

< 第三種郵便物認可 >

がん患者の5年生存率が平均で50%を超え、「慢性疾患」として付き合う患者が増えてきた。医療の進歩に伴い、働きながらの治療も可能になってきているが、がん経験者の復職や就職は今も難しいのが現状だ。

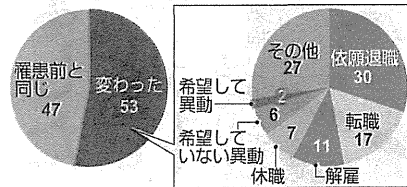
6月閣議決定された「がん対策推進基本計画」は初めて働く世代に焦点をあて、就労支援の充実などが盛り込まれた。今後、働きながらんと向き合う社会づくりが求められている。(油原聡子)

がん復職 支援急務

がん対策推進基本計画 国民の死因の1位であるがんの死亡率を減らすため、がん医療の課題と目標をまとめた国のがん対策の柱。平成19年施行のがん対策基本法に基づき、19、23年度の第1次計画が定められ、6月8日には改定された第2次計画が閣議決定された。2次計画では重点課題に「働く世代や小児へのがん対策の充実」を掲げたほか、喫煙率の数値目標を初めて盛り込んだ。

民間調査 就労状況、患者半数が変化

がん罹患後の就労状況の変化 (単位は%)



※キャンサー・ソリューションズなどの調査による

小企業では働いていない社員を雇っておく経済的、人的な余裕がなく、居づらい雰囲気ではないか」と指摘する。
時給制で正社員
だが、がん患者の治療と仕事の両立を支援する中小企業もある。
千葉県銚子市の食品卸売会社「櫻井謙二商店」の女性社員(45)は、3年前、乳がんを診断された。

基本計画では、毎年20〜64歳までの約22万人ががんにかかると推定。民間企業としてがん患者の就労問題に取り組む「キヤンサー・ソリューションズ」などが昨年12月に行った調査では、がんを診断された197人中、診断後に就労状況が変わった人は半数以上で104人。うち依願退職は30%。解雇が11%。希望していない異動が6%だった。
千人以上の会社では、がん罹患後に勤務先が変わった人は44%だったが、100人以下では59%。同社の桜井なおみ社長(45)は「中

祈願 日枝神社
03-3581-2471

「治療しながらの仕事は自分には無理と思った」と女性社員。退職も考えたが、櫻井公恵社長(44)から、正社員のまま時給制での勤務を提案された。収入は3分の2になったが、女性社員は「働いた分だけお金がもらえるので、休みが取りやすい」と話す。
同社の社員は約30人。がん患者はこの女性社員が初めてではない。櫻井社長の夫、雄二さんもがんを患い、平成22年に亡くなった。櫻井社長は「夫は亡くなる2週間前まで仕事をし続けた。がん患者には治療を優先したい人もいれば働きたい人もいる。うちのようないく必要がある」と話した。

夜10時まで診察

仕事を影響が出ないよう、に配慮する病院もある。江戸川病院(東京都江戸川区)の放射線科は平日は午後10時まで外来を開いている。1日の外来患者60〜70人のうち、夜間に通院する患者は約20人。浜幸寛放射線科部長は「自分も2代で脳腫瘍を患い、治療と仕事の間立に苦しんだ」と夜間外来の開設理由を話す。

2012年7月30日

第2988号

週刊(毎週月曜日発行)
購読料1部100円(税込)1年5000円(送料、税込)
発行=株式会社医学書院
〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23
TEL (03) 3817-5694 FAX (03) 3815-7850
E-mail: shinbun@igaku-shoin.co.jp
JCOPY (社出版者著作権管理機構 委託出版物)

New Medical World Weekly

週刊 医学界新聞

医学書院 www.igaku-shoin.co.jp

今週号の主な内容

- 【座談会】がん患者さんの「働きたい」思いをかなえる就労支援とは(高橋都氏、近藤明美、金容彦、和田耕治)..... 1-3面
【寄稿】コーディネーターされた認知症ケア—Geriant(輸出肇子)..... 4面
【連載】続・アメリカ医療の光と影/第54回日本老年医学会..... 5面
MEDICAL LIBRARY他..... 6-7面

がん患者さんの「働きたい」思いをかなえる就労支援とは

座談会



近藤 明美氏

特定社会保険労務士・近藤社会保険労務士事務所代表/一般社団法人CSCプロジェクト理事



高橋 都氏=司会

獨協医科大学准教授・公衆衛生学



金 容彦氏

聖隷浜松病院 化学療法科 副科長/がん研究チーム 経理マネージャー



和田 耕治氏

北里大学医学部准教授、公衆衛生学

5年生存率が平均54%まで上がり、長く付き合う病へと姿を変えつつあるがん。16-65歳までの働く世代では、毎年新たに約22万人の患者が生まれている。本年6月に決定された、第二期のがん対策推進基本計画にも就労支援の必要性が明記されるなど、がん治療と働くこととの両立が課題となるなか、医療者の立場からはどのようなサポートができるのだろうか。本座談会では、がんの当事者が自分らしく働き続けるための、支援の在り方について考察する。

「働くこと」の意義とは?

高橋 まず「働くこと」が、がん患者の方にとって、あるいはがんの治療の上でどのような位置付けにあるのか、がん体験者である近藤さんからお話しいただけますか。

近藤 私にとって働くことは、「生活の糧」でもありますが、何より「生きることそのものの糧」という意味合いが強いです。それだけに、積み重ねてきた自己実現の過程ががんによってリセットされ、生きる糧を失ってしまうことに強い抵抗感があります。がんを人生のイベントの一つとらえ、その前もその後も同じように働き続けたいと考えるのは、がん患者にとってごく自然なことだと思います。

金 働くことで社会における役割を見

いだしていた方が、ある日がんという病名がついたことでその役割を奪われる。それはまさに、アイデンティティが引きはがされるような苦痛ですし、その苦痛は、心身に大きな影響を与えます。

がんサバイバーのなかで、就業している方のほうがQOLがよい傾向にあるという研究結果¹⁾も北米やアジアで報告されています。働くことが治療にプラスの影響を与える点にも、注目すべきだと思います。

和田 お二人のお話の通り、がん患者さんにとって「働くこと」は、生活や治療の費用を確保するためにも、「ライフ」を充実させるためにも重要な要素です。ですから医療従事者は、治療しながら働きたい患者さんがいることを認識し、その中で仕事の継続に困難を感じている方を特定する必要があります。

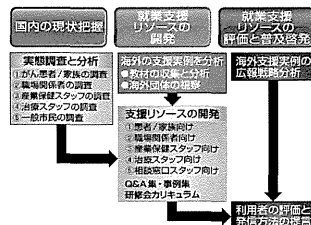
ます。全体から見ると少人数かもしれませんが、抱えている困難の内実は千差万別で、根深い問題が潜んでいる場合もあると考えられます。

治療やその副作用により就労継続が困難に

高橋 それでは具体的に、がんの治療と仕事との両立の難しさは、どういった点にあると考えられますか。近藤 まず、手術が治療の第一選択肢に挙がる事が多く、そのための検査や入院で、必ず仕事が中断されます。また、化学療法のための通院が長期間続き、スケジュール調整が難しくなることもあると思います。

高橋 2年前から始まった、厚労科研「がん就労研」(図)の研究班によるネット調査でも、手術日の急な決定、化学療法の日次変更など治療計画が予測しにくく、仕事に影響するという声が多くありました。

あとは、やはり化学療法の副作用の問題です。副作用の程度には個人差があるため、その不確定さゆえの悩みもあるようです。心身に現れる倦怠感や集中力の低下、消化器症状、抑うつな



● 図 厚労科研「がん就労研」研究概略

さまざまな副作用の症状により、思うように仕事ができずにつらさを感じている方は、たくさんおられます。金 副作用については大まかな想定は可能ですが、専門医でも詳細な予測はできないというのが実情です。ただ、化学療法最初の1コースを経験することによって、2コース目以降のだいたいの感覚がつかめてきます。ですから患者さんには「1コース目の間だけは何かお休みをもらうか、すぐ早退できるような態勢を整えて、どんな副作用があるか、様子を見てほしい」とお話ししています。

(2面につづく)

がんと診断されたその瞬間から、患者は「がんサバイバー」になる

医学書院

がんサバイバー

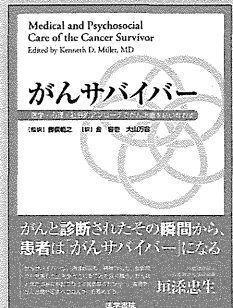
医学・心理・社会的アプローチでがん治療を結いなおす

- 原書編集 Kenneth D. Miller, MD
監訳 勝俣範之 日本医科大学武蔵小杉病院教授・腫瘍内科
訳 金 容彦 聖隷浜松病院 化学療法科
大山万容 京都大学大学院 人間・環境学研究所

● A5 頁464 2012年 定価4,200円(本体4,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-01522-6]

がんと診断された日を患者もその家族も忘れることはない――

「がんサバイバー」とはがんを克服した人だけを指すのではない。がんと診断された時から人はサバイバーとなり、一生サバイバーであり続ける。診断・治療時、再発監視時、完治後の各々に異なるニーズとケアを理解し、可能な限り高い質で生きていけるようサバイバーを支援するにはどうすればよいか。医療者が知っておくべき医療・心理・社会的支援の知識を解説。



座談会 がん患者さんの“働きたい”思いをかなえる就労支援とは

＜出席者＞

●高橋都氏

1984年若手医大医学部卒。卒業後、慈恵医大にて内科研修。立川中央病院を経て、94年より東大大学院医学系研究科国際保健学専攻。博士(保健学)。99年同大学院助手、2007年講師。09年8月より現職。共著書に「死生学第5巻<医と法をめぐる生死の境界>」(東京大学出版会)など。がん診断後にもその人らしい生を実現するための、がんサバイバーシップ研究と実践がライフワーク。

●近藤明美氏

明治大学文学部卒。会社員として働いていた2004年に乳がんの手術を受ける。08年近藤社会保険労務士事務所開業。09年より「がんと就労」に関する相談会・セミナーなどに携わる。11年「がんと就労」に関する様々な問題の調和と解決」を掲げる一般社団法人CSRプロジェクトを設立。理事に就任。がんになって働きたいという職場作りをめざし、がん経験者の治療と仕事の両立をサポートしている。

●金谷亮氏

1999年北大医学部卒。2003年国立がんセンター東病院レジデント、06年より聖隷浜松病院へ。乳腺科、緩和医療科を経て10年より化学療法科。がん薬物療法専門医(日本臨床腫瘍学会)。共著書に「がんサバイバー——医学・心理・社会的アプローチでがん治療を結いなおす」(医学書院)。

