

令和 5 年度厚生労働科学研究費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）
「成人先天性心疾患に罹患した成人の社会参加に係る支援体制の充実に資する研究（23FA1017）」
（研究代表者：小板橋俊美（北里大学医学部循環器内科学・講師））

分担研究報告書

「成人先天性心疾患患者および患者をとりまく社会的環境における課題の抽出と対策」

研究分担者 小板橋 俊美 北里大学医学部循環器内科学 講師

研究分担者 阿古 潤哉 北里大学医学部循環器内科学 主任教授

研究要旨

成人先天性心疾患（ACHD：Adult congenital heart disease）患者の社会参加に伴う問題は多岐に渡る。ACHD 特有の疾患としての多様性に加え、患者をとりまく社会的環境要因も複雑に絡み合い、効果的な解決策を見出すことは容易ではない。本研究では、ACHD 患者と患者をとりまく社会的環境要因の中から真の課題を特定し実現可能な具体策につなげるためのファーストステップとして予備調査を行った。その結果、今後取り組むべき課題と具体的な解決策が見えてきた。

研究協力者

藤田 鉄平

北里大学医学部循環器内科学 助教

郡山 恵子

北里大学医学部循環器内科学 助教

飯田 祐一郎

北里大学医学部循環器内科学 助教

前川 恵美

北里大学医学部循環器内科学 助教

山口 南美

北里大学病院看護部内科総合外来 一般

高橋 美沙

北里大学病院リハビリテーション部 一般

高橋 美保

東京大学大学院 教育学研究科臨床心理学コース 教授

吉田 恵

東京大学大学院 教育学研究科臨床心理学コース 修士課程 大学院生

植竹 智香

東京大学大学院 教育学研究科臨床心理学コース 博士課程 大学院生

中川 直紀

株式会社リコモス 代表取締役兼 CEO

A. 研究目的

先天性心疾患患者の社会参加における課題を抽出し、整理する。

B. 研究方法

社会参加の一つとして先天性心疾患患者の「就労」を中心に、① 成人先天性心疾患患者本人、② 医療者／医療機関、③ 企業／事業主／一般人、④ 社会保障制度／就労支援の視点において各分野の現状把握とヒアリングを行った。（倫理面への配慮）参考とした患者の声については個人が特定できないような表現とした。

C. 研究結果

①成人先天性心疾患患者

a. 就労に関する実態およびニーズ調査における文献レビュー

岡田班員を中心に国内国外の文献レビューを行った。その結果、各文献における調査対象の

ACHD 患者の就労状況や問題点、ニーズの概要については明らかになった。多くは質問紙法による量的調査がなされていた（岡田班員の分担研究報告書参照）。

b. 患者本人の経験と声

日常診療範囲内での問診や患者団体との交流時、患者本人の講演、寄稿などから得た「患者の経験と声」をまとめた。また、当院で定期開催している「就労支援ミーティング」でのケースカンファレンスで共有した問題点や意見も参考とした。その結果、患者の経験や背景に基づいた個々の悩み事がある（あった）ことが分かった。

② 医療者／医療機関

当院で ACHD 診療を主体的に行っている循環器内科医と、小児科医、産業医、ソーシャルワーカー（SW）、リハビリテーション部とそれぞれ話し合いの機会を持ち、臨床現場での診療姿勢や業務内容について、お互いの認識を確認した。その結果、各職種・専門分野での業務内容やそれらの業務遂行にあたっての必要な知識（内部では常識）について、お互いに認識が不十分であることが明らかとなった。診療方針や患者教育（対応）の考え方にも温度差があり、診療の主たる目的にも違いがあることが判明した。

③ 企業／事業主／一般人

障がい者専用の就職エージェントである株式会社リコモスの代表取締役兼 CEO の中川直紀氏に講演を依頼し、実施した企業向けアンケートの結果を共有頂いた（平田班員の分担研究報告書参照）。

