

(表2) 文献一覧(心臓突然死)

国	疾病	疫学的知見	題	文献名
欧米	心筋梗塞後	AMI後、10日間以上生存した533名のうち、5.4%に突然死を認めた。突然死の79%は7ヶ月以内に発生。	Risk factors for sudden death after acute myocardial infarction: Two-year follow-up.	Am J Cardiol 1984; 54: 31-36.
欧米	心筋梗塞後	心筋梗塞発症13時間以後に発生した非持続性心室頻拍は、不整脈死の独立した危険因子である	Nonsustained ventricular tachycardia in the setting of acute myocardial infarction: tachycardia characteristics and their prognostic implications.	Circulation 1998; 98: 2030-2036.
欧米	心筋梗塞後	頻発する心室期外収縮は再灌流療法の有無にかかわらず、予後の独立した危険因子である	Prognostic significance of ventricular premature depolarizations measured 1 year after myocardial infarction in patients with early postinfarction asymptomatic ventricular arrhythmia.	Am Coll Cardiol 1992; 20: 259-264
欧米	心筋梗塞後	頻発する心室期外収縮は予後の独立した危険因子である	Prognostic significance of ventricular ectopic activity in survivors of acute myocardial infarction.	J Am Coll Cardiol 1987; 10:231-242.
欧米	心筋梗塞後	梗塞に関連した冠動脈の開存が得られるかどうかは、強力な不整脈事故の予測因子である。	Open infarct artery, late potentials and other prognostic factors in patients after acute myocardial infarction in the thrombolytic era. A prospective trial.	Circulation 1994; 90: 1747-1756.
欧米	心筋梗塞後	心血管病の患者において、フォローアップ期間4.6年で3.4%に突然死を認めた。	The effect of medical and surgical treatment on subsequent sudden cardiac death in patients with coronary artery disease: A report from the Coronary Artery Surgery	Circulation 1986; 73:1254-1263.
欧米	心筋梗塞後	梗塞に関連した冠動脈の開存が得られるかどうかは、強力な不整脈事故の予測因子である。	Open infarct artery, late potentials and other prognostic factors in patients after acute myocardial infarction in the thrombolytic era. A prospective trial.	Circulation 1994; 90: 1747-1756.
欧米	肥大型心筋症	心エコー図における著明な左室壁肥厚(最大壁厚30mm以上)は突然死の危険因子となる	Relation between severity of left ventricular hypertrophy and prognosis in patients with hypertrophic cardiomyopathy.	Lancet 2001; 357: 420-424.
欧米	肥大型心筋症	無症候例を多く含む一般のHCMでは、非持続性心室頻拍の有無で予後に差はない	Prognostic value of non-sustained ventricular tachycardia and potential role of amiodarone treatment in hypertrophic cardiomyopathy:	Heart 1998; 79: 331-336.
欧米	肥大型心筋症	左室壁肥厚が大きいほど(16mm以上で)、突然死の危険因子となる	Magnitude of left ventricular hypertrophy and risk of sudden death in hypertrophic cardiomyopathy.	N Engl J Med 2000; 342: 1778-1785.
欧米	肥大型心筋症	NSVTは突然死の危険因子である。	Arrhythmias in hypertrophic cardiomyopathy.	J Cardiovasc Electrophysiol 1991; 2: 516-524.