●和田耕治氏

2000年産業医大医学部卒。企業での専属産業医を経て、05年カナダ・マギル大産業保健修士。07年北里大学大学院博士(医学)。同大助教・講師を経て12年より現職。日本産業衛生学会指導医、労働衛生コンサルタント。編著に「新型インフルエンザ(A/H1N1)——わが国における対応と今後の課題」(中央法規出版)など。がんに限らず病気の治療をしながら働ける社会作りをめざしている。

(1面よりつづく)

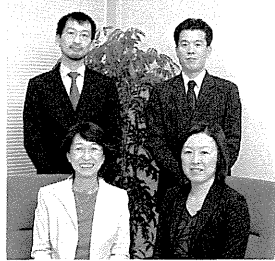
疾患イメージや、職場環境からくる“働けにくさ”も

近藤 がんという疾患に対して社会が持つイメージも、就労に影響していると思います。私自身も以前はそうでしたが、がんと聞くとときに“死”を連想してしまう。当然「仕事のことなんて気にしてはいけない場合じゃないよね」と考える方もいると思います。

金 「隠病としての病い」(スーザン・ソング、みすず書房)では“かつては結核が死の病だったが、結核が克服されてからは、がんがそのイメージに取って代わった”と記されています。これだけ生存率が上がった今でも、必要以上に悲観的なイメージががんという病名に被せられて、いまだに一人歩きしている感がありますね。

高橋 そういうイメージをどう打破して周囲に理解を得ていくか、その過程で悩まれる方も多いです。

和田 職場で理解と配慮を得るために



は、病気の話を「どこまで」「誰に」してよいか、患者さん自身が見極める作業を要します。特に働き盛りの40歳未満に多い女性の乳がんや子宮がんに関しては、男性上司に説明しにくいなどジェンダーの問題も絡み、事態が複雑化する可能性もあります。

最近では、企業の効率化を目的とした人員削減や非正規雇用者の増加などにより、職場で互いに助け合うという文化が失われつつあります。特に中小規模の企業は人的余裕に乏しく、体調不良などで戦力にできない人にとっては、必ずしも居心地のよい環境ではない。そうした状況が、患者さん本人の葛藤も生み、結果として辞めざるを得なくなるケースも少なくないようです。

まずは、就労について話しやすい雰囲気を作る

金 以前、患者さんの勤め先の産業医/看護師から連絡をいただいたことがきっかけで、仕事と治療の調整がスムーズに進み「ここまで動いてくれるんだ」と感銘を受けた経験があります。そうすると、ほかの患者さんのケースでもいろいろお願いしてみたいという気になり「職場に産業医のほうはありますか」とつい聞いてしまうのですが、空振りが多いです(笑)。

和田 産業医の選任義務がある50人以上の職場は、日本の総事業所数のわずか3%、労働者数でも4割弱です。さらにこれだけの企業でも、産業医の訪問回数が月1回であったり、あるいは定期訪問さえない場合もあります。常勤の産業医へのアクセスが確保されている企業労働者は、全体の数%程度でしょう。

こうした実情がありますから、主治医の先生には、少しでも産業医的な視点を持って患者さんの就労にかかわっていただけたらと思うのです。「職場の上司とどんな話をしているか」「重要物の運搬・出張・長時間労働への配慮が必要か」といった話題を出すことが、きっかけ作りになります。

金 患者さんは、病院で就労の相談ができるとは考えてもいませんし、まずは医療者が気を配って、就労について話しやすい雰囲気を作ることからですね。

高橋 支援に当たっては、「がんと就

労」研究の一環で作成した「実例に学ぶがん患者の就労支援に役立つ5つのポイント」(表1)を参考に、できることから順に試みていただけたらと思います。

和田 治療と就労の両立の支援に熱心な外科医や腫瘍内科医にインタビューを行ってまとめたものですが、多忙な中でも取り組んでいただけるような“好事例”を集めたつもりです。

金 私自身、「5つのポイント」を参考に、患者さんに問いかけをしています。すると「こういう症状があった場合、どうしたらいいですか」と、具体的な相談ができ、より進んだ対応につながることも多いです。

「役割分担」が生み出す柔軟な治療体制

高橋 日本臨床腫瘍学会と日本がん治療認定医機構の先生方のご協力を得て実施された調査では「治療スケジュールを患者さんの仕事の都合に配慮して決められるか」という設問に対し、放射線については28%、化学療法については42%が「決められると思う/まあ思う」と答えています。この数値にはよい意味で少々驚きましたが、金先生の実感としてはいかがですか。

金 化学療法も放射線治療も、基本的に医師の診察が毎回必要ですから、勤務体制など病院運営上の限界もあります。しかし診療科ごとに役割を分担して、専門性を高めるほど、融通は利きやすくなると思います。私自身、薬物療法は一任されている一方、病棟は外科の医師も共同で診てくれており、外来中に急変で呼ばれることはありません。

ん。ルーチンの検査業務もあまり入っておらず、比較的時間が取れるので、患者さんと仕事の話もできるわけです。患者さんと仕事の話もできるわけです。

高橋 例えば週に3-4日外来が開いていれば、患者さんも都合のいい曜日を選択しやすくなります。それも、各科の医師がおのおのの役割に専念できる環境が整っていれば、実現しやすいということですか。

金 そうですね。そのためには、私たち腫瘍内科医も、病院の中で役割を自ら作り出すくらいの気概を持って治療計画に介入していく必要があります。一方で臓器別専門科の先生方にも「腫瘍内科に任せてもいいんだ」という認識をぜひ持っていただきたい。最近では早期からの緩和ケアの気運も高まっていますから、チーム医療の観点から、就労の問題へのコンサルトを「社会的苦痛へのアプローチ」という意図で緩和ケアチームにお願いするというのも、一つの方向性ではないかと感じているところです。

和田 「5つのポイント」作成の過程であらためて認識したのは、医師は病院の中で提案しやすい立場にあるということです。「仕事と治療の両立を支援する」ことを方針として表明していただき、その上で看護師やMSWなどメディカルスタッフも含め、どんな支援や役割を担えるか検討する。それだけで、状況はずいぶん変わるのではないかと感じています。

金 まずは現場の責任者が意識を変えて、役割分担とチーム医療を若手にも促していく。現場が変わることで、病院全体にも柔軟性が生まれ、結果として、働き続ける患者さんにより資する

●表1 実例に学ぶ がん患者の就労支援に役立つ5つのポイント (一部抜粋、改変)

- ①患者さんの仕事に関する情報を十分に集める
 - * 集める情報の例：職種、業務内容(肉体的な負担の有無)、勤務形態、通勤形態、職場環境、休める期間
 - * 診療時間内だけでは情報収集が難しい場合は、問診票や看護師との面談の時間も活用
 - ②医療職が幅広くサポートする
 - * MSWや医事課もかかわり求める。心理的な問題はサイコオンコロジストにも協力を依頼
 - * 看護外来を作り、がん看護専門看護師や認定看護師が対応
 - * 患者会など外部サポート団体を医療機関として支援
 - ③患者さんの希望に応じて受診や治療ができるように配慮する
 - * 外来での放射線治療は、その後に出勤できるよう午前中の早い時間を実施。抗がん剤治療は、副作用の強い日が週末に当たるように工夫
 - * 放射線療法が実施可能な病院のリストを作成し、患者さんの勤務先の近くなど、都合に合わせて選択可能にする
 - * 治療を標準化することで、患者さんが主治医の外来日に来院できなくても対応可能に
 - * 待ち時間を軽減するため、診療日と別の日に採血などの検査機会の提供
 - * 長期の抗がん剤投与を開業医の管理下で実施できるよう、地域の開業医と訪問看護師と意見交換できる研究会などを立ち上げ
 - ④治療の仕への影響について十分に説明する
 - * 抗がん剤治療中などには、急な入院もあり得ることをあらかじめ伝える
 - * 起こり得る副作用や避けるべき業務(重労働や長時間労働等)を具体的に説明
 - * 仕事の継続をためらう患者さんには、さまざまな工夫で継続できることを積極的に伝える
 - * インフルエンザワクチン接種など、感染症対策は積極的に勧める
 - ⑤スムーズに職場に復帰できる工夫や、職場の理解を得るためのアドバイスをする
 - * 手術などにより休職した場合の復職する日は木曜日にする(2日勤務すれば休めるため)など徐々に仕事に戻れるよう工夫
 - * 患者さんの要望に応じ、仕事上の配慮を受けやすいよう病状の見直しなどを記した詳しい診断書を発行。上司にどう理解を得るか、MSWなどが相談に乗る
 - * 会社の理解が得られにくい場合、患者さんの要望があれば上司等に来院してもらい、直接病状を説明
- ※「がんと就労」HP内 (<http://www.cancer-work.jp/wp-content/uploads/2011/10/5point.pdf>) に全文掲載

撮影前から、画像診断は始まっている

CT・MRI実践の達人

検査時の状況判断や工夫によって、診断の手段としての画像の価値が大きく変わる。特にCT・MRIにおいて正確で迅速な結果を得るには、「必要かつ十分な画像情報を提供する」という思いがなければならぬ。「疾患、病態」と「観感、検査」の双方の理解を深め、ベストなCT・MRI検査を実施するために、レジデントのみならずCT・MRI検査に関わるすべてのスタッフ必携の書。

聖路加国際病院 放射線科レジデント 編

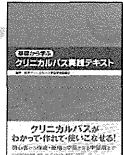


現場に必要なバスの知識を具体的に解説した実務書

基礎から学ぶ クリニカルパス実践テキスト

クリニカルパスが、分かって、作れて、使いたい。そのための入門書、パスの形式から作成、使用、バリヤンス分析、運用の工夫まで、現場に必要なバスの知識を精選し具体的に解説した。初心者から作成・運用の中核となる中堅層まで、実務書として手放せなくなる。目下のパスの進化をキャッチアップしながら初心者にも理解できるような工夫されている。

監修 日本クリニカルパス学会 学術委員会



●表2 医療費支援・就労支援ツール

●書籍

「がんと一緒に働こう—必携CSRハンドブック」(CSRプロジェクト、合同出版、2010)
※がん経験者たちが書いた就労支援の本
「がんとお金の本」(黒田尚子、ピーケーシー、2011)
※お金にまつわる制度を知る入り口として活用可能

●調査報告

「病とともに歩む人が、自分らしく生きていくために——「がん患者の就労・雇用支援に関する提言」(2008)
http://workingsurvivors.org/about.html
「がん患者の就労と家計に関する実態調査2010」
http://workingsurvivors.org/about.html