④ 社会保障制度／就労支援

閲覧もしくは活用可能な就労支援関連の WE

B サイトやパンフレットなどを検索した。その他、当院に常駐するハローワーク担当者に活動内容と現状についてヒアリングを行った。その結果、心疾患患者に関する就労支援やツール¹⁾は複数存在するが、ACHD に特化したものはごく一部であることが分かった。

SW の院内での面談経験より、制度利用に関する案件における患者および家族の反応について情報を聴取した。制度利用の希望や観念は人それぞれであり、使用できる制度があっても、あえて希望しないケース、患者本人と家族の希望が異なるケースも散見された。

D. 考察

以上の予備調査の結果を総合的に踏まえて、下記項目ごとに考察をする。

① 先天性心疾患患者

既報の質問紙による量的調査では問題点やニーズの概要をつかめるものの、患者個人の問題としてビジュアル化しにくく、実臨床における具体的な解決法に結びつきにくい。先天性心疾患患者は疾患名や病態の多様性のみならず、時代や幼少期の生活環境など、様々な要因が成人期の社会参加に影響を及ぼす。そのため、ACHD 患者の社会参加における悩み事や介入すべき原因も個々に異なる。今回、患者本人からの意見（想い）や今までの経過（人生）の語りを傾聴することで、医療者として多くの気づきと反省が得られた。中には、人生経験を基に次なる行動に活かし、自分で解決策を見出す患者や、try and error を経て現在の安定した状況に辿り着いた患者もおり、いわば一人一人に人生を語ってもらうことで、問題解決のヒントを見出せる可能性が示唆された。

課題の整理および解決法のキーワードとして「小児科医の影響力」「小児期の経験」「病気の開示」「運動制限」「心臓病であることの気づき

～病みの軌跡を知る」「将来設計」「try and error」「就労制限」「能力の明確化」「職場の理解」「制度利用」「メンタルサポート」が、浮上した。気づきと教訓を得たエピソードの一部を交えて提示する。

・「小児科医の影響力」

何人かの患者の声は、小児科医の声掛けがその後の社会参加に与える影響の大きさを物語っている（例；①小児科の先生に「身体を使う仕事は難しいからしっかり勉強するんだよ」と言われて一生懸命勉強していい会社に入って今も満足している。先生に感謝している。②「今が一番元気で、だんだんと元気がなくなってくる」と言われた。長く続けられる IT 関係の仕事を目標している。）。小児科医のどのような声掛けや指導が適切であるのかは課題である。今後、成人期に至った患者に幼少期を振り返って頂き、小児科医との関係性や受けた影響など、デプスインタビュー調査を進めて明らかにしたい。

・「小児期の経験と病気の開示」「運動制限の功罪」

小児期に体育の見学や運動制限があり、「元気そうなのにな」「嘘ではないか」「また出た」「触ると心臓病がうつる」などと心無い言葉を浴びせられたり、いじめを受けたりすることがあった、という声が複数聞かれた。手術痕も標的となったという。中には壮絶ないじめにより、不登校や学業の遅れに影響がでるほどの心の傷を負ったケースもみられ、「運動制限」の影響は深刻であると考ええる。

また、小児期（主に中学生・高校生時代）には病気の事は隠し、成人期にも積極的には開示しないケース（心疾患のためにバイトで不採用になった経験なども理由の一つ）や、求職時には開示をして、心臓病があるからこそその強み(医

療職・介護職など)、できる事とできない事を提示して理解を求めたというケースも複数あった。

小児期の運動制限について、制限されていた運動や行動に対し、「やればできたのに」「やりたかった」「制限はあったが実際はやっていた」という声も聞かれた。適切な自己判断の難しい小児期において、医師の指示する運動制限の是非を議論するのは極めて難しいが、「運動制限」や「小児期の経験」は、成人期の社会参加の在り方や病気の開示に関連がありそうなことは判明した。心疾患は、表からはわかりにくい内部障害であり、成人期においても理解されない辛さを訴える声は数多く聞かれた。一方で「運動制限」は周囲の目にとまる特別扱いであり、精神的に発達段階であり未熟な小児の集団（幼稚園や小学校）の中においては特に、時にその保護者や教員においても理解を得難い状況を作り出しているのかもしれない。心疾患患者では疾患や病態によって過度な心負荷を回避せねばならない場合もある。一方で、運動制限の必要性が曖昧な病態も存在し、明確な根拠に基づく線引きはできない。一律な運動制限ではなく、患児の個性や理解度にあわせた柔軟な対応も、運動制限のもたらす悲劇を回避する一助になるものと思われる。今後、運動制限の功罪と社会参加への関連性を明らかとし、運動制限や小児期の指導の在り方の方向付けにつなげたい。同時に、社会への心疾患の理解を深める活動も必要である。

