

主治医・プライマリケア医のための  
産業医・患者の職場との連携ガイド



厚生労働省 労災疾病臨床研究事業費補助金(平成26-28年度)  
「主治医と産業医の連携に関する有効な手法の提案に関する研究」

研究代表者  
横山和仁

研究分担者  
綿田裕孝 谷川 武 松平 浩 竹村洋典 福田 洋  
齊藤光江 小田切優子 桑原博道 遠藤源樹

ガイド作成事務局  
北村文彦 武藤 剛

平成29(2017)年3月

## はじめに

少子高齢化や疾病予後の向上により、近年わが国では、治療と職業生活の両立支援の取り組みの重要性が高まっています。両立支援には、働く人を中心とした関係者の円滑な連携が重要です。職域の産業保健スタッフ・医療機関の主治医／プライマリケア医・そして事業者が、より主体的に、緊密な連携を取ることが求められます。

このガイドは、「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」（平成28年2月、厚生労働省）を活用するために、両立支援にかかわる関係者が、お互いにどのように連携していくことが望ましいか、そのコツやヒントをまとめたものです。

主治医・プライマリケア医の先生方向けの本ガイドでは、両立支援に向けた主治医の役割、連携が求められる状況と便利なツールを示します。連携で気になる、守秘義務をはじめとする法・倫理的事項やコスト（費用請求）についても説明します。

時間に余裕のない方は、はじめに2ページにあるチェックリストで点検してみましょう。患者の両立支援のために、主治医としての役割をどこまで果たしているか、はっきりするかもしれません。

なおこのガイドは、様々な診療科の先生に役立つよう、一般的な手順や注意点を示していますので決して絶対的なものではありません。先生方の日々のご診療の状況にあわせて、工夫しながらご活用ください。

## 目 次

はじめに .....	0
0. 両立支援と関係者連携へ向けた、主治医としての役割を確認しましょう … 「両立支援・関係者連携に向けた主治医の役割チェックシート」	1
I. 両立支援と関係者連携についての基礎知識 .....	3
1. 治療と職業生活の両立支援とは	
2. 両立の現状	
3. 関係者間の連携の重要性	
4. 主治医／プライマリ・ケア医の立場からみた両立支援の意義と方法	
II. 患者の職業生活支援に向けた、主治医の役割 .....	10
1. プライマリケア医	
2. がん主治医	
3. 精神科・心療内科主治医	
4. 整形外科主治医	
5. 睡眠呼吸障害主治医	
6. 生活習慣病(2型糖尿病・高血圧・脂質異常症)主治医	
7. 難病・自己免疫疾患主治医	
8. 健診機関担当医	
III. 患者の職場・産業医との連携方法 .....	39
1. 連携で役に立つ医療情報とは(主治医意見書の書き方)	
2. 連携の方法がわからないとき	
3. 連携をサポートする職種と諸機関	
4. 連携に関するコスト	
IV. 主治医として産業医・産業保健スタッフを活用するために .....	42
— 産業医や産業保健スタッフの役割	
V. 連携に関する法・倫理的課題 .....	43
1. 連携を生かした合理的配慮	
2. 連携の際の個人情報保護	

## 0. 両立支援と関係者連携へ向けた、主治医としての役割を確認しましょう

「病気を診ずして病人を診よ」という言葉があります。日々の診療で忙殺される主治医の先生の負担は増すばかりですが、慢性疾患を抱え、外来通院と仕事を両立したいと考える患者はますます増えています。

少し前に、女優業を全うすることを優先し標準的ながん治療を受けないという選択が話題になりました。臨床医は、最新の治療で患者の病気を治すことをまず考えます。しかし治療によって職業生活の継続が困難になることを望まない患者に対しては、ベストではなくベターの治療も選択肢になることがあります。できるだけベストに近い治療法を選択し、職業生活との両立をめざすことが求められる時代になっています。

仕事を続ける理由は、生きがい、生活の糧など人それぞれですが、高額治療費を払うためという人もいます。患者の治療を支えるためにも、職業生活の考慮は避けられません。

両立支援の推進には、関係者間の連携は不可欠です。患者が両立支援を希望する場合、医療機関内部の多職種連携に加え、職場の産業医をはじめとする関係者との協働が望まれます。臨床医学と社会医学の接近・協働、具体的には、主治医が Sick Note(病休診断書)に加えて Fit Note(復職・両立支援意見書)を作成することは、欧州を中心とした世界的な潮流です。

まずは両立支援と関係者連携について、主治医としての役割をチェックシートで確認してみましょう。



## 両立支援・関係者連携に向けた主治医の役割チェックシート

以下の質問の賛否をお答えください	○そうだ ×ちがう	解説 (参照ページ)
1 臨床医は患者の治療を医学的に検討することが最優先課題であり、患者の社会生活を考慮する必要性や意義はない		☞仕事を理由に、通院や内服を主治医の指示とおりに行えず、治療効果に影響している場合があります(☞31 ページ)
2 患者の仕事を考慮した治療を行う気持ちはあるが、診療現場が忙しすぎて手が回らない		☞医療機関内の多職種連携や、連携ツールで解決する可能性があります(☞40 ページ)
3 連携の趣旨は理解できるが、会社の窓口がみえずどう連携したらよいかわからない		☞原則として本人を介した連携ですが、窓口やツールのヒントはあります(☞40 ページ)
4 連携の趣旨は理解できるが、守秘義務の点での不安や、提供情報がどのように使われ管理されるかの不安が大きい		☞産業医や産業看護職は守秘義務を有しています。また企業が求めるのは病気の詳細よりも、職場での配慮内容や治療の見通しです(☞44 ページ)
5 連携の趣旨は理解できるが、会社に雇われている産業医や産業看護職が、患者のために熱心に働くとは思えない。患者も産業医の存在など職場で見聞きしたこともないという。		☞産業医や産業看護職は、「産業保健専門職の倫理指針」等にのっとり、労働者の安全と健康を守るために働きます。50人以上の事業場には産業医の選任義務が事業者にあり、小規模事業場では各県産業保健総合支援センターや地域産業保健センターが対応します(☞42, 44 ページ)
6 職場に提出する「職場復帰・就労に関する主治医意見書」の作成を患者から依頼されたが、そもそも患者の職場での情報がわからず、何を書いたらよいかわからない		☞職場の情報は、患者に尋ねるか、職場で「両立支援・職場復帰支援リーフレット」の用意があれば患者が活用できる社内制度が把握できます(☞15 ページ)
7 「主治医意見書」の作成や連携で要したコストをどのように請求・処理すればよいかわからない		☞意見書の作成は、現段階では基本的には文書料の形で請求します。少数ですが、患者が医療機関で支払い後に企業や健保に請求できる場合があります(☞41 ページ)

○はいくつつきましたか？

○のついた項目は、両立支援や関係者連携について、参照ページをご覧ください

## I. 両立支援と関係者間連携についての基礎知識

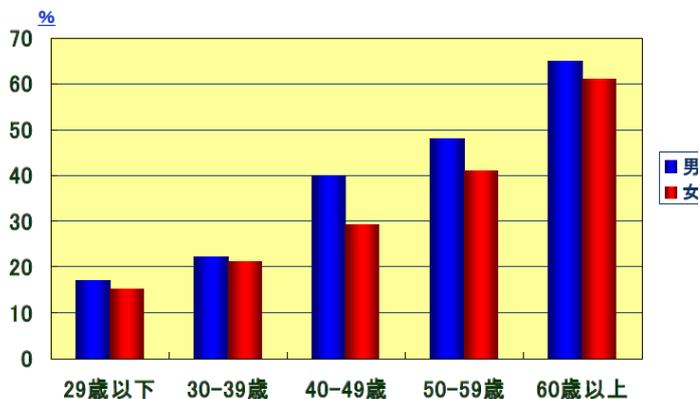
### 1. 治療と職業生活の両立支援とは

「治療と職業生活の両立」とは、「病気を抱えながらも、働く意欲・能力のある労働者が、仕事を理由として治療機会を逃すことなく、また、治療の必要性を理由として職業生活を妨げられることなく、適切な治療を受けながら、生き生きと就労を続けられること」です(厚生労働省「治療と職業生活の両立等の支援に関する検討会報告書」平成24年8月)。「仕事を理由として治療機会を逃すことなく」には、がんを含めた生活習慣病の早期発見と早期治療による重症化予防が含まれます。「治療の必要性を理由として職業生活を妨げられることなく」には、治療による休業からの職場復帰とその後の職業生活継続の支援が含まれます。

日本社会の少子高齢化と治療の進歩により、高年齢有病労働者は増加しています。また、ワークライフバランス、ダイバーシティ、働き方改革といった言葉に象徴されるように、企業の人材活用へ向けた取組みはますます盛んになってきています。このような機運は欧州を中心とした海外でもみられ、慢性腰痛やメンタルヘルス不調による休業からの早期復帰を支援する試みがなされています。

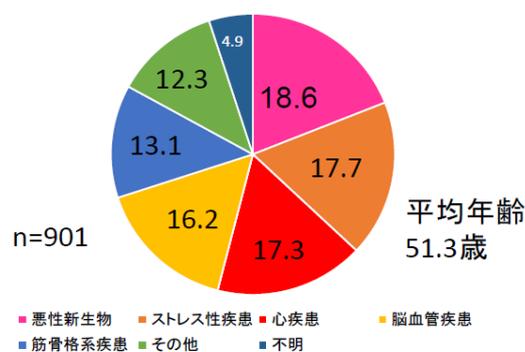
メンタルヘルス不調による休業からの職場復帰支援については、「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き」(厚生労働省、平成21年改訂)の普及により、多くの事業場で産業医をはじめとする産業保健スタッフを中心とした取り組みが進んできています。今後は、がんをはじめとする幅広い疾患を有する労働者の支援が求められます。

#### 持病を有する労働者の割合



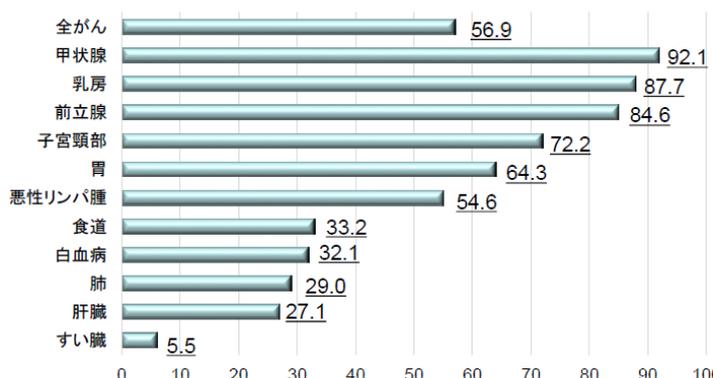
出典:厚生労働省、2007

#### 有病労働者の病気の内訳



出典:平成25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対策事業調査結果

#### がんの5年相対生存率(%)



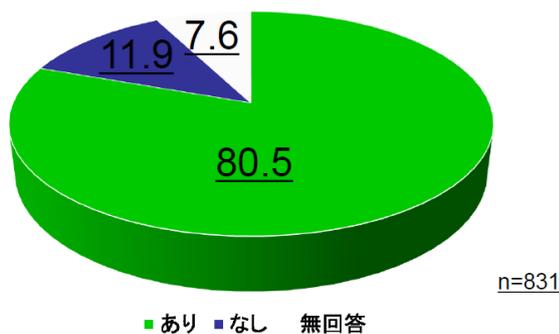
出典:国立がん研究センターがん対策情報センター

## 2. 両立の現状

治療と職業生活の両立支援では、今後取り組むべき課題が多く残されています。平成26年の調査では、がん患者の8割は就労を継続したいと考えており、その理由として、生計維持・生きがい・さらに治療代を賄うことが挙げられています。しかし「がんと診断され、退職する」選択肢をとる方も少なからずいることが指摘されています。退職の理由として、「周囲に迷惑をかけたくない」や「職場の勧め」という回答も挙げられています。「病気を治療しながら仕事をつづける」という選択肢があることを、より多くの労働者や管理監督者に伝える必要があると考えられます。

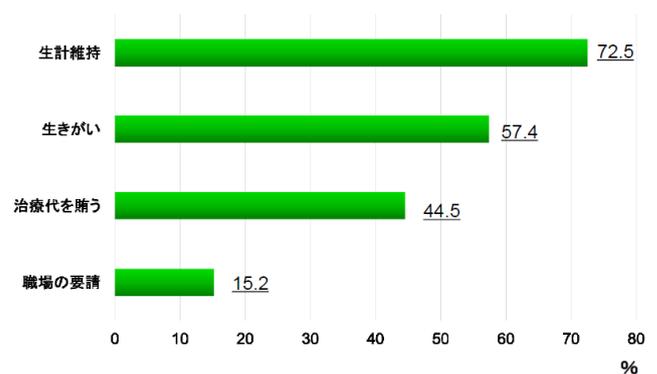
平成25年の調査では、正規雇用の約15%、非正規雇用の約30%の労働者が、治療と仕事を両立できていないと回答しています。また、両立に関する社内研修は、メンタルヘルスに関してのみ実施している事業場が約2割であり、7割の事業場は未実施です。職場全体で、研修をふくめた両立支援の体制整備をすすめることが重要と考えられます。