国	疾病	疫学的知見	題	文献名
欧米	肥大型心筋症	年間死亡率1.3%,突然死0.6%であった。失神は突然死のリスクファクターであった。	Hypertrophic cardiomyopathy in a large community-based population: Clinical outcome and identification of risk factors for sudden cardiac death and	Am Coll Cardiol 2003; 41: 987-993.
欧米	肥大型心筋症	1~23年(平均6年)のフォローアップで、12.6%が突然死した。14歳以下でかつ診断時に失神を認める、もしくは、肥大型心筋症の家族歴がある、もしくは、ひどい呼吸困難をフォローアップ中に自覚した患者に突然死を多く認めた。15~45歳では失神のみが突然死の危険因子であった。	Implantable Cardioverter-Defibrillators and Prevention of Sudden Cardiac Death in Hypertrophic Cardiomyopathy.	JAMA 2007; 298: 405-412.
欧米	肥大型心筋症	上室性不整脈は突然死の危険因子である。	Arrhythmia in hypertrophic cardiomyopathy. I: Influence on prognosis.	Br Heart J 1981; 46: 168-172.
欧米	肥大型心筋症	若年者においてNSVTは突然死の危険因子である。	Non-sustained ventricular tachycardia in hypertrophic cardiomyopathy: an independent marker of sudden death risk in young patients.	J Am Coll Cardiol 2003; 42: 873-879.
欧米	肥大型心筋症	8±7年の期間で5.9%に突然死を認めた。	Epidemiology of hypertrophic cardiomyopathy-related death.	Circulation 2000; 102: 858-864.
欧米	肥大型心筋症	3.6±2.5年の期間で6.0%に突然死を認めた。複数のリスクファクターがあれば突然死の確率は上昇する	Sudden death in hypertrophic cardiomyopathy; Identification of high risk patients.	J Am Coll Cardiol 2000; 36: 2212-2218.
欧米	肥大型心筋症	運動負荷試験中の収縮期血圧の低下、上昇不良は、若年者の37%に認められ、突然死の危険因子となる。	Prospective prognostic assessment of blood pressure response during exercise in patients with hypertrophic cardiomyopathy.	Circulation 1997; 96: 2987-2991.
欧米	肥大型心筋症	VTは突然死の危険因子である。	Long-term outcome of patients with hypertrophic cardiomyopathy successfully resuscitated after cardiac arrest.	J Am Coll Cardiol 1989; 13:1283-1288.
欧米	肥大型心筋症	運動負荷試験中の収縮期血圧の低下、上昇不良は、22%(28/126)に認められ、50歳以下で突然死の危険因子となる。	Prognostic value of systemic blood pressure response during exercise in a community-based patient population with hypertrophic cardiomyopathy.	J Am Coll Cardiol 1999; 33: 2044-2051.
欧米	肥大型心筋症	左室流出路狭窄例では突然死は高率となる。	Effect of left ventricular outflow tract obstruction on clinical outcome in hypertrophic cardiomyopathy.	N Eng J Med 2003; 348: 295-303.
欧米	先天性QT延長症候群	LQT1は運動が不整脈発作の誘引となり、LQT2は聴覚刺激が誘引となった。	Auditory stimuli as a trigger for arrhythmic events differentiate HERG-related (LQT2) patients from KVLQT1-related patients (LQT1).	J Am Coll Cardiol 1999; 33: 327-332.

国	疾病	疫学的知見	題	文献名
欧米	先天性QT延長症候群	LQT1とLQT2の成人において、女性のほうが不整脈発作のハイリスクである	International Long QT Syndrome Registry. Modulating effects of age and gender on the clinical course of long QT syndrome by genotype.	J Am Coll Cardiol 2003; 42: 103-109.
欧米	先天性QT延長症候群	LQT1は水泳中、LQT2は聴覚刺激によるが心イベントが多い。	Comparison of clinical and genetic variables of cardiac events associated with loud noise versus swimming among subjects with the long QT syndrome.	Am J Cardiol 1999; 84: 876-879.
欧米	先天性QT延長症候群	$\beta$ 遮断薬治療中にも関わらず失神を繰り返す例は心イベント発生の高危険群である。	Effectiveness and limitations of beta-blocker therapy in congenital long-QT syndrome.	Circulation 2000; 101: 616-623.
欧米	先天性QT延長症候群	不整脈事故は男性では思春期以前に発生することが多く、女性より発生頻度が高い。思春期以降では女性患者の不整脈事故が多くなる	Age- and sex-related differences in clinical manifestations in patients with congenital long-QT syndrome: findings from the International LQTS Registry.	Circulation 1998; 97: 2237-2244.
欧米	心不全	2647名, NYHAⅢ、Ⅳ、プラセボ1320名 平均 1.3年 突然死 6.3%	CIBIS-II investigators and committees. The Cardiac insufficiency Bisoprolol Study II (CIBIS-II) -a randomized trial.	Lancet 1999; 353: 9-13.
欧米	拡張型心筋症	体表面加算平均心電図での遅延電位(LP)陰性例に比べ、陽性例では持続性心室頻拍や突然死がみられる	Prognostic value of the signal-averaged electrocardiogram and a prolonged QRS in ischemic and nonischemic cardiomyopathy.	Am J Cardiol 1995; 75: 460-464.
欧米	拡張型心筋症	多変量解析で突然死の危険因子として、左室駆出率が有意な指標であった。	Noninvasive arrhythmia risk stratification in idiopathic dilated cardiomyopathy: results of the Marburg Cardiomyopathy Study.	Circulation 2003; 108: 2883-2891.
日本	異型狭心症	心室頻拍が記録された例の平均73か月の観察では、2例(25%)に突然死を認め、心室頻拍を伴う例では予後が不良	Polymorphic ventricular tachycardia in patients with vasospastic angina: clinical and electrocardiographic characteristics and long-term outcome.	Jpn Circ J 2001; 65: 519-525.
欧米	Brugada症候群	24±32ヶ月の期間で8.0%に突然死もしくはVF認めた。失神の既往が突然死の危険因子であった。	Determinants of sudden cardiac death in individuals with the electrocardiographic pattern of Brugada syndrome and no previous cardiac arrest.	Circulation 2003; 108: 3092-3096.
欧米	Brugada症候群	27±29ヶ月の期間で無症候性の患者の8%に初発の不整脈事故を認めた。失神の既往のある患者では26±36ヶ月の期間で19%に初発の不整脈事故を認めた。	Long-term follow-up of individuals with the electrocardiographic pattern of right bundle-branch block and ST-segment elevation in precordial leads V1 to V3.	Circulation 2002; 105: 73-78.
欧米	Brugada症候群	27±29ヶ月の期間で症候性の患者の16%にVFが発生した。無症候性では1例もVFは発生しなかった。	Clinical and genetic heterogeneity of right bundle branch block and ST-segment elevation syndrome: A prospective evaluation of 52 families.	Circulation 2000; 102: 2509-2515.
欧米	房室ブロック	2度房室ブロックはブロック部位により予後が異なる	The significance of second degree atrioventricular block and bundle branch block: Observations regarding site and type of block.	Circulation 1974; 49: 638-646.