・「心臓病であることの気づき～病みの軌跡を知る」「将来設計」

複雑性心疾患で重症な病態であっても、若年（主に 10～20 代）では周囲の健常者と変わりがなく、ややハードと思われる仕事や遊びを含めた日常生活を無症状で送れるケースが多かった。しかし、ある時点で今までの生活が辛くなり、

「自分が心臓病であること」を自覚している。その後の行動パターンや想いは人によって違いがみられた。就労に関しては、配置転換や業務内容の配慮により継続可能となったケース、職場の理解が得られず離職するケース（時に心を病む）、離職後に希望条件を満たす職場に再就職したケースなど様々であった。それぞれの経過の違いには何が影響したのか、その因子と関連性を明らかとし、具体策につなげたい。

先天性心疾患は生まれながら構造異常を有する心疾患であり、無症状であっても心不全進展ステージの **stage B** ²⁾ である。そのため、人生のどこかで有症状となり、**stage C** へと進展し「病みの軌跡」をたどる。たとえ心疾患がなくても、確実に年を重ね老化を免れ得ない人間である限り、誰しもが加齢に伴い身体機能は低下し死に向かってこの奇跡を辿りゆくと考えられる。心疾患を有する場合には、若年から有症状となる可能性があること、進行の経過には心病態が大きく影響し、心疾患管理の重要性が極めて高いことが特徴である。前述の **ACHD** 患者の臨床経過は予測可能であった。しかし、多くの患者はこの経過を思いがけないこととしてとらえていた。もしも、この病みの軌跡を含めた自身の予後を知っていれば職業選択や人生設計は変わったであろうか。離職や転職を余儀なくされた患者の何人かからは、「できる時にやりたいことができてよかった。」という声も聞かれた。一方で、小児期に予後を知らされていた患者は、継続可能そうな職業を就職時に選択しようとしている。後悔の無い「将来設計」のために、この「病みの軌跡」を誰がいつどのように患者に伝えるのか、または伝えるべきなのかは、慎重な議論が必要である。

・「try and error」「就労制限」

症状がなく安定した社会生活を少しでも長く

送るためには、心病態を安定させておく必要がある。しかし、過度な労働は心負荷となり心病態を増悪させる。どこまでの労働が可能で、何を回避すべきなのか、それを問う患者の声も多く聞かれた。実際、その線引きは循環器内科医には難しく、明確な根拠を持って基準を提示することはできない。一方で産業医も **ACHD** は専門外であることがほとんどであり、適切な判断と指導は難しい。心臓リハビリテーションの観点から、**CPX** を用いての運動耐容能の評価は参考にはなるが、評価対象は時間で切り取った単純作業強度であり、労働環境は加味されておらず、単独の指標で就労制限の判断や適切な基準を設けるのは困難である。恐らく最も正確なのは、患者自身が心負荷のかかるボーダーラインをみつけることかもしれない。少し無理をした時に、もしも息切れや、疲れがとれにくいなどの自覚症状の悪化や、診療時の心不全増悪所見（**BNP** や **NT-proBNP** 値の上昇など）が見られれば、心負荷のボーダーラインを超えていると判断できる。慎重な **try and error** を繰り返すことで、ボーダーラインをつかめるかもしれない。それを少しでも定量化、可視化できるツールとして日常の活動量を測定できるアプリなどの活用も検討され、**ACHD** 患者を対象に研究を進めている（神谷班員）。また、**try and error** のリスクを最小限に抑えるために診療頻度を増やす方法としてオンライン診療も有効かもしれない（藤田協力員）。