●その他

「Web版がんよろず相談Q&A」(静岡がんセンター、冊子版もあり)
http://www.sccchr.jp/cancerqa.html
※医療費、経済、就労問題の解決に役立つ制度や専門家の助言を紹介
「知っておきたい働くときのルール」(厚生労働省)
http://www.mhlw.go.jp/new-info/kobetu/roudou/gyousei/dl/rule.pdf
※労働者に向けた労働法解説書、行政の相談窓口を掲載
「退職後の年金手続きガイド」(日本年金機構)
http://www.nenkin.go.jp/open_imgs/tree3/0000000011_0000004017.pdf

システムができるかもしれない、と思っています。

高橋 患者さん一番近くでかわかり続ける主治医の方には、彼らの生き方の希望をできる限り聞いていただきたい、というのが私の願いです。「再発して、あと半年だから就労は考えなくていいよね」ではなく、「ご本人に働きたい」という思いがあるのなら、最強のサポーターとして、それをかなえる支援をお願いしたいのです。

今後も研究班として「就労の問題に悩む患者さんが、こんな工夫で働きやすくなった」好事例を草の根的に収集し、臨床現場の方々と共に考えています。

相談できる場の充実とそこにつながるルートの整備

高橋 ここ数年で、がんと就労への関心も少しずつ高まり、患者さんが活用できるツールも既にくつか生まれています。今回近藤さんに、表にまとめていただきました(表2)。

近藤 がんに特化したものはまだまだ少ないのですが、患者さん以外にも、企業の方、そして就労支援に興味を持っている医師の方にも、参考にしていただけたらと思います。

高橋 こうしたツールの活用を促進する一方、それだけでは解決が難しい場合のために、個別に相談できる窓口の充実も求められるところですね。

近藤 「どこに相談したらよいかわからない」という声は実際に多いです。がんの治療と仕事、両方を一度に相談できる場は現状では乏しいうえ、ハローワーク、年金事務所、市役所、協会けんぽなど、多くの機関を回らなければならない。精神力も体力も落ちていた患者さんには、想像以上に大変なことですね。

和田 病院において、社会保険労務士(以下、社労士)の方と連携し、患者さんの相談に対応できるような仕組みが今後できるとよいですね。

近藤 それは私も、医療提供者の方々

にぜひ検討していただきたいと考えていることです。

特段問題を抱えていない患者さんには、病院内での情報提供やツールの紹介で十分ですが、不当に辞めさせられそうだったり、保険給付がなされるか否かが微妙なラインにいる方など、やはり専門家がかわったほうがよいケースがあります。自力で相談機関を探し出せる患者さんばかりではない、という点から言っても、医療機関からのルートが整備されることで、救われる方は多いと思います。

金 「社労士」という存在を知らない臨床医も、まだ当然のようにいると思われまます。また、こうした問題に明るく社労士の方がどこにいるのかも、病院側ではなかなかわからないものです。例えば、社会保険労務士会などで一括して情報提供していただけたら、非常に助かります。

近藤 一例ですが、障害年金に関しては、社労士による全国規模のNPO法人など組織的な支援が可能となっています。がんと就労の問題でも同様に、知識を持った社労士を増やすとともに、組織的な支援体制を整えていく必要がありますね。

高橋 院内に、ある程度就労の相談に乗れるノウハウを持つ窓口があること。さらに複雑なケースに関しては、社労士など院外の専門家にコンサルトできる体制が整備されれば、ベストだということですね。

金 もう一つ、院外でも院内でもよいのですが、がんサバイバーの方に就労に関するアドバイスをお願いできるシステムの整備も必要と思います。患者さんも「先生」から促されるより、当事者の集まりやアドヴォカシーグループで「患者として/サバイバーとしてこう行動した」という事例を示していただけたら、より腑に落ちやすいでしょう。関係性の要諦は「持ちつ持たれつ」です。そうやって仕事を続けるコツなど、現実的なノウハウを伝授してもらえんことを期待しています。

近藤 確かに当事者同士が「働くこと」

に特化して語る場合は、まだまだ少ないです。治療でいったん職を辞した後、再度就職の際に病状や通院のことをどう伝えるか、といった悩みを抱える方も多くいます。再就職に成功した方から具体的なアドバイスをもらうことで、大きな励みになります。そういう体験をシェアする場の必要性は、強く感じますね。

患者さんが主体となって問題を言語化していく

高橋 「ルート作り」や「役割分担」というキーワードを体現するものとして、「がんと就労」研究班では、患者本人、産業医、主治医をつなぐ「連絡手帳」のようなツールを検討しています。より効果的な活用のためには、どんな視点を加えればよいでしょうか。近藤 あくまで患者さんが主体であることが、大切だと思います。例えば私は、治療中に利用できる社

内制度について確認していただくために、「就業規則で「休暇」や「休職」に関するもの、短時間勤務などの勤務制度に関するものを調べる」といった作業を、相談者の方にお願いすることがあります。そうした作業が、状況の整理や理解に役立っているように感じています。

金 がんは、腫瘍内科・外科・放射線科、そして場合によってはリハビリテーション科など、治療が細分化され、主治医さえ交代していく場合もあります。なので患者さんが主体性を持って就労の問題を解決できるツールができることは、大いに歓迎です。

和田 治療と仕事との両立のために調整が必要で多くの事柄に加え、治療の不確実性や、病気の知識不足などの問題もある。そうした状況で、どんな配慮をどのくらい求めるのか、患者さんが自ら言語化できるよう、ツールなどを通じて支援していければと思います。

登場人物それぞれの立場で、できることを考える

高橋 これからの支援の在り方について、抱負を一言ずついただけますか。近藤 私が社労士になったのは、働きやすい職場が増えることで、いきいきと働ける人が増え、より皆が幸せになれるのではないか、という思いからでした。たまたまがんになるという経験をしたので、その経験を社会に還元する意味も含めて、社労士として働きやすい職場作りを進めたいと考えています。

和田 「働きたい」という思いは、社会に参加したいというヒトの根本的な欲求とも言えます。高齢化が進み、現在は70歳まで働くことが目標として示されるなか、一人でも多くの患者さんが「働きたい」が実現できるように「社会作り」を考えなければならない時期にあります。がんという疾患をその代表ととらえ、モデルケース作りなどによってさらに展開ができればと思います。

金 問題そのものの認知度向上や法制度の整備といったハード面の課題はいろいろありますが、基盤は人と人との関係だと思っています。人と人の関係では、「持ちつ持たれつ」のバランスの良い関係性を保つ、所与の関係性に責任を

持つという努めがあります。患者さんにはぜひ良い関係作りのスキルを身につけていただきたいですし、私たちも診療科、さらには職種も業種も横断した関係を強化し、サポートしていきたいですね。

高橋 「がんと就労」の問題は、登場人物がとても多いのですが、それぞれの立場からできることがやると少しずつ見えてきた感があります。今年度から始まる第二期がん対策推進基本計画の5年間で終わったときに「がん患者さんの就労環境はここまてよくなった!」と言える仕組みを、皆で連携しながら作っていききたいと思っています。本日は、どうもありがとうございます。(了)

●註

- 1) Tsukuma, et al. Jpn J Clin Oncol, 2006.
2) Ferrell BR, et al. Psychooncology, 1997.
3) Ahn SH, et al. Ann Oncol, 2007.
4) Mols F, et al. Cancer, 2007.
5) がん臨床研究事業「働くがん患者と家族に向けた包括的就業支援システムの構築に関する研究」(主任研究者=高橋都氏)
http://www.cancer-work.jp/
6) Wada et al. Jpn J Clin Oncol, 2012.

◎末期がん、進行がん患者の諸症状管理のためのバイブル トワイクロス先生の がん患者の症状マネジメント 第2版
著 Robert Twycross・Andrew Wilcock・Claire Stark Toller
監訳 武田文和
◎定評あるマニュアル、待望の全面改訂版!
がん診療レジデントマニュアル 第5版
編 国立がん研究センター内科レジデント
◎B6変 頁504 2010年 定価4,200円(本体4,000円+税5%)

対人関係の力は「自分の心」にある。
自分を支える心の技法 対人関係を变える9つのレッスン
名越康文 精神科医
対人関係の力は「自分の心」にある
四六期 頁192 2012年 定価1,470円(本体1,400円+税5%)

福島医師「体調不良」19%

震災前の3.5倍に

日医総研

東日本大震災の被害が大きかった東北三県の医師を対象にした意識調査で「健康状態が良くない」との回答が福島19・4%、宮城14・1%、岩手12・8%に上ることが分かった。特に福島は震災前に比べ三・五倍の高さ。

東日本大震災の被害の中で過酷な勤務を長時間続けているほか、福島では原発事故によるストレスの影響もあっている。三県で二〇一二年八月下旬から九月中旬にかけて調査した。医師七千七百七十七人に用紙を配布し、回答率は39・1%。以前の健康状態についてもさかのぼって質問しており、震災前に「良くなかった」との回答は福島5・6%、宮城6・3%、岩手7・0%。震災後に宮城は二・二倍、岩手は一

住生、保険料引き下げ

4月以降 価格戦略優位狙う

住友生命保険が、主多くは保険料引き上げの検討を進めている。保険料を四半以降の契約分から2〜3%程度引き下げる方針を固めたことが分かった。

金融庁が保険商品の運用利回り(予定利率)の目安となる標準利率を四月から引き下げるため、生保会社は

住友生命保険が、主多くは保険料引き上げの検討を進めている。保険料を四半以降の契約分から2〜3%程度引き下げる方針を固めたことが分かった。

住友生命保険が、主多くは保険料引き上げの検討を進めている。保険料を四半以降の契約分から2〜3%程度引き下げる方針を固めたことが分かった。

住友生命保険が、主多くは保険料引き上げの検討を進めている。保険料を四半以降の契約分から2〜3%程度引き下げる方針を固めたことが分かった。

住友生命保険が、主多くは保険料引き上げの検討を進めている。保険料を四半以降の契約分から2〜3%程度引き下げる方針を固めたことが分かった。

住友生命保険が、主多くは保険料引き上げの検討を進めている。保険料を四半以降の契約分から2〜3%程度引き下げる方針を固めたことが分かった。

住友生命保険が、主多くは保険料引き上げの検討を進めている。保険料を四半以降の契約分から2〜3%程度引き下げる方針を固めたことが分かった。



火星に穴

【ワシントン＝共同】米航空宇宙局(NASA)は九

日、火星で活動中の無人探査車「キュリオシティ」が初めてドリルを使って岩盤に深

岩石採取

【ワシントン＝共同】米航空宇宙局(NASA)は九

日、火星で活動中の無人探査車「キュリオシティ」が初めてドリルを使って岩盤に深

米でB787試験飛行

【ワシントン＝共同】米ボーイングは九日、

バタビアから発火した重大トラブルで連航停止となつて最新鋭機787の試験飛行を、同社の拠点がある

仕事 両立助ける Q&A公開

厚生労働省の「がん」と患者、家族へのアンケートの研究班は、治療と仕事の両立方法をまとめた「診断されたらどうするか」と題したQ&Aを十五日からホームページで公開する。「働くがん患者と家族に向けた包括的就業支援システムの構築に資する研究」ホームページから入手できる。

