

むなど、復職判断に必要な医学情報を収集するために医師間の連携をサポートしていた。常勤の産業医がいる会社の看護職には、このような行動は見られなかった。

「本人への確認」は、復職可否の面談前に、事前に産業看護職が本人と面談するなど、直接的なやりとりを指す。体調およびがんの進行や治療に伴う配慮事項(ストマ、容貌の変化、疼痛、洗腸の必要性など)の有無等を具体的に確認していた。また、本人の就労意欲の程度を確認していた。本人が就労を望む背景には生活(経済状態)不安もあるため、体調だけではなく生活を配慮することが大切だと考えていた。ほとんどの看護職は、「本人の気持ちを聞く」ことを大変重要だと考えており、それを踏まえて周囲(職場、産業医、人事など)との連携をどうすれば良いかをプランニングしていた。

「職場・人事への確認」では、復職面談に向けて、事前に職場から本人の仕事内容と復帰に対する上長の意向を確認していた。特に、復帰の可否には病前の本人の勤務態度や職場における重要性、人間性などの人物評価が重要であると考えており、これらの情報も入手しようとしていた。さらに、現在の本人の状況や疾病に関する情報を職場や人事に知ってもらうことが職場の受け入れには大切だと考え、本人の同意を得て主治医から入手した診療情報(の一部)を提供するという行動も見られた。

「家族への働きかけ」は、特に予後不良ケースに対応するときに行っていた。本人の就労意欲の背景には扶養家族の存在があることも多く、それは本人のサポート源ともなるため、人事や本人を通じて家族状

況を確認していた。また、家族は復職についてどう考えているかを直接面談や電話等の手段で確認していた。予後不良ケースや本人が告知されていないケースでは、就労問題を超えて家族が本人の今後の生き方をどう考えているかについて相談にのり、助言をし、その決定を受けて事業所としてどう対応するかを決めようと考えていたベテランの看護職も存在した。

3) 復職可否の判断時期(表 3)

復職可否について会社が判断する時期に産業看護職が行っていた支援は、表 3 に示す。16 のサブカテゴリが抽出され、それは「就労可否の判断」「職場適正配置支援(チーム支援)」「本人への働きかけ」の3カテゴリにまとめられた。

最終的な「就労可否の判断」は産業医の役割だと認識している看護職が多く、産業医が判断する上で参考になる情報提供や助言を行っていた。しかし、契約産業医の関わりが薄い中小規模の事業場では、産業看護職が主体的に行っているケースもあった。最終的に、本人を交えた関係者間で情報共有をした上で就労の可否が決定されるが、その中で看護職は本人の生活背景を踏まえたギリギリの接点や本人にとってのベストを探そうとしていた。また、職場の受け入れにあたっては就労条件を提示すること、就労できる範囲と会社がどこまで変則的な就労を許容できるかの調整が必要だと考えていた。

復職にあたり、看護職は「職場適正配置支援」が自分の重要な役割であると認識していた。医学的判断を本人や職場に分かりやすく説明すること、就労制限や変更を本

人、会社、産業医とも連携してチームで対応することを重視していた。具体的には、勤務場所の変更、交代勤務の変更、身体に負担のある業務(重量物、長時間残業)の軽減などがあげられる。決定後には、職場巡視を行い、その判断で良かったかどうか作業状況の確認も行っていった。

一方、きめ細やかな「本人への働きかけ」を行っていた。例えば、厳しい復職判定が予想される社員に対しては、復職が認められる体調の程度を伝える、職場側の判断を伝える、本人の気持ちを汲んだ上で厳しいことも伝えるなどの事前策を講じていた。また、休業中の経済的保障制度について伝えることで、経済不安の払拭を試みていた。さらに、就労制限付きの復職となった社員に対しては、体調と職場の安全を考慮した上で勤務調整であることを丁寧に説明することで理解を得ようとしていた。

4) 復職後 (表 4)

復職後に産業看護職が行っていた支援を表 4 に示す。15 のサブカテゴリが抽出され、それは「職場の受け入れ支援」「本人へのきめ細かな支援」「支援体制の強化」の 3 カテゴリにまとめられた。

復職後の社員が事故を起こさず安全に作業できるよう、産業看護職は何度も職場巡視を行い、作業姿勢や物品配置に関する助言や提案を職場に行うほか、就労制限を含めて作業内容の見直しや修正をきめ細かく行っていた。また、予後不良ケースでは日常業務における職場の見守り体制の整備と確認をするほか、職場で倒れた時など緊急時の対応(職場、人事、産業医、近隣の医療機関を含めた体制)プロトコール

を作成していた。職場で倒れた時に看護職が駆けつけて緊急対応することもあった。

復職後も必要に応じて医療行為(丸山ワクチン、疼痛コントロールなど)を可能な範囲で産業看護職が対応していた。また、本人がいつでもちょっとしたことでも相談できる窓口として多様な相談(ウィッグ情報、患者会、近隣医療機関など)を受けていた。定期的な面談設定や定期外(緊急対応時)の連絡体制を整え、また遠隔地の場合メールや電話を利用するなど、本人が連絡をとりやすいように工夫していた。中には、社内のがん経験者との情報共有の場を設けているケースもあった。一方で、毎年定期検診時にはストマ保有者であることが他の社員に知られないように衣服着脱の場を配慮する、入院中に見舞いに行こうとする職場の人数を制限するなど、がんの社員のプライバシーの確保に心を配っていた。