・「能力の明確化」「職場の理解」

職場に満足し、周囲の理解が良好である複数のケースでは、心疾患であることやそれで得た経験を強みに変えたり、できる事とできない事を明確化してどれだけ貢献できるかを提示するなど、自分の就労能力を分析し、職場に的確に伝える努力がなされていた。また、医療職など

ハードな労働も課される可能性のある職種についても、初めから残業や夜勤のない条件の職場を探し、個々の能力にあわせた職場選択がなされていた。株式会社リコモスの就労支援サービスの1つである「キャリアカウンセリング」では、自身の取扱説明書（病気の「経歴の説明」「特性の理解」「対処法」「周囲に要求する配慮」が自己理解できていて相手に説明できること）やヒューマンスキルの重要性が強調されている（添付の講演資料）。患者が自分自身を熟知することは、疾患管理のみならず社会参加においても必要不可欠なことであり、小児期から患者自身に意識してもらうために「成人先天性心疾患を持つ中高生に対する就労支援ワークブック」（仮）を作成中である（江口班員）。

・「メンタルサポート」

社会生活を送るにあたりメンタルの不調を伴うこともしばしばであり、メンタルサポートの充実を求める声が複数聞かれた。院内にACHD患者同士が繋がれるコミュニケーションの場を求める声もあった。精神科や心療内科の併診を必要とするACHD患者もいるが、ACHDはおろか心疾患に特化したメンタルサポートは極めて限られている。今後、ACHD分野における臨床心理士の参入も望まれる。

以上のことから、真の困りごとや具体的な解決策を見出すには、患者個々の経験や時間軸も加味したデプスインタビュー調査が有用であることを確信した。日常診療内での問診では限界があり、専門家（東京大学の臨床心理チーム、岡田看護師）の協力を得てデプスインタビュー調査の研究を予定することとした。本研究に関し臨床心理チームの協力を得たのは、将来的にACHD患者のメンタルサポート体制の確立を実現させる狙いもある。

② 医療者／医療機関

a. 小児科医の就労問題への意識

複数の小児科医の意見（他施設とのミーティング）から、小児診療における「患児の就労」に対する関心事は主に「知的障害」であることが垣間見えた。知的レベルの低い患児に対し、将来の社会参加を心配する声はあったが、知的障害を伴わない患児の就労については関心が低いような印象であった。「知的障害」と「社会参加」「就労」については難しい問題をはらみ、別に議論し対策を練る必要がある。ACHD患者の社会参加に係る課題の抽出には、まずは「知的障害」を切り離し、少しでも単純化して取り組むべきであると考えられた。小児科医には、知的障害を伴わなくても先天性心疾患患者は成人期に多くの社会的問題を抱えている事実をぜひ知って頂きたい。まずは就労問題に関心を向けて頂き、小児期からできる備えを始め、シームレスな就労支援につなげるべく、小児科医の意識調査や啓発活動を予定している（平田班員）。

b. 産業医との連携

職場に産業医がいれば、主治医との直接のやりとりで、患者を介すよりも正確に医療情報を提供できる。患者や上司同席にて対面で面談ができればこの上なく、理想的な職場環境の設定に成功したケースもある（藤田協力員）がお互いの時間と労力を要す。最も現実的な方法として、治療と仕事の両立支援関係様式（jsite.mhlw.go.jp/akita-roudoukyoku/newpage_00548.html）を用いた書類上でのやりとりがある。病院側として加算がとれ、患者側としても診断書よりも安価で済むことから経済面でもメリットがある。産業医側（企業側）から勤務状況提供書を提出してもらい、それを参考に主治医意見書もしくは職場復帰主治医意見書を作成し、必要に応じて複数回やりとりをする。