相次ぐトラブルが連航停止月中旬以来、ボーイングと、試験飛行を中心とする「企業のための『がん就労者』支援メニュー」も同時に公開。「働くがん患者と家族に向けた包括的就業支援システムの構築に資する研究」ホームページの計十三

米でB787試験飛行

【ワシントン＝共同】米ボーイングは九日、

バタビアから発火した重大トラブルで連航停止となつて最新鋭機787の試験飛行を、同社の拠点がある

米西部ワシントン州エバレット周辺で実施した。移送目的以外で787が飛行するのは、二度実施することから「リトルなどし」こと、サッカー女子U-16(十六歳以下)の日本代表を率いることになった。各年代の女子ワールドカップ(W杯)につながる。日本代表では初の女性監督に就任。「恥ずかしくないように、足跡をつけていきたい」と意欲を示す。

八日から大分市内で行われている日本代表候補の合同合宿に参加。積極的に選手の手指導を続ける。「グラウンドで一人一人が輝ける

倉高 女子サッカー代表

日本経済新聞

PR



日経 健康・医療プロジェクト
Think Health

「がんと就労——働く世代のがんを考える」

働く世代を がんから守る

3 がんと共に働ける 社会実現に向けて

獨協医科大学公衆衛生学講座准教授

高橋 都氏

罹患者の多くは職場に復帰 理解深め、職場環境の整備を

生産年齢人口(15~64歳)の新規がん患者数は毎年20万人以上に上ります。高齢化社会が進展し、企業も定年年齢の引き上げや再雇用などを進めているため、がんになりやすい高年齢労働者もますます増加します。従業員ががんになるケース、そして企業として対策を講じるケースは、今後より一般的な問題となるでしょう。これほどの数の労働力を「がんになったから」というだけで活用しないことは、会社経営や社会全体にとって、大きな損失です。

何らかの働きづらさを抱えた人への支援という意味では、がんが特別なのではなく、病気や障害、また育児や介護にも多くの共通点があると思います。しかし、がんという病気への社会的な偏見はとて根強いものがあります。

日本人の2人に1人は一生のどこかでがんになりますが、一般の方々への調査でそれを正しく認識している人は1割にも達しませんでした。また実際の数字よりも、がん患者の生存率は悲観的に考えられていました。がんの中には、甲状腺がんや精巣がんのように5年生存率が9割を超えるものもあります。治療は大きく進歩しているにもかかわらず、「がんはまれで命にかかわる病気」という社会的イメージがまだ根強く残っているのです。現実には、様々な工夫と職場からの配慮によって、働き続けている人が数多くいます。

この問題を考えるときに、2つポイントがあげられます。1つはがんと診断された本人が進退の判断を早まってしまうこと。「周りに

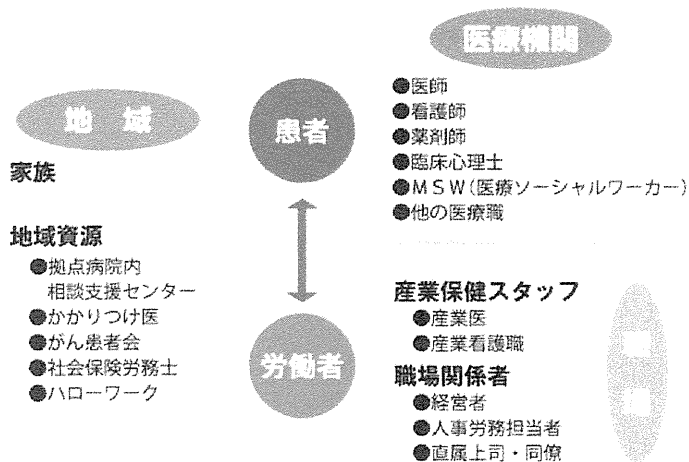
迷惑をかけたくない」と自ら身を引いてしまうケースが少なくありません。しかし、治療中や治療後に自分はどれくらいパフォーマンスを発揮できるのか、よく把握してから判断しても遅くありません。

もう1つは、周囲の人が「がん患者」という言葉でひとくりに考えてしまうこと。がんになったのだから普通に働くのは無理だと決め付けてしまうのです。先に述べたように、がんといっても生存率や治療の方法なども様々。大事なことは、「がん患者」と一般化せず、一人ひとりの状況を正確に把握し、時間経過による回復度も意識して対応することです。

多くの場合、仕事力は回復しますし、パフォーマンスが落ちている間でも、本人の工夫や職場の適切な就業配慮によって、かなりの部分で対応可能です。そして、本人と会社関係者が積極的にコミュニケーションを取り合うことです。事業主、人事担当者、上司、同僚の立場でできることがたくさんあります。

本人への支援を検討するときには、様々な「登場人物」(図参照)を意識することが効果的です。本人を中心として医療現場、職場、地域コミュニティの関係者の連携を高めることが鍵になると思います。

■「がん診断を受けて働く人を取り巻く」登場人物



医療機関には治療医や医療ソーシャルワーカー(MSW)がいます。一定規模以上の会社なら産業保健スタッフ(産業医や産業看護職)も頼りになります。そして本人が暮らす地域にもがん診療連携拠点病院の相談支援センター(誰でも利用可)やがん患者会があります。

例えば医師は治療計画や予想される副作用を患者にわかりやすく説明し、その人の働き方に沿ったアドバイスができます。治療の影響がわかれば、本人が職場に説明しやすくなります。ただ医



3 がんと共に働ける 社会実現に向けて

療者は企業の仕組みをよく知りませんから、具体的な働き方について、本人から医師によく伝えねばなりません。産業保健スタッフがいる会社なら、治療医との橋渡しを頼めるかもしれません。産業保健スタッフがない中小企業の場合、都道府県や地域の産業保健センターも活用できるでしょう。

「登場人物」の輪の中心にいるのは本人です。本人も積極的に希望や状況を周囲に伝えることです。少なからずの方が、何も言わなくとも会社側が何らかの配慮をしてくれると漠然と思っているようです。しかし、配慮は期待するものではなく、十分な説明によって理解を得て、引き出していくものです。本人向けのQ&A集や会社向けの対応ガイドブックなど、本人と会社関係者のコミュニケーションを助けられるような支援ツールをつくっていきたいと思います。

働くことは多くの人にとって生きがいであり、自身のアイデンティティーでもあります。満足度の高い職業生活を送ることは暮らし全体の質を高めてくれるとともに、会社に対する信頼や就労意欲の高まりにも直結します。企業や社会が働く能力と意欲がある人を支えることは、活力ある社会を維持することに他なりません。がんになっても職場で働き続ける人たちは、きっと周囲の人々のがんイメージを変えているはずです。心からエールを送りたいと思います。

» [「がんと就労——働く世代のがんを考える」トップページへ](#)

働く世代を がんから守る

免責 | 著作権

[PR]企画・制作: 日本経済新聞社 デジタルビジネス局・クロスメディア営業局

Copyright © 2013 Nikkei Inc. All rights reserved.

Original Article

Discrepancies Between Public Perceptions and Epidemiological Facts Regarding Cancer Prognosis and Incidence in Japan: An Internet Survey

Miyako Takahashi^{1,*}, Ichiro Kai² and Takashi Muto¹

¹Department of Public Health, Dokkyo Medical University, Tochigi and ²Department of Social Gerontology, School of Public Health, University of Tokyo, Tokyo, Japan

*For reprints and all correspondence: Miyako Takahashi, Department of Public Health, Dokkyo Medical University, 880 Kita-Kobayashi, Mibu-machi, Shimotsuga-gun, Tochigi, 321-0293, Japan. E-mail: miyakotakahashi7@gmail.com

Received March 5, 2012; accepted July 4, 2012

Background: This study investigates discrepancies between Japanese public perceptions and epidemiological facts regarding cancer prognosis and lifetime incidence, as well as factors that correlate with public perceptions.

Methods: We conducted a cross-sectional Internet survey with 2369 Japanese survey registrants without a history of cancer. Survey registrants were selected so that distributions of gender, age and place of residence (prefecture) reflected 2010 national census data as much as possible. The questionnaire included questions about their perceptions of 5-year survival rates for cancer in general and 19 site-specific cancers, as well as their perceptions of cumulative lifetime cancer incidence rate among Japanese men and women.

Results: The distribution of respondent answers regarding the 5-year survival rate for cancer in general and 19 site-specific cancers varied widely from epidemiological data. Multiple regression analyses revealed that in some cancers, respondents who were of older age, who were female and who had a family/friend with a cancer history were significantly more likely to provide higher estimates regarding the 5-year survival rates. Respondents who correctly estimated cumulative lifetime cancer incidence rates among Japanese men and women were 8.5 and 33.1%, respectively. Respondents who were young, who had a higher educational background and who had a family/friend with a cancer history were significantly more likely to provide higher estimates of cumulative lifetime cancer incidence rates.

Conclusions: Our study revealed wide discrepancies between Japanese public perceptions and epidemiological facts for cancer prognosis and incidence. Accordingly, more efforts should be made to bridge the gap between incorrect perceptions and epidemiological facts.

Key words: cancer – prognosis – incidence – public perceptions – epidemiological data

INTRODUCTION

Improvements in clinical diagnosis and effective treatments have enabled people with cancer to live longer. This change has initiated an imperative shift in focus among health-care providers, researchers and policy makers in many countries to cancer survivorship issues other than mere survival (1–3). However, among the general public internationally, cancer remains the disease that instills the most fear (4,5). Indeed,

the term ‘cancer’ is often perceived as being associated with an unpleasant, painful death (6).

Japan is no exception. Based on the analysis of data from 1997 to 1999 provided by six population-based cancer registries in Japan, the 5-year relative survival rate among Japanese cancer survivors was 54.3% (men: 50.0%, women: 59.8%) (7), and one study predicted that the number of cancer survivors in Japan will reach 5.3 million in 2015 (8).