D. 考察

1) 本人や家族への継続的な働きかけ

熟達した産業看護職は、がんと診断される前から復職後に至るまで継続的に働きかけを行っていた。また、休業前や休業中にも継続的に連絡を取って本人の思いを聴くことによって、厳しい復職判断が下された時や就労制限が必要となった場合にも本人を支えるだけの信頼関係が出来ていた。また、ちょっとした相談をいつでも受けられるような相談体制を整えていた。さらに、有害業務を扱う事業場において、豊富な実践経験を持つ産業看護職は、業務起因が疑われるケースや予後不良のケースに関わる場合、本人だけでなく家族への

働きかけが必要だと考え、実際に行っていた。

以上より、がんの社員に対して経験の浅い産業看護職であっても適切な支援を行うためには、休業中から復職する際に初めて関わるのではなく、日頃からの職場巡視や健診後の保健指導等を通じて社員との接点を持って信頼関係を作っておくこと、また家族と連絡を取る必要があるケースの見極めなどをまとめたツールの開発が必要であると考えられた。

2) がんの治療と就労に関わる関係者の調整役としての役割

専属産業医がいるかないかで、産業看護職が重要と考える役割の違いが見られた。専属産業医がいる事業場で働く産業看護職は、主治医、産業医の連携および就労可否の判断は産業医の役割であると認識しており、産業医がよりの確な判断を下せるように情報収集を行い、報告することを重視していた。また、その場合「本人の気持ちを十分に汲んで、産業医や人事、職場との調整を行う」ことが産業看護職の大切な役割であると考え、また会社からもそれを求められていると認識していた。

一方、中小事業場など非常勤産業医の来社頻度が低い場合、そこで働く常勤の産業看護職が、主治医、産業医、人事、家族、本人との情報交換や就労可否の判断に対して中核的な役割を担っていることも見られた。これは、昨年度に専属産業医へのインタビュー調査で「専属産業医は、本人、現場、人事労務、主治医の間を繋ぐ通訳者」の役割があるとした知見が得られたが、「専属産業医のいない事業場における

常勤の産業看護職」にも共通した役割が期待されていることが示唆された。

今後、経験の浅い看護職であっても「良い調整役」となるためには、必要となった時に具体的な方法を確認できるように、good practice をまとめた事例集を作成し、HP 等で公開するなどが有効であると考えられた。

3) がんを抱える社員を効果的に支援できる社内体制

Good practice が多く語られた企業では、健診以外でがんと診断された社員が出た場合(職場の上司が本人から聞いた、など)に速やかにその情報が産業保健部門に届く社内システムが存在していた。また、がんと就労の共存が可能であることの風土づくり・PR が看護職の重要な役割であると語られた。一方で、本人が病名を社内の誰にも告知しなかったために、現場も混乱したケースやがんではないかと疑いながらも、産業看護職が支援出来なかった困難事例が、経験の浅い看護職を中心に見られた。産業看護職が有効に機能するためには、社内の情報伝達のシステムづくりや風土づくりに関するノウハウについても、支援ツールに入れることが必要であると言えよう。

E. 結論

2 回の FGI の結果、産業看護職による「がんを抱える社員への支援」に関わる 5 つのプロセスに沿って、62 サブカテゴリが抽出され、17 カテゴリにまとめられた。支援の内容は、事業場の規模や専属産業医の有無によって具体的な方法に違いはあ

るが、共通項目のあることが示された。

今後は抽出された共通点の一般化可能性を検討するために量的調査を行うとともに、多くの産業看護職に共通して認識されている困難点についても分析することが必要である。

F. 研究発表

1) 厚生労働省科学研究補助金 がん臨床

研究事業 高橋班主催 公開シンポジウム

「がんと就労に関する産業看護職の支援の実際と課題<第1報>フォーカス・グループ・インタビューより」

2) 第85回日本産業衛生学会(予定)「がんと就労に関する産業看護職の支援状況と課題(第1報)ーフォーカス・グループ・インタビューの結果からー」

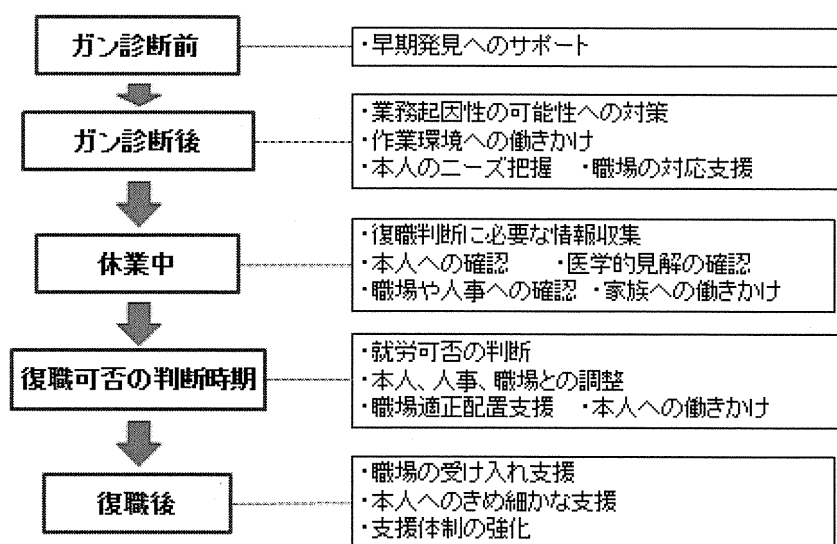


図1 がん診断から復職後までのプロセスと支援内容(カテゴリ)

表2. 休業中

カテゴリ	サブカテゴリ
医学的見解の確認	家族の了承を得て、主治医に見解を確認 産業医と主治医の連携サポート
本人への確認	体調の確認 就労意欲の確認 生活(経済状態)の確認 本人の気持ちを聞いて、周囲との連携方法を考える
職場・人事への確認	仕事内容の確認 上長の意向の確認 人物評価の確認 本人の同意を得て、診療情報を伝える
家族への働きかけ	家族状況の確認 家族の意向の確認 今後の生き方支援決定の支援