しかし、問題は記載内容と就労制限の最終判断である。前述のように主治医は職場環境や労働条件について、多くの産業医は ACHD については経験や知識が乏しい。心疾患を過度に恐れて必要以上の制限がかけられたり、逆に病態を軽視され適切な配慮が認められない場合もある。適切な判断を導くためにも、主治医と産業医が、お互い最低限知っておくべき知識や考え方、求められる情報と判断基準について整理し、まとめていきたい。

c. ソーシャルワーカー（SW）と主治医の役割

当院では SW による就労サポート体制は充実しており、就労や経済面で困っている患者がいれば SW につなぎ、その後の対応を依頼している。しかし、具体的にどのような選択肢があつて何が最良の方法なのか、解決策がない場合には何が問題であるのか、詳細は知らなかった。SW の役割は、丁寧な面談により患者の背景とニーズを明らかにして、利用できる社会保障制度や相談先の斡旋を行うトータルマネジメントであると理解している。実際には制度利用 1 つとっても、地域毎でのルールや対応の違いがあつたり、判断基準が曖昧であつたり、複数の基本条件（年齢、初診日、年金状況など）により取得の資格が異なったりなど、極めて専門的で複雑な判断が求められる。医師がすべてを把握して判断するのは至難の業であり、主治医は候補となる患者を見つけて適切に SW につなぐことが任務となる。困窮した患者からの訴えがあればよいが、患者自身も制度や支援の存在を知らない場合もある。主治医や看護師から適切な声掛けができるよう日常診療の中で意識できると良い。

そのためには、社会保障制度や就労支援を必要とする対象患者を見極める必要がある。しかし、その判断が難しい。例えば、「〇〇さん、障

害年金とれますか？」の SW からの問いに即座に答えることができない。医師は多種多様な書類作成を求められ、どれが何の書類なのか、記載内容によってどのように判断されるのか、すべてを把握しきれていない。現在、多忙な外来診療の中でも一目で判断できるシンプルな資料の作成を進めている（早坂班員）。1 人でも多く必要な制度利用に導くためには、主治医が取得可能な条件を見極め、行動しなければならない。

なお、SW の人数や就労支援体制は地域や医療施設によって大きな差があることが予想される。日本成人先天性心疾患学会や JNCVD-ACHD を通して、医師個人および医療施設への就労支援体制の実態や認識、ニーズ調査を行う予定である。これにより、汎用性の高い成果物を目指す。

d. 心臓リハビリテーション

ACHD の分野での心臓リハビリテーションは発展途上である。しかし、多くの心血管疾患において心臓リハビリテーションの有効性は認められており、社会的環境因子との関連も深い。ACHD 患者においても有効性が期待されるが、多種多様な病態を有する ACHD 患者においては、個々に慎重な対応と判断が求められる。また、CPX の解釈にも注意を要する。今後症例を丁寧に積み重ね、既存の心不全患者や一般健常人とのデータの比較により、違いを明らかとし、ACHD 患者に即した心臓リハビリテーションの確立につなげたい（神谷班員）

③ 企業／事業主／一般人

a. 障害者雇用の実態

「障害者雇用率制度」により、一定規模の従業員を雇用する事業主には、法定雇用率以上の障害者を雇用することが義務づけられている。民間企業の法定雇用率は 2024 年 4 月から 2.5%

に引き上げられ、2026 年 7 月までに段階的に 2.7%まで引き上げられることが決定している。対象となる事業主（民間企業）も、2024 年 4 月から従業員 40.0 人以上と拡大された。これにより、企業側から「障害者」を求める動きがあり、仲介を担う障がい者専用の就職・転職エージェントも出てきている。障害者には「身体障害者」「知的障害者」「精神障害者」があるが、今回の株式会社リコモスの企業向けアンケートの結果では、企業側として最も雇用しやすいのは「身体障害者」で、中でも「心臓疾患」が最多であった。ただし、その理由として、設備的な配慮が少ない、ダブルカウントとなるなど、企業側の都合のみが垣間見え、心疾患の特性を理解し、適切な合理的配慮がなされているのか不安を感じる。今後、障害者雇用の経験者へのデプスインタビュー調査により実態を明らかにしたい。

