

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<br>本人を交えて関係者間の情報提供の上で判断<br>本人の生活を見たギリギリの接点を見つける<br>多面的に考えて本人にとってのベストを考える<br>就労条件の提示<br>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<br>(チーム支援) | 医学的判断と職場への翻訳<br>チームで対応<br>勤務場所、交代勤務の変更<br>負担のある業務の軽減<br>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<br>職場側の判断を伝える<br>休業中の経済的保障について伝える<br>本人の気持ちを汲んだ上で難しいことも伝える<br>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<br>緊急時の対応整備<br>安全確認のための職場巡視<br>危険を避けるための助言や提案<br>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<br>心情的受けとめ、精神的サポート<br>ちょっとしたこと相談窓口<br>支援方法の工夫<br>社内のがん経験者との情報共有<br>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<br>産業医、職場、人事との連携調整<br>家族との連携<br>がん治療と就労の両立が可能な職場風土づくり                   |

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

## がんと就労に関する産業看護職の支援の実際と課題

—質問紙調査より—

研究分担者 錦戸 典子 東海大学大学院健康科学研究科看護学専攻

### 研究要旨

がんと診断された労働者本人、上司・同僚、人事労務担当者に対して産業看護職が行っている支援の実際と支援上の困難点、およびそれらに関連する要因を明らかにすることを目的に、日本産業衛生学会の登録産業看護師を対象とした質問紙調査を実施した。労働者本人、上司・同僚、人事労務担当者への支援および支援上の困難点について4件法でたずね、それぞれの度合いをスコア化し、平均点を算出した。因子分析を行って類似する項目をまとめ、因子ごとの平均点（因子スコア）を算出した。さらに、各対象への支援と困難点、および回答者の基本情報の関連をみるために相関分析を行った。分析の結果、労働者本人への支援の平均スコアは、上司・同僚および人事労務担当者への支援の平均スコアよりも有意に高かった。支援対象毎に因子スコアを比較したところ、労働者本人への支援では「診断時の支援」が、上司・同僚への支援では「サポート体制を整えるための支援」が、人事労務担当者への支援では「適切な調整のための情報提供」が、それぞれ最も高かった。支援上の困難点については、「外部医療機関・家族との連携」が最も因子スコアが高かった。また、相関分析より、常勤産業医の不在が労働者本人への「復職に向けた支援」、「社内外の資源についての情報提供」、および人事労務担当者への支援全体に有意な負相関を示した。困難点に関しては、基本情報との関連は見られなかった。本研究により明らかとなった知見を、今後の支援ツールの開発や連携システムづくりの検討に活かしていく。

### 研究協力者

岡久ジュン（東海大学大学院健康科学研究科看護学専攻 修士課程）

吉川 悦子（東京有明医療大学看護学部 講師）

渡井いずみ（東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻 助教）

佐々木美奈子（東京医療保健大学医療保健学部 教授）

伊藤美千代（東京医療保健大学医療保健学部 講師）

### A. 研究目的

フォーカスグループインタビューの調査結果から、がんと診断された労働者および職場に対して産業看護職が行っている支援の実態が明らかとなった。本研究の目的は、がんと診断された労働者本人、上司・同僚、人事労務担当者に対して産業看護職が行っている支援の実際と支援上の困難点、およびそれらに関連する要因を明らかにすることである。

## B. 研究方法

日本産業衛生学会の登録産業看護師のうち、教育・医療機関所属者を除く 704 名を対象に郵送法による自記式質問紙調査を実施した。調査にあたり、東海大学健康科学部倫理委員会の承認を得た。対象者へは調査の趣旨の説明とともに、調査協力は自由意思に基づくものであり、プライバシーは保護されること、回答を拒否しても不利益は生じない旨を明記し、文書にて調査への協力を求めた。対象者から調査票の返送をもって、同意が得られたものとみなした。

質問項目は、産業看護経験年数や常勤産業医の有無などの基本情報、がんに罹患した労働者本人に対する支援（35 項目）、上司・同僚に対する支援（14 項目）、人事労務担当者に対する支援（9 項目）、産業看護職が感じている支援上の困難点（11 項目）で、フォーカスグループインタビューの結果および関連文献等をもとに作成した。労働者本人、上司・同僚、および人事労務担当者への支援の選択肢は、「実施していない」「あまり実施していない」「かなり実施している」「実施している」の 4 段階とした。同様に、困難点の選択肢は、「困難でない」「あまり困難でない」「やや困難である」「困難である」とした。分析にあたり、選択肢を 1 点から 4 点に点数化し、数値が高いほど支援および困難の程度が高いとした。

労働者本人への支援 35 項目について因子分析（最尤法、バリマックス回転）を行い、類似するものをまとめた。各因子に含まれる支援項目の点数を合計して項目数で割ったものを「因子スコア」とし、全項目の平均を「平均スコア」として、各因子スコアと平均スコアの差を Wilcoxon の符号

付順位和検定により比較した。上司・同僚への支援、人事労務担当者への支援、および支援上の困難点についても、同様の手順で分析した。労働者本人、上司・同僚、人事労務担当者への支援の平均スコアを比較するため、Friedman 検定の後に Wilcoxon の符号付順位和検定を行った。さらに、支援の因子スコアおよび困難点の因子スコアと回答者の基本情報との関連、支援の平均スコアと困難点の平均スコアについて、相関分析を行った（Spearman の相関係数）。

## C. 研究結果

225 名から回答があり（回収率 32.0%）、有効回答数は 172 であった（有効回答率 24.4%）。このうち、保健師資格を有する者が 110 名（64.1%）、企業に所属する者が 134 名（77.9%）であった（表 1）。がんと診断された従業員への支援経験があると回答した 135 名（78.5%）を分析の対象とした。

労働者本人、上司・同僚、人事労務担当者への支援の平均スコアと標準偏差はそれぞれ  $3.2 \pm 0.7$ 、 $3.0 \pm 0.8$ 、 $2.8 \pm 0.9$  で、全ての群間に有意差があった（表 2）。

因子分析の結果、労働者本人への支援は 6 因子に、上司・同僚への支援は 3 因子に、人事労務担当者への支援は 2 因子にまとめられた。労働者本人への支援において、因子スコアが最も高かったのは「診断時の支援」、最も低かったのは「社内外の資源についての情報提供」であった（表 3）。上司・同僚への支援においては「サポート体制を整えるための支援」が、人事労務担当者への支援においては「適切な調整のための情報提供」が、それぞれ最も因子スコアが高かった（表 4、表 5）。

