

表4.倦怠感マネジメントのバリアの結果 (n=138)

Fatigue Knowledge Scale(0-15)	12.0±1.8 <sup>a</sup> 正答率平均80%	正答率
1. 倦怠感は、身体的、精神的、情緒的に疲れている感覚である。		97.1%
2. がんに伴う倦怠感、がんとその治療に見られる最も多い副作用である。		52.9%
3. 倦怠感の程度をなし、軽度、中等度、重度、0から10の数値で表すことができる。		71.0%
4. 化学療法は、健康細胞の破壊や組織修復のためにエネルギーを要し倦怠感を生じる。		75.4%
5. 倦怠感はいつも単独で生じる。		81.2%
6. 痛み、情緒不安定、睡眠障害、身体的不活動、栄養問題といった関連因子がある。		92.8%
7. 運動をすると普段の活動時により多くの努力を必要とするようになる。		62.3%
8. 倦怠感を軽減する一般的な方法は、休息と活動のバランスをとることである。		89.1%
9. 本当に疲れている時は、終日ベッドで寝ているべきである。		66.7%
10. 倦怠感が改善しない、繰り返す、ひどくなる時は、主治医に連絡するべきだ。		92.0%
11. がん治療と身体活動低下はエネルギーレベルと身体活動能力を低下させる。		86.2%
12. 倦怠感を悪化させるので痛み、吐き気、抑うつ状態について報告すべきだ。		97.8%
13. 一日のエネルギーレベルを日誌に記録することは、倦怠感管理に役立つ。		66.7%
14. 赤血球が少なすぎると、身体が必要とするエネルギーが不足する可能性がある。		76.1%
15. 不安・抑うつが大きくなると、倦怠感のような身体的症状が引き起こされる。		94.2%
Fatigue Barrier Scale(0-75)	27.64±11.125(0-57)a	バリア頻度 <sup>b</sup>
1. 倦怠感、がんやがんの治療を受ける限り、避けられない。 : 2.5c		52.2%
2. 倦怠感を和らげることができる効果的な治療法はたくさんある。 : 3.1		68.1%
3. 私の倦怠感のことで主治医をわずらわせたくない。 : 2.1		45.7%
4. 倦怠感を訴えたら、医療者は私を治療したくなくなるかもしれない。 : 0.8		15.9%
5. 私は病気を治療してもらっていることに感謝すべきである。 : 1.9		40.6%
6. 倦怠感、病気が悪くなっていることを意味するのではないかと心配。 : 1.7		32.6%
7. 倦怠感の治療は、病気の治療ほど重要ではない。 : 1.7		33.3%
8. 倦怠感を報告しても医療者は精神的な問題としてしか考えない。 : 1.6		25.4%
9. 倦怠感を訴えたら、医療者は治療を変えるかもしれない。 : 2.4		53.6%
10. 倦怠感、治療が効いていないことを意味するのではないかと心配。 : 1.3		21.7%
11. 倦怠感について話したら、苦情が多い人だと思われるだろう。 : 1.8		35.5%
12. 倦怠感が重要ならば、医療者からその話題を持ち出すであろう。 : 2.4		52.2%
13. 倦怠感を医療者に話すことはバイタルサインと同じくらい大切だ。 : 2.9		60.9%
14. 医療者は忙しすぎて私の倦怠感について心配していない。 : 1.6		31.2%
15. 倦怠感にできることは何もない。ただ付き合い方を学ぶだけだ。 : 1.8		35.5%

a. 平均値±標準偏差（範囲）を示す

b. 0-5 (0: 全く同意しない、5: 全面的に同意する) のうち、3以上と回答した者の割合

c. 平均点を示す

表 5. 従属変数をFACT-B得点とした重回帰分析結果

	偏回帰係数	標準偏回帰係数	t値	p値	VIF
K6	- 2.20	-0.51	-7.63	<0.001	1.92
FBSa	-0.49	-0.29	-5.24	<0.001	1.34
CFSb	-0.34	-0.18	-2.72	0.007	1.86
診断後期間	0.20	0.11	2.29	0.023	1.03