いずれにしても障害者手帳の取得は、就職の選択肢とチャンスを広げる上では有利に働く。開示するか否かは個人の意思によるが、いざという時に活用できるように、条件を満たしている場合には積極的に取得を検討してもよいかもしれない。

b. 合理的配慮／仕事と治療の両立にむけて

就労の継続には、職場の理解と配慮が肝要である。「仕事と治療の両立」において、先行して取り組まれてきた「がん」に関しては啓発が進んでいる。しかし、「心疾患」ましてや「成人先天性心疾患」については、世間一般的にも十分な認知度と理解は得られてはいない。前述のように病みの軌跡をたどる心疾患患者では、入職時には無症状であっても、いずれ病態が進行し有症状となる。ACHD 患者ではそれが若年から起こり得るので、年齢から期待される仕事量をこなせない場合も想定され、加えて内部障害のために理解が得られにくい可能性がある。就労

の継続には、心病態の安定を維持するための心負荷量を調整することが重要であり、過負荷となる労働条件であれば配置転換や業務内容の配慮などが望ましい。職場の理解を得るためには、配慮する側の「心疾患」や「成人先天性心疾患」に対する知識が必須であり、啓発が必要である。ただし、伝え方を間違えると逆効果にもなりかねず、啓発の内容については慎重に検討しなければならない。現状の一般人の認識調査（武藤班員）とともに、ACHD 患者自身がどのように社会や職場に心疾患や自分自身のことを知って欲しいのか、デプスインタビュー調査で明らかとしたい。

④ 社会保障制度／就労支援

a. 身体障害者手帳の取得

小児科からの成人移行例でも、身体障害者手帳の取得はばらつきがある。すでに 1 級を取得し更新不要となっている場合もあれば、適応があるにも関わらず未取得の場合もある。ACHD 患者では、18 歳以上用の身体障害者診断書・意見書に指定されている所見項目では病態の重症度を適切に示すことが難しい場合があり、18 歳未満用の書類を使用していることがある。たとえば 4 級であっても「身体障害者手帳」を所有している意義は以前よりも増しており、18 歳以上用の診断書では取得が難しい患者においても、18 歳未満用の書類にて該当の有無を確認する価値はある。実生活においての取得のメリット・デメリットについて、デプスインタビュー調査で明らかとしたい。

b. 社会保障制度利用と就労支援

就労は実生活に直結した死活問題であり、体調を顧みず仕事を継続せざるを得ない患者も存在する。無理を続ければ体調を崩し就労不能となり、生活状況は一層悪化する。そうなる前に経済的サポートを受けることで、一度休職や離

職をし、何らかの対策をとる時間を稼ぐことも一案である。傷病手当や障害年金制度は様々な複雑な条件はあるが、患者の大きな経済的サポートとなる。日常診療では、ACHD 患者の病状とともに就労状況や経済状況にも目を向け、必要なサポートにつなげられるとよい。主治医からの発信が必要な社会資源について一覧を作成した（早坂班員の分担研究報告書参照）。

なお、社会保障制度の中には、地域によって支援内容が大きく異なるものがある。例えば、身体障害者の医療費補助は、同じ等級であっても地域によって「全額免除」から「補助無し」まで幅があり、転居により生活が一変することもある。全国一律の支援を望む声が複数聞かれた。

E. 結論

上記の予備調査によって、明らかとすべき課題と取り組むべき方策がみえてきた。

F. 健康危険情報

該当する情報はなし。

G. 研究発表

1. 論文発表

小坂橋 俊美 「両立支援を必要とする心疾患患者の現状」雑誌特集号:循環器領域における治療と仕事の両立支援：心臓 Vol 55. No 6. P. 565-569, 2023

2. 学会発表

小坂橋 俊美¹⁾, 平田 陽一郎²⁾, 神谷 健太郎³⁾, 早坂 由美子⁴⁾, 武藤 剛⁵⁾, 江口 尚⁶⁾, 岡田 明子⁷⁾, 野口 真希⁴⁾, 宮本 竜也⁴⁾, 左右田 哲⁴⁾, 高梨 学²⁾, 北川 篤志²⁾, 本田 崇²⁾ 藤田 鉄平¹⁾, 飯田 祐一郎¹⁾, 前川 恵美¹⁾, 郡山 恵子¹⁾, 阿古 潤哉¹⁾ 1)北里大学医学部循環器内科学, 2) 北里