支援上の困難点の平均スコアと標準偏差は  $2.3 \pm 0.5$  であった。項目は4因子にまとめられ、因子スコアが最も高かったのは「外部医療機関・家族との連携」、最も低かったのは「職場内の連携」であった(表6)。

支援の因子スコアと回答者の基本情報との関連について、常勤産業医の不在と、労働者本人への支援の「復職に向けた支援」( $r = -.24, p < .01$ )、「社内外の資源についての情報提供」( $r = -.19, p < .05$ )、人事労務担当者への支援の「適切な調整のための情報提供」( $r = -.23, p < .01$ )、「連携促進の支援」( $r = -.19, p < .05$ )、および平均スコア( $r = -.23, p < .01$ )との間に有意な負相関が認められた。困難点の因子スコアに関しては、基本情報との関連は見られなかった。一方で、困難点の平均スコアと労働者本人への支援の平均スコア( $r = -.31, p < .001$ )、上司・同僚への支援の平均スコア( $r = -.38, p < .001$ )、人事労務担当者への支援の平均スコア( $r = -.23, p < .01$ )との間に有意な負相関が認められた。

#### D. 考察

労働者本人、上司・同僚、人事労務担当者への支援において、因子スコアのほぼ全てが2.5以上であり、産業看護職が労働者本人だけでなく、職場や人事労務担当者に対して全般的に支援していることが示唆された。

労働者本人への支援において、「復職に向けた支援」および「社内外の資源についての情報提供」の因子スコアが平均スコアよりも有意に低かった理由として、このような支援の必要性はがんのステージや治療状況など個人差によって異なることや、産業

看護職がこうした支援を医療機関の役割として捉えていることが考えられた。

上司・同僚への支援において、「サポート体制を整えるための支援」は、がんに限らず慢性疾患等を抱える労働者への支援の基本事項であるため、平均スコアよりも有意に高かったと予測された。一方、「サポート安定・継続のための支援」や「気遣いのある職場風土づくり」は、職場で起こり得る問題をあらかじめ予測し、職場全体へ目を配りながらタイミングを計ってきめ細かな支援をしていくことになるため、産業看護職の技術や対象者との関係性によっては支援頻度が低くなる可能性が考えられた。

人事労務担当者への支援については、2つの因子のどちらも平均スコアと有意差はなかった。また、人事労務担当者への支援の平均スコアは、労働者本人および上司・同僚への支援の平均スコアよりも有意に低く、現状として産業看護職は労働者本人や職場への支援を中心に行っていることが示唆された。さらに、本人への支援の平均スコアが最も高かった理由として、がんのステージや治療状況によっては本人のみへの支援で足りる場合もあることが可能性として考えられた。

産業看護職が感じる支援上の困難点として、「外部医療機関・家族との連携」が最も大きな課題となっている現状が示唆された。外部医療機関や家族との連携が必要となるのは、本人・家族の要望と職場の期待との差異が大きいケースや、重症化のケースなどが考えられ、そのような場合に困難の度合いが高くなることが予測された。

支援の因子スコアに関する相関分析の結果から、常勤産業医がいない職場では、が

んと診断された労働者本人および人事労務担当者に対して、産業看護職がより中心的な支援役割を担っているということが考えられた。常勤産業医がいる職場は少ないことから、職場での産業看護職の一層の貢献が期待される。また、困難点の平均スコアと各対象への支援の平均スコアとの間に有意な負相関が認められることから、困難を感じている産業看護職ほど、がんと就労に関する各種支援を行っていないことが明らかとなった。これらの困難を克服するための支援ツール開発や育成研修・連携システムづくりが進むことによって、がんと就労に関する職場での支援が格段に広がる可能性が示唆された。

#### E. 結論

フォーカスグループインタビューの調査結果を受けて量的研究を実施したことにより、産業看護職による支援の実態を詳細に把握することができた。本研究により明らかとなった知見を、今後の支援ツールの開発や連携システムづくりの検討に活かしていく予定である。

#### G. 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態と課題〈第2報〉質問紙調査より」
- 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2報）—労働者本人、上司・同僚、人事労務担当者への支援の実態—」

- 3) 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3報）—支援実践への関連要因と課題—」

表1 回答者の基本属性

| 項目          | 全体<br>(n=172) | 支援経験      |          |
|-------------|---------------|-----------|----------|
|             |               | あり(n=135) | なし(n=37) |
| 産業看護実務経験(年) | 16.9±8.0      | 17.1±7.9  | 16.1±8.4 |
| 資格          |               |           |          |
| 看護師         | 143 (83.1)    | 113(83.7) | 30(81.1) |
| 保健師         | 110 (64.1)    | 87(64.4)  | 23(62.2) |
| 衛生管理者       | 137 (79.7)    | 108(80.0) | 29(78.4) |
| 産業カウンセラー    | 60 (34.9)     | 47(34.8)  | 13(35.1) |
| 所属          |               |           |          |
| 企業(産業保健部門)  | 121 (70.3)    | 100(74.1) | 21(56.8) |
| 企業(診療所)     | 13 (7.6)      | 10(7.4)   | 3(8.1)   |
| 健康保険組合      | 22 (12.8)     | 15(11.1)  | 7(18.9)  |
| 労働衛生機関      | 10 (5.8)      | 6(4.4)    | 4(10.8)  |
| その他         | 6 (3.5)       | 4(3.0)    | 2(5.4)   |
| 事業所規模       |               |           |          |
| 1,000人未満    | 110 (64.0)    | 85(63.0)  | 25(67.6) |
| 1,000人以上    | 62 (36.0)     | 50(37.0)  | 12(32.4) |
| 常勤産業医       |               |           |          |
| あり          | 85 (49.4)     | 60(44.4)  | 25(67.6) |
| なし          | 87 (50.6)     | 75(55.6)  | 12(32.4) |

数値は人数(%)または平均±標準偏差

表2. 対象別の支援の平均スコア

| 支援対象        | 平均±標準偏差   | 差の検定 <sup>a)</sup> |
|-------------|-----------|--------------------|
| 労働者本人への支援   | 3.2 ± 0.7 |                    |
| 上司・同僚への支援   | 3.0 ± 0.8 |                    |
| 人事労務担当者への支援 | 2.8 ± 0.9 |                    |

<sup>a)</sup>Wilcoxon の符号付順位和検定, Bonferroniの補正後の有意水準で判定

\*p<.017 \*\*p<.003 \*\*\*p<.0003

表3. 労働者本人への支援の因子スコア

| 因子              | 平均±標準偏差   | 労働者本人への支援の平均スコアとの差の検定 <sup>a)</sup> |
|-----------------|-----------|-------------------------------------|
| 診断時の支援          | 3.4 ± 0.7 | ***                                 |
| 基本的な確認と助言       | 3.3 ± 0.8 | ***                                 |
| 復職に向けた支援        | 2.9 ± 1.0 | ***                                 |
| 復職後の支援          | 3.4 ± 0.8 | ***                                 |
| 心理的支援           | 3.2 ± 0.8 | *                                   |
| 社内外の資源についての情報提供 | 2.4 ± 0.8 | ***                                 |