国	疾病	疫学的知見	題	文献名
欧米	房室ブロック	2度房室ブロックはブロック部位により予後が異なる	Comparative features of newly acquired left and right bundle branch block in the sgeneral population:the Framingham study.	Am J Cardiol 1981; 47: 931-940.
欧米	房室ブロック	2度房室ブロックはブロック部位により予後が異なる	Survival in second degree satrioventricular block.	Br Heart J 1985 ;53: 587-593.
欧米	大動脈弁狭窄症	無症状患者の3.9%が突然死した。	Comparison of outcome of asymptomatic to symptomatic patients older than 20 years of age with valvular aortic stenosis.	Am J Cardiol1988; 61: 123-130.
欧米	大動脈弁狭窄症	成人(平均年齢60歳)の15~20%に突然死を認める。	Calcific aortic stenosis and congenital aorticvalves.	Br Heart J 1968; 30: 606-616.
欧米	大動脈弁狭窄症	大動脈弁狭窄症の2/3の症例でQT dispersionの増大がみられ、70msec以上の増大例は失神や心停止の危険が高い。	QT interval dispersion analysis in patients with aortic valve stenosis: a prospective study.	J Heart Valve Dis 2003;12: 319-324.
欧米	WPW症候群	心房細動や、回帰頻拍の既往例では、心室細動の危険が高く、若年者に発生しやすい。	Usefulness of invasive electrophysiologic testing to stratify the risk of arrhythmic events in asymptomatic patients with Wolff-Parkinson-White pattern; results from	J Am Coll Cardiol 2003; 41: 239-244.
欧米	WPW症候群	突然死発症率0.02%/年	The natural history of Wolff-Parkinson-White syndrome in 228 military aviators: a long-term follow-up of 22 years.	Am Heart J 2001; 142: 530-536.
欧米	WPW症候群	突然死発症率0.15%/年	A population study of the natural history of Wolff-Parkinson-White syndrome in Olmsted County, Minnesota,	1953-1989. Circulation 1993; 87: 866-873.
日本	カテコラミン誘発性多形性心室頻拍	100%運動により誘発された。6.8年間のフォローアップで24%に突然死を認めた。	Catecholaminergic Polymorphic Ventricular Tachycardia in Chi ldren and Young Adults ; Elect rocardiographic characteristics and optimal	Heart 2003; 89: 66-70.
欧米	催不整脈性右室心筋症	平均7年の期間で5%に突然死を認めた。	Right ventricular dysplasia: the Mayo Clinic experience.	Mayo Clin Proc 1995;70: 541-548.

(表3) 失神(器質的疾患)

