

膠原病の難病患者への就労支援

中山田 真吾

はじめに

難病の代表である膠原病は、自己を攻撃する免疫異常（自己免疫）に起因して、全身の臓器に炎症が持続する疾患である。適切な治療がなされないと、身体機能が低下して日常生活のみならず就労の継続が困難となる。

関節リウマチ（rheumatoid arthritis: RA）は、働き盛りの30～50歳代に好発し、関節の破壊、変形によって労働能力が著しく低下する。全国におけるRAの患者数は約70万人超と推定されており、ますます加速する高齢化社会に向けてその対策が喫緊の課題である。

一方、若年者に発症する全身性エリテマトーデス（systemic lupus erythematosus: SLE）も、慢性的な臓器障害によって、休業を余儀なくされることが多い。

しかし近年、これらの疾患に対する治療成績は改善しており、治療と仕事の両立も可能

となりつつある。本稿では、膠原病患者における就労の現状と問題点について議論する。

膠原病の病態と就労への影響

RAでは関節滑膜での慢性炎症によって、関節破壊が進行して関節変形をきたす。早期では、関節の腫脹や疼痛によって日常生活動作が障害される。病期が進行すると、関節が破壊されて不可逆的な身体機能の障害を招き、関節機能が著しく低下した患者の一部には人工関節置換術が必要となる。疾患活動性が高い状態では、朝方に強い関節のこわばり、関節の腫脹と疼痛が持続して重筋作業が困難となるなど、就業へ影響を及ぼす。手指関節の変形が進行すると、巧緻性が低下して細かな手指作業ができなくなる。また、膝、股、足などの荷重関節が障害されると、立位作業、高所作業、振動作業などが困難となる。2010年のリウマチ友の会によるRA患者を対象とした全国調査では、リウマチのために休職、退職となった、あるいは就職を断念した患者をあわせると実に半数を超えていた¹⁾。また、仕事は続けているが、身体的苦痛・周囲の無理解などに悩むと回答した患者が4分の1であった¹⁾。一方で、職場に理解があり楽な仕事に変わったのは、わずか8.6%であった¹⁾。このようにRAに罹患することにより、



なかやまだ しんご
産業医科大学医学部 第一内科学講座 講師

主な著書：

- ・「免疫・アレルギー疾患の分子標的と治療事典」（共著）羊土社、2013年。
- ・「免疫・アレルギー疾患イラストレッド」（共著）羊土社、2013年。

かなりの労働者が失職しているのが現状である。しかし近年、治療が格段に進歩しており、疾患に対する正しい治療が施されれば、十分に就労の継続が可能な疾患に変化しつつある。

SLEは、好発年齢20～30歳代と就労可能な若年世代に好発し、多彩な症状を呈する代表的な膠原病疾患である。特定疾患認定者としての登録されている患者数は約6万人であるが、全国での推定患者数は10万人を超えるといわれる。発熱、紅斑、関節痛、日光過敏症が典型的な症状であり、重症例では腎臓、中枢神経などの重要臓器が障害され、長期失業や休業の原因となる。さらに、治療薬として用いられるステロイド薬によって骨粗鬆症が発症すると、軽作業でも脊椎圧迫骨折をきたすことがある。また、疾患が制御されていても、肉体的および精神的ストレス、日光ばく露、感染症などを契機に病状が悪化することがあるため注意を要する。

膠原病における治療の改革

RAの治療は半世紀前まではステロイド薬などの対症療法に終始し、かつては治らない疾患とされていた。しかし、近年のRAに対する薬物療法の進歩はめざましく、臨床症状、検査異常を認めず、関節の破壊や身体機能の障害が進行しない、いわゆる“寛解”となることも現実となった²⁾。特に21世紀に入り、RAの病態に重要な役割を担うサイトカインや免疫細胞の制御を可能とする生物学的製剤とよばれる抗体製剤が登場し、治療まで視野に入れた治療が可能になりつつある²⁾。また、発症2年以内に急速に関節破壊が進行することが明らかとなり、身体機能障害が生じる前もしくはより軽度な段階で早期に治療介入を行う必要がある。しかし、法定の健康診断では確定診断をすることは困難であり、産業保健職は就労者に関節のこわばりや疼痛・腫脹が

数週間以上続くときは、リウマチ専門医へ受診勧告を行うことが大切である。

一方、SLEにおいてもステロイド薬に加えて有効な免疫抑制薬を併用することで疾患制御が可能となり、くわえて治療薬の副作用や合併症への対策も改善したことで生命予後が大きく改善している。半世紀前までは5年生存率が50%程度と予後不良な疾患であったが、現在では10年生存率は90%以上である。このように、近年の膠原病に対する治療成績は向上しており、多くの患者は日常生活を支障なく過ごすことに加えて仕事を継続することも可能である。したがって、産業保健職が疾患の特徴と病状を把握して、適切な就労への配慮を施すことが重要となる。

