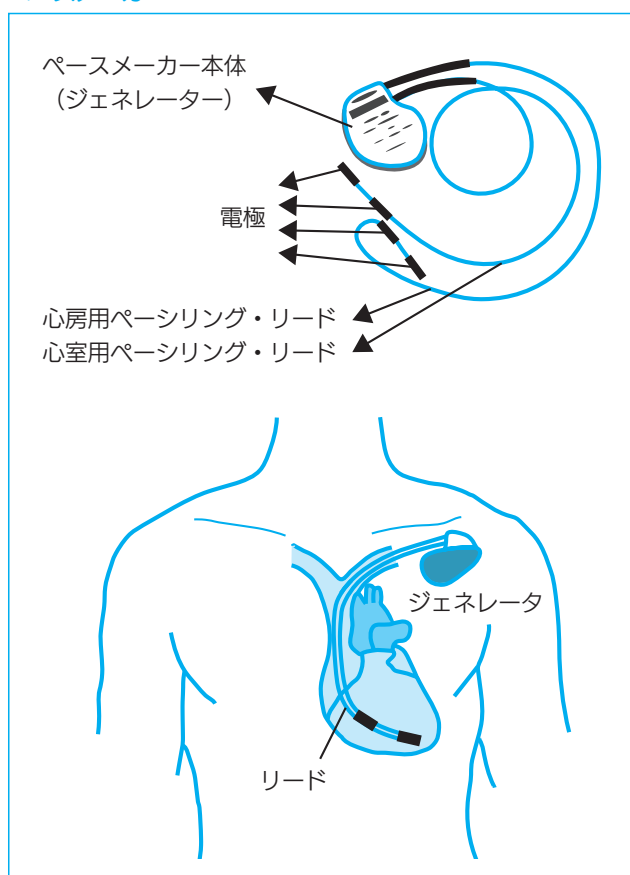
心疾患の症状は、その原因が何なのかによって異なります。虚血性心疾患は、突然の強い胸の痛みや吐き気などの症状が見られます。また、不整脈は動悸やめまいなどの症状が目立ち、心不全は息切れや手足のむくみを訴えられることが多いです。

また、心疾患は心筋梗塞などのように突然発症することがある一方、発症早期には症状が軽微で、慢性的に経過することもあります。患者が放置しているうちに、長年にわたり心臓に負担をかけるため、知らぬ間に重症の心不全に移行し、治療に難渋するケースも少なくありません。

2 代表的な治療と経過

- **薬物療法**: 心疾患の種類によって異なりますが、基本的には、「減負荷療法」と言い、心臓の負担を減らす内服薬が処方されます。更に虚血性心疾患や心房細動においては、動脈の閉塞を防ぐ目的で、血をサラサラにする薬(抗血小板薬・抗凝固薬)を処方継続します。
- **カテーテル治療**: 上下肢の血管から、カテーテルと呼ばれる管を心臓まで通して治療を行います。以前は虚血性心疾患のみで行われていた治療も、今日では不整脈から弁膜症にまで、多岐にわたる疾患で積極的に行われています。
- **デバイス治療**: 脈が遅くなる不整脈に対しては「ペースメーカー」と呼ばれるデバイスを植込み、脈拍を正常に保ちます。突然発生し、死に至る不整脈を持つ患者については、発作時に電気ショックなどが作動し突然死を防ぐ「植込み型除細動器」の植込みを行います。他に一部の心不全患者には「心臓再同期療法」デバイスを植え込むことがあります。
- **外科的手術**: 内科的治療が困難なときには、外科的治療を行います。代表的なものとして、虚血性心疾患において冠動脈と別の血管を繋ぐ「冠動脈バイパス術」や、心臓弁膜症に対して、弁を取り替える「弁置換術」、弁をリペアする「弁形成術」があります。時に重篤な心不全に対しては「心臓移植術」を選択することがあります。
- **心臓リハビリテーション**: 心疾患の再発や再入院を防止し、家庭生活や社会生活に復帰することをめざしておこなう総合的活動プログラムのことを言います。運動療法だけでなく、動脈硬化の進行防止や心不全の悪化阻止を目的として、食事指導や禁煙指導も行います。