表3. 復職可否の判断時期

カテゴリ	サブカテゴリ
就労可否の判断	産業医の判断に役立つ情報提供と助言 本人を交えて関係者間の情報提供の上で判断 本人の生活を見たギリギリの接点を見つける 多面的に考えて本人にとってのベストを考える 就労条件の提示 就労可能性と会社の許容範囲との調整
職場適正配置支援 (チーム支援)	医学的判断と職場への翻訳 チームで対応 勤務場所、交代勤務の変更 負担のある業務の軽減 職場巡視による作業状況の確認
本人への働きかけ	復職が認められる体調の程度を伝える 職場側の判断を伝える 休業中の経済的保障について伝える 本人の気持ちを汲んだ上で難しいことも伝える 勤務調整を説明

表4. 復職後

カテゴリ	サブカテゴリ
職場の受け入れ支援	職場の見守り体制の確認
	緊急時の対応整備
	安全確認のための職場巡視
	危険を避けるための助言や提案 作業内容の見直しと修正
本人へのきめ細かな支援	必要な医療行為の支援
	心身の受けとめ、精神的サポート
	ちょっとしたことの相談窓口
	支援方法の工夫 社内のがん経験者との情報共有 プライバシーの確保
支援体制の強化	産業医と精神科医の連携サポート
	産業医、職場、人事との連携調整
	家族との連携 がん治療と就労の両立が可能な職場風土づくり

生活機能の観点からみた、がんの就労問題の構造の分析

研究分担者 春名 由一郎（独）高齢・障害・求職者雇用支援機構 障害者職業総合センター上席研究員

研究要旨：がんの就労支援のための支援リソースの開発において、疾患の治療や支援とは独立した、病気を持ちながら生きる患者の生活・人生の視点を明確にするため、WHOのICF国際生活機能分類の枠組みによって、がんの就労問題に関する既存の資料の内容を分析した。その結果、がんの就労問題においては、障害や他の長期慢性疾患のある人と同様に、仕事内容や業務調整の可能性、職場の理解や配慮等の「合理的配慮」の影響の大きさ、「病気や障害のせいで働けないと思われたくない」一方で「理解や配慮が必要」という二面性が認められた。また、がん治療の副作用の強さから、疾患治療と職業生活の両立が困難になりやすかった。本人の職場とのコミュニケーションの支援と、医療と労働の支援の谷間を埋める支援が特に重要と考えられた。

A. 研究目的

がんの就労支援のための支援リソースの開発のために、身体・知的・精神障害や長期慢性疾患の就労支援のこれまでの成果を効果的に応用するためには、がんの就労問題や支援ニーズの特徴を明確にすることが必要である。ただし、がんの就労問題は、狭い意味での「障害」概念から捉えることは適切ではない。

WHOが2001年に提起した「生活機能」の概念は、疾患の診断治療とは独立して、病気や障害を持ちながら生きる人の生命・生活・人生の視点の重要性を明確にしたものである。これは、従来、マイノリティの問題とされやすかった「障害」について、より普遍的な問題としてとらえ直すものである。

本研究では、がんで長期に治療を必要としている人の職業生活における困難状況と、その要因を生活機能の観点から構造的に整理することを目的とした。

B. 研究方法

(1) 資料

本研究班の勉強会での事例と、国内外の資料から、

がん患者の就労問題に関する記述を収集した。

(2) 分析

WHOの国際生活機能分類（ICF：International Classification of Functioning, Disability and Health）のフレームワークを使い、資料の記述内容を、健康状態、生活機能（心身機能・構造、活動、参加）、背景因子としての環境因子、個人因子に分類し、また、それらの関係についての記述も可能な範囲で分析した。

C. 結果

資料の記述内容について、生活機能全般に関するもの、及び、要素別に分類整理した（図1）。事例件数は省略したが、件数の多かったものを中心にまとめた。

(1) 生活機能(Functioning)全般に関すること

「サバイバーシップ (Survivorship)」と言われている内容は「病気とともに自分らしく生きること」であり、「がんの治療とは独立した、生命・生活・人生の課題」や「自分らしく生きる」ことで、一般的な「障害」の概念より広い概念である「生活機能」の概念と同義であった。

(2) 健康状態 (Health Condition)

がんの就労問題に関係する「健康状態」の内容としては、がん治療の進歩によりがんが慢性疾患化してきたことがある。5～10年は経過観察や治療・再発・手術の可能性があり、服薬や通院で寛解を維持している事例や、予防的対応が必要となっている事例があった。また、生存者の急速な増加、働き盛りでの発病が多いという特徴も、就労問題に関係していた。さらに、がん医療の急速な進歩により、がん治療を受けて生存している人が増加している現実について、一般的な理解が乏しいということも、就労における無理解や偏見の原因となっていた。

(3) 心身機能・構造 (Body function and structure)

最も仕事に影響している心身機能・構造の問題は、薬の副作用であった。投薬後3日程度、吐き気であるとか頭痛、関節痛などの症状が激しく、それが数ヵ月繰り返されることが就業継続に大きな影響を与えていた。また、全身のダメージを早期に回復するための身体運動等のリハビリによって、入院後の復職時の疲労に影響がでることを指摘した事例もあった。

がんの部位によって、直腸・膀胱機能障害、下肢障害、言語機能障害といった障害認定の対象になる場合もある。また、障害認定以外の機能障害としては疲労感とか、性機能障害、浮腫、しびれなどが起こっていた。これらも、職務や業務形態等によって就労問題に影響していたり、支援機器等のニーズにつながっていた。