### 今後の就労継続の意向(がん患者)



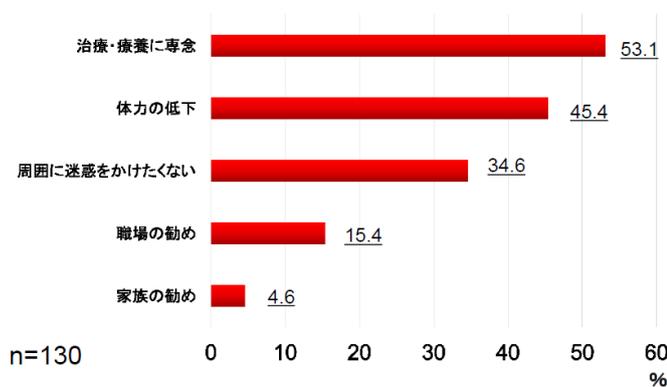
出典：東京都「がん患者の就労等に関する実態調査」報告書（平成26年5月）

### 仕事を続けたい理由(複数回答)



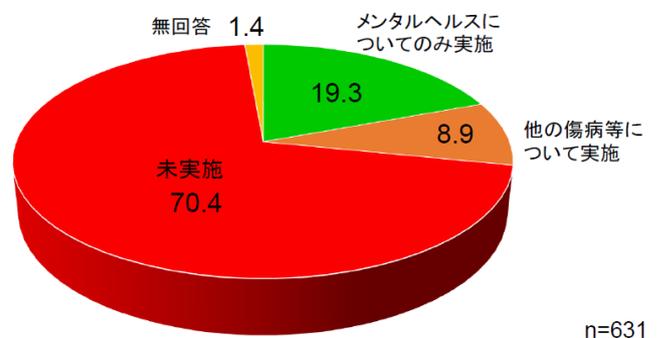
出典：東京都「がん患者の就労等に関する実態調査」報告書（平成26年5月）

### 退職の理由(複数回答)



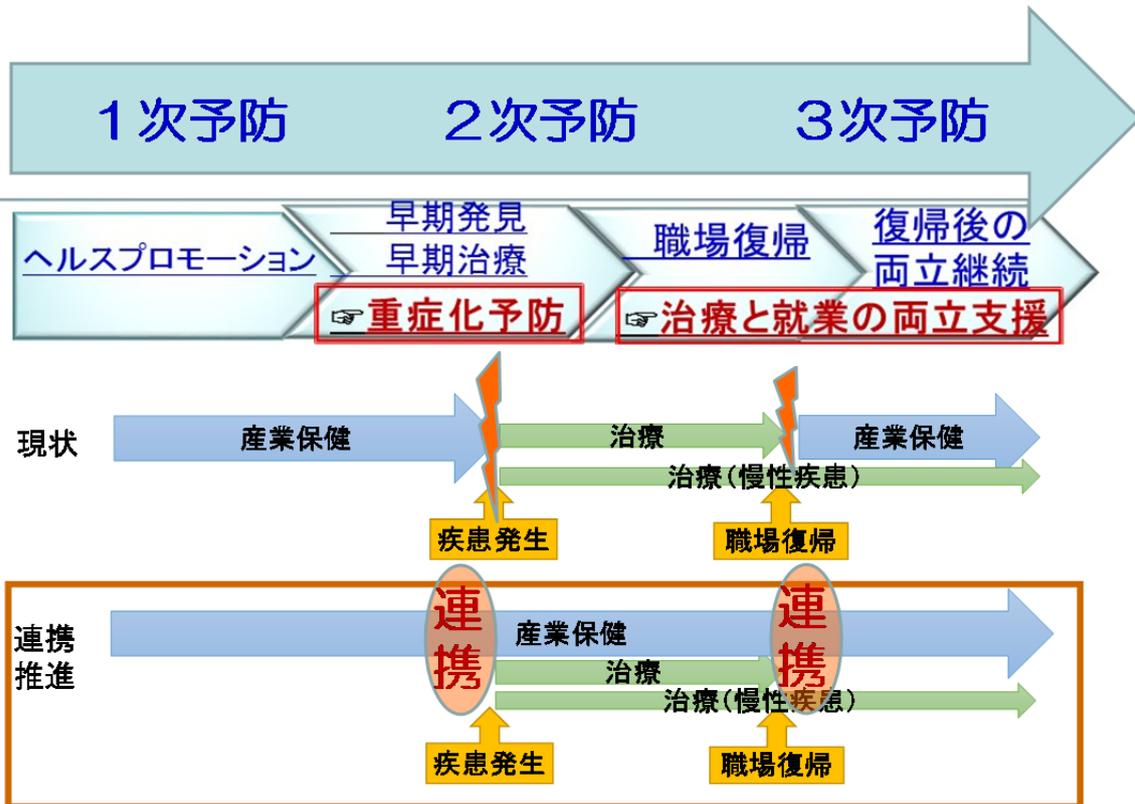
出典：東京都「がん患者の就労等に関する実態調査」報告書（平成26年5月）

### 治療と仕事の両立に関する社内研修の実施状況



出典：平成25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対策事業調査結果」





## 4. 主治医・プライマリケア医の立場からみた両立支援の意義と方法

### ◆主治医・プライマリ・ケア医にとっての産業医

主治医・プライマリ・ケア医による患者の診療において、ときに患者の生活のみならず、仕事・業務内容が大きく影響することがあります。平時の診療で他科、医療専門職と連携をとると同様に、職場関係者とも連携をとる機会は起きえます。しかし他科、医療専門職は、医師にとって組織とその業務内容が分かりやすい職種で対象者が医療知識を有する者である点から連携をとりやすいのに比し、一般企業が連携の相手となると分かりづらく、連携を躊躇することが多いのも事実です。連携を阻害する要因として、会社の組織図、労働関係の法律等、労働者(患者)の業務内容等がありますが、それらを理解し、医師と企業の橋渡しをする役割にあるのが産業医といえます。

ところが、産業医といっても、患者自身が、自身の会社の産業医の存在を知らなかったり、産業医が自身の会社業務を阻害すると思いついて主治医に自社の産業医の存在を隠すこともあるかもしれません。後者における労働者(患者)の認識を改めるには、産業医自身や会社からの情報提供よりも、主治医からの適切な情報提供が有効とも考えられます。患者自身の就労と治療を両立させるという利益のために、産業医を有する職場に勤務する労働者(患者)に対しては、産業医の存在と立場(産業医の活用法)を認識してもらうことが第一歩ともいえます。

個人情報取り扱いに配慮を要する昨今、患者の同意を無くして、産業医・会社側との患者情報の交換は難しいといえます。労働者(患者)が抱く自身の医療情報を共有される懸念について理解を示しつつ、労働者に情報共有の重要性を理解してもらうのは、実際の治療面で労働者(患者)との関係性を築けている主治医側の役割が大きいと考えられます。

以下では、主治医・プライマリ・ケア医が、実際に患者の就労内容を実臨床に活かす、情報を会社・産業医と共有する際に有効となる各論を紹介します。

### ◆職歴の具体的な聴取

主治医が職歴を聴取する場面は、以下の3つが多いと思われます。1) 健康診断等の職歴を聴取する場面、2) 愁訴を抱えた患者の診断を行う場面、3) 治療内容が実際の労務に影響する内容を検討する場面です。1) では書類記載上の事務的な聴取で終わることが多く、2) では、職歴に関連した疾患を鑑別にあげる際、もしくは絞りこむ際に聴取すると思われます。3) 治療中の疾患が就労に及ぼす影響は、実際に休職等の診断書を記載する場面にならないと想起しないことが多いかもしれません。

そのため、「製造業」、「交代制勤務」等までは聴取しても、業務内容に関する具体的な内容に踏み込む機会に乏しく、結果として「高温の屋内の高所で○時間連続勤務をして休憩をとる余裕がない」から虚血性心疾患罹患者の脱水に配慮する、という配慮に想起することまで及ばないことが多いと考えられます。主治医にとってはまず、患者の労働環境への具体的な状況を知らないと認識する(ゆえに知るための方法を模索しようとする)ことが、産業医と連携してみようという意識の向上につながるでしょう。一般に言う病歴聴取のポイントとなる、患者の日常について画・動画を見るような具体的な聴取が、職歴の聴取においても重要となることは言うまでもありません。

### ◆企業・産業医と実際的に情報交換する場面

企業・産業医と患者情報のやり取りがある場面は、前述の3つの場面にとどまりません。1) 健康被害を防止する予防的介入、2) 一般/特殊健診の二次健診後のフィードバック、3) 治療に対する勤務内容への介入・職場環境調整・教育上の配慮、4) 就業制限・休職、5) 復職・再発防止などがあがります。私たちが行った主治医への調査からは、精神疾患における4)、5)への意識は高かったが、それ以外の場面で連携を取っている・取る必要があるという意識は低いものでした。28, 39 ページに示すように、今後は、両立支援を希望する患者に対して、事業場・産業医へ提出する「両立支援(就労・復職)主治医意見書」の記入を求められる機会は多くなると考えられます。

### ◆主治医が得る就労・業務に関する情報の客観性の担保について

主治医の得る患者の就労・業務内容の情報は、産業医・企業側からの情報提供がなければ、患者・家族からの情報のみになります。現代の社会情勢において、患者・家族は解雇への不安を抱えていることが多く、患者からの情報は、就労上の不利益がでないような(不十分な)情報となりえることは念頭に置く必要があります。

主治医としては、患者の要望で就労に関する「診断書」を記載する機会が多々ありますが、記載時に得た情報の情報源がどこか、患者・家族からの情報だけで充分かを常に考慮すべきです。

主治医の診断書は、会社側への影響力が大きく、産業医であっても翻すことは容易ではありません。患者が無理をして述べた就労・業務への希望を鵜呑みに記載し、結果的に患者の負担が増して患者に不利益が起る危険性は念頭におく必要があります。患者側の情報だけで充分か懸念される際や、就労内容への具体的なイメージを抱きづらく具体的な記載が難しい場合は、産業医との積極的な情報交換が望まれます。

産業医の選任が定められている50名以上の事業場の労働者(患者)については、主治医が全部判断するよりも、就労に関する内容については産業医との相談を通じて判断してもらうよう記載する方が、実務内容に応じて柔軟に対処されると考えられます。

### ◆患者を介した連携

主治医が企業・産業医・産業看護職と連携をとる際は、患者から事前に情報提供の許可をとる必要があります。医師としての守秘義務に加え、昨今では患者側の個人情報保護への意識が特に高まっており、情報を提供する際は、その目的や、相手(産業医・産業保健職、労働衛生管理者、職場の上司など)、どこまでの情報を提供するかについて気を配る必要があります(39 ページ参照)。情報授受の安全さとスピーディーさのバランスを考慮する必要もあります。

労働者(患者)が会社の人事課等への直接的な情報提供を希望しないが、主治医として会社側へ情報提供をする必要があると考える場合は、医療(健康)情報を職場で理解でき必要な情報に翻訳できる産業医・産業看護職といった医療専門職が、仲介として適しています。

患者情報が適切に産業医・産業保健職に届き、人事課等、他の職種に見られないように配慮したい場合、一般には封書に「〇〇株式会社・産業医〇〇先生 『親展』」を記載すると安心です。郵送による情報提供では他部署に開封される懸念がある場合は、文書を労働者(患者)に手渡し、彼らに産業医・産業看護職に手渡ししてもらうとより安全である。産業医・産業看護職は医療職であるため、患者の個人情報について守秘義務を有します(44 ページ)。

一方で産業医に手渡しする場合は、産業医・産業看護職の出務頻度が少ないと連携による提供情報が産業医・産業看護職を介して、労働者(患者)の実務に反映されるまでの速度が遅いことが懸念されます。しかし、産業医が非常勤である場合、産業医宛の文書が会社側に届くと、会社は勤務時間外でも産業医に文書の存在を知らせることが多いことも事実です。主治医が情報提供手段の安全性をどこまで担保するかは、主治医の会社側への信頼の高さによりますが、会社側の信頼性に疑問があったり、連携手段に困るときは、患者とその旨を相談することが望まれます。

### ◆連絡手段

産業医と連絡をとるときは、文書を介した連携が一般的です。産業医の就労形態は様々で、情報の交換に時間を要することもあります。会社に非常勤産業医宛の文書が届くと、会社側が産業医に迅速に連絡をとることがあります。

なお主治医側が、情報交換に急を要すると判断するときは、電話・電子メール等の代替手段が可能な確認をします。企業により対応の可否は異なりますので柔軟に対応します。



## Ⅱ. 患者の職業生活支援に向けた、主治医の役割

### 1. プライマリケア医

#### ◆プライマリ・ケア医に求められる両立支援

プライマリ・ケア医とは、診療所や中小の病院等で外来診療を行い、プライマリ・ケアを担う医師を指します。プライマリ・ケア医の背景や専門性は、専門内科から外科、小児科、総合診療科（家庭医療科）など、多岐に渡ります。プライマリ・ケアを専門とする医師を、総合診療医や家庭医と呼ぶこともあります。診療対象となる疾患は幅広く、内科系疾患や小児科疾患、婦人科疾患、精神科疾患、および老年病を中心とし、小外科（minor surgery）や整形外科疾患、皮膚疾患、産科領域などへの対応が求められることもあります。プライマリ・ケア医は乳幼児や小児から学童期、思春期、青年期、成人期、老年期まで、あらゆる年代を診療の対象とし、時には終末期や看取りを担当します。また、プライマリ・ケア医は他の専門科や専門職との連携に長け、患者に必要な医療資源を適切に割り当てることで治療を円滑かつ効果的に進めることが得意です。加えて、プライマリ・ケア医は地域に根を張り、患者との良好な関係性を構築することで、病歴やライフイベント、家族の事情など、患者の背景や文脈を深く知ることが可能です。

プライマリ・ケア医にとって、産業保健の知識やスキルは必要不可欠です。プライマリ・ケア医は、労働者が健康問題に直面した際の最初の相談先となり得ます。その際に適切な対応をとれるかどうか、患者の治療と就労の両立に影響します。労災や労働関連疾患だけでなく、労働者がもともと持っている疾患（私病）もまた就労に影響を与えます。私病が就労に影響を与える場合は、プライマリ・ケア医が持つ情報が、就労と治療の両立を円滑に進めるための重要なカギとなります。加えて、企業での健診のフォローアップや二次予防は、プライマリ・ケア医の主治医機能の一環として行うことが望まれます。このように、プライマリ・ケア医は、産業保健や労働者の疾患に対し、プライマリ・ケアの視点から理解し、関与する必要があるといえます。

#### ◆産業医との連携でのプライマリ・ケア医の役割

産業医と連携する際のプライマリ・ケア医の役割は、主治医としてのプロフェッショナルリズムに基づいて行動することです。企業が従業員の健康問題を取り扱う際、患者や事業場にとっての安全が脅かされない限り、主治医からの意見が産業医の意見よりも重要視されることも現実には少なくありません。そのため、主治医として産業医または企業に情報を提供する際には、必要な就労上の配慮を想定し、具体的な情報を提供することが重要です。また、疾患に関する情報は医師の機密保持義務の対象であるため、連携の際には漏洩や不必要な開示をしないよう留意する必要があります。

その一方で、患者の職業や職務内容を知ることで、プライマリ・ケア医側でも就労と治療の両立を円滑に進めるための配慮を行うことができます。例えば、薬剤の摂取回数を減らすことや、タイミングを患者の勤務体制に合わせて変更するなど、処方の見直しはプライマリ・ケア医が容易に対応可能です。

### ◆プライマリ・ケア医が連携する際の産業医の役割

主治医として産業医と連携する際は、産業医を企業との間の通訳かつ調整者と理解します。大多数の医師は、企業や団体での勤務経験を有しません。そのため、患者からの情報だけで、人事体系や企業風土、治療や就労に対する企業の態度などを理解することは困難といえます。

産業医は企業に所属しますが、医師としての基本的な専門性と価値観はプライマリ・ケア医と共通しています。加えて、医師としての守秘義務を有し、産業医として知り得た労働者の情報を、労働安全衛生法等の法令で規定された事項や自傷他害等の緊急性を有する場合を除き、事業者側に本人の同意なく伝えることは禁じられています(44 ページ)。同意を有して伝達する場合も、原則として医療(健康)情報を加工して、事業者が理解できかつ必要最低限の情報としています。このような背景を理解して、患者のために必要な交渉を企業と行うための窓口兼パートナーとして、産業医を活用することが望まれます。

### ◆プライマリ・ケア医にとっての連携のメリット

産業医や企業と連携し、就労上の配慮をしてもらうことで、患者の治療のアドヒアランスが向上することが期待できます。例えば、インスリン注射やストーマの洗浄など、同僚に見られたくない治療行為の際に、専用のスペースや休憩時間を設けることで、患者の心理的負担を低減することが期待できます。また、放射線治療や透析のように頻回かつ定期的な治療が必要な場合、フレックスや時短勤務を可能にすることで、治療に伴う休職・離職を避けることができます。

### ◆職歴聴取の重要性

就労年代の患者の初診では、職業と職務、職位を必ず確認します。これは、患者の傷病が就労に由来するかどうかや、治療が就労に影響するかどうかを確認するために必要不可欠です。治療が就労に影響する場合は、就労と治療を両立する際の障害の有無とその内容を確認します。現在の日本の雇用体系では、いわゆる正規雇用と非正規雇用で、たとえ大企業の社員であっても、病気休業制度がまったく異なることもありえます。正規雇用では「休職して治療に専念してから復職し、復職後の支援も手厚い」のに対し、非正規雇用では「休職期間の設定がないか極度に短い」こともあります。したがって、復職時のみならず、治療方針を決める際も、治療がどの程度患者の仕事に影響するか、主治医の提示する治療方針は仕事を辞めない事実上不可能なものとなっていないか、留意する必要があります。

定期的に継続通院している患者であっても、患者の職業の情報を念頭に置くのが望まれます。例えば、糖尿病患者が腎症を合併して透析が必要になる場合のように、治療を追加あるいは変更する際には、その治療が就労に影響するかどうかを確認する必要が生じます。