R<sub>2</sub>=0.69, ANOVA p<0.001

a. Fatigue Barriers Scale, b. Cancer Fatigue Scale

表6. 従属変数を身体的倦怠感とした重回帰分析結果

	偏回帰係数	標準偏回帰係数	t値	p値	VIF
K6	0.66	0.50	6.90	<0.001	1.28
FBSa	0.14	0.27	3.67	<0.001	1.28

R<sub>2</sub>=0.44, ANOVA <0.001

a. Fatigue Barriers Scale

表7. 従属変数を精神的倦怠感とした重回帰分析結果

	偏回帰係数	標準偏回帰係数	t値	p値	VIF
K6	0.38	0.53	6.72	<0.001	1.13
年齢	0.07	0.22	2.77	0.006	1.13

R<sub>2</sub>=0.24, ANOVA p<0.001

表8. 従属変数を認知的倦怠感とした重回帰分析結果

	偏回帰係数	標準偏回帰係数	t値	p値	VIF
K6	0.26	0.29	3.21	0.002	1.33
更年期症状	-0.36	-0.23	-2.64	0.009	1.33

R<sub>2</sub>=0.19, ANOVA p<0.001

表 9. 従属変数をFBS合計点とした重回帰分析結果

	偏回帰係数	標準偏回帰係数	t値	p値	VIF
K6	1.18	0.46	6.18	<0.001	1.00
同居者あり	-5.53	-0.16	-2.19	0.030	1.00

R<sub>2</sub>=0.23, ANOVA p<0.001

5. 倦怠感、倦怠感マネジメントのバリアと関連する要因

CFS 下位尺度得点を従属変数として、それぞれ

に有意に相関した変数を全て独立変数として重回帰分析 (ステップワイズ法) を行った結果、身体的倦怠感では K6 と FBS、精神的倦怠感では K6

と年齢、認知的倦怠感ではK6と更年期症状が有意に関連した。選択された独立変数の分散はそれぞれ44%、24%、19%であった。結果を表6、7、8に示す。

FBS得点を従属変数として、有意に関連した変数のうちCFS得点、CFS下位尺度得点以外の変数を独立変数として重回帰分析（ステップワイズ法）を行った結果、K6と同居者ありが有意に関連した。選択された独立変数は、FBS得点の分散の23%を占めた。結果を表9に示す。

#### D. 考察

##### 1. 対象の特徴および倦怠感、倦怠感得点、倦怠感マネジメントバリア得点、QOL得点の特徴

対象者の年齢分布は40歳から59歳が71%を占めるベル型分布であり、日本の乳がん罹患年代別分布と類似している<sup>20)</sup>。教育歴は、短大以上の割合が75.4%であり、平均年齢50歳の対象者が18歳時（1981年）の女性の短大・大学への進学率33%<sup>21)</sup>と比較すると高く、日本国内8施設における平均年齢53.3歳の乳がん術後患者を対象とした先行研究<sup>22)</sup>の教育歴（短大以上28%）と比較しても、本研究対象者の教育歴は高いと言える。

本研究において、倦怠感有症率は86%と先行研究<sup>11-13)</sup>より高かった。倦怠感の有症率は、測定尺度の違いにより差があることが指摘されており<sup>23)</sup>、本研究も比較している先行研究とは異なる尺度を用いていることも関係があると考えられる。しかし、ホルモン療法中の乳がん患者において86%が0ではない倦怠感を、37%が中等度以上の倦怠感を経験しているということは、無視できない事実である。ホルモン療法中の倦怠感のFNS平均値で3.1であり、海外の先行研究<sup>24)</sup>においてホルモン療法中乳がん患者の倦怠感がFNS平均値で3.5であったことと類似していた。CFS得点平均値は、日本の乳がんサバイバーにおける先行研究<sup>25)</sup>の結果と類似していた。

FBS合計点の平均値は27.6であり、アメリカにおける先行研究<sup>26)</sup>の平均値と類似していた。

FKSの正答率は、先行研究<sup>26,27,28)</sup>の85-91%には及ばなかったが、80%と良好であった。

本研究対象者の生活の質（FACT-B得点）は、ホルモン療法開始後2年までの閉経後乳がん患者<sup>19)</sup>や、術後2年までの乳がん患者<sup>22)</sup>のFACT-B得点と類似していた。