<sup>a)</sup>Wilcoxon の符号付順位和検定 \*p<.05 \*\*\*p<.001

表4. 上司・同僚への支援の因子スコア

| 因子              | 平均±標準偏差   | 上司・同僚への支援の平均スコアとの差の検定 <sup>a)</sup> |
|-----------------|-----------|-------------------------------------|
| サポート体制を整えるための支援 | 3.2 ± 0.8 | ***                                 |
| サポート安定・継続のための支援 | 2.6 ± 0.9 | ***                                 |
| 気遣いのある職場風土づくり   | 3.0 ± 0.9 | n.s.                                |

<sup>a)</sup>Wilcoxon の符号付順位和検定 \*\*\*p<.001

表5. 人事労務担当者への支援の因子スコア

| 因子            | 平均±標準偏差   | 人事労務担当者への支援の平均スコアとの差の検定 <sup>a)</sup> |
|---------------|-----------|---------------------------------------|
| 適切な調整のための情報提供 | 2.9 ± 0.9 | n.s.                                  |
| 連携促進の支援       | 2.8 ± 1.1 | n.s.                                  |

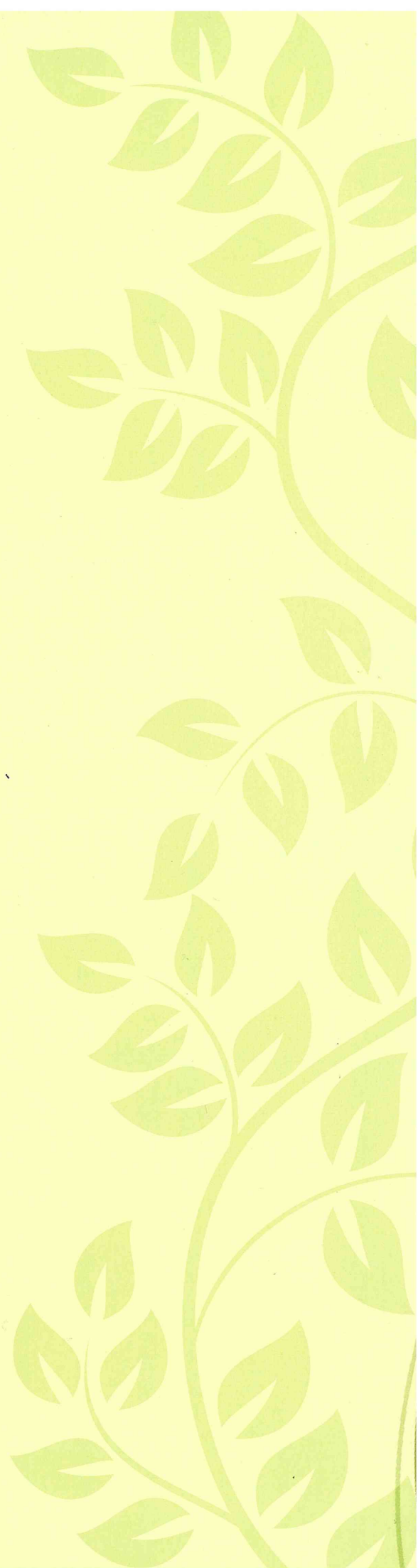
<sup>a)</sup>Wilcoxon の符号付順位和検定

表6. 支援上の困難点の因子スコア

| 因子            | 平均±標準偏差   | 支援上の困難点の平均スコアとの差の検定 <sup>a)</sup> |
|---------------|-----------|-----------------------------------|
| 本人の気持ちに沿った支援  | 2.4 ± 0.8 | n.s.                              |
| 職場への支援        | 2.3 ± 0.7 | n.s.                              |
| 職場内の連携        | 2.0 ± 0.6 | ***                               |
| 外部医療機関・家族との連携 | 2.6 ± 0.6 | ***                               |

<sup>a)</sup>Wilcoxon の符号付順位和検定 \*\*\*p<.001

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システムの構築に関する研究」平成23年度 総括・分担研究  
報告書より再掲： 69-83





2012210078 (巻 5/6)

「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」班  
研究代表者 獨協医大公衆衛生学講座 高橋都  
厚生労働省 がん臨床研究事業 (H22) | がん臨床 | 一般 (008)

# がん と 就 労



## 第九回 勉強会 報告書



## 目次

|     |  |     |
|-----|--|-----|
| 第一部 | 若年がんに関する海外動向<br>丸 光恵 (東京医科歯科大学 国際看護開発学)<br>.....               | p1  |
| 第二部 | 若年がんを経験して、生きていくということ<br>多和田 奈津子<br>(悪性リンパ腫患者・家族連絡会グループ・ネクサス) … | p13 |
| 第三部 | 総合討論 .....   | p25 |



### 「がんと就労」勉強会について

この勉強会は、厚生労働省がん臨床研究事業（H22-がん臨床-一般-008）「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」班の活動の一環として、隔月で開催されております。

オープン参加ですので、どのようなお立場の方でもご参加いただけます。がんと就労について、さまざまな視点から広く話し合うフォーラムづくりを目指しています。



第9回「がんと就労」勉強会

日時：平成24年5月29日（火）午後6:30－8:30（6:15受付開始）

場所：主婦会館プラザエフ4階会議室「シャトレ」（JR四ツ谷駅麴町口から徒歩1分）

会場アクセス [http://www.plaza-f.or.jp/access\\_index.html](http://www.plaza-f.or.jp/access_index.html)

# 第一部

## 若年がんに関する海外動向

丸 光恵さん

東京医科歯科大学 国際看護開発学



### 丸 光恵さんのプロフィール

千葉大学看護学部卒。国立国際医療センター小児病棟勤務の後、アラバマ大学バーミンハム校にて看護学博士号取得。千葉大学、北里大学を経て現職。日本小児がん看護学会副理事長。福島県の児童養護施設の子どもの健康を考える会共同代表。

Transition (移行) をキーワードとして、小児がん等の小児慢性疾患をもつ思春期・若年成人患者の看護を研究中。

執筆・編集「ココから始まる小児がん看護」、監訳「小児医療心理学」等。

## 思春期・若年成人 (AYA) がんの概要

思春期・若年成人がんを諸外国では、AYAO (Adolescent and Young Adult oncology: 思春期および若年成人腫瘍学) と言っています。