大学医学部小児科学, 3) 北里大学医療衛生学部, 4) 北里大学病院トータルサポートセンターソーシャルワーク室, 5) 北里大学医学部衛生学, 6) 産業医科大学産業生態科学研究所産業精神保健学研究室, 7) 北里大学看護学部「成人先天性心疾患に罹患した成人の社会参加に係る支援体制の充実に資する研究～ACHD 就労支援～」第 25 回日本成人先天性心疾患学会総会・学術集会 研究部会セッション (2024 年 1 月 8 日、東京)

藤田 鉄平¹⁾, 加古川 美保¹⁾, 飯倉 早映子¹⁾, 前川 恵美¹⁾, 郡山 恵子¹⁾, 深谷 英平¹⁾, 小坂橋 俊美¹⁾, 宮地 鑑²⁾, 阿古 潤哉¹⁾

1)北里大学医学部循環器内科学, 2)心臓血管外科学「成人先天性心疾患患者における周術期の療養・就労両立支援指導の試みと課題」第 25 回日本成人先天性心疾患学会総会・学術集会 ワークショップ「移行期医療・ACHD 診療の実践的方策」(2024 年 1 月 7 日、東京)

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

I. 参考文献

1) 「心疾患の治療と仕事の両立 お役立ちノート」厚生労働省 [shinsikkan3 s.pdf](https://shinsikkan3.s.pdf) (mhlw.go.jp)

2) 「急性・慢性心不全診療ガイドライン」(2017 年改訂版) 日本循環器学会 https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2017/06/JCS2017_tsutsui_h.pdf

患者様が必要な準備

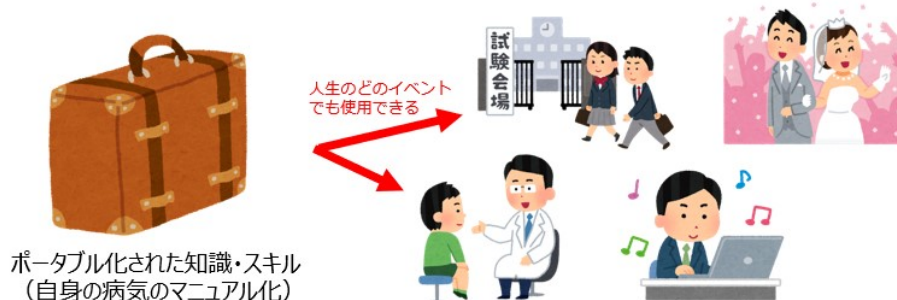
病気を持った方が就職活動を行うためには、まず自身の取扱説明書（ハンドブック）を持つことが大切です。

○ハンドブックとは・・・

病気の「経歴の説明」「特性の理解」「対処法」

「周囲に要求する配慮」が自己理解できていて相手に説明できること。

これはどこにでも持ち運べる**“ポータブル化されたスキル”**です。



Recommos Co., Ltd.

患者様が必要な準備

企業で働くことや面接をすること（社会に出ること）には、ヒューマンスキルが必要です。病気や障がいがあるからといって一般的常識がない・一般的ビジネススキルがないことの言い訳にはなりません。

むしろ**就職活動が成功するか否かに直接かわるのは障がいの内容よりもヒューマンスキルの有無**です。

現在、医療機関や医療従事者が患者様のヒューマンスキルを高める取り組みをしているケースは存じません。

しかし、今後は医療の発展に伴い、患者の治療に加えヒューマンスキルも高められる仕組みづくりができると、医療から社会（企業）への連携が深まっていくと考えられます。

○ヒューマンスキルの一例

- ・敬語やビジネスマナー
- ・相手の話を理解してそれに回答するコミュニケーションスキル
- ・ビジネススキル（基本的なPC操作、電子メールの作成、資格取得など）
- ・一般常識（世間のニュースや歴史の把握）
- ・時間を守る、約束を守る等

Recommos Co., Ltd.