### ◆連携の相手

産業医あるいは勤務先と連携を行う場合、患者の勤務先に産業医や産業看護職が配置されているかどうか確認します。従業員数 50 人以上の事業場には法令で産業医の選任義務があります。大規模事業場では、産業看護職やカウンセラーなどの産業保健多職種が配置されていることもあります。50 人未満の事業場には産業医の配置義務はなく、実際は衛生管理者（労働衛生）や安全管理責任者、人事部門の責任者が、連携先の担当者となり得ますが、彼らは医療の専門家でないため、医療（健康）情報を翻訳しないと先方の理解はえられず、さらに守秘義務も有しないことに注意します。

なお、勤務先の企業規模と、患者が務める事業場の規模とが必ずしも一致しないことにも注意が必要である。仮に企業全体の従業員が 10000 人だったとしても、支社や営業所の従業員数が 50 人に満たないことは十分に起こり得ます。そうした場合、個々の支社や営業所に産業医を配置するのではなく、地域ごとにブロックを設定し、産業医を定期的に巡回させていることがあります。

### ◆連携の手段

連携の手段は、書面、面会、電話、メールが挙げられます(40, 44 ページ)。代表的な手段は、診療情報提供書や診断書などの書面です。書面で情報を授受する場合は、親展扱いとしたり、産業医に手渡しするように患者に求めることで、産業医や産業衛生スタッフ以外の企業スタッフに開封されるリスクを低減します。特に、産業医が常勤でない事業場の場合、患者の安全を確保する上で有効である。電話や面会は、記録に残したくない事項を取り扱うときの使用も一案です。特に面会は、産業医や企業のスタッフとの間に顔の見える関係性を作るために有効です。メールで情報を授受する場合には、特に注意します。メールの送受信のプロトコルでは本文は暗号化されておらず、管理者や悪意ある第三者が簡単に内容を読むことができます。また、企業や団体ではひとつのメールアドレスを複数の担当者で共有していることがあり、必ずしも産業医や産業衛生スタッフ、労働衛生管理者だけに届くとは限りません。メールで情報をやり取りする場合は、産業医や連携対象スタッフの本人に確実に届き、かつ他の人間が閲覧しないことを必ず確認するため、パスワードをかけるなどの工夫を要します。

### ◆プライマリ・ケア医が患者の職場と連携する場合の留意事項

主治医が産業医や勤務先に患者の診療情報を提供する場合は、患者の同意を得ることが前提です。患者は、自身の病気を雇用者に知られることを懸念するが故に、勤務先への情報提供を拒否することがあります。また、患者は産業医もまた企業側の人間だと認識し、産業医への情報提供を嫌がることもあります。こうした場合、産業医が患者の同意なしに診療情報を雇用者へ開示できないことや、疾患の治療や就労との両立のために勤務先との情報共有が大切であることを、丁寧に伝える必要が生じます。

従業員の勤務先に産業医も産業看護師も配置されておらず、衛生管理者や人事部門の担当者と連携を行う場合、診療情報の提供にはより注意が必要です。医師や看護師の医療職とは異なり、衛生管理者や人事部門の担当者は患者の機密保持義務を有しないため、患者の意図に反して経営層や人事担当者に診療情報を漏洩する可能性がある。そのため、連携や勤務先での就業上の配慮の最低限の情報にとどめます。

その一方で、プライマリ・ケア医が患者に過度に肩入れすることが、結果として患者の健康を損なう可能性があり留意します。就労の継続や復職の可否について、好意的な記載をするよう患者から求められることは少なくありません。しかし、プライマリ・ケア医は産業医や勤務先と連携しないかぎり、患者の業務内容を患者からしか知ることができない。加えて、就労の継続や復職は患者の身分保障や経済的な事情と強く関連するため、患者から得られる就労に関する情報には、患者自身の希望が反映されることが多くあります。その結果、プライマリ・ケア医が、患者の職務や業務内容について正確な情報を得られないことになる。そのような場合、産業医や勤務先から情報を得ることが、情報の偏りを是正し、適切な就労要件の判断につながる。患者に阿るのではなく、医師として公正な医療を提供することが、主治医たるプライマリ・ケア医に求められと考えられます。



## 2. がん主治医

これまで、がん治療と就労の両立は、治療の安全性・有効性を最大限に得ることを第一に考えるならば、不可能と答える主治医が多かったでしょう。しかし患者側にとれば、安全で有効ながん治療を望んでいても、生活の糧を得る必要があります。もしも経済面での支援者がいたり、社会的資源を導入できたとしても、生きがい(何のために病気を治したり、制御したりするのかという問いの答えになる、生きる目標)としての仕事(社会での自身の存在意義)が続けられることや復帰できることは、その人がその人らしく生きる上で、極めて重要な事柄になります。よって、患者という一人の人間に相對して、その苦痛全てを把握した上で提案するがんの専門医やがん治療の医療者チームは、がん治療のみならず、就労との両立ということへの配慮は、避けて通れません。

がん治療の主治医らは、何をどの程度配慮し、どういう関わりをしていくべきでしょうか。身体的な苦痛や精神的な苦痛のかなりの部分は、客観的な検査手段や有効な尺度、および対話で、把握することができ、これらに対する原因究明や治療行為は、通常の診療行為ですが、社会的苦痛やスピリチュアルな領域にまたがる患者の社会活動はプライバシーにも立ち入ることになり、把握が困難な部分も多くなります。また、本人のみならず職場で心配されていること、職場に対して医療者側から配慮してほしいことなど、コミュニケーションの媒体は本人の要求依存性であり、主治医や患者によって大いに内容に差異がある診断書によってのみ行われている現状をどのように改善できるのかは、大きな課題です。本ガイドがめざすのは、産業医や看護職など、職場の規模によっては、仲立ちができる職種との情報交換です。患者本人の理解と許可を得た範囲内で、互いが把握すべき病態と配慮すべきポイントを共有することが可能です。多忙な臨床医の積極的な協力を可能にするためには、産業医・企業側も書式を工夫する必要があります。また、医療チームで関わるようなしくみや、医療のエンドユーザーであり、両立の主人公である患者本人の自己管理能力を高める工夫も肝要です。

たとえば乳癌であれば、術後患側上肢に荷重や過度の労働を課すことがリンパ浮腫に繋がることや、婦人科癌術後であれば、同様の浮腫が下肢に出現する危険性、直腸がんなどで人工肛門を置いた場合は、トイレに特別な配慮を要すること、胃切除後は分食(数回に分けて食事をす)を要すること、抗がん剤治療中の吐き気や易感染性、服用している薬によっては車の運転ができないことなどが、個別に必要な配慮です。がん患者の両立・職場復帰支援で「主治医意見書」の記載を求められた場合は、病態の詳細ではなく、「今後の治療見通し(本来は仕事の日に来院がどの間隔でどの期間つづくか)、治療が業務に影響する可能性(どの業務は具体的に可能で、どの業務は配慮すべき)、業務が治療に影響する可能性(業務時間や休憩中に分食が可能なような職場環境配慮など)」について記載します。

悪い例	良い例
無理して仕事をするより、命を最優先に、仕事をやめてがん治療に取り組むべきだ	仕事をつづけながらがん治療を支える仕組みを社内制度で整えている企業も増えている。「復職や両立支援社内制度」について患者に尋ねる（患者が知らなければ人事や上司に尋ねるよう促す）。院内のMSWと連携（依頼）し、外来治療スケジュールや副作用と仕事の両立が可能になるよう図る。
術後経過良好、退院後に化学療法外来併用予定。	（職場が求めるのは、治療の見通しと配慮すべき作業内容） 退院後、化学療法は3週間1サイクル（水曜日午前）で4クール予定。下痢・嘔吐・脱毛の副作用があり接客業務は配慮を。骨髄抑制がない限り特段の感染配慮は不要。残業は避けることが望ましい。運転業務は問題ありません。

◆患者の職場で「がん両立支援ハンドブック」が配布されている場合、社員が利用できる病休制度を把握できます。医療機関内のソーシャルワーカーと連携する場合にも活用できます。患者のはたらく企業で似たリーフレットがないか尋ねてみましょう。外来治療スケジュールに生かせるかもしれません。

（例）

「もしがんと診断されたら」利用できる両立支援の社内制度をリーフレットにまとめてあるC社のハンドブック📖

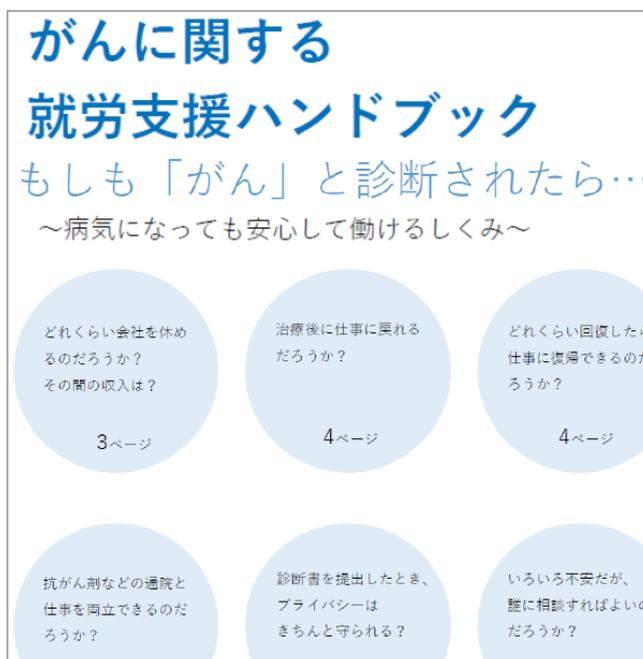
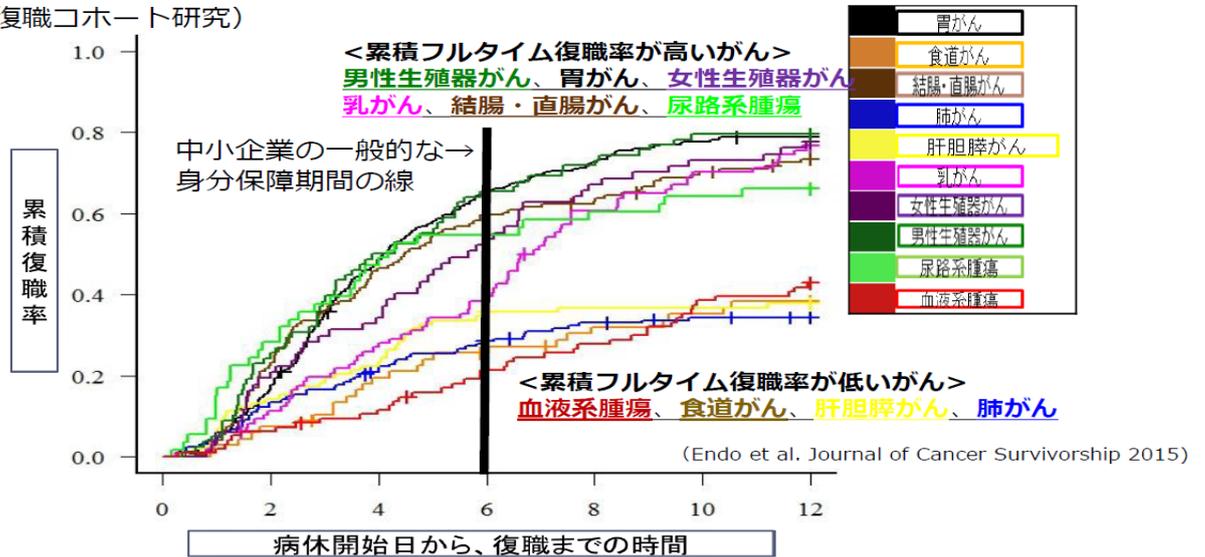


図. がん種別の累積フルタイム復職率（1278名）

（遠藤らの復職コホート研究）



がんの種類で、復職率は大きく異なる

がん種	累積復職率（病休開始日から60日、120日、180日、365日後）			
	60日	120日	180日	365日
	フルタイムでの復職（短時間勤務での復職率）			
胃がん	16.7%(48.6%)	47.5%(87.2%)	64.4%(91.5%)	78.8%(93.3%)
食道がん	7.5%(19.4%)	19.6%(49.3%)	25.7%(64.3%)	38.4%(70.7%)
結腸・直腸がん	22.6%(46.6%)	45.9%(70.5%)	59.6%(78.8%)	73.3%(84.2%)
肺がん	13.6%(37.0%)	21.0%(58.0%)	27.9%(67.9%)	34.3%(75.3%)
肝胆膵がん	14.3%(25.5%)	22.4%(44.9%)	34.7%(49.0%)	37.8%(55.1%)
乳がん	11.4%(30.9%)	27.0%(60.8%)	38.5%(71.1%)	76.6%(90.3%)
女性生殖器がん	19.4%(40.3%)	34.3%(56.7%)	52.2%(70.1%)	77.6%(92.5%)
男性生殖器がん	24.4%(50.0%)	50.0%(75.6%)	65.4%(80.8%)	79.5%(87.2%)
尿路系腫瘍	28.3%(52.8%)	47.2%(75.5%)	54.7%(79.2%)	66.0%(84.9%)
血液系腫瘍	6.3%(12.6%)	10.6%(27.4%)	21.3%(35.9%)	42.9%(65.8%)
全体	16.7%(37.4%)	34.9%(64.1%)	47.1%(71.6%)	62.3%(80.9%)

（遠藤ら。Journal of Cancer Survivorship 2015）

◆産業医は主治医の先生の意見を踏まえ、下記の事項をチェックしながら職場復帰可否の判定や、復職後に望まれる配慮の判断をします。

## 復職判定チェックリスト(がん罹患社員用)

(遠藤源樹・「労政時報：がん罹患社員の休職・復職の実務」より)

主治医から「復職可能」の診断書を確認

治療状況の確認

受診中の医療機関：  主治医：

病名：

現在内服薬のリスト：

今後の受診間隔：約（ ）週に1回

今後の検査：

今後の治療方針  手術予定：

化学療法予定：

放射線治療予定：

主治医に確認する必要性あり（照会状）

体力が就労に耐えうる状態である。

「療養前の元気な時の体力を100%とすると、今は（ ）%」  
(就労の目安：70%以上)

生活に支障をきたす程の症状ではない（疲労・症状等）

疲労（Cancer-Related Fatigue）  疼痛（頭痛・腹痛・その他）

食欲不振・悪心・嘔吐等  便秘・下痢等

呼吸障害・息切れ  その他（ ）

睡眠状態は良好で、メンタルヘルス不調の兆候はない（睡眠・精神面）

睡眠時間： 時間、入眠時刻：\_\_時\_\_分 起床時刻：\_\_時\_\_分

入眠困難  中途覚醒  早朝覚醒

朝寝・昼寝を週2日以上する  気分の落ち込みがある

不安感・焦りが強い  その他（ ）

精神科医等のフォローアップが必要

復職する意思が十分にある（労働意欲）

職場での配慮が必要な状況である（就業上の措置等の検討）

フルタイム勤務が難しい  時間外労働は難しい  夜勤は難しい

身体に負荷がかかる作業は難しい  分食が必要

勤務時間中に、頻回にトイレや休憩する可能性あり

その他の懸念（ ）

毎日（週5日）、決められた時間に通勤できる状態である(通勤)

通勤経路： (通勤時間： )

就労に必要な頭脳労働・肉体労働が可能（就業能力）

求められる仕事を実施可能

座り仕事がベース  立ち仕事がベース

仕事（作業）の内容：

職場での良好な人間関係の構築が可能

職場が、復職を受け入れるスタンス、受け入れ可能である(復職支援)