たとえば思春期が15歳からスタートすると定義するなら、15歳以降のがんはAYAOと呼ばれることになります。小児がんは0歳から15歳のがんと定義されていますが、このような小児がん経験者にとって、AYAOの年代の問題は、再発や2次がんの問題となると思います。晩期合併症や後遺障害など、様々な治療を継続しなければならないという方もやはりこのAYAOの中に入ると思います(スライド1)。しかし、これから紹介する米国のデータは、この仮に設定した思春期年齢以降のがんをAYAOと呼んでいるようで、小児期からずっと治療を継続しているものは数には入っていないようです。

それでは何歳から何歳までがAYA(思春期・若年成人)なのかということですが(スライド2)、学会や様々な機関によって異なっています。先ごろ開催された第34回近畿小児がん研究会公開シンポジウム(2012年3月9日 会長 大阪府立母子保健総合医療センター 米田光宏先生)では、AYA世代のがんを「15～29歳」としていました。AYAを「15～29歳」としているところは、おもにアメリカとカナダで、アメリカのSEER(The Surveillance, Epidemiology, and End Results: 米国国立がん研究所のがん登録統計)、COG(Children's Oncology Group: 米国小児腫瘍学グループ)、そしてカナダも「15～29歳」としていません。ところが同じ米国内でも、非常に活発な取り組みをされているAYAOのPRG(Progress Review Group)とNCI(National Cancer Institute: アメリカ国立がん研究所)では「15～39歳」までとなっています。39歳を含める理由のひとつには、生殖医療の限界年齢を39歳と設定していることがあげられますが、本当に様々な議論があるようです。

JCO(Journal of Clinical Oncology (米国臨床腫瘍学会(ASCO)の正式機関誌、1983年創刊)という雑誌は、これまでに2回AYAのがんに関する特

本日のプレゼンテーション概要

- ▶ 思春期・若年成人がんの特徴
- ▶ 米国の取り組み紹介
- ▶ 日本の思春期・若年成人がん支援の課題

▶ 小児がん

▶ AYA  
▶ Adolescents and Young Adults Oncology

スライド1

何歳から何歳までがAYAか?

参考 WHO: 12-24歳

スライド2

思春期・若年成人がんの特徴

- ▶ 15歳から29歳のがん患者数は、全体の13%に過ぎない
- ▶ 15歳未満のがん患者数の3倍
- ▶ 5年間にわたって患者数が継続的に微増している

▶ 生物学的特徴が異なる

- ▶ 白血病 ALL, AML
- ▶ 肉腫
- ▶ 大腸・直腸がん
- ▶ 乳がん

▶ SEER AYA Monograph NCI 2006

スライド3

集号を組んでいます。ひとつの特集は15～30歳までとするとなっていたのですが、中身は20～39歳までを対象とされています。オーストラリアでは「15～25歳」。イギリスは、思春期の医療、とくにがんに関しては先進的で、看護も非常に進んでいるのですが、とくに10代に特化して「13～24歳」としています。そしてEUROCARE(ヨーロッパがん登録ネットワーク ENCRのがん患者生存率の国際協同調査)では下限年齢を15歳に上げて「15～24歳」となっています。統計データの解釈時には、このようにバラツキがあることが非常に問題となります。AYAOのPRG(Progress Review Group)の中でも、まずAYAOの年齢をきちんと定めなくては、問題が出てくるだろうということを明言されている方もいます。参考までにWHOでは、思春期を「12～24歳」と定めています。

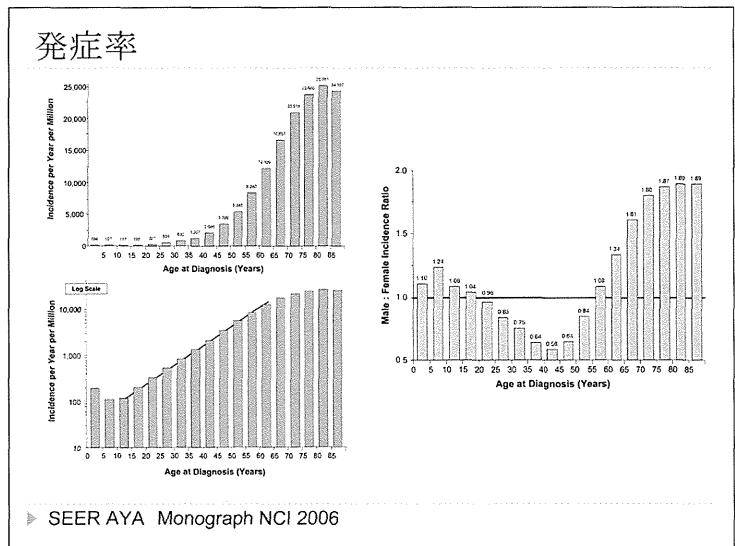
思春期・若年成人がんの特徴を、NCIから出されているSEER AYA Monographのデータで説明いたします。スライド3は米国のデータです。SEERでは毎年がん統計を発表しているのですが、AYAに関して分析し、モノグラフ形式でダウンロードできるものはこの2006年版が最新となります。

これによりますと、「15歳から29歳のがん患者数は、全体の2-3%に過ぎない」のですが、「15歳未満のがん患者数の3倍」と記述されています。AYAのがん患者の人口は、全体数から見れば非常に少ないのですが、小児がんよりは多いということがわかります。もうひとつ注目すべきことは、AYAのがん患者数については、まったく原因はわかっていないのですが、「25年間にわたって患者数が継続的に微増している」というデータがあります。

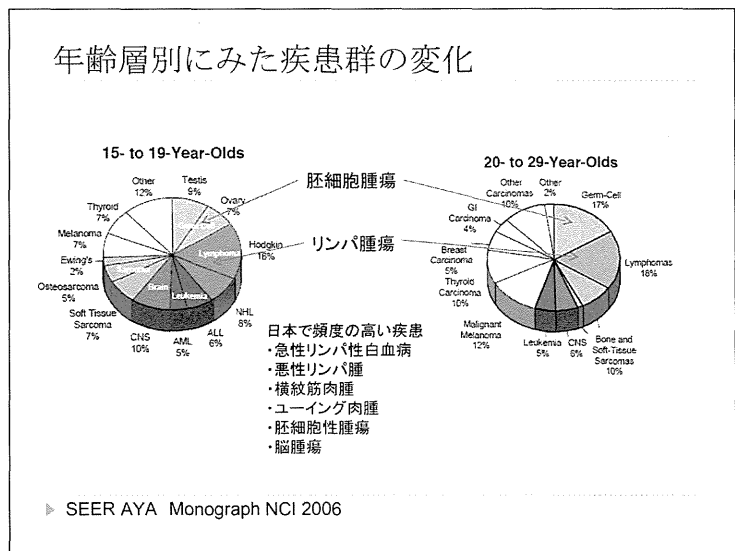
大人のがんは、肺がんや乳がんなど臓器にできるがんが中心で、小児は脳腫瘍とか白血病が多いのですが、そういうものと「生物学的特徴が異なる」というのがAYAのがんの特徴です。治療反応性などについての研究も多く報告されていて、明らかに小児がんとも成人がんとも異なるということがはっきりわかっているものは、白血病、肉腫、大腸・直腸がん、乳がんと言われています。