ペースメーカー



3 両立支援に必要な留意点

① 疾病・治療に対する理解

心疾患は命に直結する病気であるという認識から、将来働き続けられるか否かを不安に思い、職場復帰に関して思い悩まれる患者は多いと思われます。しかしながら現実的には、日常的な配慮を適切に行うことで職場復帰が可能なことがほとんどです。

ただし、心疾患といっても病状や重症度には幅があり、必要となる治療法も千差万別です。もちろん心疾患の場合は仕事による身体的・精神的ストレスが直接心不全の悪化や不整脈の誘発、虚血性心臓病の再発などにつながるため、日ごろから主治医と相談しながら、心臓の状態を正確に把握し、時には仕事の内容を変更し、作業強度を制限することも必要となることがあります。例えば、電磁波はペースメーカー等のデバイスに大きな影響

を与えますし、過度の運動負荷は狭心症発作の誘発につながります。

心疾患患者は一見、ほぼ健康人と変わらず、日常生活にも支障がないのですが、無症状でも長期的に心機能の低下をきたすこともまれではなく、再発のたびに生命予後を短くしていくことから、一旦、職場復帰しても放置することなく、その時々の子臓の状態を評価して職場環境や仕事内容を見直していく必要があります。

②医療機関での情報共有

心疾患の病状を把握するために、主治医や看護師、リハビリスタッフなどの多職種と連携して情報収集を行う必要があります。心疾患で問題となるのは、前述したように患者は複数の心臓疾患を合併していることがほとんどであり、時に体内にペースメーカー等の様々な医療デバイスが埋め込まれていることもあります。医療関係者はどういう立場からでも、患者の最新の治療内容を正確に把握しておくことが大切です。医療機関内のコーディネーターが急性心筋梗塞等の重症疾患を早期から支援開始した場合には、治療計画だけでなく、急変時の対応などを慢性期の医療機関に申し送り、正確な情報共有が必要であると考えます。

③安全な通勤のための配慮

不整脈発作などによって失神を繰り返すおそれがある場合、心疾患には自動車運転の制限が政令により定められているものがあります。特に植込み型除細動器は作動状況によって一定期間、運転が制限されたりします。通勤時を含め、自動車運転が必要な場合には主治医の先生に運転の可否について尋ねておく必要があります。もちろん運転の許可が出れば、通常は自家用車での通勤は可能と考えますが、職場には報告しておくべきです。なお、植込み型除細動器植込み後はある種の職業運転に関して、意識消失発作や除細動器のショック治療が重大な事故に結びつく可能性があるため、許可されていません。

④職場での配慮

胸骨を切開して心臓血管外科の手術を受けた患者は、胸骨が癒合するまでの一定期間重いものを持ち上げたりする作業は避ける必要があります。

また、心不全の患者は、過度の身体的作業により症状の悪化や不整脈発作などを引き起こす可能性があるもので心機能に応じた作業制限が必要となる場合があります。

ペースメーカーや植え込み型除細動器などの心臓デバイスを植え込んだ患者は、高電圧配線や配電盤・溶接機など強力な電磁波を発生する機器がある職場環境において電磁干渉によるデバイス機能不全や不適切作動を生じる恐れがあるため、これらの機器を用いた作業や区域の立ち入り制限が必要になる場合があります。

このように職場復帰において必要な配慮は患者の病状・治療内容だけでなく職場環境や作業内容によって大きく異なります。安全な就労と治療の両立を図るためには職場と医療機関の情報共有と連携が不可欠であると考えます。

⑤配慮するうえでの注意

前述したように心疾患は、身体的・精神的ストレスがダイレクトに心機能自体に影響を与える比較的なイブな病気です。心臓病の程度が周囲の人間には見えにくいいため、職場の同僚から理解してもらえなかったりすると、ついつい頑張りすぎて、身体的疲労感だけでなく、精神的な疎外感を感じ、さらなる病状の悪化につながります。そういう意味では普段から職場の同僚や上司とコミュニケーションをとり、現在の病状に関して理解してもらうことが大切であるとともに、自分自身のストレスに目を向け、自己管理することも重要となってきます。

【参考文献】

Circulation Journal.2015; 79(11): 2396-2407

日本循環器学会「不整脈非薬物治療ガイドライン(2018年改訂版)」