受け入れ職場：

直属の上司：

## 【成功Case】

## 51歳男性・肺腺がん末期（stageⅣ）

労作時息切れから、肺がんが判明。休職開始となった。連絡をうけた人事が本人を見舞い、同時に、傷病手当金制度や就業規則（休復職）、会社の復職支援制度を説明（本人から主治医へ伝達）。最期まで就業継続を希望。2か月後、主治医から復職時意見書発行。産業医面談から業務調整や時短勤務を活用し復職、継続中。

## 【成功Case】

## 48歳男性・悪性リンパ腫（百貨店）

悪性リンパ腫による病休後、主治医意見書の発行あり、産業医面談を経て復職。その後予想以上に骨髄抑制が長期化しG-CSFを使用しながら復職。主治医から適宜情報を得て、産業医の調整により、一時的に不特定多数との接触がある業務を外し、就業継続。回復後元職場に戻る。  
 ⇒予想外の事態への対応もスムーズに行うには？  
 ⇒医療機関で使用するクリニカルパスの共有？

## 【成功Case】

## 62歳男性・下部食道がん（建設業）

食道がんの術後、産業医面談を経て復職。その際、手術創による腹筋力低下をみとめた。また主治医からの情報提供書で、液状栄養補給剤の摂取継続の必要性が判明。「重筋作業の配慮」と「栄養補給剤を業務中任意のタイミングでとれる」よう、産業医意見による調整を行い実現。  
 ⇒業務を理由に治療が不十分にならないよう  
 ⇒治療を理由とする業務影響を、組織として支えあえるよう（Business Continuity Planの観点は？）

### 3. 精神科・心療内科主治医

メンタルヘルス不調を抱える労働者の両立支援は、「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き(厚生労働省、平成21年改訂)」の普及に伴い、多くの事業場で一般的になってきています。メンタルヘルス不調は、復職後1年の再病休率が28%、5年では47%という報告もあるように、再病休が多いことが特徴です。また仕事の量的負担が大きい部署で復職した場合の再病休リスクの増大が指摘されており、復職時に産業医が主治医と連携しながら、復職後の業務調整を図りフォローアップを行うことの重要性が示唆されています。

同手引きでは、職場復帰の第3ステップで、「産業医は主治医との情報交換等を踏まえて復帰プランを作成する」とされており、メンタルヘルス不調での連携は比較的頻繁に行われていると考えられます。産業医を対象とした調査では、主治医と連携した場合は1事例平均2.5回の情報交換が行われていました。

欧州の介入研究では、メンタルヘルス不調を抱える労働者の早期復職支援に対して、産業医と主治医が協働して支援することの効果が示されています。一方で私達の調査から、連携の成功因子として「就業可能レベルに疾病がコントロールされている」ことが挙げられている(〇ページ)ように、疾病回復が不十分な場合は、連携しても両立が失敗(復職できない)しやすいことにも留意します。特にメンタルヘルス不調は客観的に評価できる回復判断指標が多くなく、労働者本人やその家族の希望によって復職可能判断をせざるを得ないことが主治医の負担になっているとの報告もあります。一方で、たとえ連携の結果、復職できなかったとしても、連携により労働者本人や家族等の関係者がその結果を納得して受け入れることが多いという意見もみられます。メンタルヘルス不調は、経過の長さや職場環境・本人の成育歴を含めた個人背景因子の影響による複雑化もみられることから、両立支援のみならず、本人の状況理解を得る観点から、連携を上手に用いてコミュニケーションを図ることが求められます。

メンタルヘルス不調に関してはまだ職場の誤解も少なくなく、特に連携についての労働者本人の同意やプライバシー配慮・健康(医療)情報管理には細心の注意を払うことが求められます。復職の可否や必要な配慮の判断の際は、「どんな病気か」ではなく「睡眠・外出・作業リズムの安定」「職場で何ができるか・できないか」といった事例性の視点を心掛けることが重要です。メンタルヘルス不調での産業医との連携の特徴は、

- ①主治医と産業医の意見が異なることがある(正確な病名の記載に対するためらいを含む)、
  - ②主治医が把握しきれない職場での本人の情報(症状)を産業医が把握していることがある、
- といったことが挙げられます。

主治医側から「提供した情報を産業医がどのように利用するかわからない」という指摘もありますが、労働者を中心に、産業医や患者上司、人事等関係者が(できるだけ顔のみえる)連携を図ることで各々の立場や意見を共有し、問題の解決へ進むとともに関係者の納得したうえでの合意が可能となります。

### ◆メンタルヘルス不調者の職場・産業医との連携

不調・疾病の原因や復職後の再発の懸念要因として、職場の問題(作業内容・作業環境(人間関係を含む))が考えられる場合は、患者の同意のもと、できるだけ早い段階から、患者を中心に、産業医や上司、人事といった職場関係者と(できるだけ顔のみえる)連携を図ることが重要です。

悪い例	良い例
(産業医は信用できないので)正確な病名は診断書に記載せず、連携も拒否する	産業医に正確な病名や病態を伝えにくいとしても、本人の症状軽減や再発・再病休の予防に有効と考えられる配慮の内容を伝え、関係者の理解を深めて調整を図ることは、患者本人の利益になります。

### ◆メンタルヘルス不調者の両立支援に関して留意する点

連携の成功条件として、「連携に対する当事者(主治医や産業医、職場関係者)の理解」と「疾病がある程度コントロールされていること」は重要です。多くの場合は、内服治療を継続しながら復職するため、薬による日中の眠気等の副作用について本人だけでなく産業医に伝え、理解を得ておくようにすることも大切です。睡眠起床リズムの不安定さや毎朝の定時出社の困難さといった疾病の重篤度が大きい場合は、連携しても円滑な復職が難しいことに留意します。連携によって疾病自体が回復しなくても、関係者が状況をよりよく理解し、今後どのような対応をしていくことがよいかについて合意を得ることが可能です。



## 4. 整形外科主治医

腰痛は運動器疾患の中でも労働損失など社会経済的に大きな問題となっています<sup>1)2)3)</sup>。診断で最も重要なのは原因疾患が特定できる特異的腰痛や神経症状の有無を判断することです。非特異的腰痛であれば、本来は一定期間で自然に終息するはずですが、しかしときに、自然軽快するはずの非特異的腰痛が慢性化し、再発率を高め、しいては治療コストを著しく増大させてしまいます。実際、職場での人間関係のストレスが強い場合は腰痛の新規発生に關与し、仕事の満足度や、上司のサポート不足は腰痛を慢性化へと移行させるとの報告があります<sup>4)5)6)7)</sup>。

心理・社会的要因の關与は、ストレスによって腰以外にも複数の症状を訴える身体症状を簡便にスクリーニングできる Somatic Symptom Scale-8 (SS8) が有用です(下図)<sup>8)9)10)</sup>。身体症状の他に、腰痛に対する破局的思考(私の腰痛は決してよくなるらない、この痛みには耐えられない)といったゆがんだ認知が負のスパイラルを始動し、腰を必要以上に過保護にしてしまう「恐怖回避思考(fear-avoidance model)」は、腰痛への回復具合や就労状況に悪影響を与えることが明らかにされています。

### 身体症状スケール日本語版(Somatic Symptom Scale-8)

最近1週間を通して、以下の体の問題について、どの程度悩まされていますか

	全然悩まされていない	わずかに悩まされている	少し悩まされている	かなり悩まされている	とても悩まされている
1.胃腸の不調	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2.背中、または腰の痛み	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3.腕、脚、または関節の痛み	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
4.頭痛	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5.胸の痛み、または息切れ	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6.めまい	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7.疲れている、または元気が出ない	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
8.睡眠に支障がある	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

判定基準 16点以上: 極めて高い 12点以上: 要注意 8点以上: 予備軍 日本人の平均4点

出典: Gierk B et al. JAMA Intern Med 174:399-407, 2014の日本語版/日本語版: 松平浩ほか/心身医学, 2016

### 身体症状スケール日本語版 Somatic Symptom Scale-8 (SSS-8)

恐怖回避思考の把握には Keele STarT (Subgrouping for Targeted Treatment) Back スクリーニングツールの領域得点が有用です(下図)<sup>11)12)13)14)</sup>。本ツールは、最新の英国 NICE ガイドライン(Non-specific low back pain and sciatica :management)で、プライマリケアでの使用が推奨されています<sup>15)</sup>。

**恐怖回避思考(Keele STarT (Subgrouping for Targeted Treatment)Back スクリーニングツール)**

ここ2週間のことを考えて、次のそれぞれの質問に対するあなたの回答に印をつけてください

	はい (1点)	いいえ (0点)
こんな状態で体を活発に動かすには、かなりの慎重さが必要だ		
心配事が心に浮かぶことが多かった		
私の腰痛は重症で、決して良くならないと思う		
以前楽しめたことが、最近は楽しめない		
全体的に考えて、ここ2週間の腰痛をどの程度煩わしく感じましたか		
全然 (0点)      少し (0点)      中等度 (0点)      とても (1点)      きわめて (1点)		

判定基準 4点以上恐怖回避思考に陥ってる可能性が極めて高い

出典:Hill JC, et al./Lancet 378, 2011.日本語版:松平 浩ほか/日本運動器疼痛学会誌 5, 2013

**Keele STarT (Subgrouping for Targeted Treatment) Back スクリーニングツール**  
(恐怖回避思考を主とする心理的要因の領域得点 5 項目のみ掲載)

◆患者の職場・産業医との連携

患者の同意のもと、「就労に関する主治医意見書」の記載を依頼された場合は、まず、重篤な病気や原因疾患がある特異的腰痛か、そうではない非特異的腰痛かを提示します。もし非特異的腰痛であれば身体機能だけでなく、対象者の身体症状や恐怖回避思考までを含めて評価(前述 SSS-8 や Keele STarT Back が有用)し、本人に支障がない範囲で提示すると産業医などが職場調整する際に有用です。復職可否判断や両立支援プラン作成の際は、業務上の措置で対象者ができないことなく、できること(どのような工夫により仕事を継続できるか)を提示しましょう。

悪い例	良い例
重量物は取り扱わない	〇kg までであれば可能(体重の概ね 40%以下、女子ではさらに男子の 60%以下)
立ち作業は禁止	途中で休息できる椅子を用意して行うこと
長時間の連続作業は不可	1 連続作業は 1 時間までとし、休憩を取ること

◆非特異的腰痛患者の両立支援に関して留意する点

- ①恐怖回避思考に陥らせないためにも、安易に画像上の異常所見の強調や“無理してはいけない！”といった声かけをしない
- ②今までどおり仕事を続ける、あるいはすぐに復帰することが一番である
- ③仕事を休んでいる期間が長引くほど、復帰することが難しくなるため、基本的には安易に3日以上の休職が必要と書かない
- ④職場と交流を保ち、患者の職場復帰に何が必要なのかを明らかにすることが重要です

## 参考文献

- 1) Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*.386:743–800.2015.
- 2) Wada K, et al : The Economic Impact of Loss of Performance Due to Absenteeism and Presentism Caused by Depressive Symptoms and Comorbid Health Conditions among Japanese Workers. *Ind Health*51:482-9.2013
- 3) Fujii T, et al.: Prevalence of low back pain and factors associated with chronic disabling back pain in Japan. *Eur Spine J*.22:432-8. 2013
- 4) Matsudaira K, et al: Potential risk factors for new onset of back pain disability in Japanese workers: findings from the Japan epidemiological research of occupation-related back pain study. *Spine* 37, 1324-33:2012.
- 5) Matsudaira K, et al.: Potential risk factors of persistent low back pain developing from mild low back pain in urban Japanese workers. *PLoS One* 9:e93924.2014
- 6) Matsudaira K, et al.: Assessment of psychosocial risk factors for the development of non-specific chronic disabling low back pain in Japanese workers-findings from the Japan Epidemiological Research of Occupation-related Back Pain (JOB) study: *Ind Health* 53. 368-77,2015
- 7) 松平浩 : 職場での腰痛には心理・社会的要因も関与している. *産業医学ジャーナル* 33, 60-6. 2010
- 8) Gierk B, et al.: The somatic symptom scale-8 (SSS-8): a brief measure of somatic symptom burden. *JAMA Intern Med* 174: 399-407, 2014
- 9) 松平浩ほか : 日本語版 Somatic Symptom Scale-8 (SSS-8 [身体症状スケール] )の開発 : 言語的妥当性を担保した翻訳版の作成. *心身医* 56:931-7,2016
- 10) Matsudaira K, et al.: Development of a Japanese Version of the Somatic Symptom Scale-8: Psychometric Validity and Internal Consistency. *Gen Hosp Psychiatry*45:7-11,2017
- 11) Hill JC, et al.: A primary care back pain screening tool: identifying patient subgroups for initial treatment. *Arthritis Rheum* 59 : 632-41, 2008
- 12) Hill JC, et al.: Comparison of stratified primary care management for low back pain with current best practice(STarT Back) : A randomized controlled trial. *Lancet* 378 : 1560-71, 2011
- 13) 松平浩, ほか : 日本語版 STarT (Subgrouping for Targeted Treatment) スクリーニングツールの開発—言語的妥当性を担保した翻訳版の作成—. *日本運動器疼痛学会誌* 5 : 11-19, 2013
- 14) Matsudaira K, et al.: Psychometric Properties of the Japanese Version of the STarT Back Tool in Patients with Low Back Pain. *Plos One* 11:e0152019, 2016
- 15) Matsudaira K, et al.: The Japanese version of the STarT Back Tool predicts 6-month clinical outcomes of low back pain. *J Orthop Sci*. 2016 Dec 23
- 16) NICE : Non-specific low back pain and sciatica management NICE guideline: short version Draft for consultation, March 2016(2016 年 11 月 29 日アクセス)
- 17) <https://www.nice.org.uk/guidance/GID-CGWAVE0681/documents/short-version-of-draft-guideline>
- 18) Oka H, et al.: Estimated risk foe chronic pain determaid using the generic STarT Back 5-item screening tool. *J Pain Res*,2017(in press)

## 参考図書

1. 松平浩 : 新しい腰痛対策 Q&A21～非特異的腰痛のニューコンセプトと職域での予防法～.公益社団法人産業医学振興財団,2012
2. 松平浩 : 1回3秒これだけ体操腰痛は「動かして」治しなさい.講談社+α新書, 2016
3. 松平浩, 勝平純司 : 腰痛借金 痛みは消える!.辰巳出版, 2016

## 5. 睡眠呼吸障害主治医

### I. 睡眠呼吸障害と動脈硬化性疾患

生活習慣病、すなわち、肥満、高血圧、糖尿病、メタボリックシンドローム、脂質異常症は、進展すると虚血性心疾患、脳血管疾患などの動脈硬化性疾患の発症に至ります<sup>1-3)</sup>。

睡眠呼吸障害は生活習慣病と密接な関連があり、生活習慣病の危険因子と考えられ、睡眠呼吸障害を早期発見、早期治療することは、生活習慣病予防になります。また、致命的な心血管イベント、非致命的な心血管イベントをアウトカムとする、大規模前向き観察試験より未治療の重症睡眠時無呼吸症候群患者で、両者の発症が有意に増加を認め、持続的陽圧換気療法（CPAP）により健常人同等レベルまで減少することが示されています<sup>4)</sup>。同様の結果はうつ病等でも示されています。

以上の知見を踏まえ、「健康づくりのための睡眠指針 2014」<sup>5)</sup>では、「良い睡眠の重要性」や「良い睡眠を得るための方法」が言及され、米国胸部学会（American Thoracic Society: ATS）のステートメントで健康的な睡眠（Healthy Sleep）という概念が提示されています<sup>6)</sup>。