##### 2. 倦怠感、倦怠感マネジメントのバリアと生活の質との関連

本研究において、ホルモン療法中乳がん患者の生活の質には、不安・抑うつ傾向（K6）、倦怠感マネジメントのバリア（FBS）、倦怠感（CFS）、診断からの期間が有意に関連していた。早期乳がん患者の生活の質に不安・抑うつ傾向や倦怠感がマイナスに、診断からの期間がプラスに関連することは先行研究の結果と一致する<sup>7,8,22)</sup>。一方で、ホルモン療法中乳がん患者の生活の質に、倦怠感マネジメントのバリアと倦怠感が有意に関連することは、これまで報告されてきておらず、本研究により初めて示された。

倦怠感マネジメントのバリア（FBS）は、症状への諦めや懸念、医療者への遠慮といった信念や態度の存在を示すが、そのような信念・態度の存在が強い倦怠感と、低い生活の質に有意に関連した。更に強い不安・抑うつ傾向や更年期症状にも関連した。このような患者の症状への諦めや懸念、医療者へ話したがらない傾向は、不安・抑うつといった精神的苦痛<sup>29,30)</sup>、更年期症状<sup>31)</sup>においても存在することが報告されている。この研究は横断研究であり、因果関係は言えないが、こういった患者の信念や態度は、医療者との症状に関するコミュニケーションを妨げ、症状マネジメントを妨げ、結果として生活の質に悪影響を及ぼす可能性が示唆される。

### 3. 倦怠感と倦怠感マネジメントのバリアに関連する因子

本研究結果は、ホルモン療法中の乳がん患者の身体的、精神的、認知的倦怠感の全ての側面において不安・抑うつ傾向が関連し、特に若い年代の患者ほど不安・抑うつと倦怠感がともに強い傾向にあることを示した。ホルモン療法中乳がん患者の倦怠感と不安・抑うつの関連は、先行研究の結果と一致した<sup>25)</sup>。

本研究において、倦怠感マネジメントのバリア (FBS) は、不安・抑うつ傾向 (K6)、同居者の有無に関連していた。不安や抑うつに関しては、がんそのものや治療、身体症状を克服していく能力を妨害し得ることが指摘されており<sup>32)</sup>、不安や抑うつに伴う無力感は、治療や症状への懸念、諦めといった信念や態度 (バリア) に関連すると考えられる。

同居者のある者は、独居者より FBS 得点 (バリア) が有意に低く、同じような倦怠感を経験しても、その評価対処方法が同居者のある者と無い者と異なる傾向にあることが示唆された。このことに関しては、バリアと心理社会的サポートの関連が示唆される。Michael らの研究<sup>33)</sup>において、社会的に孤立した乳がん女性は、情動的、実際の支援的、評価的、情緒的サポートの提供といった心理社会的サポートの項目すべてに関連した問題を報告し、社会的つながりのある女性より役割機能、バイタリティ、身体機能が低いことが示された。情動的サポートは、問題を明らかにし解決するためのアドバイスやフィードバックの提供を含み、評価的サポートは、自己評価や意思決定を支持するような情報提供を含み、情緒的サポートは、共感的理解や感情表現の促進を含む<sup>34)</sup>。倦怠感を抱えている患者に、その状態をフィードバックし、肯定的・共感的に理解し、医療者に相談するようアドバイスするといった心理社会的サポートの存在は、患者のバリアとなる信念や態度

を修正し、適切な評価対処の助けとなる可能性がある。

### E. 結論

本研究の結果は、ホルモン療法中乳がん患者の倦怠感マネジメントのバリアは倦怠感、不安・抑うつ傾向、診断からの期間と共に、生活の質に有意に関連することを明らかにした。ホルモン療法中乳がん患者の半数以上が、「倦怠感は避けられない」「倦怠感を訴えたら医療者は治療を変えるかもしれない」「倦怠感が重要なら医療者が聞くであろう」といった信念、態度 (バリア) を報告した。このようなバリアの多い患者ほど倦怠感が強く、不安・抑うつ傾向も高かった。バリアには、不安・抑うつ傾向、同居者の有無が有意に関連した。