失神頻度の記載(+)	疫学的情報	ハイリスク群・誘引
急性冠症候群	・14カ国20,881人の急性冠症候群の検討では、8.4%の症例で胸痛を認めず、23.8%の症例が初期には急性冠症候群と診断されず、その中の約20%の症例が失神発作やその前兆を訴えて受診した。 ・急性心筋梗塞後1年間の経過観察で25%の症例に失神あるいは失事前症状が発生する	
冠縮性狭心症	失神も一つの病態であり頻度は4～33%とされる	
肥大型心筋症	失神の頻度は欧米では16～19%、本邦の特発性心筋症調査研究班の報告では16.8%である	閉塞性例
拡張型心筋症	失神の頻度は特発性心筋症調査研究班の集計では17.6%である	
大血管転移症	Mustard手術後の6%に失神発作があり	患者はしばしば運動と関連した失神を起こす心房性不整脈は失神症状と強く関連しているが、ブロックや心室性不整脈も失神や突然死の危険因子となる
大動脈解離	欧米、アジアから集計した急性大動脈解離1,009例中約12%に失神がみられた。	
肺塞栓症	失神を呈したものの割合は14～27%とされる。	
僧帽弁閉鎖不全症	僧帽弁閉鎖不全に伴う失神あるいは突然死は重症逆流例で年間1.0～7.8%	
頻度の記載(-) 教科書(+)	教科書の記述	ハイリスク群・誘引
WPW症候群	具体的な記述はないが、失神を起こす疾病として記載されている(失神の診断・治療ガイドライン2007,ハリソン内化学第3版)	
Brugada症候群	具体的な記述はないが、失神を起こす疾病として記載されている(失神の診断・治療ガイドライン2007,ハリソン内化学第3版)	
QT延長症候群	・具体的な記述はないが、失神を起こす疾病として記載されている(失神の診断・治療ガイドライン2007,ハリソン内化学第3版) ・QT時間延長を伴いtorsade de pointesを起こし、失神発作ないし突然死をきたす(内科学第9版)	
催不正脈性右室心筋症	具体的な記述はないが、失神を起こす疾病として記載されている(失神の診断・治療ガイドライン2007,ハリソン内化学第3版)	
洞不全症候群	具体的な記述はないが、失神を起こす疾病として記載されている(失神の診断・治療ガイドライン2007,ハリソン内化学第3版)	自律神経、特に迷走神経の関与が大きく、徐脈は夜間に著明である
房室ブロック	具体的な記述はないが、失神を起こす疾病として記載されている(失神の診断・治療ガイドライン2007,ハリソン内化学第3版)	
発作性上室頻拍	具体的な記述はないが、失神を起こす疾病として記載されている(失神の診断・治療ガイドライン2007)	
心房粗動	具体的な記述はないが、失神を起こす疾病として記載されている(失神の診断・治療ガイドライン2007,ハリソン内化学第3版)	
心房細動	具体的な記述はないが、失神を起こす疾病として記載されている(失神の診断・治療ガイドライン2007)	
単形性心室頻拍	具体的な記述はないが、失神を起こす疾病として記載されている(失神の診断・治療ガイドライン2007,ハリソン内化学第3版)	
多形性心室頻拍	具体的な記述はないが、失神を起こす疾病として記載されている(失神の診断・治療ガイドライン2007,ハリソン内化学第3版)	
労作狭心症	・心筋ポンプ不調や虚血に伴う頻脈性不整脈、房室ブロックなどにより失神・前失神発作を起こす(失神の診断・治療ガイドライン2007)	
大動脈弁狭窄症	・主に運動中に末梢血管抵抗が下がり、大動脈弁狭窄症があるために心拍出量は増えず、血圧が下がり失神が生じる。一過性の心房細動、房室ブロックが失神を起こすこともある(失神の診断・治療ガイドライン2007) ・失神、狭心痛、呼吸困難が3大特徴で、これらが出現すると予後不良である。(新臨床内科学第9版)	・労作時