### II. 睡眠呼吸障害と職域の事故

米国の最大手運輸業の運転者を対象に睡眠呼吸障害のスクリーニングを実施したところ、要治療者で CPAP 治療を拒否・脱落した群の事故率は約 5 倍でした。一方で、要治療者で CPAP 治療を継続した群の 5 年間の事故率は、健常者と同じレベルでした<sup>7)</sup>。さらに、メタアナリシスでは、睡眠呼吸障害を有する者の労働災害のリスクは、健常者の約 2 倍でした<sup>8)</sup>。Harvard 大学の産業保健、睡眠医学分野の Kales 博士らは、これらの研究を踏まえて、安全を重視すべき職種（事業用自動車運転者、鉄道運転士等）では SAS スクリーニングを実施すべきであるとするエビデンスが揃ったと述べています<sup>9)</sup>。わが国においても労働安全衛生法もしくは関連法令に SAS スクリーニングを含む以下のような施策を盛り込む必要があると考えられます。

- (1) 運輸業、旅客業における SAS 対策の効率的推進の目的で、事業者・産業医・主治医（睡眠専門医）の連携が求められる。
- (2) SAS スクリーニングから診断、治療へと進める際には、事業者と産業医の協議を行い、以下の項目について定める。
  - ① SAS スクリーニングから専門医療機関での確定診断のルールを決める。
  - ② スクリーニング・精密検査の結果をもとに、主治医による持続陽圧呼吸療法（CPAP）、口腔内装具等の治療を導入する。
  - ③ 保健指導を行う。
  - ④ 治療に関する情報は主治医と産業医間で共有し、治療と就労の両立を円滑に推進する。



### Ⅲ. 主治医・プライマリケア医の留意点

主治医は、当該患者が SAS と診断され、治療を行う際には以下の点に留意します。また、情報提供は、主治医への診療情報提供依頼書を用います。一例を 28 ページに示します。また、産業保健スタッフが SAS の知識習得ができるような資料作成も検討します。

#### (1) 産業医への情報提供

産業医に対し SAS 診療に関して情報提供を行う。情報は、CPAP の設定や AHI だけでなく、平均使用日数や使用時間など CPAP のアドヒアランスも含めて治療状況全般にわたって記入する。

#### (2) CPAP アドヒアランスの向上

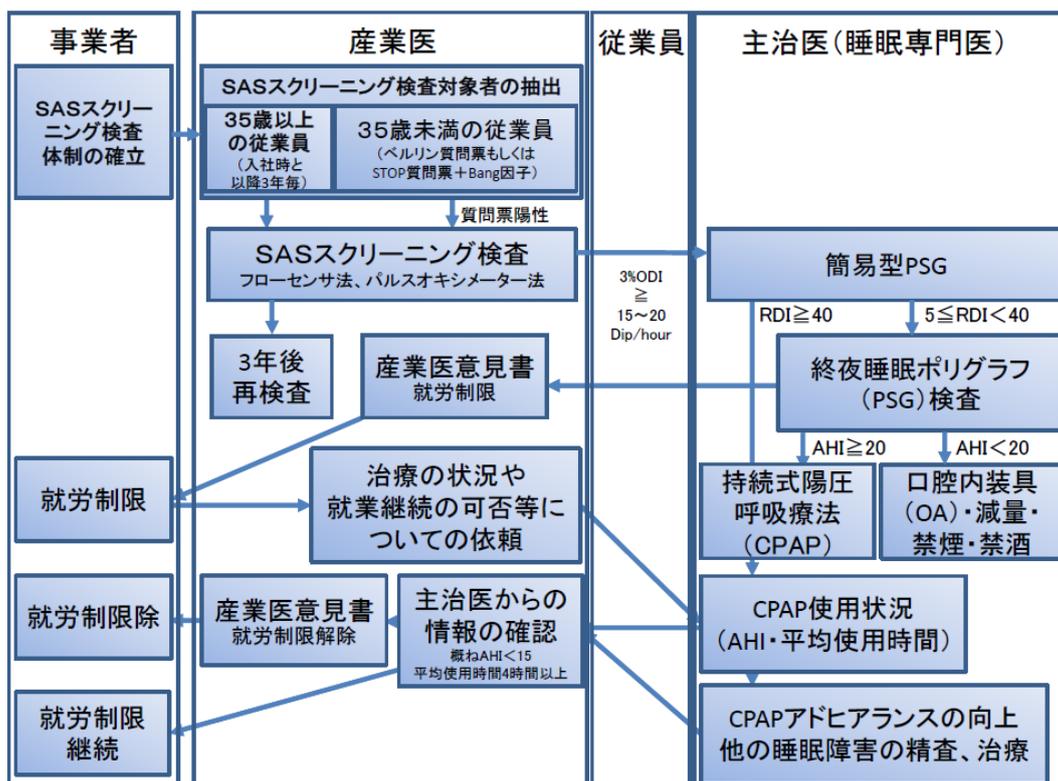
治療で AHI の改善が認められない場合や CPAP のアドヒアランス不良の患者に対しては、CPAP タイトレーションを再度考慮し至適圧を再検討し、マスクフィッティングまたは CPAP マスクの変更、加湿器の処方等により、AHI 5 未満、平均使用時間 4 時間以上を治療目標に CPAP アドヒアランスの向上に努める。

#### (3) 他の睡眠障害への対処

眠気、疲労等の症状が残存する場合は、SAS 以外の、不眠症、交代勤務による睡眠障害等による睡眠障害の有無を精査する。SAS による残遺眠気に関しては、modafinil の併用も含め、専門的に対処する。また、必要に応じて睡眠潜時反復検査 (Multiple sleep latency test : MSLT、日中の眠気および日中の眠気を引き起こす疾患(ナルコレプシーなど)を評価する。覚醒維持検査 (maintenance of wakefulness test : MWT、覚醒を維持できる時間を測定する検査法で睡眠潜時(眠るまでの時間)の平均値で眠気の程度を比較する)等の客観的な眠気の評価に関する検査を実施し、その結果を産業医に報告する。

#### (4) 個人情報の保護

産業医との連携に際して取り扱われる診療情報等は、産業医が情報を管理し、その他には業務に関与する責任者のみが情報を取り扱うようにする。個人情報の保護に十分留意する。



## 主治医からの診療情報提供書（精密検査結果の報告）（診断書と兼用）

患者氏名		生年月日	年	月	日
住所					
病名	<input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群 <input type="checkbox"/> 重症（AHI $\geq$ 30 or RDI $\geq$ 40） <input type="checkbox"/> 中等症（30>AHI $\geq$ 15） <input type="checkbox"/> 軽症（15>AHI $\geq$ 5） <input type="checkbox"/> 閉塞性 <input type="checkbox"/> 中枢性 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
精密検査結果	PSG 検査結果（検査日； 年 月 日） AHI（ ）回/時、 AI（ ）回/時 SpO2 <90%（ ）%、 時間 分 秒 最長無呼吸時間 秒、 睡眠中酸素飽和度（最低値） %				
現在の症状	（通勤や業務遂行に影響を及ぼし得る症状や薬の副作用等）				
治療の予定	（入院治療・通院治療の必要性、今後のスケジュール（半年間、月1回の通院が必要、等）） <input type="checkbox"/> 要治療 <input type="checkbox"/> CPAP 導入 <input type="checkbox"/> 耳鼻科的手術 <input type="checkbox"/> 口腔内装具装着 <input type="checkbox"/> 減量、生活習慣改善による経過観察 → ヶ月後のパルスオキシメーター再検 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 経過観察（1年後のパルスオキシメーター再検） <input type="checkbox"/> 治療の必要なし				
退院後／治療中の就業継続の可否	<input type="checkbox"/> 可（職務の健康への悪影響は見込まれない） <input type="checkbox"/> 条件付きで可（就業上の措置があれば可能） 自動車運転の可否 <input type="checkbox"/> 問題あり <input type="checkbox"/> 現時点で不可（療養の継続が望ましい） <input type="checkbox"/> 問題なし				
業務の内容について職場で配慮したほうがよいこと（望ましい就業上の措置）	例：例：一人作業は避ける、長時間の座位による監視・監督作業を避ける、夜勤は避ける、長時間労働は避ける、長時間の車の運転は不可、車の運転は可だが時間制限( 時間)が望ましい など 注) 提供された勤務情報を踏まえて、医学的見地から必要と考えられる配慮等の記載をお願いします。				
その他配慮事項	例：通院時間を確保する、休憩場所を確保する、宿泊を伴う就業の場合は宿泊先に電源コンセントを準備する など 注) 治療のために必要と考えられる配慮等の記載をお願いします。				
上記の措置期間	年	月	日	～	年 月 日

上記内容を確認しました。 平成 年 月 日 (本人署名) _____
---------------------------------------

上記のとおり、診断し、就業継続の可否等に関する意見を提出します。

平成 年 月 日 (主治医署名) \_\_\_\_\_

(注)この様式は、患者が病状を悪化させることなく治療と就労を両立できるよう、職場での対応を検討するために使用するものです。この書類は、患者本人から会社に提供され、プライバシーに十分配慮して管理されます。

## 主治医への診療情報提供依頼書（治療状況や就業継続の可否等）（診断書と兼用）

患者氏名		生年月日	年	月	日
住所					

病名	<input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群 <input type="checkbox"/> 重症（AHI $\geq$ 30） <input type="checkbox"/> 中等症（30>AHI $\geq$ 15） <input type="checkbox"/> 軽症（15>AHI $\geq$ 5） <input type="checkbox"/> 閉塞性 <input type="checkbox"/> 中枢性 <input type="checkbox"/> その他（ ）
治療の方法	<input type="checkbox"/> CPAP 導入 <input type="checkbox"/> 耳鼻科的手術 <input type="checkbox"/> 口腔内装具装着 <input type="checkbox"/> 減量、生活習慣改善による経過観察 <input type="checkbox"/> その他（ ）
治療開始後の治療状況の確認検査の結果	下記のいずれかで治療状況や効果の判定をお願いします。 <input type="checkbox"/> CPAP 使用状況      AHI      回/時      %使用、平均      時間/日 <input type="checkbox"/> パルスオキシメーター      RDI      回/時 <input type="checkbox"/> PSG      AHI      回/時 <input type="checkbox"/> その他（ ）
治療効果	<input type="checkbox"/> 効果良好 <input type="checkbox"/> 不良
退院後／治療中の就業継続の可否	<input type="checkbox"/> 可      （職務の健康への悪影響は見込まれない） <input type="checkbox"/> 条件付きで可（就業上の措置があれば可能）      自動車運転の可否 <input type="checkbox"/> 問題あり <input type="checkbox"/> 現時点で不可（療養の継続が望ましい） <input type="checkbox"/> 問題なし ※最終的な就業判断は、産業医、事業主の協議により行います
業務の内容について職場で配慮したほうがよいこと（望ましい就業上の措置）	例：一人作業は避ける、長時間の座位による監視・監督作業を避ける、夜勤は避ける、長時間労働は避ける、長時間の車の運転は不可、車の運転は可だが時間制限（時間）が望ましい など 注）提供された勤務情報を踏まえて、医学的見地から必要と考えられる配慮等の記載をお願いします。
その他配慮事項	例：通院時間を確保する、休憩場所を確保する、宿泊を伴う就業の場合は宿泊先に電源コンセントを準備する など 注）治療のために必要と考えられる配慮等の記載をお願いします。
上記の措置期間	年      月      日      ～      年      月      日

上記内容を確認しました。 平成      年      月      日      （本人署名） _____
---

上記のとおり、診断し、就業継続の可否等に関する意見を提出します。

平成      年      月      日      （主治医署名） \_\_\_\_\_

（注）この様式は、患者が病状を悪化させることなく治療と就労を両立できるよう、職場での対応を検討するために使用するものです。この書類は、患者本人から会社に提供され、プライバシーに十分配慮して管理されます。

## 用語の解説

### PSG：終夜ポリグラフ検査 (Polysomnography)

睡眠呼吸障害の最も精度の高い検査法。標準的な測定項目は、脳波、筋電図、眼球運動、心電図、気流、胸腹部運動、気管音、動脈血酸素飽和度、前脛骨筋電図、体位である。

### AHI：無呼吸低呼吸指数(apnea hypopnea index)<sup>16)</sup>

PSG で得られた無呼吸低呼吸の総回数を、総睡眠時間(total sleep time; TST)で割って1時間あたりに換算したもの。5回以上でSASと判定し、5～14.9回が軽症、15回～29.9回が中等症、30回以上が重症と判定される。

### ODI:酸素飽和度低下指数 (Oxygen Desaturation Index)<sup>14,16)</sup>

SpO<sub>2</sub>の低下の総数を睡眠時間で割って1時間あたりに換算したもの。3%ODIが15回未満であれば正常。15～29.9回で中等度の睡眠障害の疑いあり。30回以上で重度の睡眠障害の疑いがある。AHIと高い相関を示す。

### RDI：呼吸障害指数(respiratory disturbance index)<sup>16)</sup>

簡易モニター検査で得られた無呼吸低呼吸の総回数を、総記録時間(total recording time; TRT)で割って1時間あたりに換算したもの。5～15回が軽症、15回～30回が中等症、30回以上が重症と判定される。一般にTRT>TSTのため、AHI<RDIである。

### CPAP：持続陽圧換気療法(continuous positive airway pressure)

自動圧調整式、固定圧式がある。自動圧調整式は、CPAP機器が、回路内空気の振動(=いびき)や一定時間の気流の変化を感知し、内臓のアルゴリズムにより自動的に圧を漸増・漸減させることで睡眠中の無呼吸、低呼吸を減少させる。