(4) 活動 (Activity)

最も仕事に影響している、「活動」の問題は、業務上のスケジュール管理の課題であった。病気の再発や治療の必要性、副作用から、突然の休職や症状の変化が起こることで、厳密な工程がある仕事であるとかアポイントのある仕事に最も大きな影響があった。また、中小企業や自営業などの仕事では、従業員の休業は企業経営への影響が大きいため、休むのなら仕事を辞め

なければし方がないといった事例もあった。

また、就業を継続するためには、疾患管理と職務課題遂行を両立させる必要があるが、その両立の事例は一部であった。むしろ、疾患管理を優先させて仕事を犠牲にするか、仕事を優先させて疾患管理を犠牲にするかといった、いずれかの問題状況に追い込まれている事例が多かった。

機能障害に特異的な課題としては、浮腫による立ち作業の問題などがあった。

さらに、病気や必要な配慮についての職場でのコミュニケーションの問題、職場での人間関係などの問題の事例もあった。

(5) 参加 (Participation)

より幅広い職業に関係する社会参加の課題としては、次のような課題の指摘があった。

- 仕事に就く前の小児がんの方の教育場面の問題や、就職活動における問題。
- 就業機会の制約（フルタイムの週に5日は困難だが短時間の非常勤なら可能、中小企業や自営業での職務要件の違いの影響等）
- 病気による希望しない処遇の変化の問題

また、主観的な仕事の満足度や仕事の意味については、30代、40代で家族を抱え絶対に働かなければいけない方と、生きがいのために働きたいという方での違いや、経済的なことだけではなく、生きがい、QOL、尊厳、社会とのつながりのために働くという意味の指摘もあった。その一方で、治療費を稼ぐため、生活のためには働かざるをえないという事例もあった。

(6) 環境因子 (Environmental factors)

がんの人の生活、人生への影響には次のような様々な環境因子が関わっていた。

ア 本人の直接的支援者

家族、友人の支えが重要であった事例もあったが、最も重要性が高いのは、職場や同僚、上司の理解や配慮であるという指摘が多かった。

イ 態度 (Attitude)

病気・病歴によるレッテル貼りの問題事例があった。

ウ サービス・制度

- ①社会保障： 高額医療費と収入減への社会的支援のあり方が、就労問題と関連づけられている例があった。
- ②保健医療： 医師や看護師による仕事についての相談や意見書、ソーシャルワーカーの取組、診療時間調整による、職業問題への関連の事例が多かった。
- ③労働： 業務調整等で企業と本人のWIN-WIN関係をどう創るかといった企業経営に関すること、人にやさしい企業を創るといった法令遵守の問題、産業保健職に関わる休職・復職支援の問題、障害者雇用に関わるような環境整備や合理的配慮のあり方が、就労問題に関係していた。
- ④その他： 専門分野の枠を超えた、保健医療と職場のチームワークや情報共有の必要性、職場と入院患者をつなぐような支援の必要性を示す事例や指摘があった。

(7) 個人因子(Personal factors)

疾患や障害自体ではない、本人側の職業問題に影響する個人因子も様々な事例や指摘があった。

ア 職業場面での疾患管理能力

以下のスキル等によって、就労問題の起こり方が異なる事例があった。

- ①病気や治療の正しい知識の有無
- ②コミュニケーションのスキル（「できること」や「できないこと」、「必要な配慮」の適切な説明。一般的な病気の説明ではなく、具体的な仕事内容に即した説明ができること）
- ③ストレスや人間関係への対処スキル。

イ 職業能力

仕事の能力自体によって、仕事ができる人ならば様々な配慮も得られやすくて問題も起こりにくくなること、そのための職業訓練の必要性の指摘があった。

ウ 就労希望や価値観の個人差

D. 考察

本研究は、がんの就労問題事例について、必ずしも網羅的に収集したものではないため、あくまで予備的ではあるが、がんの就労問題を、生活機能の観点から分析的に理解することにより、がんの治療を続けながら職業生活を希望する人たちが抱える課題について一定の問題整理ができた。

(1) がんの就労問題と「障害」

がんという「健康状態」に関連して様々な職業生活上の問題が生じていることが多くの事例から確認でき、WHOが提起している「生活機能」の問題としての「障害(Disability)」が存在しているとは言えるが、その一方で、それが必ずしも固定的・永続的でない点で、わが国の法制度上の「障害」には含まれにくいという、がんの就労問題の特徴が示された。

がんの就労問題が、仕事内容や業務調整の可能性、職場の理解や配慮等により大きく影響を受けることや、治療による職業生活への影響が大きい時期が最長10年の範囲で限定されること等の特徴を踏まえて、現状では不十分である社会的支援の構築が急がれる。

企業経営や専門的支援のコストについては、米国やEU、国際連合の障害者権利条約でも示されている「合理的配慮」の基本的な思想や先例を踏まえ、社会的責務の観点や、コストをかけない問題解決への取組への情報提供や専門的支援が重要であろう。

(2) がん治療と職業生活の両立の支援

がん治療の副作用の強さから、疾患治療と職業生活の継続にジレンマが生じている事例が多かった。医療側と職場側で共通認識がないため、医療側からは疾患治療が優先され、職場側からは継続勤務と職務遂行が求められることが一因であろう。また、職場側の医療的な情報不足により安全配慮への懸念、医療側の職場への働きかけの限界から復職の判断が困難となる場合も考えられる。医療と労働の支援の谷間を埋める支援の整備がその改善に重要と考えられた。

(3) 病気の説明についての課題

がんの就労問題は、がんという健康問題から直接的に就労問題が起こる、という単純な問題構造ではない。それは、環境因子との関わりや、個人のスキルによって問題の起こり方が異なるという、生活機能の問題構造で捉える必要がある。就労場面でのがん患者と職場とのコミュニケーションが困難になることは、このような問題構造の複雑さに起因している。