膠原病をもつ労働者への就労配慮

RAは骨関節破壊を伴う疾患であり、作業内容によって危険を伴うとともに、疾患の進行を早める可能性もあり、適切な労働配慮が必要である³⁾ (表)。たとえば、疾患活動性が高い状態では朝方に関節のこわばりが強く運動制限を訴えるため、始業時間を遅くするなどの配慮が有効である。多くの関節腫脹と疼痛が持続している場合は、重筋作業は制限する必要がある。関節の破壊・変形が顕著であれば、手指作業は困難であり、膝、股、足などの荷重関節の関節症状が顕著な際は、立位作業、高所作業、振動作業は制限すべきである。実際の労働内容が就業者にどの程度の負荷になっているか判断するには、翌日の関節痛、全身倦怠感の残存の程度が大まかな目安となる³⁾。病状の悪化により日常生活に著しい支障をきたす際は、専門医療機関での療養指導を行う必要がある。一方、症状は安定している場合でも、専門医療機関への定期的な通院が必要であることを指導する。

SLEでは、明らかにされている増悪因子を避ける配慮が必要である³⁾ (表)。特に、紫外

表 膠原病の罹患労働者に特徴的な症状と就労措置

症状	身体機能への影響	必要な就業措置
関節リウマチ (RA)		
朝の関節こわばり	・午前中の運動制限	・早朝作業の禁止, ・始業時刻を遅くする
多発する関節の疼痛と腫脹	・関節周囲の筋力低下, ・関節可動域の制限	・重筋作業全般の制限, ・長時間残業の制限, 要医療
手指関節の変形	・巧緻性の低下	・手指作業の制限
荷重関節の疼痛と腫脹, 腰痛	・立位保持の制限	・立位作業・高所作業・振動作業などの制限・禁止
全身性エリテマトーデス (SLE)		
光線過敏症, 顔面紅斑	・紫外線へのばく露による紅斑, 発熱, ・全身倦怠感などの増強	・屋外作業の禁止 ・通勤時の紫外線回避の指導
関節痛, 筋肉痛	・関節周囲の筋力低下, ・関節可動域の制限	・重筋作業全般の制限, ・長時間残業の制限
顔, 手足の浮腫	・腎機能の低下, 蛋白尿, 血栓症などのリスク増加	・暑熱環境下での作業禁止, ・安静, 塩分制限, 要医療
ステロイドなどの治療薬による副作用	・満月様顔貌, 糖尿病, 高血圧, 骨粗鬆症, 消化性潰瘍, 感染症など	・重筋作業全般の制限, 食事指導, 長時間残業の制限, 要医療

線へのばく露は病気の発症や増悪に関連することから、屋外環境下での作業は原則禁止すべきである³⁾。また、通勤の際にも紫外線カットを励行する必要がある。関節痛や筋肉痛などの症状を認める場合は、重筋作業、立位作業、振動作業、高所作業などへの配慮が必要である³⁾。SLEに伴うループス腎炎で腎機能が低下している場合は、暑熱環境下での作業は禁止すべきであり、病状に応じて療養の措置を講じる。また、治療で用いられるステロイド薬によって生じる副作用へ対策を行うとともに、重筋作業全般は制限し必要に応じて医療機関へ作業負荷について問い合わせることが望ましい。いずれの疾患も長時間残業を禁止すべきであるが、病状に応じた配置転換を行うことで、治療と仕事への影響を最小限に留めることが可能となる。

さらに就労者は、新規治療による高額な医療費の負担を強いられる。SLEは原則として

特定疾患治療研究事業へ申請することにより医療費の一部または全額が公費負担となるが、RAでは、生物学的製剤による治療は通常の保険診療が適用されるものの、年額50～100万円程度治療費が増加する。しかし、生物学的製剤を導入した場合としない場合では、年間労働損益を加味した場合、導入した方が低コストであることが示されている。また、日本にはさまざまな社会保障制度が存在していることから、それらの情報を入手し、活用することが患者の負担軽減にもつながるものと思われる。

おわりに

膠原病患者の治療、就労へ与える影響とその対策について紹介した。難病と考えられていた膠原病は、有効な治療薬を早期に使用することで疾患制御が可能となり、いわゆる“不

治の病”ではなくなった。膠原病をかかえる就労者が職場で働くために、職制と産業保健職が病気の性質と障害の程度を把握し、職場環境への適切な配慮を施すことが重要である。これらの対策により就労者が安心して仕事に専念することができれば、社会的・経済的な負担の軽減、ひいては労働生産性の向上

につながるものと期待される。

文献

- 1) 日本リウマチ友の会編, リウマチ白書:リウマチ患者の実態報告 2010年患者の声編, 2010.
- 2) 田中良哉, リウマチ治療のドラッグホリデーの可能性 HONOR試験の結果を中心に, リウマチ科 53:63-68, 2015.
- 3) 齋藤和義, 新改訂 病気をもちながらどこまで働けるか 疾病と就労の臨床判断 自己免疫疾患, 臨床病理レビュー 146:139-146, 2010