頻度の記載(-) 教科書(+)	教科書の記述	ハイリスク群・誘引
僧帽弁狭窄症	・左房内に生じたボール状血栓が僧帽弁口を塞ぐことにより失神が出現する。左房内血栓による塞栓の部分症状としても出現する。(失神の診断・治療ガイドライン2007) ・具体的な記述はないが、失神を起こす疾病として記載されている(ハリソン内化学第3版)	
僧帽弁逸脱症	不整脈(なかでも最も多いのは心室期外収縮と心房細動と上室頻拍あるいは心室頻拍)を合併し、動悸、めまい、失神を生じることがある。(ハリソン内化学第3版)	
心房中隔欠損症(ASD)	心房性不整脈のみで失神はおこりにくく肺血管病変との合併により低血圧や失神発作を引き起こす(失神の診断・治療ガイドライン2007)	心房性不整脈のみで失神はおこりにくく肺血管病変との合併により低血圧や失神発作を引き起こす。
心室中隔欠損症(VSD)	25年以上の自然歴研究では、多くの患者が失神や重篤な不整脈を経験し、失神の既往と生命予後は強く関連していた。(失神の診断・治療ガイドライン2007)	Eisenmenger化
動脈管開存症(PDA)	失神との関係では左室肥大や肺高血圧症に伴うEisenmenger化が考えられる。(失神の診断・治療ガイドライン2007)	
心内膜床欠損症	術前あるいは術後を問わず徐脈性不整脈(洞不全症候群や房室ブロック)への進行が多く、これによる失神発作が起こりやすい(失神の診断・治療ガイドライン2007)	
大動脈狭窄	・大動脈狭窄・大動脈弁狭窄・大動脈弁上狭窄は同じ血行動態的な異常から失神をきたす(失神の診断・治療ガイドライン2007) ・具体的な記述はないが、失神を起こす疾病として記載されている(ハリソン内化学第3版) めまいや失神発作は労作特に起こることが多く……(新臨床内科学第9版)	労作時
Ebstein 奇形	Ebstein奇形の50%の患者が副伝導路やWPW症候群を合併しており、短い不応期の副伝導路に心房細動を合併すれば失神や突然死を引き起こす(失神の診断・治療ガイドライン2007)	
Fallot 四徴症(TOF)	失神や突然死のリスクは心室性不整脈と関連し、手術術式と強い関連がある(失神の診断・治療ガイドライン2007)	
修正大血管転移	修正大血管転移では失神に関する十分な数の報告はない(失神の診断・治療ガイドライン2007)	
心臓粘液腫	・腫瘍の脳塞栓により意識障害を引き起こしたり、腫瘍が弁口を閉塞し一過性に心拍出量が低下し失神を生じたりすることがある(失神の診断・治療ガイドライン2007) ・具体的な記述はないが、失神を起こす疾病として記載されている(ハリソン内化学第3版)	
心タンポナーデ	・急速に貯留した場合には急激な心拍出量の低下によりショック、失神の原因となりうる。(失神の診断・治療ガイドライン2007) ・具体的な記述はないが、失神を起こす疾病として記載されている(ハリソン内化学第3版)	
大動脈炎症候群	・大動脈解離が頸動脈など弓部分枝血管にまで拡がり動脈閉塞を呈する場合には、脳虚血による失神を生じうる。(失神の診断・治療ガイドライン2007) ・具体的な記述はないが、失神を起こす疾病として記載されている(ハリソン内化学第3版)	
肺高血圧症	・肺高血圧症に伴う失神発作は運動誘発性右心不全によって生じる。その他、頻脈性不整脈や徐脈性不整脈、血管迷走神経反射によっても失神を来す(失神の診断・治療ガイドライン2007) ・具体的な記述はないが、失神を起こす疾病として記載されている(ハリソン内化学第3版)	
脳底動脈型頭痛	具体的な記述はないが、失神を起こす疾病として記載されている(ハリソン内化学第3版)	
椎骨脳低動脈循環不全	具体的な記述はないが、失神を起こす疾病として記載されている(ハリソン内化学第3版)	
収縮性心膜炎	具体的な記述はないが、失神を起こす疾病として記載されている(ハリソン内化学第3版)	
洞除脈、洞房ブロック、洞停止	具体的な記述はないが、失神を起こす疾病として記載されている(ハリソン内化学第3版)	
疫学(-),教科書(-)		
上記以外		

## 分担研究報告書

### 8. 就業上の措置に関する臨床ガイドライン

研究分担者 安部 治彦

## 就業上の措置に関する臨床ガイドライン

研究分担者 安部 治彦 産業医科大学医学部不整脈先端治療学講座 教授

### 研究要旨:

就業者に治療を施す際に、治療後の患者が適切な時期に適切な職場復帰ができることが望ましい。就業の可否を求められる臨床医と職場復帰を判断する産業医の両者にとって、適切なアドバイスの根拠となる診療ガイドラインが存在することは非常に有用である。そのような、就業措置あるいは職場復帰に関する診療ガイドラインが、国内外においてどの程度存在するのかを調査した。インターネットにて、国内外の診療ガイドライン検索システムを利用して、ガイドライン総数と就労措置の記載の有無を確認した。国内のガイドラインでは、日本内科学会関連 13 学会における公開ガイドライン数とそれぞれのガイドラインでの就労措置の記載の有無を確認した。

その結果、国内外において内科系ガイドラインでは、約 3 % 程度で就労措置の記載が存在した。国内では 97 ガイドライン中わずか 3 ガイドラインのみしか認められないものの、日本循環器学会「ペースメーカー、ICD、CRT を受けた患者の社会復帰・就学・就労に関するガイドライン」では、労働安全衛生法に基づいた配慮が臨床医の視点からなされており、画期的な診療ガイドラインである。

国内の内科系ガイドラインでは、就労措置についての考慮が依然として不十分である。一方、疾患ごとに小規模ではあるが、就労措置の情報が記載されているガイドラインが存在した。膨大な量の検査・治療が中心に記載された診療ガイドラインの中に就労措置の記載があっても、それを有効に利用できているとは考え難く、既に就労措置の記載があるガイドラインを抽出し、職場や臨床現場で利用されやすい形に集約するなどの工夫が今後必要である。