### MSLT：睡眠潜時反復検査(Multiple sleep latency test)

入眠までの時間、Sleep Onset REMの有無等を評価し、ナルコレプシーなどの日中の過度な眠気をもたらす疾患の診断に用いる。

### MWT：覚醒維持検査(maintenance of wakefulness test)

覚醒を維持できる時間を測定する検査法。眠気の程度を客観評価する。



## 参考文献

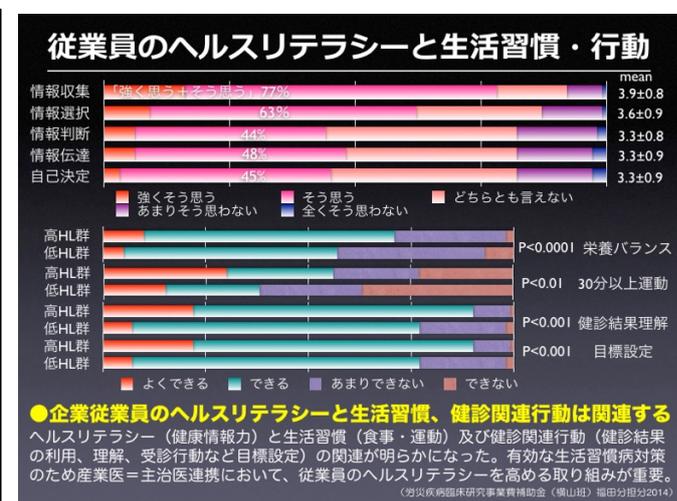
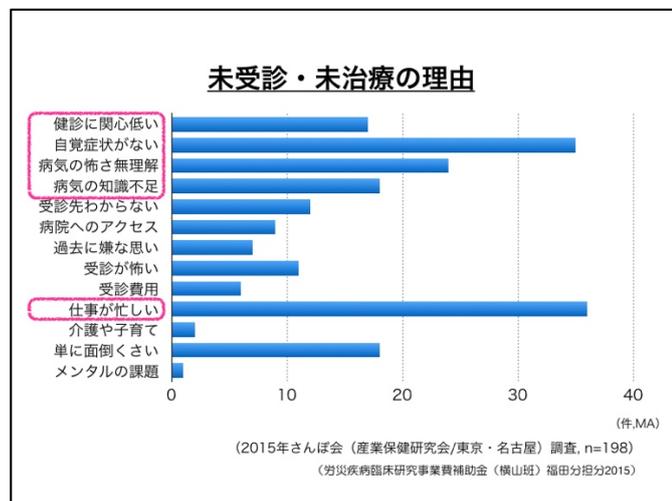
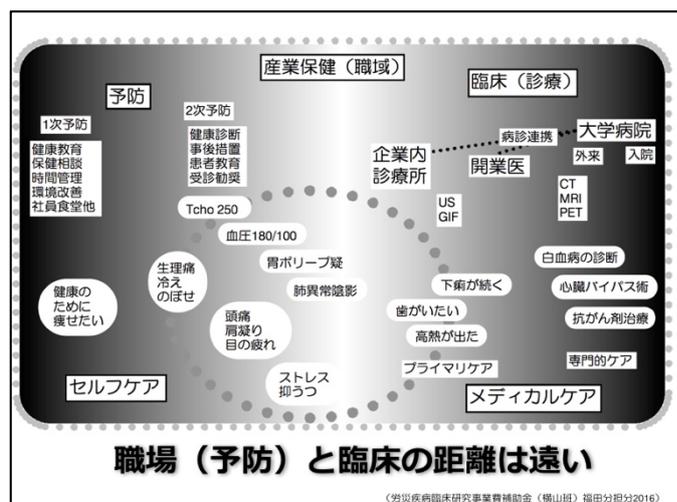
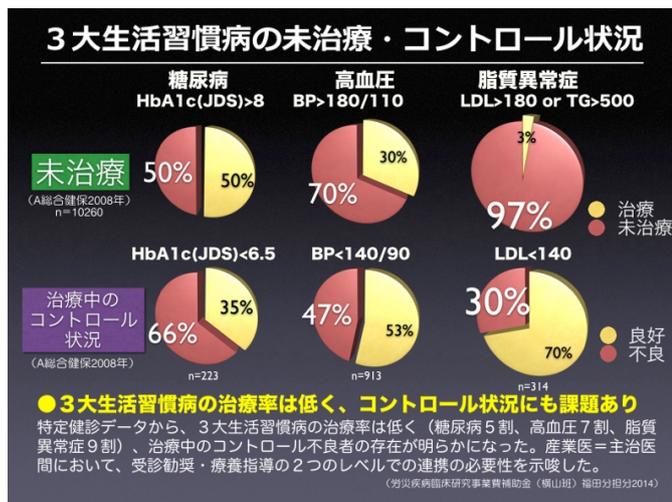
- 1) Nieto FJ, Young TB, Lind BK, et al: Association of Sleep-Disordered Breathing, Sleep Apnea, and Hypertension in a Large Community-Based Study. JAMA 2000;283:1829-1836
- 2) Bassetti C, Aldrich MS: Sleep apnea in acute cerebrovascular diseases : final report on 128 patients. Sleep 1999;22:217-223
- 3) Punjabi NM, Shahar E, Redline S, et al: Sleep-disordered breathing, glucose intolerance, and insulin resistance: the Sleep Heart Health Study. Am J Epidemiol 2004;160:521-530
- 4) George CF, et al: Reduction in motor vehicle collisions following treatment of sleep apnoea with nasal CPAP. Thorax. 2001;56(7):508-12.
- 5) 厚生労働省健康局: 健康づくりのための睡眠指針 2014. 2014.3
- 6) Mukherjee S, Patel SR, Kales SN, et al: American Thoracic Society ad hoc Committee on Healthy Sleep : An official American Thoracic Society State-ment : the importance of healthy sleep. Am J Respir Crit Care Med 2015: 191 1450-1458
- 7) Stephen V Burks et al.: Nonadherence with Employer-Mandated Sleep Apnea Treatment and Increased Risk of Serious Truck Crashes. SLEEP, 2016;39(5)967-975
- 8) S Garbarino et al.: Risk of Occupational Accidents in Workers With Obstructive Sleep Apnea: Systematic Review and Meta-Analysis. SLEEP 2016;39(6)1211-1218
- 9) Kales and Czeisler et al.: Obstructive Sleep Apnea and Work Accidents: Time for Action. SLEEP 2016;39(6):1171-1173
- 10) Netzer NC, Stoohs RA, Netzer CM, Clark K, Strohl KP: using the Berlin questionnaire to identify patients at risk for the sleep apnea syndrome. Ann Intern Med 1999; 131: 485-491
- 11) Chung et al: High risk of OSA, answering yes to two or more questions. Low risk of OSA, answering yes to less than two questions. Anesthesiology 2008;108: 812-821
- 12) Frances Chung, et. al: STOP-Bang Questionnaire: A practical approach to screen for obstructive sleep apnea. Chest 2015; doi:10.1378/chest.15-0903
- 13) 厚生労働省:事業場における職業生活の両立支援のためのガイドライン. 2016.2
- 14) 中野博, 大西徳信, 千崎香, 他 : 睡眠呼吸障害のスクリーニング検査法としてのパルスオキシメトリー解析方法. 呼吸 1997 ; 16 : 791-797.
- 15) 福原俊一,竹上未紗,鈴嶋よしみほか:日本語版出 the Epworth Sleepiness Scale(JESS).日呼内誌 2006: 44 806 808.
- 16) 循環器領域における睡眠呼吸障害の診断・治療に関するガイドライン(Guidelines for Diagnosis and Treatment of Sleep Disordered Breathing in Cardiovascular Disease(JCS 2010))

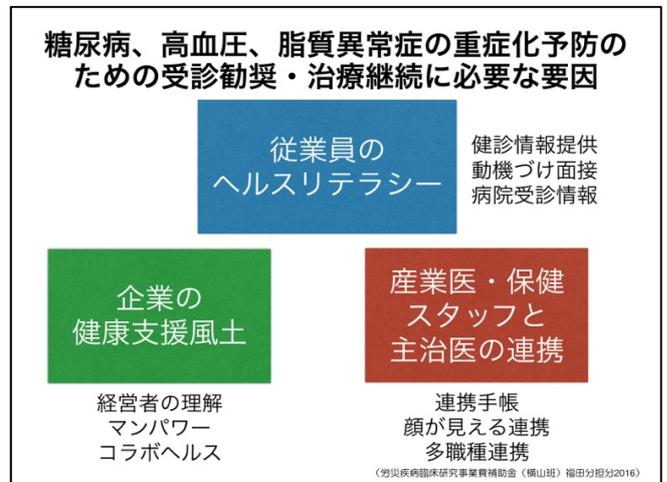
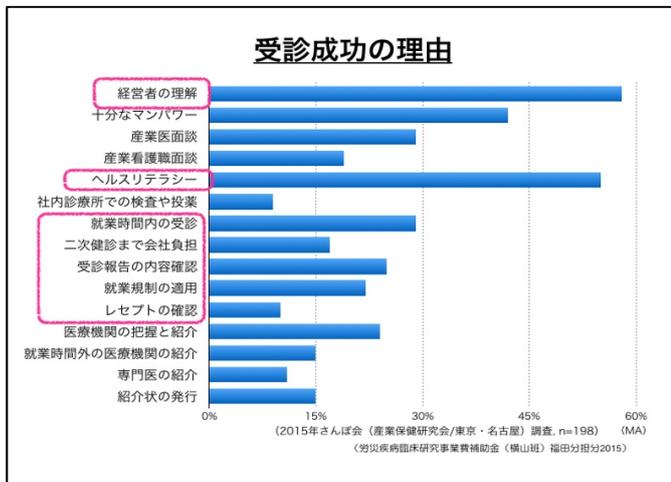
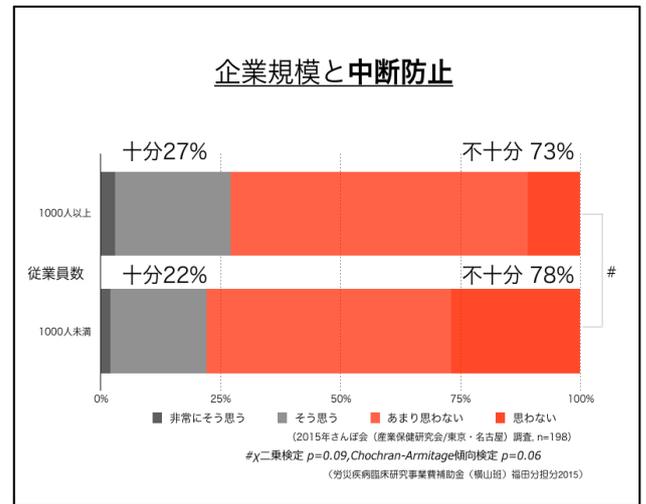
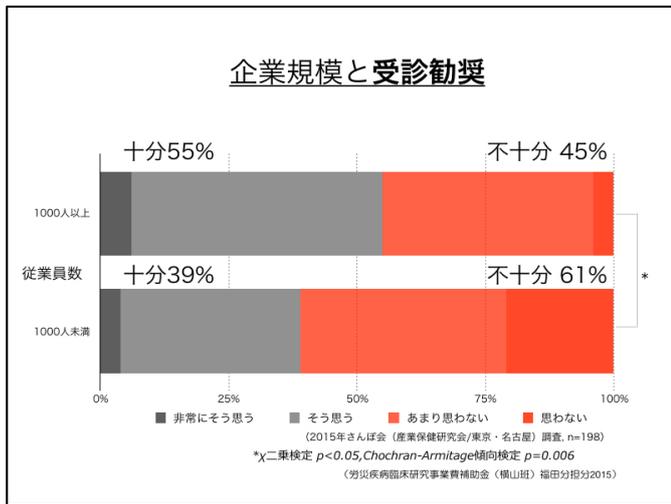
## 6. 生活習慣病(2型糖尿病・高血圧・脂質異常症)主治医

がんや難治性疾患だけでなく、2型糖尿病・高血圧・脂質異常症などの生活習慣病が、QOWL(quality of working life)に影響を与える脳心血管疾患のリスクになることを考えると、健診で発見し得る common disease である生活習慣病も両立支援の対象になり得ると考えられる。

生活習慣病の両立支援で、患者の所属する企業の産業医・産業保健スタッフが主治医に期待することは、①患者の就労背景について理解して頂くこと、②紹介患者を適切に治療につなげることである。①については、初診時の患者の問診情報の中で、他の問診項目(主訴や既往歴、現病歴等)に比べて、職業についての情報取得が少ない現状を踏まえ、患者の職業の問診を行うことで、最低限の就労背景に理解につながると考えられます。

職場(予防)と臨床の距離は遠い。せつかく病院に紹介されても、受診時に「どうして(こんな大したことないデータで)受診したの?」と医師から説明されるケースが散見される。②については、特定健診のデータから2型糖尿病・高血圧・脂質異常症など生活習慣病のハイリスクの未受診者・未治療者が一定以上存在する(糖尿病で5割、高血圧で7割、脂質異常症で9割程度)ことを理解し、産業医・産業保健スタッフが受診の必要性を認めた患者に対し、受診の必要性の理解を共有し、受診行動を承認・強化するような態度で企業従業員である患者に接することが望ましい。再検査による平均への回帰、精密検査での陽性反応的中度などの検査の特性を理解し、忙しい中受診の意義を肯定的に捉えるような説明を行うことが重要です。





また、治療中のコントロール不良者や、治療中断者が一定以上存在することを考慮し、主治医として **QI (quality indicator)** を用いた治療の質の維持改善を行い、安心して勤務を続ける上で必要な治療継続・中断防止のための指導を行う。特に中小企業では大企業とくらべて、受診勧奨や中断防止の支援が不足していることが多いことに留意する。

生活習慣病重症化予防のための受診勧奨・治療継続に必要な要因として、①従業員のヘルスリテラシー向上②企業の健康支援風土の醸成③産業医・産業保健スタッフと主治医の連携の3つが指摘されており、③の具体的なアイデアとして連携手帳の活用や研究会等を通じた顔の見える連携などが模索されている。



<社員を受診させるための働きかけ～10か条>

- ①手間暇をかける相手を選ぶ  
HbA1c 8以上  
BP 180/110以上  
LDL 220, TG 500以上を本気で受診勧奨する  
(そこがクリアされたら次のターゲットへ)
- ②未受診の理由をとことんヒアリングする  
(未受診＝不真面目と考えない)
- ③生活習慣病に熱心な医療機関との連携する
- ④利便性（夜間・土日）、待ち時間を考慮  
紹介状や医療連携室を活用する
- ⑤保健指導でダメなら薬物療法という考えを捨てる  
血管を守ること、予防できる病気で死なないこと  
「薬で安全を確保してからゆっくり減量」
- ⑥上司と情報共有する（安全配慮義務）  
「仕事が忙しい」を理由にさせない
- ⑦退職しない限りまた会えるので、深追いしない
- ⑧「病院へ行きましょう」と言わないのも手。  
事実を説明して「どうしますか」と問う。  
自分だったら、家族だったらの視点が重要。
- ⑨紹介した後のフォローも重要（中断防止）
- ⑩自分（担当者）ができないことは社員もしない。



受診勧奨の  
ための  
10か条

(労災疾病臨床研究事業費補助金（横山班）福田分担分2016）



参考文献

- 1) 福田洋. 臨床医のための産業医マニュアル・早期発見. JIM 24(9): 804-809, 2014
- 2) 福田洋: 職域健保・事業所における特定健診・特定保健指導の評価と今後の課題. 保健の科学 58(3): 162-171, 2016
- 3) 福田洋、江口泰正編著:ヘルスリテラシー～健康教育の新しいキーワード: 大修館書店,2016





## 7. 難病・自己免疫疾患主治医（リウマチ性疾患・1型糖尿病）

### 7-1. リウマチ性疾患をはじめとする指定難病

治療の進歩により難病患者の予後は改善しつつあるが、高額医療費の負担も大きく、治療と就労の両立支援が求められます。かつて56であった特定疾患は、2015年の難病法制定を経て、現在は指定難病という形で300を超えています。しかしその中でも、疾病ごとに就業率は大きく異なります(36ページ図)。潰瘍性大腸炎やベーチェット病のように一般人口の就業率とほぼ変わらない疾患もあれば、まだ就労率が低い疾患もあります。就労率が一般並みの疾病でも、たとえば潰瘍性大腸炎であればトイレへの配慮が、ベーチェット病であれば視覚障害に対する配慮が望まれるなど、働く人を支えるために産業保健スタッフが果たすべき役割は少なくありません。近年は、生物製剤などの新しい治療が一部の疾病治療で使用されることも増え、仕事の合間に外来通院しながら治療される方も増えています。産業保健スタッフは、リウマチ性疾患をはじめとする難病の主治医の先生からいただいた「治療の見通し、通院の負担、遷延する障害や治療が仕事に影響する可能性、再発や再燃時の対処法等」についての意見をもとに、働く人と職場をつなぐ「翻訳・調整」機能としての役割を果たします。