**発症率と生存率からみた課題**

スライド4はAYAのがんの発症率です。



スライド 4



スライド 5

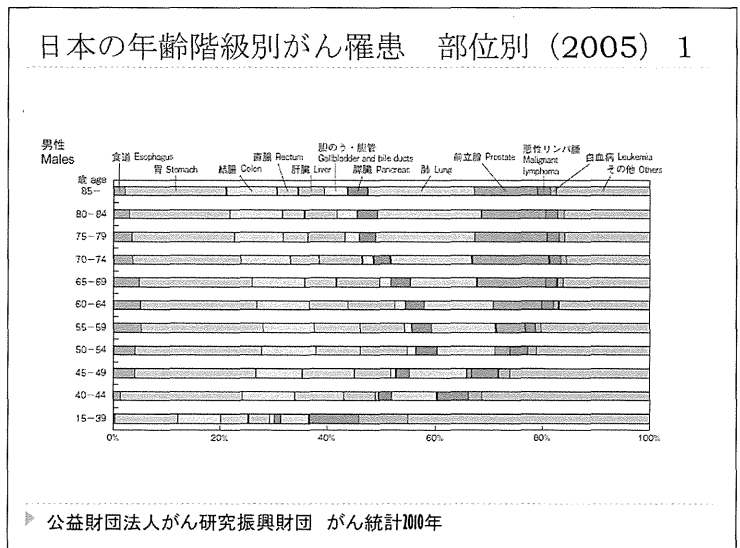
年齢が上がるにつれて増えており、ログ関数で見ると一定の割合で増えていることがわかります。男女比で見ると男性が若干少ないことがわかります。

日本のデータは15～39歳を一括りにしているデータが多く、15～29歳のデータを見つけることができませんでしたが、SEER AYA Monographの中では15～19歳と20～29歳に分けて、それぞれ%で示しています。もっとも多いのは胚細胞腫瘍といって生殖細胞に由来するようながんで、次がリンパ腫瘍というのはどちらの年齢層でも変わりませんが、甲状腺あるいはメラノーマなどの「その他」の割合が20～29歳でかなり増えてくる傾向にあります。もう少し年齢があがると骨腫瘍や肉腫の割合が増加します(スライド5)。同じAYA世代の中でもがんの疾患名別にみると年代ごとに少しずつ変化してゆきます。日本では、悪性黒色腫のようなものは日本では比較的少なく、急性リンパ性白血病、悪性リンパ腫、横紋筋肉腫、ユーイング肉腫、胚細胞性腫瘍、脳腫瘍などの頻度が高いことがわかっています。

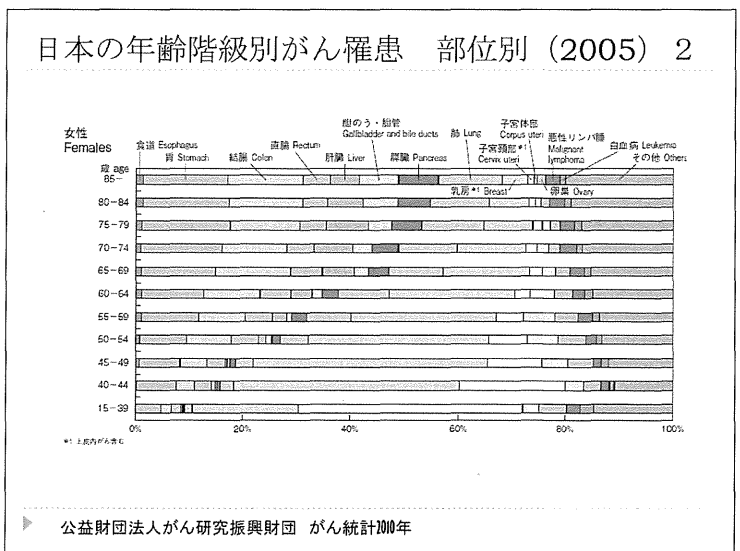
スライド6は、公益財団法人がん研究振興財団『がん統計2010年』のデータです。15～39歳という非常に大きい括りになっています。男性では「その他」のがんが多く占めており、胃がんや悪性リンパ腫が多いです。女性を見ると子宮頸がんや子宮体がんがかなり大きな部分を占めています(スライド7)。ただ年齢幅が大きすぎて海外のデータとの比較は困難と言えます。

思春期・若年成人がんの近年の5年生存率の変化を見てみると、小児がんと成人のがんでは、5年生存率はどんどん上がってきています。しかし15～39歳ではわずかな改善しかみられず、マイナスになっているようなところもあります(スライド8の左図)。

グラフの破線は、1975～1980年に診断された人のデータです(スライド8の右図)。実線は1983～1998年のデータで、生存率の差をみるとほとんど変化がありません。がん医療の現在の問題点は、AYAの生存率が上昇していないこと、そしてそれが25年間にわたって変化がないことといえます。具体的なデータは示されてはいませんが、AYA Monographでは、このような傾向は米国のみでなく、