がんであっても仕事内容や配慮が適切であれば、職業人としてなんら問題なく働くことができ企業の負担も過大ではない。そのような状況では本人は「病気だからと言って働けないとは思われたくない」との意識から、あえて問題状況を話さないことも多いと考えられる。その一方で、仕事内容や企業規模によって、また、職場の理解や配慮がないというような状況で、がん診断後の疾患管理と職業生活の両立が困難になりやすいが、本人がそのようなことを訴えると、企業の方は「がんの人の雇用は難しい」と考えやすくなり、必ずしも本人が求めている支援や配慮が得られないことにもなりやすいだろう。

このような病気や障害についての職場への説明の困難性は、障害認定等の社会的支援の対象でない長期慢性疾患のある人、あるいは、社会的に病気に対する無理解や偏見のある精神障害やH I V感染者において、認められている。

したがって、がんの就労に関わる支援者の共通理解を促進するリソースの開発、あるいは、がんのある人

の就職活動や職場での病気や必要な配慮についての説明スキルの支援ツールや企業への啓発ツールの開発においては、「がんの人は働けない」あるいは「働けて支援もいない」という両極端の固定的な理解や偏見の存在に留意し、「支援があれば問題なく働ける」ことを正しく理解できるような工夫や対策が必要と考えられた。

E. 結論

がん診断後の5～10年間、通院・服薬の継続による副作用による体調変動や再発・入院の可能性により、職場での業務スケジュールの調整、安全配慮、就業継続等の職業的問題に直面している人が増加している。

その効果的支援と考えられる、保健医療と企業の経営・雇用管理の取り組み、本人の疾患対処能力や職業能力の開発支援等は、必ずしも一般に実施されていない。今後、がんの治療と就労・企業経営の両立のためのさまざまな具体的取り組みを明確にしつつ、社会的取り組みと、共通理解を促進する必要がある。

F. 研究発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

がんであっても、仕事内容や配慮さえ適切であれば、職業人として何ら問題なく働くことができ、企業の負担も過大ではない。

がんによる職業問題

職務内容の調整や職場の理解や配慮ないと、がん診断後の疾患管理と職業生活の両立は困難になりやすく、本人の生活や人生の問題、企業経営へのマイナスが生じる。

がん診断後の治療継続 (~ 年間)

健康状態

心身機能・構造

活動

参加

- 数年間繰り返される薬の副作用による全身症状
- 部位による障害認定のある機能障害
- 疲労感等の症状

- スケジュール管理
- 疾患管理と職務遂行の両立
- 機能障害特異的な課題
- 職場でのコミュニケーション
- 人間関係

- 仕事と疾患管理の両立の見通し
- 就職活動での説明
- 職種、就労時間の制約
- 就業継続
- 処遇
- 生きがい、生活影響

環境因子

- 助言者・支援者(家族、職場、医療者等)、正しい理解
- 医療機関での相談、ソーシャルワーク、診療時間調整
- 経営・雇用管理、休職・復職支援、環境整備、法令遵守
- 医療と職場の連携

個人因子

- 疾患管理能力(病気や治療の知識、コミュニケーションスキル、対処スキル)
- 職務スキル、業務への貢献
- 就労希望や価値観の個別性

図1. がんによる職業問題の、ICF 国際生活機能分類の枠組による分析

厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）
分担研究報告書

乳がん患者の心理・社会的適応に関する調査—夫婦相関に着目して

研究代表者 高橋 都 獨協医科大学公衆衛生学講座准教授

研究要旨：

乳がん発病が患者本人と夫の就労や心理状態に及ぼす影響を明らかにする目的で、平成23年2月から3月にかけて患者本人と配偶者を対象とした調査を実施した。総配布数283件のうち配偶者を有する者が225名。患者本人からの返信203件（回収率71.7%）、配偶者からの返信137件（回収率60.9%）、夫婦の両方から返信を得たのは135組であった。心身健康度（SF8）、抑うつ度（CES-D）、病気による内的成長尺度（PTGS）、夫婦関係満足度は夫婦間相関が認められた。夫の約9割が何らかの体調変化を自覚していたにもかかわらず、第三者に相談したのは62.0%にとどまった。夫の心身状態へのケアも課題である。

研究分担者 多賀谷信美 獨協医科大学越谷病院第一外科准教授

同 武藤孝司 獨協医科大学公衆衛生学講座教授

同 甲斐一郎 東京大学大学院医学系研究科教授

研究協力者

同 角田美也子 獨協医科大学第一外科学講座助教

同 吉野美紀子 東京大学大学院医学系研究科特任研究員

A. 研究目的

がんの診断・治療は、本人や配偶者の心身健康の変化を引き起こし、ひいては家族の生活全体に大きな影響を及ぼす。

本研究では、日本人女性の中でもっとも罹患率の高い乳がんとその夫をとりあげ、本人・配偶者・子どもへの支援教材やカリキュラムの開発に向けた基礎データを得るため、平成23年2月から3月にかけて以下の3点を研究目的とする調査を実施した。平成24年度は調査票の収集と分析を実施した。

- ① 乳がん患者本人について、術後の心身健康度、夫婦関係満足度、就労状況の変化、子どもへの病状の伝え方、病気による内的成長を定量的に明らかにするとともに、その関連要因を検討する。
- ② 乳がん患者の配偶者について、心身健康度、夫婦関係満足度、子どもへの病状の伝え方、病気による内的成長を定量的に明らかにするとともに、その関連要因を検討する。
- ③ 心身健康度、夫婦関係満足度、子どもへの病状の伝え方、病気による内的成長について