### 研究協力者

萩ノ沢泰司 (産業医科大学病院循環器内科 学内講師)

河野 律子 (産業医科大学医学部第二内科 助教)

南口 仁 (産業医科大学病院循環器内科 修練指導医)



## A. 研究の背景と目的

### 1. 背景

一般診療において、臨床医は診療ガイドラインに沿った治療を行っていく。就業者には治療を施す際に、治療後の患者が適切な時期に適切な職場復帰ができることが望ましい。職場復帰の時期や復帰の場所が適切でない場合には患者の肉体的、精神的な負担も大きく、就労継続困難や就労事故の発生のみならず原疾患の悪化や不完全治癒につながる恐れがある。一方で、過度な就業制限は、患者の日常生活や社会生活において Quality of Life (QOL) を損なう恐れがある。

就業の可否を求められる臨床医にとって、適切なアドバイスの根拠となる診療ガイドラインが存在することは、患者の QOL 低下のリスクを軽減するとともに、職場復帰を判断する産業医にとっても、非常に有用である。

### 2. 目的

国内外における臨床ガイドラインにおいて、就業措置あるいは職場復帰に関する診療ガイドラインがどの程度存在するのかを明らかにし、またガイドラインでの具体的な指導内容の有無について調査し、現状を把握することを目的とした。

## B. 方法

### 1. 日本国内の診療ガイドライン調査

日本国内における診療ガイドラインの

就業措置に関するガイドラインの存在の有無を確認し、具体的な指導内容についての情報収集を行うために、日本内科学会が指定する関連 13 学会（日本消化器病学会、日本循環器学会、日本内分泌学会、日本腎臓学会、日本呼吸器学会、日本血液学会、日本神経学会、日本アレルギー学会、日本リウマチ学会、日本感染症学会、日本糖尿病学会、日本老年医学会、日本肝臓学会）において、各々の学会が保有するガイドライン（ホームページにて公開しているもの）を確認し、それぞれに就業措置、職場復帰に関する記載の有無について調査した。

今回の調査では、内科学会が指定する関連 13 学会のホームページ内で「ガイドライン」として公開されているものに限定し、診療の手引き・診療指針等は含まれていない。また、13 学会から派生した、もしくは保有している分科会・研究会のガイドライン等についても含まれていない。

### 2. 国外の診療ガイドライン調査

インターネット上で公開されている、National guideline clearinghouse (NGC) (<http://www.guideline.gov/browse/by-topic.aspx>): ガイドライン検索システムを利用し、「職場復帰 = “return to work”」(ダブルコーテーションにて用語は囲って検索した。)の項目を含むガイドラインを抽出し、それぞれの臨床分野でどの程度ガイドラインが存在するかを確

認した。

## C. 結果

### 1. 国内のガイドラインの状況（表1）

#### ① 該当ガイドライン数

国内で利用されている内科疾患の診療ガイドラインでは、97 ガイドライン中わずか 3 ガイドライン（3.1%）のみで就業措置・職場復帰について記載したガイドラインが存在した。この3ガイドラインは、日本消化器学会の「クローン病診療ガイドライン」(1)、日本循環器学会の「ペースメーカー、ICD、CRT を受けた患者の社会復帰・就学・就労に関するガイドライン」(2)、日本感染症学会の「新型インフルエンザ診療ガイドライン（第1版）」(3)であった。

#### ② 該当ガイドラインの具体的内容

日本消化器学会の「クローン病診療ガイドライン」では、クリニカルクエスションとして「安静や社会活動の制限が必要か？」という項目が示されている。これに対して、安静や社会生活の制限が寛解維持に及ぼすエビデンスはないとされているものの、「症状が消失し寛解を維持している場合には、疲労が蓄積しない程度の運動、就労・就学は可能であるが、活動期には、心身の負担になるような運動は避けるべきである。」と解説されているものの、就労指導に関する具体的な記載や指導内容等に関する記載はなかった。

日本感染症学会の「新型インフルエンザ診療ガイドライン（第1版）」では、診断、検査、治療、予防の項目に引き続き、「Ⅷ. 感染対策」の項目において、「職員の健康管理、職員家族を含めた罹患時の対応」として、フローチャートで図式化して示されている（図1）。