#### ◆難病患者の職場・産業医との連携

患者の同意のもと、「就労に関する主治医意見書」の記載を依頼された場合は、まず、「機能障害や症状と作業内容の調整をめざす」という観点から記載します。

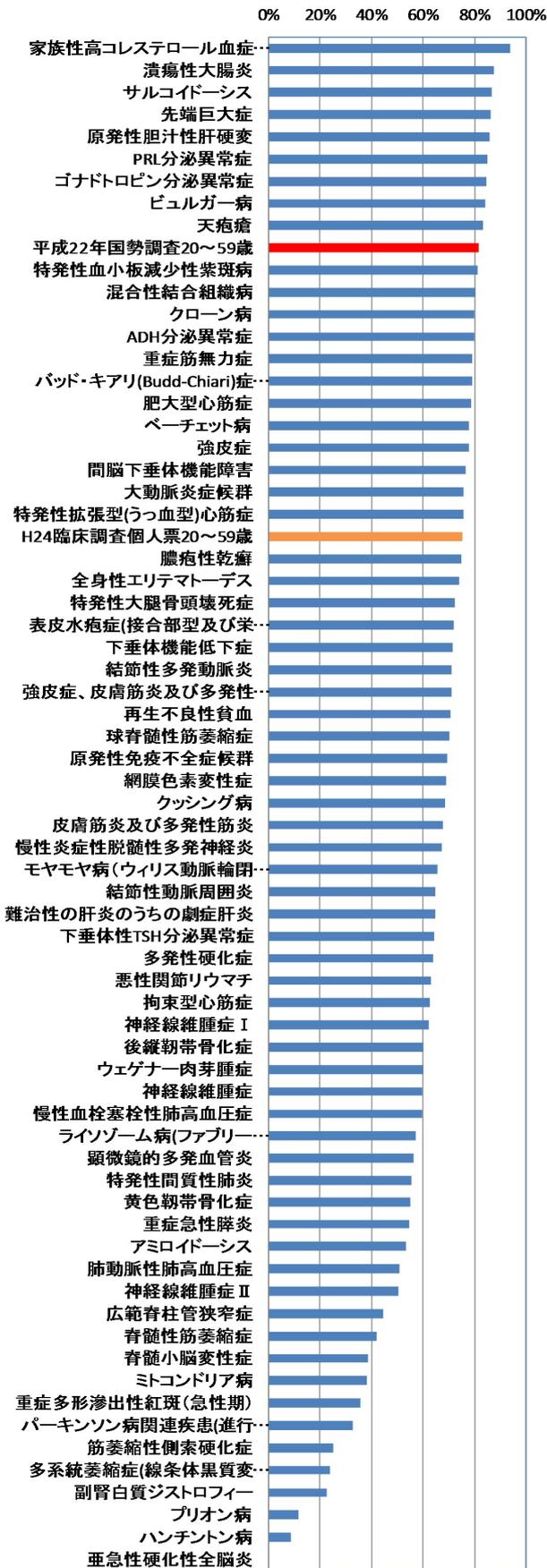
産業保健スタッフは、「病態の詳細よりも、実際の仕事の作業に影響すること」に主眼をおいています。「安全な通勤、治療の見通し(通院の曜日と間隔)、再燃や再発の予防のために職場で留意すべきこと、再燃や発作がおきたときの対処法」のご意見が役立ちます。

悪い例	良い例
適度な事務作業可能	(SLEを想定) 事務作業可能だが、膝・肩関節に過重のある重い書類搬送作業は配慮する。直射日光の当たる作業環境は避ける。月1回水曜日午前の通院を要する。柔軟に休憩がとれるような配慮を。

#### ◆難病患者の両立支援に関して留意する点

初発時の入院・休業からの職場復帰の際など、特に機能障害の遷延や長期外来通院が見込まれる場合、患者の希望に応じ、院内のMSWや地域障害者職業センター、さらに職域の産業保健スタッフと連携し職場復帰支援をめざします。近年は、転倒事故防止やバリアフリー化について取り組む企業も増えてきましたが、長期ステロイド投与等による影響も考慮し、意見書を記載します。

## H24年度臨床調査個人票 男性20～59歳就労割合



## H24年度臨床調査個人票 女性20～59歳就労割合



## 6-2. 1型糖尿病

### ◆1型糖尿病患者の職場・産業医との連携

患者の同意のもと、「就労に関する主治医意見書」の記載を依頼された場合は、産業医や企業が求める情報は、詳細な病態よりも、

◇就業が可能か(夜勤や残業、出張も含め)

◇治療(インスリン注射)による低血糖・高血糖等が就業へ及ぼす影響があるか

◇就業時間中に使用する薬剤等があるか

(休憩時間が遅くなった際の補食、食事時のインスリン注射など)

◇通院間隔

といった、仕事に直接関係、影響する内容であることに留意します。

### ◆1型糖尿病患者の就業に関する主治医意見の記載項目

(労働者の同意を得た上で、どの程度まで伝えることを望んでいるかにより内容は変わります)

◇インスリン注射の種類、注射回数、単位数等

◇通院頻度

◇低血糖の頻度、無自覚低血糖の有無

◇合併症の程度

◇どのような状況で低血糖をきたしやすいかについて

◇低血糖時の処置の方法

◇合併症の状態

**参考資料**：日本医師会のホームページには、【糖尿病対策】として、「診療情報提供書」など医療連携に活用できる各種の書式が掲載されています。

1) 糖尿病治療ガイド 日本糖尿病学会編・著 2016-2017 文光堂

2) 日本医師会ホームページ <http://www.med.or.jp/jma/diabetes/form/000465.html>



## 8. 健診機関担当医(生活習慣病(糖尿病・高血圧・脂質異常症))

生活習慣病(糖尿病・高血圧・脂質異常症)の両立支援における、健診機関担当医の役割は、

- ①精度管理された正確な健診結果を、分かり易く解釈を加えて迅速に受診者に返却すること
- ②当日の健診結果の中でパニック値などを認める重症疾患の合併が疑われる受診者に関しては、健診医から直接主治医に(未受診の場合は医療機関の紹介)直接そして確実に健診結果を紹介すること

にあります。34 ページ図のように、定期健診受診後、受診勧奨値であっても医療機関を受療しない未治療者は現実にはかなり多い可能性が示唆されています。重症化予防の観点から、特に小規模事業所に勤務する受診者の場合は、健診医が必要な受診勧奨を行わないと未受診のままの状態になる恐れがあり、より積極的な対応が求められます。

### ◆健診機関担当医と産業医、治療主治医との連携

健診での使命としては、早期発見と重症化予防(2次および3次予防)が重要です。健診機関の担当医には、可能な限り健診当日に受診者と面談し、特に留意が必要な検査結果について優先順位を考慮して分かり易く説明することが求められます。また、当日確認できない検査結果については、適切な解釈を分かり易く結果報告書に反映させなければなりません。

結果に反映させる検査値に関しては適切な精度管理が重要です。そのため、健診医は日本人間ドック学会や日本総合健診学会の提言を参考に精度管理に努める必要があります。

健診結果は、①生活習慣病②悪性疾患③循環器疾患④その他に分類しその優先度を評価します。特に①に関しては、有病者および疑われる者が、メタボリックシンドローム 1960 万人、糖尿病 2050 万人、高血圧症 4300 万人とかなり多くの患者やハイリスク者の存在が想定されています。さらに、糖尿病や高血圧患者の未受診や治療中断が大きな問題になっている。糖尿病に関しては、34.8%が未受診・治療中断者であり、特に 40 歳台では 50%以上とされています。高血圧も同様であり、治療率は約 50%であり、治療中の患者においても降圧達成率は 40%台にとどまっています。未受診・治療中断率は年齢が若いほど高い傾向にあるために、「働き盛り」の勤労者にとって症状が顕在化しにくい生活習慣病は「隠れた脅威」であり、精査や治療へ誘導する適切な対応に関して常に意識しておく必要があります。

健診結果の判定区分に関しては、人間ドック学会が「基本検査項目/判定区分」を提案しており、A(異常なし)、B(軽度異常)、C(要経過観察・生活改善)、D(D1 要治療・D2 要精検)を推奨しています。その中で特にDに該当する項目に関しては、治療や精検の必要性を分かり易く回答し、受診行動に結び付ける工夫が必要です。また、重症高血圧症や重症糖尿病など急性合併症を引き起こす可能性がある場合、悪性疾患や循環器疾患が強く疑われる場合については、パニック値への対応を含めて至急専門医療機関へ紹介し、さらに確実に受診結果を把握する必要があります。

### 参考文献

- 1) 厚生労働省；平成 24 年「国民健康・栄養調査」  
<http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10904750-Kenkoukyoku-Gantaisakukenkoukouzoushinka/0000099296.pdf>
- 2) 日本高血圧学会；高血圧治療ガイドライン 2014(JSH2014)
- 3) 人間ドック学会；判定区分(2016年4月1日改定)
- 4) <http://www.ningen-dock.jp/wp/wp-content/uploads/2015/12/2cc16fa88863f266c160ab5c67509281.pdf>

### Ⅲ. 患者の職場・産業医との連携方法

#### 1. 連携で役に立つ医療情報とは(主治医意見書の書き方)

患者の同意のもと、「就労に関する主治医意見書」の記載を依頼された場合は、「病態の詳細よりも、実際の仕事の作業に影響すること」に主眼をおいて記載することが重要です。産業医をはじめとする産業保健スタッフは、職域の医療専門家として、主治医の先生から得た情報(医療専門職として守秘義務を有することは44ページ参照)を翻訳し、両立支援の実現のために求められる職場での業務配慮の調整を図る機能を有します。

「安全な通勤と就労のために必要な配慮、治療の見通し(通院の曜日や間隔)、治療(薬剤を含む)の作業への影響や留意点、再燃や再発の予防のための留意点、再燃や発作がおきたときの対処法」などの具体的な意見が有用です。

両立支援とは、「病気を抱えながらも、働く意欲・能力のある労働者が、仕事を理由として治療機会を逃すことなく、また、治療の必要性を理由として職業生活を妨げられることなく」(3ページ)をめざすものですから、「仕事によって治療効果に影響が出そうな場合」や、「治療によって仕事に影響が出そうな場合」に、「職場でどのような対応をすることが望ましいか」の視点で意見書を記載することが重要です。

もちろん職場ですべての配慮を実現することは不可能なこともあります。「主治医の先生のご意見に沿いながら、最大限、本人と職場の両者が納得できる妥協点をみいだして調整を図る」のが産業医の腕の見せ所ですので、職場での最終的な配慮の調整作業までは主治医には求められていません。

ただ、一般的に職場、特に上司や人事等の非医療関係者からみると、「主治医意見書の内容の重み」があることは事実です。連携事例調査で、「がん治療による通院を考えると就業は困難」と明記された主治医意見書によって、本人の意に反して退職に追い込まれたケースがありました。「どうしたら両立できるか」の前向きな視点で記載することが、患者本人の利益になることが多いと考えられます。

最後に重要な点として、「意見書の提出先」(連携の相手)が誰か、を確認します。

意見書の提出先が産業医の場合☞ 相手は医療職であり守秘義務を有します。主治医の先生のご意見(配慮内容)の根拠として、医療(健康)情報を盛り込むと、先生の意図が伝わりやすく、より円滑な連携が見込まれます。また直接郵送などの場合は、「〇〇株産業医殿・親展」などと記載することも有効です。

意見書の提出先が企業(人事)の場合☞ 相手は非医療職であり、詳細な医療(健康)情報は不要です。「実際の配慮内容」のみ記載し、「どんな病気か」より「何ができて何に留意するか」の情報を明確に記載します。

## 2. 連携の方法がわからないとき

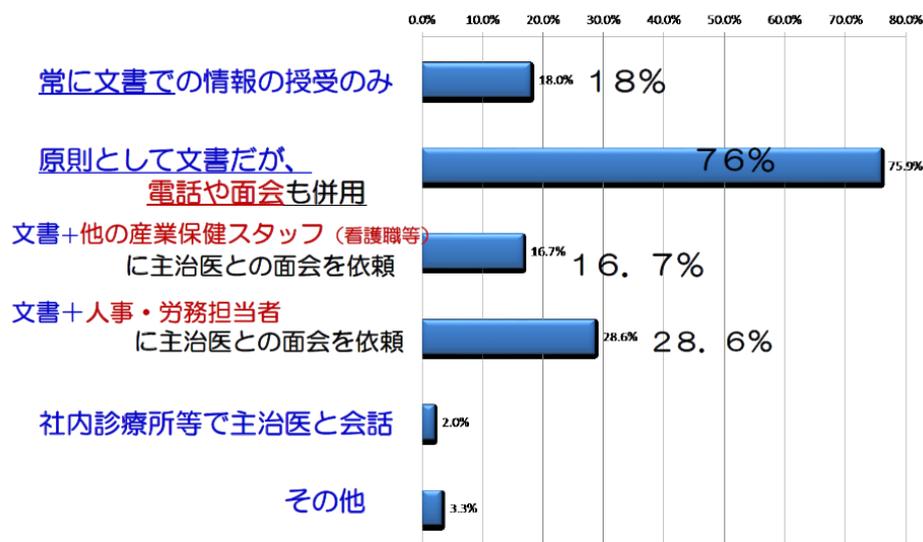
連携の相手については39ページを参照ください。産業医や産業看護職がいる場合は、守秘義務を有し医療(健康)情報を理解翻訳できる専門家として、彼らを連携の相手として活用します。産業医が選任されていない等でそれが難しい場合は、両立支援に理解があり、本人の業務内容や労務管理の調整が可能な職場の方(上司、人事、衛生管理者等)を連携の相手とします。

連携の手段については44ページを参照ください。産業医等の会社から連携(主治医意見書、情報提供)を依頼された場合の多くは、文書でのやり取りが多いですが、下図のように産業医側の連携調査では、「文書に電話や面会を併用する」場合が最多でした。やはり円滑な連携には「顔がみえる」関係が重要と考えられます。メンタルヘルス不調(精神科・心療内科)主治医では、長期休業からの職場復帰に際して、主治医側から呼びかけて、患者と職場の方(産業保健スタッフ、人事、上司等)同席での面談を実施している場合もみられます。

連携に伴う情報管理の注意点については44ページを参照ください。また連携で発生するコストは次項で説明します。

### 主治医と連携する方法は？

(日本産業衛生学会・産業医部会員250名)



## 3. 連携をサポートする職種と諸機関

医療機関内では、ソーシャルワーカー等が連携のサポートをします。傷病手当金制度など経済的な相談も可能ですので、「職場復帰で連携が必要そうだ」と考える場合は、院内の医療福祉相談室等へ連携(紹介)します。院内で産業カウンセラー、キャリアコンサルタント、社労士等への相談が可能な場合はその活用も一案です。

院外では、まず職域では、産業医や産業看護職、産業歯科医、臨床心理士、栄養士や理学療法士などの産業保健スタッフ(多職種)が連携の相手でありサポーターです。医療機関・職域以外では、ハローワークや、各都道府県の産業保健総合支援センター、地域産業保健センターの相談窓口を活用するよう、患者や職場関係者に促すことも一案です。

#### 4. 連携に関するコスト

連携の相手により異なります。

◇社内診療所(保険医療機関)の医師(産業医)宛ての場合(このような場合は稀です)

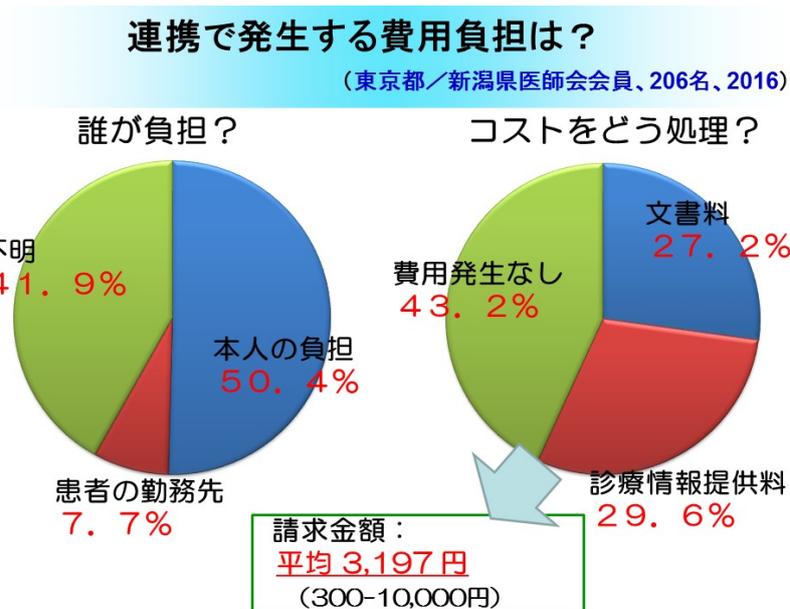
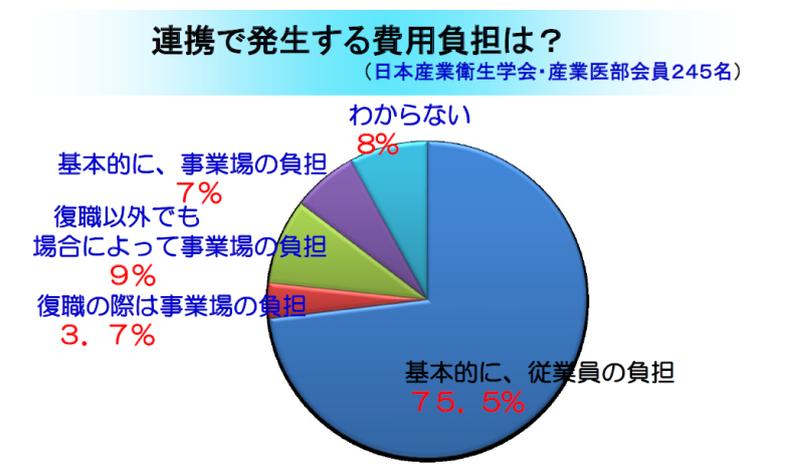
☞ 診療情報提供、という形が可能です(保険請求)