スライド6



スライド7

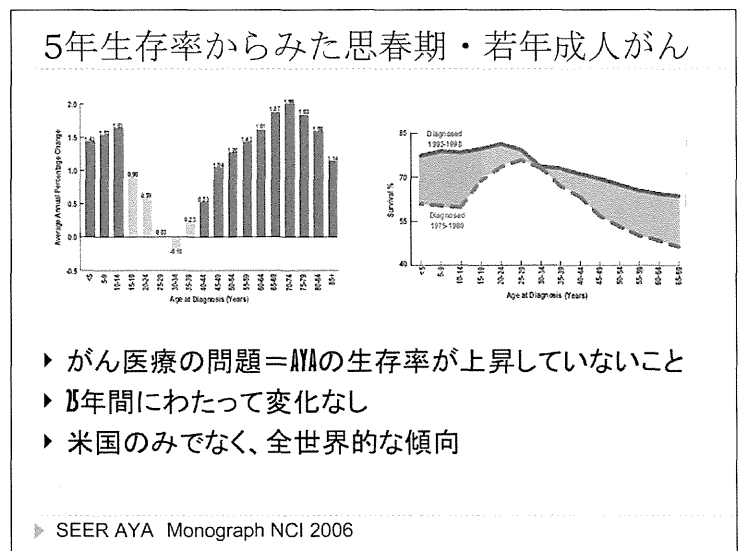
全世界的な傾向であるということを言っています。

がんの種類・特徴をもう少し見てみます(スライド9)。たとえば紫外線による悪性黒色腫やヒトパピローマウイルスによる子宮頸がんのようにはっきり原因がわかっているものを除き、30歳以前のAYAのがんは飲酒・喫煙・食生活やその他の環境等の要因とは関係なく発症しているという特徴があります。もうひとつ、疾患によっては発症率にピークがあり、全体の95%がこの年齢に発症しているなど、年齢に特異的な疾患群があるということが挙げられます。

なかなか生存率が改善しないことのひとつとして、AYAに対する治験が組織的体系的に行われていないということが指摘されていて、そのひとつの証拠としてスライド10などが挙げられています。これはアラバマにあるがん診断時のデータを蓄積するデータバンクのものです。年齢別に、パラフィンブロック(Number of paraffin blocks)と発症率の関係を示しています。発症率は図にあるように年齢の上昇とともに上がっていますが、このデータバンクにある個人のがんのデータに関しては、他の年齢層では年齢に沿ってデータも集まっている状況ですが、この15~36歳に関しては、データが集まっていません。診断をしてもデータバンクにデータが登録されていない。したがってプロトコルの開発など、エビデンスに基づいた治療を行うための基礎的な資料ですら不足している状態であることがうかがえます。

早期発見・早期治療の壁もあります。AYAのがんの発生率は、約200人に1人というかなりの高率なのですが、ほとんどの若い人は、体調が悪くなくても、自分が「がんかもしれない」とは思わない。初期症状があるにもかかわらず未受診期間が非常に遷延してから診断されている状態です。アメリカの場合は国民皆保険ではありませんので、加入している保険により医療サービスが異なります。できるかぎり保険料を安くしたい若い人ほど、がんにも対応した保険には加入していない。したがってがんの初期診断にかかわるような十分な検査を受けるには自費となる可能性が高くなります。全員が加入するような学生保険も、がんを想定した設計にはなっていません。

また診断されても、臨床試験への参加率が非常に低いことがわかっています。年齢から言うと、小児病院・成人病院・がんセンターなど、AYAは様々な施設を受診しており、治療レベルの異なる病院でそれぞれがんの治療を受けている状況です。臨床試験に乗っていないプロトコルで治療をされている患者も多い。臨床試験について説明されていない場合もあります。またたとえ臨床試験に参加しても、たとえば外来主体の治療に切り替わったとたん自己判断で必要な服薬をしなくなる、あるいは経済的に外来治療を継続的できないなど、その年代に特有の心理・社会・経済的背景により、こうした臨床試験の参加率・継続率が低くなって



スライド 8

いるということが報告されています(スライド11)。

AYAのがんの生存率の決定要因は何かという議論も多くあり、米国の研究では「保険の有無」が最も大きな要因となっていました。すると、国民皆保険である日本はどうなのか、という疑問が出てきます。そこで日本と同じく国民皆保険のオーストラリアを見ますと、米国と比較しても5年生存率の平均値はそれほど変わりません(スライド12)。国民皆保険の有無だけでは、この生存率のカーブは変わらない。逆に言えば、保険があってもAYAのがんに特化したサービス、たとえば診断・治療やフォローアップのサービスが確立していなければ、同じようなカーブとなると予想されています。

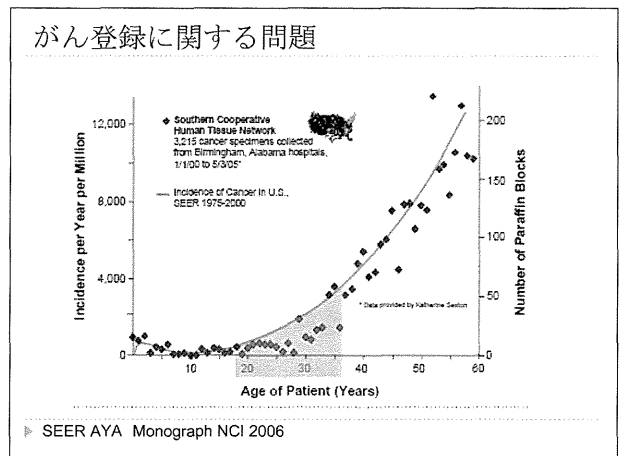
次に「思春期患者は小児医療機関で治療すべきか?」という問題です。これは、どのようなプロトコルで治療をうけるかということと同じ意味を持ちます。小児医療機関のプロトコルの方が、同じ白血病でも明らかに成人医療機関のプロトコルよりも生存率が良い、といういくつかの疾患がわかってきました。その一方、施設の相違は関係がないというデータもあります。

スライド13はジョージア州とユタ州の単独の治療機関を取り出したデータです。ジョージア州の場合は、小児医療機関での治療率が高く、0~14歳は90%近くになります。ユタ州の場合も同様に0~9歳は100%近く、14歳では80%になります。15~19歳の方でもリクルートされて小児医療機関で治療を受けている人が、ジョージア州でもユタ州でも30%近くあります。これらの人と、他の成人系医療機関で治療

### がんの種類・特徴

- ▶ 30歳以前のがんは飲酒・喫煙・食生活やその他の環境等の要因とは関係なく発症している
  - ▶ 例外
    - ▶ 紫外線-悪性黒色腫
    - ▶ ヒトパピローマウイルス子宮けいがん
    - ▶ Bウイルス-ホジキンリンパ腫・パーキンソン病
- ▶ 40歳に発症率のピークがあるもの
  - ▶ ホジキンリンパ腫、ユーイング肉腫、骨肉腫、精巣腫瘍
- ▶ 全体の9%がこの年齢に発症しているもの
  - ▶ 甲状腺がん、非ホジキンリンパ腫等