According to an analysis of cancer incidence and mortality from 2003, the lifetime cumulative cancer incidence rate is 53.6% for Japanese men and 40.5% for Japanese women (9).

Against this backdrop, a majority of the Japanese population likely has firsthand experience with this disease (e.g. family members or friends with a history of cancer). Despite this, interviews and questionnaires conducted among Japanese people with cancer repeatedly showed that a cancer diagnosis imposes a serious psychological burden, given its connotation as a 'death sentence' (10,11).

These issues raise the following question: why does the Japanese public regard a cancer diagnosis as a death sentence when nearly half of the Japanese population gets cancer sometime in their lifetime and 54.3% of people with cancer live longer than 5 years after diagnosis? We presumed that the Japanese public remains relatively uninformed about epidemiological data regarding cancer prognosis and incidence and hypothesized that: (i) the Japanese public underestimates the 5-year cancer survival rate than the epidemiological data would suggest and (ii) the Japanese public perceives lifetime cumulative cancer incidence rate among Japanese men and women to be much lower than the epidemiological data suggest.

To our knowledge, no studies have addressed how the Japanese population perceives cancer prognosis and incidence. Public perception of cancer survival is also under-researched internationally. Indeed, only a few studies have been published regarding the perceptions of cancer survivability (12). Studies addressing this issue lack consistency in the study design; some used Likert scales, while others conducted surveys regarding the perceived life expectancy or probability estimates (12). Further, to our knowledge, only one study has compared the results of public perceptions with epidemiological data (13).

The purposes of this study were to: (i) investigate public perceptions of cancer in Japan in terms of 5-year survival rate and lifetime cumulative incidence rate, and to compare the results with epidemiological data, and (ii) investigate factors that correlate with public perceptions of cancer prognosis and incidence.

PATIENTS AND METHODS

We conducted a cross-sectional Internet survey. Survey participants were registrants of Intage Inc., a survey company in Tokyo. These registrants have contracts with Intage Inc. to participate in Internet surveys conducted by the company and receive 500 yen (~6 US dollars) as compensation each time they complete a survey. Among the 670 000 Intage registrants who reside in Japan, we took a random sample from those without a history of cancer and invited them to participate in this survey. Survey registrants were selected so that distributions of gender, age and place of residence (prefecture) were as reflective as possible of the 2010 national census data. If a survey registrant declined to participate,

another registrant with the same background was recruited. Recruitment continued until we had more than 2000 participants. All recruitment procedures were conducted by Intage Inc.

The survey questionnaire consisted of three parts. The first part addressed participant perceptions of the 5-year survival rate for cancer in general, as well as those of 19 site-specific cancers (stomach, colorectal, esophagus, liver, gall bladder and bile duct, pancreatic, oral cavity and pharynx, larynx, lung, breast, uterine cervix, uterine corpus, ovarian, prostate, testicular, bladder, thyroid, malignant lymphoma and leukemia). Participants were asked to choose the category they thought correct from 21 answer options in 5% increments (i.e. 0, 1–5, 6–10 and 96–100%). The second part asked participants about their perceptions of cumulative lifetime cancer incidence rates among Japanese men and women. They were asked, 'How many Japanese men/women do you think are diagnosed with cancer in their lifetime?' They were asked to choose from 9 answer options from '1 in 2' to '1 in 10'. Third, participants were asked about their socio-demographic backgrounds.

Descriptive statistics were collated to reveal respondent perceptions of 5-year survival rates and cumulative incidence rates of cancer. Respondent perceptions were then compared with epidemiological data based on population-based cancer registries in Japan between 1997 and 1999 (7). Multiple regression analyses were also conducted to investigate factors that correlate with respondent perceptions of 5-year survival rates (1 = 0, 2 = 1–5 and 21 = 96–100%) for cancer in general and 19 site-specific cancers, as well as respondent perceptions of cumulative lifetime cancer incidence rates in Japanese men and women (1 = 1 in 2 and 9 = 1 in 10). Independent variables incorporated into the regression models included age (years old), gender (1 = male, 2 = female), education (1 = high school or less, 2 = junior college or more), employment status (1 = student or un-employed or housewife, 2 = employed or self-employed), religion (1 = yes, 0 = no), history of hospitalization (1 = yes; 0 = no) and having a family/friend with a cancer history (1 = yes; 0 = no). Spearman's correlation coefficients between each of the independent variables were <0.5. All reported *P* values were two-tailed, and all data analyses were conducted using the SPSS statistical software package (SPSS 19.0J; SPSS Japan Inc., Tokyo, Japan).

This study was approved by the Institutional Review Board of Dokkyo Medical University.

RESULTS

Of the 3021 Intage registrants invited to participate in the survey, we received 2369 valid responses (response rate, 78.4%). Table 1 shows the socio-demographic characteristics of the respondents. The mean age of respondents was 50.5 ± 17.5 years, 59.7% had been hospitalized at least once prior to the survey, 39.3% received regular medical treatment

Table 1. Demographic characteristics of respondents (N = 2369)

	Men		Women		Total	
Number of respondents	1135		1234		2369	
Age (years), mean ± SD	50.0 ± 17.8		51.0 ± 17.2		50.5 ± 17.5	
Education	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Junior high school	36	3.2	49	4.0	85	3.6
High school	364	32.0	499	40.4	863	36.4
Junior college	137	12.1	376	30.5	513	21.7
College	523	46.1	272	22.0	795	33.6
Graduate school	63	5.6	19	1.5	82	3.5
Other	12	1.1	19	1.5	31	1.3
Marital status						
Married	766	67.5	835	67.7	1601	67.6
Not married	306	27.0	236	19.1	542	22.9
Divorced/widowed	63	5.6	163	13.2	226	9.5
Employment status						
Student	61	5.4	49	4.0	110	4.6
Full-time	521	45.9	186	15.1	707	29.9
Part-time	73	6.4	242	19.6	315	13.3
Self-employed	129	11.4	45	3.6	174	7.4
Unemployed	306	26.9	116	9.4	422	17.8
Housewife	0	0.0	565	45.8	565	23.9
Other	45	4.0	31	2.5	76	3.2
Have a history of hospitalization (yes)	667	58.7	747	60.5	1414	59.7
Receive regular medical treatment (yes)	455	40.0	476	38.6	931	39.3
Have a family or friend with cancer history (yes)	850	74.9	991	80.3	1841	77.7

at the time of the survey and 77.7% had a family or friend with a history of cancer.

PUBLIC PERCEPTIONS OF 5-YEAR CANCER SURVIVAL RATES

Figure 1 shows the distribution of respondent perceptions of 5-year survival rates for cancer in general, as well as 19 site-specific adult cancers. The horizontal axis shows percent categories of 5-year survival rates and the vertical axis shows the number of respondents who chose each category as their estimate. The vertical line in each figure indicates the epidemiological 5-year survival rate for each cancer based on population-based cancer registries in Japan between 1997 and 1999 (7). Wide discrepancies were observed between answer distributions and epidemiological data regarding 5-year survival rates. Table 2 shows the results of multiple regression analyses for factors that correlate with respondent perceptions of the 5-year survival rates of each cancer. In some cancers, respondent age (for cancers of the testis, thyroid, breast, bladder, uterine corpus, prostate, uterine cervix, colon/rectum, stomach, ovary, blood, esophagus, and

malignant lymphoma), gender (cancer in general and cancers of the uterine corpus, prostate and uterine cervix) and whether the respondent had a family/friend with a cancer history (cancers of the breast, uterine corpus, prostate, uterine cervix, colon/rectum and stomach) were identified as factors that independently correlate with respondents' perceptions of cancer 5-year survival rates. Respondents who were of older age, who were female and who had a family/friend with a cancer history were significantly more likely to provide higher estimates of 5-year survival rates.

PUBLIC PERCEPTIONS OF CUMULATIVE CANCER INCIDENCE RATES

Figure 2 shows respondent perceptions of cumulative incidence rates of cancer among Japanese men and women. Japanese men have a cumulative lifetime incidence rate of 53.6% (9), but only 8.5% of respondents chose 'one in two' as their answer for Japanese men. Japanese women have a cumulative lifetime incidence rate of 40.5%, or 1 in 2.5 people (9). Only 9.9% of respondents chose 'one in two' as their answer. Even after adding respondents who answered