て、夫婦間の一致度を明らかにするとともに、その関連要因を検討する。

B. 研究方法

<対象者>

獨協医科大学病院第一外科外来（角田医師担当）、第二外科外来（多賀谷医師担当）を受診する乳がん患者および、配偶者を有する場合はその配偶者。配偶者への配布は、患者本人を経由した。

<乳がん患者配布条件>

- ・ 確定診断後 1 カ月以上経過。
- ・ 主治医が調査対象として適格と判断。
（著しく心理的に不安定の場合は除く）
- ・ ステージ・再発の有無は問わない。

<配偶者配布条件>

配偶者には患者本人の判断にて調査票を手渡す。配偶者が著しく心理的に不安定の場合は除く。

<調査項目>

調査票を資料 1（患者本人用）、資料 2（配偶者用）に示す。各調査票に用いた質問項目は以下のとおりである。

1. 患者本人用（資料 1）

- 回答者の属性：年齢、月経の状況、最終学歴、婚姻状況、結婚後経過期間、子どもの有無、就業の有無、特定の信仰の有無
- 臨床的背景：診断後経過期間、治療内容（術式・再建術の有無・補助療法の有無）
- 生活上の変化：
 - ◆ 就労状況の変化、就労満足度尺度（原谷，2004）
 - ◆ （子どもがいる場合）子どもへの病気の伝え方
- 心身の状況：
 - ◆ 心身の健康状態：SF8（福原，2004）8 項目

- ◆ 抑うつ度：CES-D 日本語版（島，1985）20 項目
 - ◆ 周囲からの支援：自治医大ソーシャルサポートスケール（堤，2000）8 項目×3 種
 - ◆ 病気へのコーピング尺度（塚本，2001）26 項目
- 夫婦関係満足度
 - ◆ 夫婦関係満足度尺度（諸井，1996）6 項目
 - ◆ （夫がいる場合）夫との人間関係全体の変化、夫との性的関係の変化
 - 病気による内的成長：Post Traumatic Growth Scale (PTGS) 日本語版（Taku，2008）21 項目

2. 配偶者用（資料 2）

- 回答者の属性：年齢、最終学歴、婚姻状況、結婚後経過期間、子どもの有無、特定の信仰の有無
- 妻の臨床的背景：診断後経過期間、治療内容（術式・再建術の有無・補助療法の有無）
- 生活上の変化：
 - ◆ （子どもがいる場合）子どもへの病気の伝え方
- 心身の状況：
 - ◆ 心身の健康状態：SF8（福原，2004）8 項目
 - ◆ 抑うつ度：CES-D 日本語版（島，1985）20 項目
 - ◆ 妻の病気と関連した体調の変化：9 種
 - ◆ 周囲からの支援：自治医大ソーシャルサポートスケール（堤，2000）8 項目×3 種
- 夫婦関係満足度
 - ◆ 夫婦関係満足度尺度（諸井，1996）6 項目
 - ◆ 妻との人間関係全体の変化、妻との性的関係の変化

f. 病気による内的成長： Post Traumatic Growth Scale 日本語版 (Taku, 2008) 21 項目

<分析>

1. 心身健康度、夫婦関係満足度、病気による内的成長、就労状況、子供への伝え方を従属変数とした、本人と夫それぞれの関連要因の検討。
2. 上記に関する夫婦間の相関の検討。

<調査結果のフィードバック>

調査票配布時に「報告書希望ハガキ」と個人情報保護シールを同封し、報告書を希望する場合は住所氏名を記載の上投函するように依頼した。対象者用の報告書を資料3に示す。

<倫理面への配慮>

本調査は獨協医科大学生命倫理委員会の承認を得た。

C. 研究結果

平成23年2月、3月にデータ収集を行った。総配布数283件のうち配偶者を有する者が225名。患者本人からの返信203件(回収率71.7%)、配偶者からの返信137件(回収率60.9%)、夫婦の両方から返信を得たのは135組であった。資料3に、対象者用報告書(希望者に郵送。単純集計の数値はその後の分析による修正あり。)

分析は進行中であり、本報告書ではその一部を示す。

表1に患者本人、表2に配偶者の背景を示す。

(1) 心身の健康度 (SF8)

本人と夫のSF8得点は以下のとおりである。

<本人>

身体面総合得点 48.9±6.3点

精神面総合得点 49.0±5.9点

<夫>

身体面総合得点 49.5±5.7点

精神面総合得点 48.6±6.3点

本人の身体面総合得点と精神面総合得点の間には有意な相関が認められた。(r= 0.169, p=0.018)。夫の身体面総合得点と精神面総合得点の間には有意な相関は認められなかった。夫婦両方がSF8に回答したカップルでは、本人の身体面総合得点同士と夫精神面総合得点(r=0.204, p=0.021)、また本人の精神面総合得点と夫の精神面総合得点(r= 0.237, p=0.007)に有意な相関が認められた。

(2) 病気体験による精神的な成長

Post Traumatic Growth Scale (PTGS) 日本語版21項目は、①他者との関係、②新たな可能性、③人間としての強さ、④精神的変容および人生に対する感謝の4つの下位尺度から構成され、高得点ほど、病気体験から意味を見出していることを示す。本人と夫のPTGS総得点と下位尺度得点は以下のとおりであった。

<本人>

総得点(0-105点) 61.4±19.6点

他者との関係(6-36点) 18.3±6.1点

新たな可能性(4-24点) 11.1±4.7点

人間としての強さ(4-24点) 11.7±4.2点

精神的変容および人生に対する感謝(4-24点)