スライド 9

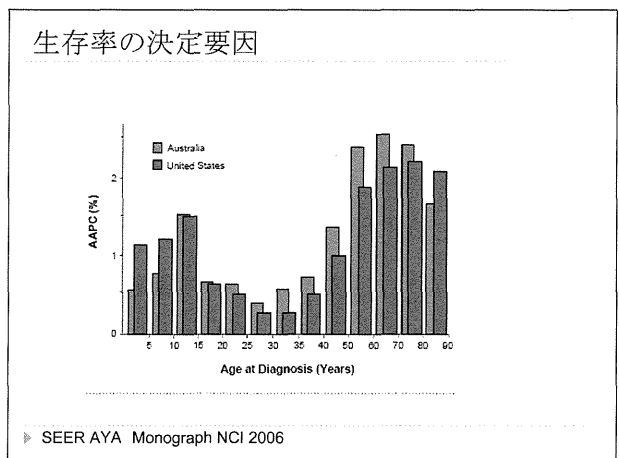


スライド 10

### 生存率への影響要因

- ▶ 早期発見・早期治療の壁
  - ▶ 発生率 1/100人
  - ▶ 誰もが自分ががんと思わない
  - ▶ 初期症状があるにもかかわらず未受診期間が遷延
  - ▶ 十分ながん医療・サービスを受けられる保険に未加入
- ▶ 臨床試験への参加率
  - ▶ 臨床試験について説明されていない
  - ▶ 臨床試験を実施している医療機関で治療を受けていない
  - ▶ 参加しても脱落する

スライド 11



スライド 12



を受けているこの人たち以外の人たちとの間で、生存率に明確な差が出ていないというデータもあります。

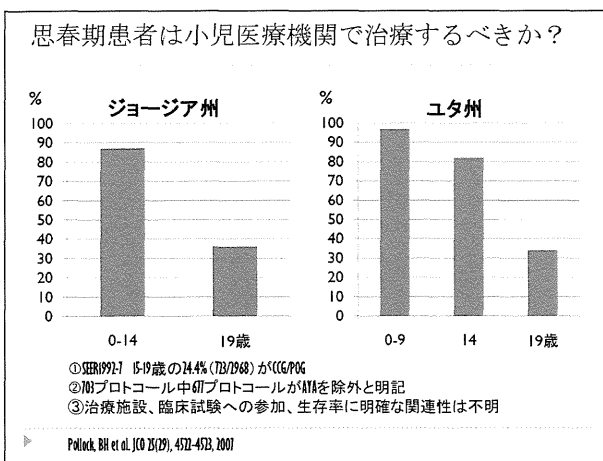
現在アメリカでは703のがん治療に関するプロトコルがあるのですが、677プロトコルはAYAは対象外のものと言われています。おそらく小児医療機関であろうと、成人医療機関であろうと本来ならばAYAを除外するプロトコルを修整して利用している可能性があると思います。とくに小児のプロトコルが良いとわかっていないがんに関しては、さまざまな治療がなされ、スタンダードな治療がなされていないために、生存率向上に直結しないのではないかと、言われています。

### AYAのがんの心理・社会的問題

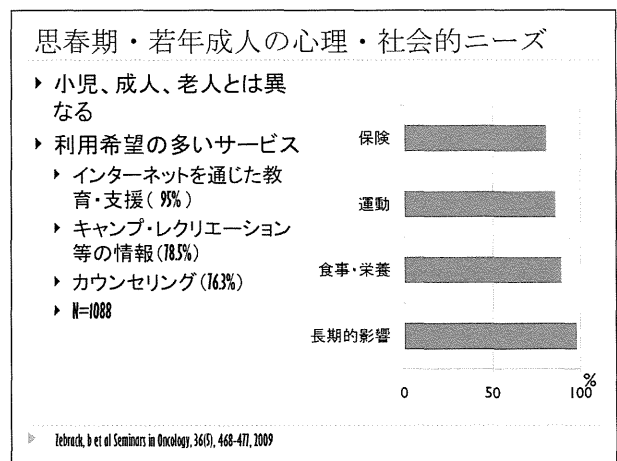
『Seminars in Oncology』(36(5), 468-477, 2009)でAYAを特集しています。その特集号の中で、私が大変良いと思ったのは、思春期・若年成人は、小児、成人、老人とはまったく異なるニーズを持っている集団なのだということを明記していることです(スライド14)。それを証明する研究もいくつかあります。たとえばAYAのがん患者 1088人を対象とした調査では、情報ニーズとして、「長期的影響」、「食事・栄養」、「運動」、「保険」といったデータが出ています。また、利用希望の多いサービスとしては、「インターネットを通じた教育・支援」が95%と、高率を示しています。さらにキャンプ・レクリエーション等のサポートプログラムの情報を求め、メンタル面に対するカウンセリングにも利用希望が高く、他の年齢層には見られない特徴といえます。

### 米国の取り組み概要

NCIとLIVESTRONGという患者団体が協同し、「Adolescent and Young Adult Oncology Progress Review Group」(AYAOPRG 2005-6)というものをつくりました。構成メンバーは100名以上で、研究者・医療者だけではなく、当事者も含めています。AYAの治療成績をあげて、心理・社会的ニーズに対応するためには、どうしたらいいのかということ『Closing the Gap: Research and Care Imperatives for Adolescents and Young Adults with Cancer』というレポートで様々な提言をしています。AYAのがんの医療サービス全般について、成人や老人、あるいは小児のがん医療とのギャップを埋めようという意味



スライド 13



スライド 14

で「Closing the Gap」と名づけられ、公官庁である保健福祉省 (US Department of Health and Human Services) や、大きな研究機関であるNational Institute of HealthやNCI, 患者団体に提出しています (スライド15)。

その内容は「研究」、「臨床実践」、「心理社会的ケア」の3本柱で (スライド16)、提言としては5つあります。ひとつは思春期・若年成人がんの腫瘍の特徴とか治療反応性に関する研究の充実と生存率の改善です。こういう取り組みを推進するための研究のデータベースとなるような、がん登録システムなどのインフラ整備についても提言しています。

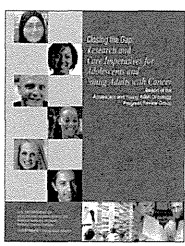
臨床実践に関しては、啓発、予防、治療へのアクセスとケアの向上に資する教育、トレーニングと広報活動の一環として、ガイドラインの作成と生涯教育の質の向上を行うということを提言しています。

心理社会的ケアに関しては、小児・若年成人がんの患者さんが心理社会的支援を充実させるだけでなく、それを権利としてアドボカシー (権利擁護) することの重要性も入れています。この5つの提言に対して、さらに具体的な戦略をそれぞれ4~5ほど挙げて、それぞれにタイムライン、予算、拠出元、パートナーを決めています。また研究とガイドライン作成、生涯教育の提供という3つの領域については、具体的な行動目標を定めています (スライド17)。