最後に、日本循環器学会の「ペースメーカー、ICD、CRT を受けた患者の社会復帰・就学・就労に関するガイドライン」であるが、ガイドライン名の通りに社会復帰・就学・就労に特化した内容となっている。このガイドラインが他のガイドラインと大きく異なる点は、臨床医の視点で作成されているものの、職場での労働安全衛生法の存在も十分に考慮された内容になっていることである。労働安全衛生法の特徴とデバイス植込みとの関わりについて解説し、産業医と事業者、衛生管理者の役割について図式化して説明されている。具体的に、「産業医はデバイスを植込んでいる労働者が就業する作業環境や作業内容について理解した上で、主治医やデバイスの製造者と連携して、本人の健康面の適性が確保されるように、職場の上司や衛生管理者に助言や指導を行う必要がある。」と記している。特筆すべきは、本ガイドラインでは個人情報保護に関する記載もなされており、実際の具体例にまで言及している。

### 2. 国外のガイドラインの状況（表2）

国外の診療ガイドラインでは、「職場復帰 = “return to work”」の項目で検索されたガイドラインは、7189 ガイドライン中 230 ガイドラインであり、全体の 3.2 % に及んでいた。内科疾患のみでは、3204 ガイドライン中 105 ガイドラインであり、3.3 % であった。最も割合が多い疾患は、環境要因による疾患 (Disorders of Environmental Origin) であり、347 ガイドライン中 36 ガイドラインと、10.4 % のガイドラインで認められていた。その他に、“return to work” の項目を含むガイドライン数が多い (> 5%) 領域としては、神経疾患 (Nervous System Diseases) が 8.1%、心血管系疾患 (Cardiovascular Diseases) が 5.9%、耳鼻咽喉科疾患 (Otorhinolaryngologic Diseases) が 5.8%、筋骨格系疾患 (Musculoskeletal Diseases) が 5.7% であった。

#### D. 考察

本調査の結果から、国内外の内科系診療ガイドラインには、疾患の病因・診断・治療・予後に関してのみ記載したガイドラインがほとんどであり、患者の社会生活や就労・職場復帰に関する指導指針を記載したガイドラインは殆どないのが現状であることが明らかとなった。このことから考えられることは、内科的疾患では、職場復帰に関しての臨床医の関与は極めて希薄であり、就労者の職場復帰や職場配置に関する現状は、会社側の判断や産業医の判断に委ねられる部分が大き

いことが示唆された。

今回の調査では、日本内科学会関連 13 学会に限定しており、その他の研究会や分科会では、就業措置について記載しているガイドライン・診療の手引き・指針等が存在する可能性もある。実際に、医療情報サービス事業 Minds (厚生労働科学研究費補助金を受けて開始された日本医療機能評価機構が実施する医療情報サービス) を利用して、公開されている国内のガイドラインを検索した結果、日本頭痛学会では、「慢性頭痛診療ガイドライン」(4) にて、産業医の対処が記載されていた。更に、日本整形外科学会では「産業医へのアドバイス」(南江堂) (5) が 1994 年に出版されているのをはじめ、「アキレス腱断裂診療ガイドライン」(6) や「科学的根拠 (Evidence Based Medicine ;EBM) に基づいた腰痛診療のガイドラインの策定に関する研究厚生科学研究費補助金 (21 世紀型医療開拓推進研究事業)」において、就労措置についての項目が存在した。例を挙げると「アキレス腱断裂診療ガイドライン」においては、「アキレス腱断裂の職場復帰はいつごろか (職場を離れるのは何日くらいか)」など、具体的に明記されていた。治療器具の装着や使用、機能的な異常を引き起こす疾患については、職場復帰のガイドラインの必要性も大きいと考えられる。また、就労世代でも多く発生する疾患についても需要が大きい。それらを踏まえると、神経内科領域やリハビリテーション領域などは、就労措置についての関与が強いのではないかと予測される。今回は、全体の状況を把握するために領域を内科に限定して広範囲の調査を行ったが、今後は関係が強いと予測される領域に限

定して、より踏み込んだ調査を進める必要性もあると考えられる。

また、特に就労・就学等に影響が強く、患者の QOL への関与があると考えられる疾患に関しては、日本循環器学会の「ペースメーカー、ICD、CRT を受けた患者の社会復帰・就学・就労に関するガイドライン」のような、社会復帰・就学・就労に特化したガイドラインの作成が、臨床医の視点からも作成されるような働きが必要と考えられる。

上記したように、個別の疾患による小規模での取り扱いにおいては、就労措置について記載されたものも存在していた。いづれにしても、膨大な量の検査・治療が中心に記載されたガイドラインの中に就労措置の記載があっても、それらを有効に利用できているとは考え難く、疾患として頻度・必要性の高いものについては、職場での就労措置の参考資料として利用されやすいように、それぞれの記載を抽出し取りまとめるなどの工夫が必要と考えられた。

## E. 結論

国内の内科系ガイドラインでは、就労措置についての考慮が依然として十分ではない。しかし、現在でも各疾患の就労措置に対する情報は小規模ではあるが少なからず存在しており、それらを認識し、臨床現場や職場での就労措置に有効利用されることが望ましい。