11.7±4.0点

<夫>

総得点(0-105点) 53.3±23.7点

他者との関係(6-36点) 15.4±7.1点

新たな可能性(4-24点) 10.4±5.0点

人間としての強さ(4-24点) 9.7±4.6点

精神的変容および人生に対する感謝(4-24点)

9.8±4.6点

夫婦両方が PTGS に回答したカップルでは、本人と夫の総得点および各下位尺度に有意な相関が認められた ($r=0.311$, $p<0.01$)。

(3) 抑うつ気分 (CES-D)

CES-D20 項目すべてに回答したのは、本人 158 名、夫 126 名であった。全項目回答者の CES-D 得点は以下のとおりである。

<本人> 11.6±7.9 点

16 点以上 : 24.1%

<夫> 11.8±6.5 点

16 点以上 : 24.6%

夫婦両方が CES-D に回答したカップルでは、得点に有意な相関が認められた ($r=0.303$, $p=0.002$)。

(4) 夫婦関係

夫婦関係満足度尺度 (諸井, 1996) は、「私たちは、カップルとして申し分のない生活を送っている」などの 6 項目について、「ほとんどあてはまらない (1 点)」～「かなりあてはまる (4 点)」の 4 段階で質問して合計点を算出し、高得点ほど、カップル関係に満足していることを示す。本人と夫の点数は以下のとおりであった。

<本人> (6-24 点) 18.3±4.6 点

<配偶者> (6-24 点) 19.3±4.3 点

夫婦両方が夫婦関係満足度尺度に回答したカップルでは、本人と夫の得点に有意な相関が認められた ($r=0.509$, $p=0.000$)。

診断前後の夫婦の関係の変化について、人間関係全般と性生活に分けて質問した。本人と夫の両方から返信があった 135 組のご夫婦の結果を図 1, 図 2 に示す。人間関係全般の変化については、本人・夫ともに 9 割以上が「良くなった」または「変わらない」と回答し、両者の

評価は類似した傾向を示した。

135 組のうち診断前に性生活があった 96 組については、診断前後で相手との性生活が「良くなった」「変わらない」と回答したのは夫の 68.8%、本人の 58.3%にとどまった。

(5) 子供への病気の伝え方

子どもがいると答えた本人 178 名に、子どもに病気を伝えたかどうかについて質問したところ、165 名 (92.7%) が「病名を伝えた」と回答。「伝えていない」8 名 (4.5%)、「その他」2 名、無回答 3 名であった。

(6) 就労の状況

1) 就労状況の変化

本人の診断時と調査時の就労状況の変化を示す。診断時には 41.4%が常勤やパートとして就労し、平均勤務年数は 16.2 年であった。

就労状況の変化を図 3 に示す。調査時就労している者は 32.5%であった。調査時に無職・主婦である 115 名に将来の就労希望を質問したところ、17 名 (14.8%) が「働きたいと思う」と回答した。

2) 就労の悩みの相談有無と相談相手

203 名の本人全員に、診断後、就労について誰かに相談したかどうか質問したところ、「相談したことがある」と回答したのは 61 名 (全体の 30.0%) であった。相談相手を図 4 に示す。もっとも多かったのは家族で、主治医、友人が続いた。

(7) 夫の体調変化

137 名の夫の全員に、妻の病気と関連したご自身の体調変化について質問した。121 名 (88.3%) の夫が何らかの体調変化を経験しており、「将来への漠然とした不安」74 名 (54.0%)、「気分の落ち込み」53 名 (38.7%) が多かった (図 5)。

自身の体調変化について誰かに相談した者は、体調変化を自覚した121名中75名(62.0%)にとどまった。相談相手としてもっとも多いのは家族であり、親戚、友人が続いた(図6)。

D. 考察

本質問紙調査では135組のペアデータが得られた点が特筆すべきである。特に夫婦関係満足度、さらにPost Traumatic Growthについては、ペアデータとして本邦初である。回収率は患者本人が71.0%、配偶者が60.9%であり、通常の世界調査と比較してかなり高い。今後の分析によって患者本人と配偶者のそれぞれに向けた効果的な支援方法の開発が期待される。以下、各セクションに関する現時点での考察を述べる。

(1) 心身の健康度

SF8得点は、本人と夫の双方で身体面と精神面の総合得点が50点弱であり、日本人標準値と比較してほとんど遜色を認めなかった。

本人の身体面と精神面総合得点は有意に関連しており、心身相関の状況が改めて明らかになった。

本人の身体面総合得点と精神面総合得点は夫の精神面総合得点と有意に関連しており、夫婦の心身状態が関連することが明らかになった。

(2) 病気体験による精神的な成長

PTGS 総得点は本人のほうが夫より高い値を示したが、夫婦のPTGS 総得点および各下位尺度には有意な相関が認められ、病気体験の受け止め方や意味づけが夫婦間で類似している可能性が示唆された。

(3) 抑うつ気分

CES-Dのカットオフ値である16点を超えたのは本人の24.1%、夫の24.6%であり、双方の約4分の1が抑うつ傾向にあることが認められた。また夫婦のCES-D得点には有意な相関が

認められ、SF8の結果と同様、夫婦の心身状態が関連することが明らかになった。

(4) 就労の状況

就労者は41.4%から32.5%に減少していた。今後、就労継続・停止の関連要因の分析をすすめる予定である。

(5) 子供への病気の伝え方

大多数(92.7%)が子供に病名を伝えたと回答していたが、その時期や具体的な説明内容については不明であり、インタビューなどによるより詳細な実態把握が必要である。

(6) 夫婦関係

調査時の夫婦関係満足度尺度得点は夫婦間で有意な相関を認め、心身健康や抑うつ度と同様の結果を示した。夫婦の人間関係全般については本人・夫ともに9割以上が「良くなった」「変わらない」と回答していたが、性生活に限定して質問すると「良くなった」「変わらない」は夫の68.8%、本人の58.3%にとどまり、人間関係全般と比較するとやや厳しい評価であった。