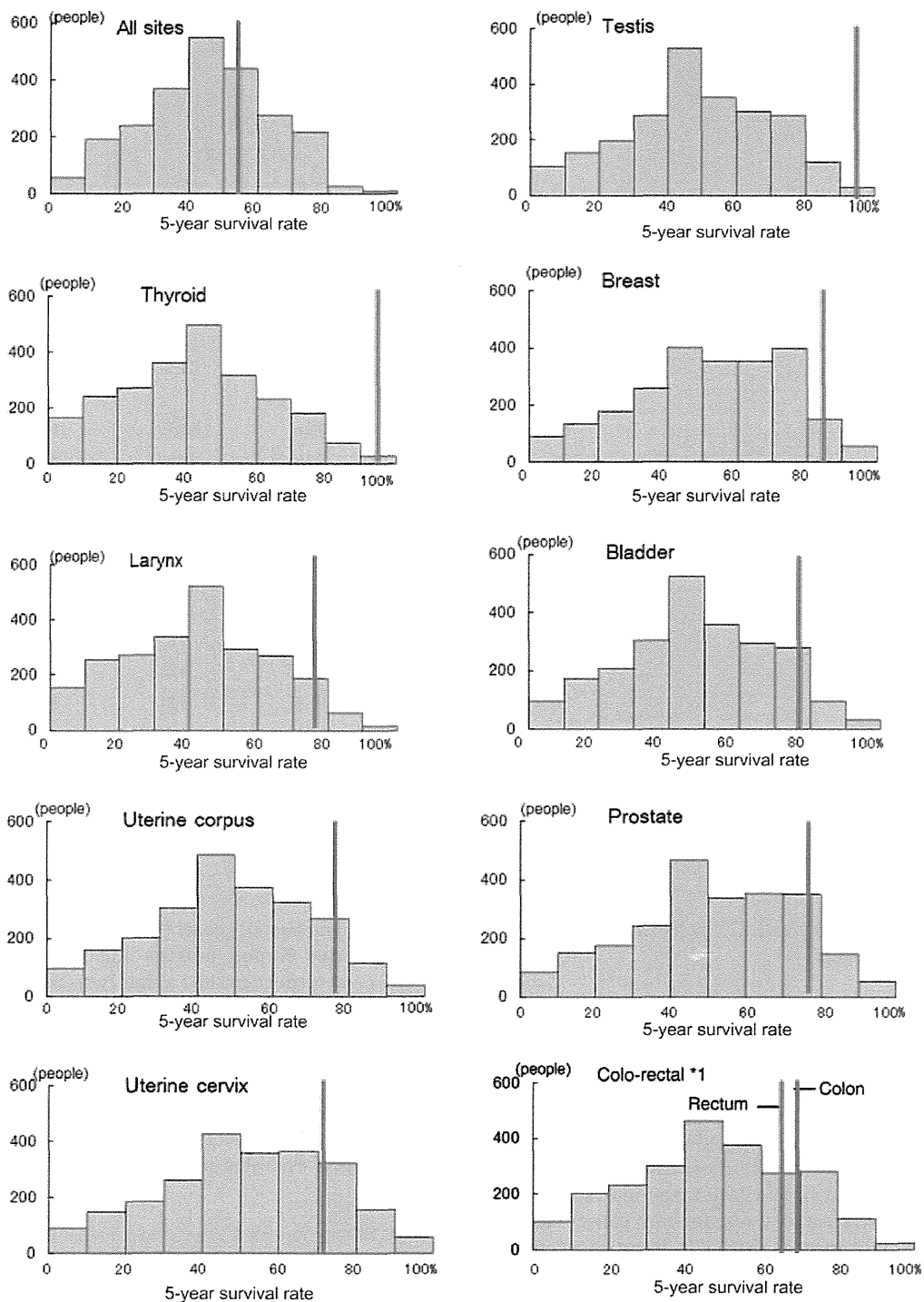


Figure 1. Distribution of respondents' perceptions of the 5-year survival rate according to the cancer site ($n = 2369$). The red vertical line in each figure depicts the 5-year survival rate for each cancer based on the population-based cancer registry in Japan between 1997 and 1999. *1 In the survey, colon and rectal cancers were combined and described as 'daicho-gan', which means 'cancer of the large intestine' in Japanese, because we assumed that few participants without cancer experience could distinguish rectal from colon cancer.

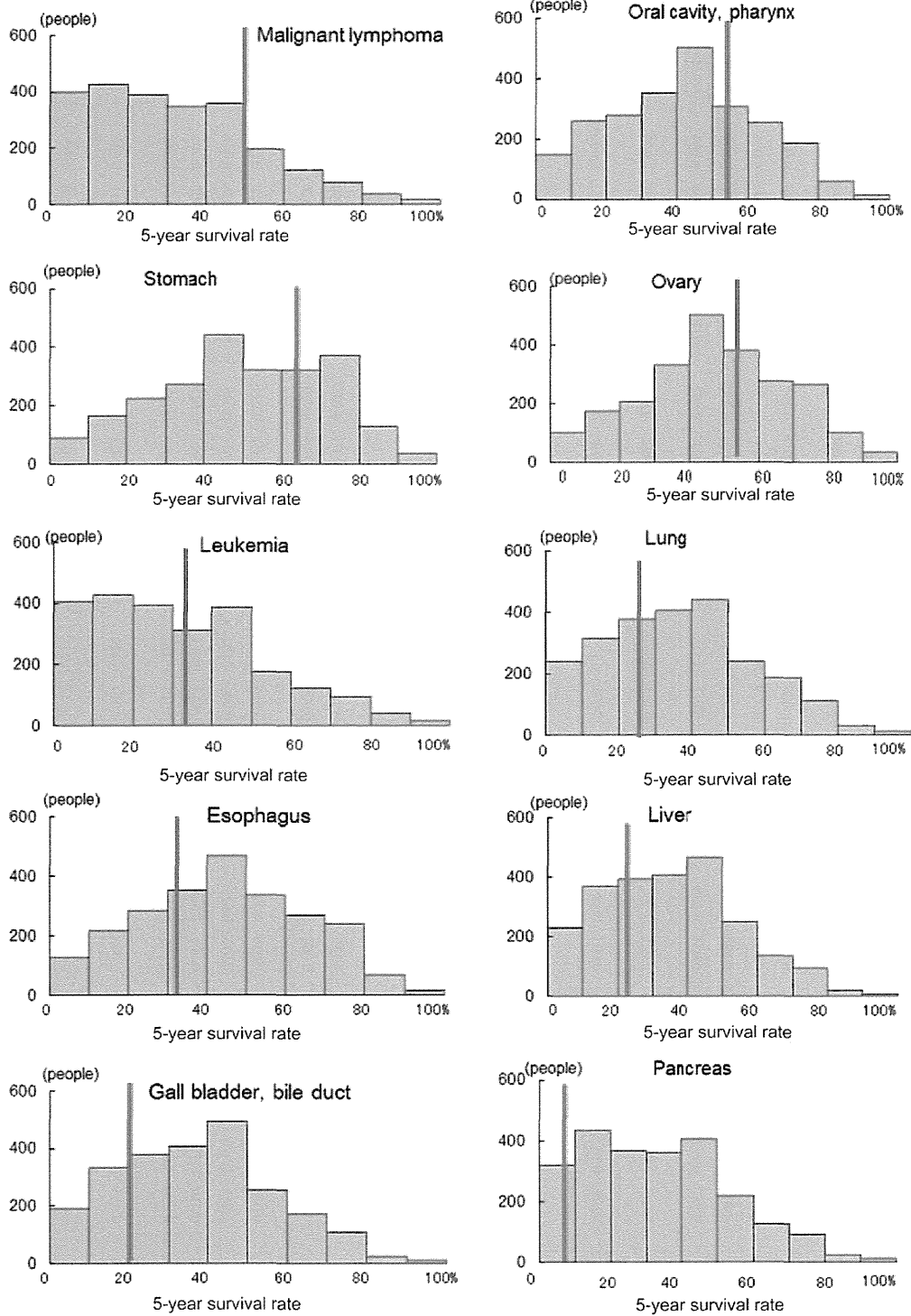


Figure 1. Continued

Table 2. Factors that correlate with respondent perceptions of 5-year survival rates of cancer in general and 19 site-specific cancers ($n = 2369$)

	All		Testis		Thyroid		Breast		Larynx		Bladder		Uterine corpus		Prostate		Uterine cervix		Colon, rectum	
	β	P	β	P	β	P	β	P	β	P	β	P	β	P	β	P	β	P	β	P
Age (years old)	0.038	0.128	0.111	0.000**	0.150	0.000**	0.148	0.000**	0.006	0.822	0.107	0.000**	0.097	0.000**	0.162	0.000**	0.123	0.000**	0.122	0.000**
Gender (1 = male; 2 = female)	0.084	0.000**	0.047	0.034	0.030	0.170	0.056	0.011	0.013	0.822	0.041	0.064	0.068	0.002*	0.069	0.001*	0.110	0.000**	0.021	0.983
Education ^a	0.026	0.214	0.032	0.130	0.022	0.301	0.044	0.039	0.023	0.279	0.031	0.152	0.016	0.457	0.046	0.027	0.035	0.098	0.052	0.014
Employment status ^b	-0.012	0.619	0.019	0.417	-0.014	0.551	0.044	0.063	-0.029	0.225	0.009	0.702	0.033	0.167	0.012	0.603	0.042	0.075	-0.042	0.073
Religion (1 = yes; 0 = no)	-0.003	0.886	0.005	0.804	-0.005	0.803	-0.017	0.435	-0.014	0.530	0.014	0.509	-0.005	0.830	-0.006	0.764	-0.002	0.930	0.020	0.360
History of hospitalization (1 = yes; 0 = no)	-0.020	0.352	-0.015	0.498	-0.033	0.126	-0.032	0.136	-0.012	0.578	-0.010	0.640	-0.037	0.092	-0.011	0.624	-0.038	0.084	-0.016	0.452
Receiving regular medical treatment (1 = yes; 0 = no)	0.009	0.709	0.026	0.268	0.021	0.370	-0.005	0.833	-0.015	0.531	0.016	0.502	-0.005	0.834	0.028	0.230	-0.001	0.973	0.009	0.684
Have a family/friend with a cancer history (1 = yes; 0 = no)	0.026	0.232	0.047	0.029	0.007	0.748	0.075	0.000**	0.021	0.334	0.045	0.034	0.056	0.009*	0.075	0.000**	0.073	0.001*	0.059	0.005*
R^2	0.011		0.019		0.027		0.029		0.002		0.018		0.016		0.043		0.031		0.029	
	Malignant lymphoma		Oral cavity and pharynx		Stomach		Ovary		Leukemia		Lung		Esophagus		Liver		Gall bladder, bile duct		Pancreas	
	β	P	β	P	β	P	β	P	β	P	β	P	β	P	β	P	β	P	β	P
Age (years old)	0.074	0.003*	0.008	0.739	0.189	0.000**	0.087	0.001*	0.112	0.000**	0.049	0.052	0.075	0.003*	-0.014	0.586	-0.004	0.871	-0.015	0.560
Gender (1 = male; 2 = female)	-0.042	0.059	0.020	0.374	0.004	0.87	0.055	0.013	-0.006	0.78	0.014	0.515	0.008	0.720	0.021	0.354	0.026	0.235	-0.010	0.662
Education ^a	0.018	0.411	0.017	0.428	0.036	0.091	0.009	0.664	0.016	0.467	0.467	0.050	0.054	0.012	0.037	0.084	0.020	0.358	0.006	0.777
Employment status ^b	-0.061	0.010	-0.020	0.399	-0.015	0.526	0.033	0.161	-0.006	0.802	0.802	0.054	-0.01	0.675	-0.029	0.219	-0.018	0.444	-0.014	0.564
Religion (1 = yes; 0 = no)	-0.016	0.470	-0.016	0.475	-0.005	0.808	-0.002	0.928	-0.013	0.561	0.561	0.829	0.011	0.615	0.581	0.561	0.008	0.702	-0.015	0.492
History of hospitalization (1 = yes; 0 = no)	-0.039	0.074	0.000	0.983	-0.022	0.301	-0.037	0.096	-0.015	0.486	0.486	0.578	-0.032	0.143	0.028	0.205	-0.015	0.486	-0.033	0.139
Receiving regular medical treatment (1 = yes; 0 = no)	0.015	0.528	-0.018	0.436	0.003	0.904	0.000	0.990	0.010	0.679	0.679	0.786	0.021	0.367	0.022	0.348	0.011	0.636	-0.021	0.370
Have a family/friend with a cancer history (1 = yes; 0 = no)	-0.033	0.122	0.005	0.828	0.061	0.004*	0.044	0.039	-0.042	0.051	0.051	0.499	0.031	0.150	-0.037	0.088	-0.020	0.345	-0.044	0.041
R^2	0.014		0.002		0.043		0.012		0.013		0.007		0.011		0.005		0.002		0.006	

^a1 = middle school, high school; 2 = junior college and over.^b1 = student, unemployed, housewife; 2 = employed (including part-time), self-employed.* $P < 0.01$.** $P < 0.001$.