その結果、各提言に対するプロジェクトの数が図のように増えています (スライド18)。「研究」は最も多

**米国の取り組み概要**

- NCIとLIVESTRONG: Adolescent and Young Adult Oncology Progress Review Group (AYAOPRG 2005-6)
  - 構成メンバー (100名以上)
    - 小児・思春期・若年成人・老人がんに関する研究者・医療者・当事者
    - 生物・疫学統計専門家、製薬・保険会社代表者
- 最終レポート
  - Closing the Gap: Research and Care Imperatives for Adolescents and Young Adults with Cancer
- 提出先
  - 公官庁
    - US Department of Health and Human Services
  - 研究機関
    - National Institute of Health
    - National Cancer Institute
  - 患者団体
    - LIVESTRONG Young Adult Alliance



スライド 15

**最終レポート：5つの提言**

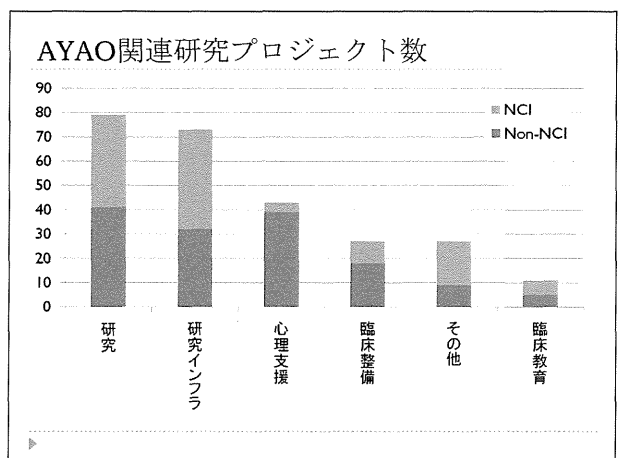
- 研究**
  - 思春期・若年成人がんの腫瘍の特徴、治療反応性に関する研究の充実と予後の改善
  - 思春期・若年成人がんの様々な問題に関する研究を促進するためのインフラ整備
- 臨床実践**
  - 思春期・若年成人がんに関する啓発、予防、治療へのアクセスとケアの向上に資する教育、トレーニングおよび広報活動を行う
  - 予防、スクリーニング、診断、治療、サバイバーシップ (又は終末期医療) までの継続的なサービス提供とその質の向上
- 心理社会的ケア**
  - 思春期・若年がん患者の権利擁護と心理社会的支援の充実

スライド 16

**実現に向けて**

- 各提案内容について4-5の具体的な戦略を策定
  - タイムライン
  - 予算
  - 拠出元
  - パートナー
- 具体的な行動目標を定める
  - 研究: 最小限の人数で行う新たな臨床試験の実施
  - ガイドライン: 思春期・若年成人がんプログラムの開発 (治療、フォローアップ、全国的な会合の開催と承認)
  - 啓発: 患者が最初に受診する可能性の高い医療者向け生涯教育の提供

スライド 17



スライド 18

く、次に「研究インフラ」については70近いプロジェクトができ、「心理支援」、「臨床整備」、「臨床教育」、さらにその他のプロジェクトと続き、合計で300近いプロジェクトがこの提言から生まれています。

こういうものを受けて、最近『Journal of Clinical Oncology』(28(32), 4862-4867, 2010)が「Quality Cancer Care for Adolescents and Young Adults」というタイトルで「A Position Statement」というものを出しています(スライド19)。ポジションステートメントというのは、相当に実行力をともなった提案だとお考えください。学会や学術雑誌でポジションステートメントと出ますと、それをどのように臨床上、教育上、研究上実行していこうかという流れが必ず生まれるようなものです。

初期診断にかかわる職種であるNPやプライマリケア医への教育内容として、早期発見、診断能力の向上、治療ルートの確立など、早期発見早期治療につながる事が重要視されています。またAYAのがんの専門性の確立、さらにAYAのがんに特化した研究の促進など、AYAフレンドリーな治療環境の整備など9領域を特定したAYAのがん患者にとって良い治療を提供できているかどうかに関するアセスメント項目を作成しています。

さらにこうした適切な治療の確立や専門性の保持という部分の提案として、AYACHampionと言われるAYAの専門家、つまり小児・成人がん医療にも精通しており、治療機関の間の橋渡しもするようなコーディネーター役の必要性とそのトレーニングに関しても言及しています。

LIVESTRONGのホームページなどを見ますと継続教育の教材も出ています(スライド20)。医療職だけではなく、教育職も対象となっています。とくにAYA世代にとって学校教育は非常に重要ですので、教育者向けの教材や地域の保健職に対するパンフレットがアップされています。

専門職向けの教材の例では、40歳以下に特化した『FORCUS UNDER FORTY』というタイトルのビデオなどが無料で閲覧できるようになっています

### Position Statement

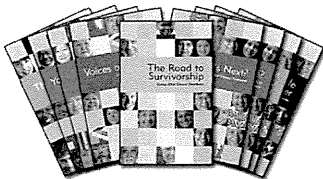
- ▶ **Quality Cancer Care for Adolescents and Young Adults: A Position Statement**  
Zehock, B., et al. Journal of Clinical Oncology, 28(32), 4862-4867, 2010
- ▶ プライマリケア医・NPの早期発見・診断能力
- ▶ 適切な機関への紹介と治療開始のルートの確立
- ▶ 医療職のAYAに関する治療の専門性 (小児・成人医療連携含む)
- ▶ AYAに特化した研究等
- ▶ 認知面・精神面・心理社会面のニーズに関するアセスメント能力
- ▶ 年齢に見合った支援リソースの紹介  
.....等、査定9領域を特定
- ▶ **Adolescents and Young Adult Oncology Training for Health Professionals: A Position Statement**  
Heres-Latin, B., et al. Journal of Clinical Oncology, 28(32), 4838-4861, 2010
- ▶ AYACHampion: AYAの専門家 小児・成人がん医療にも精通、コーディネーター

スライド 19

### 専門職向け継続教育教材

WHAT DO WE DO->OUR ACTIONS->PROFESSIONAL TOOLS & TRAININGS

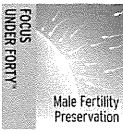

1. 医療職
2. 教育職
3. 地域住民
4. 地域の保健・医療職



スライド 20

### 専門職向け継続教育教材例

- ▶ がん患者(40歳以下)に特化した内容
- ▶ 男性
  - ▶ 19歳 急性骨髄性白血病
  - ▶ 18歳 精巣腫瘍
- ▶ 女性
  - ▶ 20歳 ユーイング肉腫
  - ▶ 34歳 乳がん
- ▶ いつ、何をどう話すのか、ではなく、事例の心理、ニーズを理解する事に重点

スライド 21