## F. 引用・参考文献

1. 日比紀文、上野文昭、松本譽之、他

クローン病診療ガイドライン委員会：クローン病診療ガイドライン  
日本消化器学会編集

2. 奥村 謙、安部治彦、小川 聡、他、日本循環器学会学術委員会：ペースメーカー、ICD、CRT を受けた患者の社会復帰・就学・就労に関するガイドライン、日本循環器学会編  
Circulation Journal Vol. 72, Suppl. IV, 2008, 1133-1174.
3. 日本感染症学会 新型インフルエンザ診療ガイドライン(第 1 版)  
[http://www.kansensho.or.jp/influenza/pdf/influenza\\_guideline.pdf](http://www.kansensho.or.jp/influenza/pdf/influenza_guideline.pdf)
4. 慢性頭痛の診療ガイドライン 日本頭痛学会 編集、医学書院 2006 年
5. 産業医へのアドバイス 日本整形外科学会産業医員会 編集、金原出版、1994 年
6. 日本整形外科学会診療ガイドラインアキレス腱断裂診療ガイドライン 日本整形外科学会診療ガイドライン委員会/アキレス腱断裂ガイドライン策定委員会 編集、南江堂、2007 年

## G. 研究発表

平成 22 年度は該当なし

表1. 国内ガイドラインでの就労措置記載の割合

	学会名	ガイドライン数	該当数	ガイドライン名
1	日本消化器病学会	6	1	クローン病診療ガイドライン
2	日本循環器学会	46	1	ペースメーカー、ICD、CRTを受けた患者の社会復帰・就学・就労に関するガイドライン
3	日本内分泌学会	1	0	
4	日本腎臓学会	5	0	
5	日本呼吸器学会	15	0	
6	日本血液学会	1	0	
7	日本神経学会	5	0	
8	日本アレルギー学会	3	0	
9	日本リウマチ学会	7	0	
10	日本感染症学会	1	1	新型インフルエンザ 診療ガイドライン
11	日本糖尿病学会	1	0	
12	日本老年医学会	0	0	
13	日本肝臓学会	6	0	
	合計	97	3 (3.1%)	

表2. 海外ガイドラインでの就労措置記載の割合

Disease/Condition (2510)	ガイドライン数	該当数	割合(%)
- Bacterial Infections and Mycoses (336)	336	0	0
- Cardiovascular Diseases (443)	443	26	5.9
- Digestive System Diseases (302)	302	6	2
- Endocrine System Diseases (215)	215	4	1.9
- Hemic and Lymphatic Diseases (142)	142	1	0.7
- Immune System Diseases (330)	330	4	1.2
- Nervous System Diseases (553)	553	45	8.1
- Virus Diseases (271)	271	3	1.1
- Nutritional and Metabolic Diseases (280)	280	5	1.8
- Respiratory Tract Diseases (332)	332	11	3.3
内科系疾患の合計	3204	105	3.3
- Congenital, Hereditary, and Neonatal Diseases and Abnormalities (187)	187	2	1.1
- Neoplasms (515) → 悪性腫瘍	515	5	1
- Disorders of Environmental Origin (347) → 環境要因による疾患	347	36	10.4
- Pathological Conditions, Signs and Symptoms (1045)	1045	51	4.9
- Eye Diseases (79)	79	1	1.3
- Female Urogenital Diseases and Pregnancy Complications (561)	561	1	0.2
- Male Urogenital Diseases (384)	384	1	0.3
- Musculoskeletal Diseases (193) → 筋骨格系疾患	193	11	5.7
- Otorhinolaryngologic Diseases (69) → 耳鼻咽喉科疾患	69	4	5.8
- Parasitic Diseases (37) → 寄生虫	37	0	0
- Skin and Connective Tissue Diseases (228)	228	1	0.4
- Stomatognathic Diseases (82) → 口腔系	82	0	0
Mental Disorders (258) → 精神科疾患	258	12	4.7
内科系疾患以外の合計	3985	125	3.1
全合計	7189	230	3.2

図1. 新型コロナウイルス診療ガイドラインでの就労措置（文献3より引用）

⑥ 職員の健康管理、職員家族を含めた罹患時の対応

周囲への感染性を有する期間については、発症後7日間もしくは解熱後2日については、周囲に  
対する感染性を有するとして就業の制限を考慮する。加えて、新型コロナウイルスにおいては、ウ  
イルスの排泄期間が長引く可能性も考慮し、出勤後も、手指衛生の励行やマスクを着用するなど、  
周囲への伝播を抑えるように努力することも考慮される。

図1) 職員または職員家族(同居者)の罹患時における対応