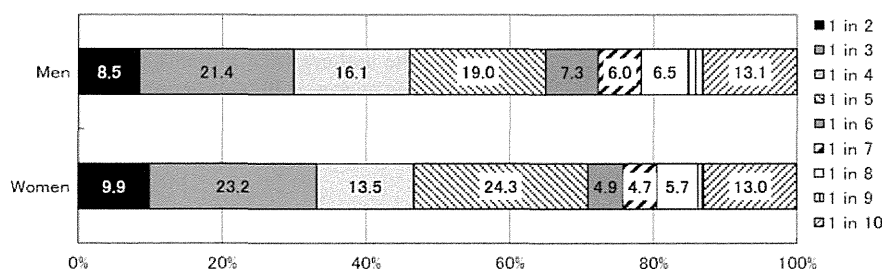


Figure 2. Respondent perception of lifetime cumulative cancer incidence rates among Japanese men (lower bar) and women (upper bar).

Table 3. Factors that correlate with respondent perceptions of lifetime cancer incidence rates for Japanese men and women (n = 2369)

	Men		Women	
	β	P	β	P
Age (years old)	0.184	0.000**	0.171	0.000**
Gender (1 = male; 2 = female)	0.010	0.634	0.035	0.112
Education ^a	-0.073	0.001*	-0.080	0.000**
Employment status ^b	0.059	0.011	0.051	0.028
Religion (1 = yes; 0 = no)	0.009	0.662	0.005	0.819
History of hospitalization (1 = yes; 0 = no)	-0.015	0.492	-0.026	0.225
Receiving regular medical treatment (1 = yes; 0 = no)	0.018	0.435	0.001	0.958
Have a family/friend with a cancer history (1 = yes; 0 = no)	-0.098	0.000**	-0.077	0.000**
R ²	0.044		0.037	

^a1 = middle school, high school; 2 = junior college and over.

^b1 = student, unemployed, housewife; 2 = employed (including part-time), self-employed.

*P < 0.01.

**P < 0.001.

‘one in three’ for Japanese women, the percentage remained 33.1%. Table 3 shows the results of multiple regression analyses regarding factors that correlate with respondent perceptions of the lifetime cancer incidence. For both Japanese men and women, respondents who were young, who had a higher educational background and who had a family/friend with a cancer history were significantly more likely to provide higher estimates of cumulative lifetime cancer incidence rates.

DISCUSSION

This study compared Japanese public perceptions of cancer prognosis and lifetime incidence with epidemiological data and revealed factors that correlate with public perceptions of cancer prognosis and incidence. To the best of our knowledge, this is the first such study in Japan. We believe that our findings provide a valuable overview of public perceptions regarding cancer prognosis and incidence.

Our first hypothesis that the Japanese public perceives the 5-year cancer survival rate more pessimistically than the epidemiological data was partially supported. The perception of 5-year survival rates of adult cancers varied widely by the

cancer site. We can be fairly certain that people in Japan do not correctly estimate the cancer prognosis. With respect to factors that correlate with respondent perceptions of cancer prognosis, respondents who were of older age, who were female and who had a family/friend with a cancer history were more likely to provide higher estimates of 5-year survival rates. Previous research on factors that correlate with public perceptions of cancer prognosis is scarce. While we are uncertain as to why age and gender correlated with higher estimates of prognosis for some cancers, respondents with a family/friend with a cancer history may have had higher estimates of survivability because they personally knew someone who survived for years after cancer treatment.

Our second hypothesis that the Japanese public perceives the lifetime cumulative cancer incidence rate among Japanese men and women to be much lower than the epidemiological data suggest was supported. Respondents in our survey perceived cancer as a less frequent phenomenon than it actually is. This is consistent with the perceptions among the US public, which revealed that 50% of people surveyed believed that their risk of developing some form of cancer was 1 in 100 or less, including 24% who believed

that their risk was less than 1 in 1000, whereas only 15% believed that their risk was 20% or greater (14). With respect to factors that correlated with respondent perceptions of cancer incidence, those who were young, who had a higher educational background and who had a family/friend with a cancer history tended to perceive cancers to be more common. This may reflect the fact that young or educated respondents are exposed to cancer-related information via the mass media or the Internet more frequently. It is also reasonable to speculate that people who have a family/friend with a cancer history consider cancer to be common. This may reflect their firsthand knowledge that cancer can afflict to anyone.

Our findings have important clinical implications in cancer prevention and the decision-making regarding treatment. For example, the perceptions that one's risk of getting cancer is low might reduce the motivation to participate in cancer screening programs. Also, having a pessimistic view of prognosis could exacerbate fear and hence reduce the motivation to participate in screening (12). In the few studies that investigated perceptions of cancer prognosis and screening participation, the underestimation of survival was significantly associated with lower screening participation (15,16). Underestimations of the prognosis should also be corrected to lessen patient anxiety, putting them in a better emotional state to engage in treatment decisions (12). Moreover, an unduly pessimistic belief might interfere with an individual's choice of treatment (12). Our findings, in combination with these reports, underscore the importance of accurately understanding patient perceptions.

A limitation of this study is that survey participants were not a representative sample, but rather registrants of a survey company. Accordingly, caution should be exercised when generalizing the results. However, survey registrants were selected so that distributions of gender, age and place of residence (prefecture) were as representative as possible of the 2010 Japan national census data. It is also interesting to note the wide gap between respondent perceptions and epidemiological data, despite the higher educational backgrounds of respondents compared with the national census data.

Despite this limitation, we believe that the findings of this study have general significance in research regarding public perceptions of cancer, because such discrepancies may exist in other countries, undoubtedly making communication between patients and oncologists difficult.

CONCLUSION

This study revealed wide discrepancies between public perceptions and epidemiological facts regarding cancer prognosis and lifetime incidence rates. Accordingly, more efforts should be made to bridge the gap between incorrect public perceptions and epidemiological facts. Such efforts would also contribute to reasonable decision-making in cancer prevention and treatment and would eliminate unnecessary fear toward and the stigma associated with cancer.

Acknowledgements

The authors wish to thank respondents who participated in this survey. The authors also thank Mikiko Yoshino, PhD (University of Tokyo) and Hiroko Fujii, PhD (Hiroshima Bunkyo Women's University) for their technical support.

Funding

This work was supported by a Japan Society for Promotion of Science (JSPS) Grant-in-Aid for Scientific Research (B) (KAKENHI No. 21390158 to M.T.) and a Grant-in-Aid for Cancer research from the Japanese Ministry of Health, Labor and Welfare (H22-ganrinsho-ippan-008 to M.T.).

Conflict of interest statement

None declared.

References

- Hewitt M, Greenfield S, Stovall E. *From Cancer Patients to Cancer Survivor: Lost in Transition*. Washington, DC: National Academies Press 2006.
- Aziz NM, Rowland JH. Trends and advances in cancer survivorship research: challenge and opportunity. *Semin Radiat Oncol* 2003;13:248–66.
- Presidents' cancer panel. *A European Dialogue*. Bethesda: National Cancer Institute 2004.
- Borland R, Donaghue N, Hill D. Illness that Australians most feared in 1986 and 1993. *Aust J Public Health* 1994;18:366–9.
- Burman ME, Weinert C. Rural dwellers' cancer fears and perceptions of cancer treatment. *Public Health Nurs* 1997;14:272–9.
- Donovan RJ, Jalleh G, Jones SC. The word 'cancer': reframing the context to reduce anxiety arousal. *Aust N Z Public Health* 2003;27:291–3.
- Matsuda T, Ajiki W, Marugame T, et al. Population-based survival of cancer patients diagnosed between 1993 and 1999 in Japan: A chronological and international comparative study. *Jpn J Clin Oncol* 2011;41:40–51.
- Yamaguchi K. A research on cancer survivors' social adaptation. A report of cancer research. Ministry of Health, Labor, and Welfare (Japan). Tokyo, 2002 (in Japanese).
- Kamo K, Kaneko S, Yoshimura K, Sobue T. Lifetime probability of developing cancer. *Kouseino Shihyou* 2005;52:21–6 (in Japanese).
- Dipex Japan. <http://www.dipex-j.org/pc/60/22/1694.html> (17 February 2012, date last accessed).
- A Joint Research Team of 'Sociology of Cancer'. 7885 voices of cancer survivors. Shizuoka, 2004 (in Japanese).
- Donovan RJ, Carter OBJ, Byrne MJ. People's perceptions of cancer survivability: implications for oncologists. *Lancet Oncol* 2006;7:668–75.
- Rutten LF, Hesse BW, Moser RP, McCaul KD, Rothman AJ. Public perceptions of cancer prevention, screening, and survival: comparison with state-of-science evidence for colon, skin, and lung cancer. *J Can Educ* 2009;24:40–8.
- American Association for Cancer Research. *Americans' Attitudes Toward Cancer Research: a Poll Commissioned by the AACR*. Peter Hart Associates, Inc. and Speak Out.com 2000.
- Harewood GC, Wiersma MJ, Melton LJ, 3rd. A prospective, controlled assessment of factors influencing acceptance of screening colonoscopy. *Am J Gastroenterol* 2002;97:3186–94.
- Pearlman DN, Clarke MA, Rakowski W, Ehrlich B. Screening for breast and cervical cancers: the importance of knowledge and perceived cancer survivability. *Women Health* 1999;28:93–112.

Original Article

Awareness and Behavior of Oncologists and Support Measures in Medical Institutions Related to Ongoing Employment of Cancer Patients in Japan

Koji Wada^{1,*}, Mayumi Ohtsu², Yoshiharu Aizawa³, Hiroshi Tanaka⁴, Nobumi Tagaya⁵ and Miyako Takahashi⁶

¹Department of Public Health, Kitasato University School of Medicine, Sagamihara, Kanagawa, ²Occupational Health Training Center, University of Occupational and Environmental Health, Kitakyusyu, Fukuoka, ³Department of Preventive Medicine, Kitasato University School of Medicine, Sagamihara, Kanagawa, ⁴Department of Occupational Health, Gifu University Graduate School of Medicine, Gifu, ⁵First Department of Surgery, Dokkyo Medical University Koshigaya Hospital, Koshigaya, Saitama and ⁶Department of Public Health, Dokkyo Medical University, Shimotsuga, Tochigi, Japan

*For reprints and all correspondence: Koji Wada, Department of Public Health, Kitasato University School of Medicine, 1-15-1 Kitasato, Minami-ku, Sagamihara-shi, Kanagawa 252-0374, Japan. E-mail: kwada-sgy@umin.ac.jp

Received November 2, 2011; accepted December 22, 2011

Objective: Improved outcomes of cancer treatment allow patients to undergo treatment while working. However, support from oncologists and medical institutions is essential for patients to continue working. This study aimed to clarify oncologists' awareness and behavior regarding patients who work during treatment, support in medical institutions and their association.