(7) 夫の体調変化

夫の約9割が何らかの体調変化を自覚していたにもかかわらず、第三者に相談したのは62.0%にとどまった。夫の心身状態へのケアも課題である。

E. 結論

本質問紙調査では良好な回収率が得られ、患者本人と配偶者の双方の立場からの実態分析とともに、両者の相関とその関連要因の分析も進行中である。調査結果にもとづき、効果的な支援のありかたを検討していきたい。

F. 研究発表

1. 論文発表

(1) 学術雑誌

- 1) Ledesma D, Takahashi M, Kai I: Interest in a group psychotherapy program among Philippine breast cancer patients and its correlative factors. *Psycho-Oncology*, DOI:10.1002/pon.1804, 2010
- 2) Wada K, Ohtsu M, Aizawa Y, Tanaka H, Tagaya N, Takahashi M: Awareness and Behavior of Oncologists and Support Measures in Medical Institutions Related to Ongoing Employment of Cancer Patients in Japan. *Jpn J Clin Oncol* doi: 10.1093/jjco/hyr202, 2012
- 3) Ishida Y, Takahashi M, Maru M Mori M et al: Physician Preferences and Knowledge Regarding the Care of Childhood Cancer Survivors in Japan: A Mailed Survey of the Japanese Society of Pediatric Oncology. *Jap J Clin Oncol* 2012;(In press)
- 4) 高橋 都, 和田耕治, 森 晃爾, 武藤孝司: がん患者の就労に向けた支援 — 治療担当スタッフに期待すること緩和ケア (印刷中)
- 5) 高橋 都: がん患者の就労支援<働きながらがんを治療する> がん患者と家族の就労支援—厚生労働科学研究「がんと就労」研究班の活動について 労働の科学 66(8):484-487, 2011
- 6) 武藤孝司: 欧州の産業保健制度と産業医の業務 産業医学レビュー 23(4):235-256, 2011
- 7) 高橋 都: がん治療を受ける本人と家族が抱える就労問題—産業保健スタッフに期待すること 日本産業衛生学会特別研修会 2011.5.21
- 8) 小林真理子, 神前裕子, 高橋 都: がんの親

をもつ子どもへの学校での支援に関する調査<第二報>— 一般教員へのアンケート調査分析— 日本サイコオンコロジー学会, 9月, 2011 大宮

(2) 書籍

- 1) Takahashi M: Health Promotion for Cancer Survivors: New Paradigm beyond Prevention and Treatment. In Muto T, Nakahara T, Eun WN, eds, *Asian Perspectives and Evidence on Health Promotion and Education*, pp78-86, Springer, 2011

2.学会発表

- 1) 高橋 都, 多賀谷信美, 円谷美也子, 武藤孝司, 吉野美紀子, 甲斐一郎: 乳がん患者の夫の体調変化と相談行動 — 乳がんカップル調査<第1報>, 第24回日本サイコオンコロジー学会総会, 2011年9月, 大宮
- 2) Y Ishida, M Takahashi, A Manabe, et al: Physician Preferences and Knowledge Regarding the Care of Childhood Cancer Survivors in Japan ESLCCC2011, September, 2011 Amsterdam
- 3) 高橋 都: がん治療を受ける本人と家族が抱える就労問題—産業保健スタッフに期待すること 日本産業衛生学会特別研修会 2011.5.21
- 4) 小林真理子, 神前裕子, 高橋 都: がんの親をもつ子どもへの学校での支援に関する調査<第二報>— 一般教員へのアンケート調査分析— 日本サイコオンコロジー学会, 9月, 2011 大宮
- 5) Miyashita M, Ohno S, Kataoka A, Murakami S, Ozaki S, Kawaguchi H, Nishimura J,

Yamaguchi M, Takahashi M: Unmet
information needs and quality of life in
young breast cancer survivors in Japan.
ONF2011, Boston, 2011.4.25

なし
その他 なし

**G. 知的財産権の出願・登録状況
(予定を含む)**

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

表 1 回答者(患者本人)の背景 N=203

年齢(歳)	60.3±10.5	
術後経過期間(月)	60.7±45.2	
結婚期間(年)	34.9±11.4	
妻の術式	n	%
乳房全摘術	69	34.0
乳房温存術	119	58.6
全摘+温存	3	1.5
わからない・無回答	12	5.9
再建術(有り)	6	3.4
補助療法		
放射線療法あり	128	63.1
化学療法あり	105	51.7
ホルモン療法あり	155	76.4
婚姻状況		
夫あり	157	77.3
死別・離別	31	15.3
未婚	7	3.4
無回答	8	3.9
最終学歴		
中学	31	15.3
高校	118	58.1
短大・専門学校	33	16.3
大学・大学院	12	5.9
無回答	9	4.4
宗教の有無(有り)	30	14.8

表2 回答者(配偶者)の背景 N=137

年齢(歳)		
妻の術後経過期間(月)	62.6±10.5	
結婚期間(年)	61.3±45.8	
	34.9±11.4	
妻の術式	n	%
乳房全摘術	50	36.5
乳房温存術	76	55.5
全摘+温存	2	1.5
手術はうけていない	5	3.6
わからない・無回答	4	2.9
妻の補助療法		
放射線療法あり	84	61.3
化学療法あり	72	52.6
ホルモン療法あり	94	69.3
最終学歴		
中学	26	19.0
高校	71	51.8
短大・専門学校	8	5.8
大学・大学院	26	19.0
無回答	6	4.4
宗教の有無(有り)	17	12.4