◇上記以外の産業医・企業(人事総務)宛ての場合(殆どはこれにあたります)

☞ 文書料として患者に請求します。

この費用を企業や健康保険組合が負担する場合がありますので、患者から企業に問い合わせてもらいます。

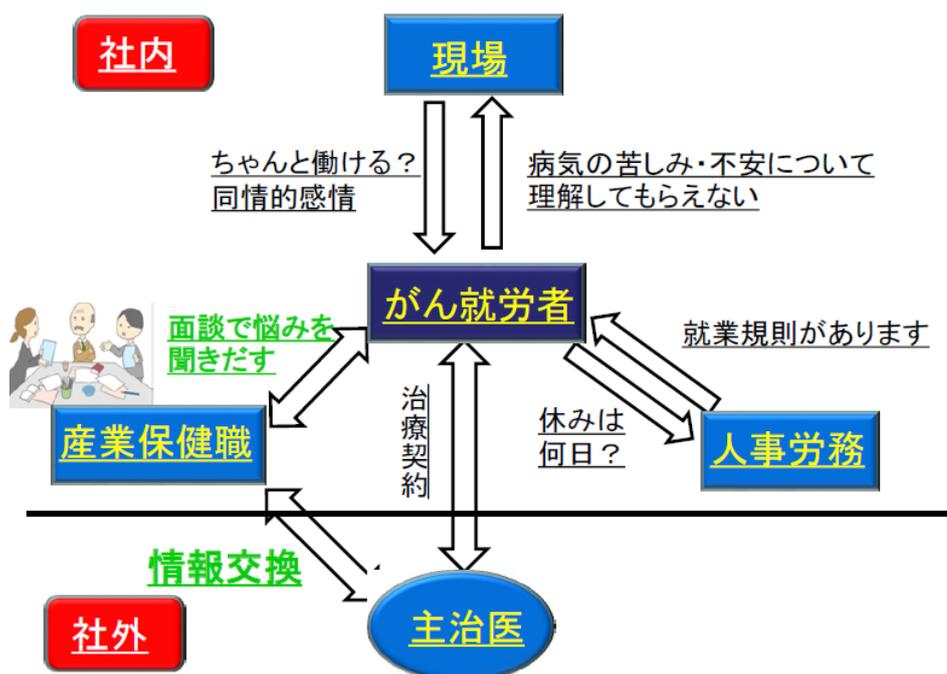
金額は医師会員の主治医向け調査では下図のような平均額ですが、「連携で、本人・職場の方を含めた面談」を実施する場合は、発行する文書料にこのコストを上乗せする場合もあるかもしれません。



IV. 主治医として産業医・産業保健スタッフを活用するために  
—産業医や産業保健スタッフの役割

産業保健スタッフ	➔ 従業員や管理職からの両立支援申し出(医療面)の窓口。 主治医との連携の際の窓口。 健康(医療)情報を取りまとめ、職場で必要な情報へ翻訳。 治療による休業からの職場復帰に関する意見を表明。 作業内容・職場環境の配慮についての意見を表明。 健康(医療)に関する情報の管理 両立支援に関する研修
人事労務担当者	➔ 従業員や管理職からの両立支援申し出(勤務や経済面)の窓口。 両立支援で活用できる病気休暇や柔軟な勤務制度づくり 制度の社内への周知 病気療養中に利用できる経済的生活支援制度の紹介 就業上の措置(配慮)の実施
衛生管理者	➔ 作業内容・職場環境の配慮の実施に関する調整
管理監督者	➔ 部下の両立に対する理解と支援。 両立しやすい業務上の配慮や職場環境づくり
従業員本人	➔ 治療と仕事を両立する希望があるが困難を感じる際に、産業保健スタッフや人事労務担当者等に相談する

産業保健職の役割



出典:「がん就労」復職支援ガイドブック(一部改変)

## V. 連携に関する法・倫理的課題

### 1. 連携を生かした合理的配慮

合理的配慮とは、病気をもつ労働者が、病気があることだけを理由に、有する能力の発揮に支障となることがないように、病気により生じる様々な制約やその特性に対応して行われるのに必要な配慮です。難病を含む障害をもつ労働者に対しては、平成28年4月より、募集・採用・採用後の均等な機会と待遇の確保をめざす「合理的配慮指針(改正障害者雇用促進法)」が運用されています。

(合理的配慮指針：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もしくは待遇の確保また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)

一方、事業者は一般に組織公平性を維持する責務も有しており、「配慮の実施」については、配慮事項が事業主および他の社員にとって過重な負担とならないような調整が求められます。この配慮と組織公平性のバランスをどのように保つかは事業主の考え方や企業風土により異なると考えられますが、「治療と就業の両立支援」の観点からは、

- ① 主治医との連携により、必要な配慮に関する意見を得て、
- ② 産業医が主治医意見(健康・医療情報)を翻訳するとともに、職場や作業の実際を勘案して、必要な配慮に関する意見(判断)を表明し、
- ③ 事業者(人事や上司)は本人とよく話しあいを行いつつ、
- ④ 事業者や他の社員の負担を勘案した、
- ⑤ 配慮を実施することが重要です。

そのためには、

- ① 病気や両立支援の申し出がしやすい職場環境を醸成する  
(普段から労働者が産業医や産業看護職に相談しやすい体制を整備する等)
- ② 周囲の理解を得られるよう、「配慮の内容」について周囲への説明を行うことがあわせて求められます。



## 2. 連携の際の個人情報保護

産業医・産業保健スタッフが主治医との間で労働者の健康情報の授受を行って連携することは、労働者の健康管理のために有益ですが、労働者のプライバシーとの関係で、法的・倫理的な検討が必要です。以下に関連する法規や指針等を示します。

### (1) 守秘義務に関する法規や指針

医師など国家資格に基づく医療従事者には守秘義務が課せられています(刑法 134 条、保健師看護師助産師法 42 条の 2・44 条の 3 など)。したがって、連携の相手が医療関係者であっても、労働者の同意なく、労働者の健康情報を提供することは、法的に見て守秘義務に違反しないか、が問題となり得ます。

こうした守秘義務は、法的問題であるとともに、倫理的問題でもあります。すなわち、古くは、ヒポクラテスの誓いにおいて、「医に關すると否とにかかわらず他人の生活について秘密を守る。」とされていますし<sup>1)</sup>、最近では、日本医師会の「医師の職業倫理指針」(第 3 版、平成 28 年 10 月)において、「医師が患者情報についての守秘義務を免れるのは、患者本人が同意・承諾して守秘義務を免除した場合か、あるいは患者の利益を守るよりもさらに高次の社会的・公共的な利益がある場合である。」とされています<sup>2)</sup>。

### (2) 個人情報保護に関する法規

平成 27 年改正「個人情報の保護に関する法律」(個人情報保護法)は、「病状」等については、他の個人情報と区別して、要配慮個人情報と位置付けています(同法 2 条 3 項)。また、同法は、原則として、「あらかじめ本人の同意を得ないで、個人データを第三者に提供してはならない。」としています(同法 23 条 1 項)。

これらより、労働者の同意を確認のうえ、労働者の健康情報を提供する必要があります。

### (3) 産業保健専門職に関する指針

#### ア 産業保健専門職の倫理指針

日本産業衛生学会の「産業保健専門職の倫理指針」は、産業保健専門職が臨むべき立場として、「労働者の健康情報を管理し、プライバシーを保護する」も挙げたうえで(3)、「産業保健専門職は、産業保健活動に関する記録を適切に管理する。個人の健康情報は守秘義務に従って管理する。」(15)とし、更に「労働者の安全と健康を守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。」としています(13)<sup>3)</sup>。

これは、労働者の健康情報管理やプライバシーの重要性について述べたうえで、事業者に対して健康情報を開示する場合において、労働者の同意を求めるものですが、事業場外にある主治医らとの間における健康情報の提供についても、健康情報の管理やプライバシーの重要性に鑑みれば、同様のことが当てはまります。

#### イ 産業保健専門職のための国際倫理コード

International Commission on Occupational Health (ICOH) の「産業保健専門職のための国際倫理コード」(第 3 版、2013 年)は、「個人の医学的データと医学的検査の結果は、産業医ないし産業看護職の責任の下で厳重に管理される医療ファイルに記録されなければならない。」「これらへのアクセスやこれらの移転等は、法や倫理指針に基づかなければならない」としたうえで(21)、「産業医側は、労働者の同意を得た上で、主治医側に更なる医学的情報を求めることができ、また、主治医側に必要な健康デー

タを知らせることができる。」「産業医側は、労働者の健康状態からして、特に危険性がある場合には、労働者の同意を得て、危険性や職業上の曝露、制限についても、必要があれば、主治医側に伝えることができる。」(23)としています<sup>4)</sup>。

これは、労働者の健康情報管理の重要性について述べたうえで、情報提供にあたっては、労働者の同意を必要とするものです。

ウ 労働者の健康サーベイランスのための技術・倫理ガイドライン

国際労働機関(ILO)の「労働者の健康サーベイランスのための技術・倫理ガイドライン」は、「労働者の健康評価の結果を報告するにあたっては、医療上の秘密保持が、国内慣習および承認された倫理ガイドラインに従って、厳密に監視されるべきである。産業保健専門職は、医学的検査結果が意図した目的以外に使われるのを防止するために、また医療上の秘密保持が十分に尊重されるようにするために、すべての必要な手段をとるべきである。」(6.22)としています<sup>5)</sup>。

これは、労働者の同意の必要性等に直接、言及するものではありませんが、情報提供にあたっては、健康情報の秘密保持が尊重されなければならないことを述べています。

エ ILOの「労働者個人情報の保護実施要綱」は、「個人情報とは、以下の場合を除き、労働者の明確な合意なく第三者に伝達してはならない。(a)生命または健康に対する深刻かつ切迫した危険を防止するのに必要な場合 (b)法の要求によるか、認められている場合 (c)雇用関係の措置に必要な場合 (d)刑法の施行上必要な場合」としています(10.1)<sup>6)</sup>。これは、事業者側に対するものですが、健康情報の提供という観点からは、産業医と主治医との間においても同様のことがあてはまります。

(4) 情報漏えいに関する裁判例

健康情報が漏えいした場合には、他の情報が漏えいした場合に比して、賠償金額は高額化する傾向にあります。これは、健康情報は、他の情報に比して、秘匿の必要性が高いためと思われます(H27 桑原分担研究報告書)。

このことに加えて、(1)(2)(3)からも、健康情報が他の情報に比して、秘匿の必要性が高いことは明らかですから、情報提供にあたっては、労働者の同意を得ることのみならず、情報漏えいが起きないように対応することも必要です。



## ◆産業医・産業保健スタッフとの連携方法と留意点

### (1) 書面形式による場合

この形式が労働者の健康情報を保護する観点から、基本的な形式となります。

ア 患者の同意を確認して、産業医との間における健康情報の提供を行う。

例えば、主治医外来に、患者が産業医側からの健康情報に関する質問を記載した書面（「就労に関する主治医意見書」等）を持参した場合には、情報の授受についての患者による日付入りの署名があるかを確認する。

イ その場でまたは後日、当該書面に回答を行い（意見を述べ）、親展を付した封筒に封入して、産業医宛てに返送する。

### (2) 面談形式による場合

複雑な事情があるときなど、書面形式では要領を得ない場合には、例えば、主治医外来に産業医等の産業保健スタッフが同行するなどして、本人を含めた面談の場で、情報交換することも考えられます。

面談に患者が同席し、患者が異議を述べない場合には、面談における健康情報の提供について、患者の同意があると考えて構いません。面談の参加者については、主治医側が医療記録に記載を残します。

また、面談当初は患者が立ち会い、面談途中で患者に室外で待機するように求め、患者が、それに従った場合においても、その後の患者が立ち会わない面談について、患者の同意があったと考えて構いません。この場合には、主治医側が、こうした経緯を医療記録に記載を残します。これらは、面談に事業者側（人事や上司）も加わるときも同様です。

### (3) その他の方法

例外的に、書面形式や面談形式を行うことが困難な場合には、患者の同意を得て、電話、メール、FAXで情報提供することも許容されます。

しかし、これらについては、(1)や(2)に比して、情報漏えいのリスクが高いことに留意します。

例えば、電話であれば、対話者が産業医等でない場合に健康情報を漏えいしてしまうおそれがあります。したがって、産業医等から電話がかかってきた場合には、架け直しを行う、メールであればPWを付した添付文書のやり取りといった工夫が必要です。さらに、FAXであれば誤送信防止機能の利用を行うことが求められます。

## 参考文献

- 1) 小川鼎三訳，ヒポクラテスの誓い
- 2) 日本医師会，医師の職業倫理指針(第3版)，2016
- 3) 日本産業衛生学会，産業保健専門職の倫理指針
- 4) ICOH，産業保健専門職のための国際倫理コード(第3版)，2013
- 5) ILO，労働者の健康サーベイランスのための技術・倫理ガイドライン
- 6) ILO，労働者個人情報保護実施要綱



◆執筆・監修協力者◆

順天堂大学医学部衛生学講座

横山和仁 北村文彦 武藤 剛 黒沢美智子 伊藤弘明 松川岳久  
細川まゆ子 大森由紀 久保田章乃 石井理奈 門馬恵莉香 平松真智子

順天堂大学医学部公衆衛生学講座

谷川 武 和田裕雄 白濱龍太郎

順天堂大学医学部乳腺・内分泌外科学研究室

齊藤光江 田口良子 奥出有香子 信濃裕美 齊藤佳奈子

順天堂大学医学部代謝内分泌内科学講座

綿田裕孝 池田富貴

順天堂大学医学部総合診療科

福田 洋 横川博英

順天堂大学医学部病院管理学講座

桑原博道

東京女子医科大学医学部衛生学公衆衛生学第二講座

遠藤源樹

東京大学医学部附属病院22世紀医療センター運動器疼痛メディカルリサーチ&マネジメント講座

松平 浩 川又華代

三重大学大学院医学系研究科臨床医学系講座家庭医療学分野

竹村洋典 北村 大 市川周平

東京医科大学公衆衛生学分野

小田切優子

国立がん研究センター

後藤 温

丸井健康保険組合健康促進センター

厚美直孝

富士通株式会社健康推進本部

三宅 仁 高宮義弘

JR 東日本健康推進センター

神奈川芳行 山本尚寿

## **Bridge between Clinic & Company**