Methods: A questionnaire was mailed to all 453 diplomates and faculty of the subspecialty board of medical oncology in the Japanese Society of Medical Oncology and all 1016 surgeons certified by the Japanese Board of Cancer Therapy living in the Kanto area. The questionnaire assessed demographics, oncologist awareness and behavior regarding patient employment and support measures at their medical institutions. Logistic regression analysis was used to examine the association of awareness and behavior of oncologists with support measures at their institutions.

Results: A total of 668 individuals participated. The overall response rate was 45.5%. Only 53.6% of respondents advised patients to tell their supervisors about prospects for treatment and ask for understanding. For medical institutions, 28.8% had a nurse-involved counseling program and adjustments in radiation therapy (28.0%) and chemotherapy (41.9%) schedules to accommodate patients' work. There was a significant correlation between awareness and behavior of oncologists and medical institutions' measures to support employed cancer patients.

Conclusions: There is room for improvement in awareness and behavior of oncologists and support in medical institutions for cancer patients continuing to work. Oncologists could support working patients by exerting influence on their medical institutions. Conversely, proactive development of support measures by medical institutions could alter the awareness and behavior of oncologists.

Key words: cancer – employment – awareness – behavior – hospitals

INTRODUCTION

Being able to continue working during cancer treatment is important for patients in two respects: ensuring income for medical expenses and providing motivation to live (1,2). In particular, if treatment can be completed while the patient remains employed using the company's system of leave or paid time off, employment remains secure and the patient's anxiety regarding treatment can be reduced. The severity of the cancer sometimes requires patients to quit working. However, improvement in therapeutic outcomes has enabled many cancer patients to continue working, thus highlighting the importance of patient support to achieve this goal (3,4).

In Japan, it is estimated that ~110 000 men and 100 000 women of working age (20–64 years) are newly diagnosed with cancer each year (5). In recent years, post-operative hospital stays have become shorter, and chemotherapy and radiation therapy are performed in outpatient clinics for relatively long periods with follow-up for 5 years or more (6). As a result, patients are unavoidably absent from work intermittently, raising the issue of continuity in the relationship between patients and their employers.

Patients may lose their jobs 2–3 years after the diagnosis of cancer (7,8). One study reported that among breast cancer patients, only 56% were working after treatment (9). To support ongoing employment of cancer patients, it is necessary for oncologists to be aware of the need to support patients and act on their behalf, and medical institutions need to put support measures in place for patients (10). When patients look for backup in the workplace, they need to understand the necessary length of absence from work and the course of their own disease, and they should provide this information to the workplace. Even if patients can go back to work quickly, they should discuss issues including workload and reduction in working hours with their supervisors because they can become increasingly fatigued both at home and at work (11). For patients to continue working while undergoing treatment, support from oncologists in charge and medical institutions as well as the workplace and home is indispensable (12,13). This study aimed to elucidate the awareness and behavior of oncologists in supporting patient employment, the current status of support in medical institutions and the association of the two.

PATIENTS AND METHODS

DATA COLLECTION

An anonymous questionnaire was mailed to all diplomates and faculty of the subspecialty board of medical oncology in the Japanese Society of Medical Oncology (453 individuals) and to all surgeons who were certified by the Japanese Board of Cancer Therapy and living in the Kanto area (1016 individuals) including Ibaraki, Tochigi, Gunma, Saitama, Chiba, Tokyo and Kanagawa prefectures between 2010 and 2011. The questionnaire included questions about awareness

and behavior related to supporting patient employment and the presence of relevant support measures in the medical institutions with which they were affiliated. The site and stage of cancer are important factors in employed cancer patients (12,14). Patients within the scope of this study had been diagnosed with cancer and were in a disease state that allowed continuation of work. Each question was answered using a five-point Likert scale consisting of 'strongly agree', 'agree', 'disagree', 'strongly disagree' and 'do not know'.

The following items were examined regarding the awareness and behavior of oncologists: (i) learning the type and quantity (days and hours of duty) of the patient's work; (ii) giving consideration to setting the day and hour for the patient's examination or visit to the outpatient clinic so as to minimize absence from work; (iii) explaining to the patient the period of treatment requiring absence from work and the potential impact of treatment on the patient's work; (iv) advising the patient to tell the company supervisor about the prospects for treatment and necessary considerations and ask for understanding at the workplace; (v) upon request from the patient, writing the future prospects for treatment and considerations required in the workplace in the medical certificate to be submitted to the patient's company; (vi) considering involvement of a nurse in work-related counseling to be important; and (vii) considering involvement of a medical social worker in work-related counseling to be important.

The questionnaire included demographic questions about gender, years of experience as an oncologist, the scale of the medical institution in the field of cancer treatment (prefectural cancer treatment cooperation base hospital, regional cancer treatment cooperation base hospital, non-base hospital and clinic) and specialties (internal medicine, surgery, brain surgery, radiation and others). The following items were examined related to the medical institutions: (i) a questionnaire at the hospital requires a description of the patient's work; (ii) a patient can see the oncologist at the appointment time (within 1 h); (iii) the time schedule for chemotherapy can be decided, taking work-related matters into consideration; (iv) the time schedule for radiation therapy can be decided, taking work-related matters into consideration; (v) there is a nurse involved in counseling regarding work; and (vi) there is a medical social worker involved in counseling regarding work.

For the analysis, answers were classified into two groups: positive answers, 'strongly agree' and 'agree', and negative answers, 'disagree' and 'strongly disagree', categorized as 'Yes' and 'No', respectively. The answer 'do not know' was excluded in the statistical analysis. Logistic regression analysis was used to determine the associations between demographic characteristics as well as the awareness and behavior of oncologists in supporting patients' ongoing employment and the presence of support measures in medical institutions. We first examined the variables by univariate analysis and then by multivariate analysis (forced entry) without factors not significant at $P = 0.10$ in the univariate analysis. We adjusted for gender, age, type of

hospital and specialty for the analysis. All analyses were performed using IBM SPSS Statistics 19. Because the incidence of outcomes was not rare, we corrected odds ratios (ORs) with Zhang's formula (15).

The Human Research Committee at the Kitasato University School of Medicine approved this study.

RESULTS

There were 668 respondents (response rate: 45.5%) Table 1 shows the characteristics of participants. Males were predominant, accounting for 91% of all participants. The duration of experience as a doctor was most frequently 10–19 years. About 99% of respondents were working in prefectural and regional cancer treatment cooperation base hospitals. In regard to specialty, surgeons (53.5%) and internists (29.2%) were predominant.

Table 2 shows the awareness and behavior of oncologists and the support measures of medical institutions. Many oncologists answered 'strongly agree' or 'agree' to the items about considerations aimed at minimizing the patient's absence from work during treatment (83.1%), explaining the potential impact of treatment on work to the patient (93.0%) and considering a medical social worker involved in work-related counseling to be important (95.2%). On the other hand, affirmative answers were less frequent for items about

advising the patient to tell their supervisor about the prospects for treatment and ask for understanding (53.6%) and learning about the type and quantity of the patient's work (66.1%). As for support measures in the medical institutions, affirmative answers were frequent for requiring information about the patient's work on the interview sheet (60.0%) and a medical social worker involved in work-related counseling (62.2%). In contrast, lower rates of affirmative answers were noted for items regarding a nurse involved in work-related counseling (28.8%), adjusting the radiation therapy schedule according to work-related matters (28.0%) and adjusting the chemotherapy schedule according to work-related matters (41.9%).

Table 3 shows the results of multivariate logistic regression analysis between the awareness and behavior of oncologists and support measures in their medical institutions. For medical institutions with a questionnaire at the first visit requiring information on patient employment, there were significant associations with items pertaining to explaining to the patient the impact of treatment on work (OR, 1.2; 95% confidence interval, 1.0–1.4), advising the patient to tell the supervisor about the prospects for treatment and ask for understanding (OR, 1.2; 1.0–1.3), and writing the prospects for treatment and necessary considerations in the medical certificate to be submitted to the company on request (OR, 1.1; 1.0–1.3). Accurate appointment time (within 1 h) was significantly associated with giving consideration to minimizing the patient's absence from work (OR, 1.2; 1.1–1.4). Adjusting the chemotherapy schedule according to work-related matters was significantly associated with learning the type and quantity of the patient's work (OR, 1.3; 1.1–1.6), giving consideration to minimizing the patient's absence from work (OR, 1.9; 1.6–2.1) and writing the prospects for treatment and necessary considerations in the medical certificate to be submitted to the company (OR, 1.3; 1.1–1.5). Adjusting the radiation therapy schedule according to work-related matters was significantly associated with giving consideration to minimizing the patient's absence from work (OR, 1.9; 1.4–2.4), writing the prospects for treatment and necessary considerations in the medical certificate to the company (OR, 1.5; 1.1–1.9) and considering that involvement of a medical social worker in work-related counseling is important (OR, 2.3; 1.3–3.0). A nurse involved in work-related counseling was significantly associated with advising the patient to tell the supervisor about prospects for treatment and ask for understanding (OR, 1.4; 1.1–1.7) and considering that involvement of a nurse in such counseling is important (OR, 2.0; 1.5–2.5). The involvement of a medical social worker in work-related counseling was significantly associated with considering that involvement of a medical social worker in such counseling is important (OR, 1.5; 1.3–1.5).

Table 1. Characteristics of participants (n = 668)

	n (%)
Gender	
Male	605 (90.6)
Female	63 (9.4)
Years of experience as a doctor (years)	
<10	23 (3.5)
10–19	338 (50.5)
20–29	230 (34.4)
≥30	77 (11.5)
Hospital type where doctor works	
Hospitals	661 (98.9)
Prefectural cancer treatment cooperation base hospital	247 (37.0)
Regional cancer treatment cooperation base hospital	212 (31.7)
Others	202 (30.2)
Clinics	7 (1.1)
Specialty	
Internal medicine	195 (29.2)
Surgery	357 (53.5)
Brain surgery	24 (3.6)
Radiation	24 (3.6)
Others	67 (8.3)

DISCUSSION

Proper awareness and behavior of oncologists and policy implementation by medical institutions are indispensable for

Downloaded from <http://jco.oxfordjournals.org/> by guest on February 8, 2012