### 引用文献

- 1) NIH, NIH State of the Science Statement on Symptom Management in Cancer: Pain, Depression, and Fatigue, 19(4), 2002.  
<http://consensus.nih.gov/2002/2002CancerPainDepressionFatigueSOS022PDF.pdf>
- 2) NPO 法人日本乳がん情報ネットワーク訳, NCCN ガイドライン: がんに伴う倦怠感 2008 年第 1 版,  
[http://www.jccnb.net/guideline/images/gl16\\_fati.pdf](http://www.jccnb.net/guideline/images/gl16_fati.pdf)
- 3) Karin Ahlberg et al, Assessment and Management of Cancer-related Fatigue in Adults, The Lancet, 362, 640-650, 2003
- 4) Katherine L. Byar et al, Impact of Adjuvant Breast Cancer Chemotherapy on Fatigue, Other Symptoms, and QOL, Oncology Nursing Forum, 33(1), E18-E26, 2006
- 5) Marilyn J. Dodd et al, The Effect of Symptom Clusters on Functional Status and QOL in Women with Breast Cancer, European Journal of Oncology Nursing, 14, 101-110, 2010
- 6) Tami Borneman et al, Reducing Patient Barriers to Pain and Fatigue Management, Journal of Pain and Symptom Management, 39(3), 486-501, 2009
- 7) Katherine L. Byar and others, Impact of adjuvant chemotherapy on fatigue, other symptoms, and quality of life, Oncology Nursing Forum, Vol.33, No.1 (2006): E18-26
- 8) Martina E. Shmidt and others, Fatigue and quality of life in breast cancer survivors: temporal courses and long-term pattern, Journal of

- Cancer Survivors, Vol.6 ( 2012 ) : 11-19
- 9) 日本乳癌学会編,科学的根拠に基づく乳癌診療ガイドライン①治療編2011年版( 東京, 金原出版株式会社, 2011)
- 10) Karin Ahlberg and others, Assessment and management of cancer-related fatigue in adults, *The Lancet* Vol.362(2003): 640-650
- 11) Hiroyuki Takei and others, Health-related quality of life, psychological distress, and adverse events in postmenopausal women with breast cancer who receive tamoxifen, exemestane, or anastrozole as adjuvant endocrine therapy: National Surgical Adjuvant Study of Breast Cancer 04, *Breast Cancer Research and Treatment* Vol.133 No.1( 2012): 227-236
- 12) David Cella and others, Quality of life of postmenopausal women in the ATAC trial after completion of 5 years' adjuvant treatment for early breast cancer, *Breast Cancer Research and Treatment*, Vol.100 ( 2006 ) : 273-284
- 13) Michael Grant and others, Adjuvant endocrine therapy plus zoledronic acid in premenopausal women with early stage breast cancer: 62 month follow up from the ABCSG-12 randomized trial, *Lancet Oncology*, Vol.12 ( 2011 ) : 631-641
- 14) 厚生労働省,がん対策推進基本計画平成24年6月  
[http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan\\_keikaku02.pdf](http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan_keikaku02.pdf)  
( accessed December 16, 2012 )
- 15) Toru Okuyama et al, Development and Validation of the Cancer Fatigue Scale: A Brief, Three-Dimensional, Self-Rating Scale for assessment of Fatigue in Cancer Patients, *Journal of Pain and Symptom Management*, 19(1),5-14, 2000
- 16) Kugaya et al, Screening for psychological distress in Japanese cancer patients, *Jpn Journal of Clinical Oncology*, 28, 333-338, 1998
- 17) David F. Cella and others, The Functional Assessment of Cancer Therapy Scale: Development and validation of the General Measure, *Journal of Clinical Oncology*, Vol.11, No.3 ( 1993 ) : 570-579
- 18) Kojiro Shimozuma and others, Reliability and Validity of the Japanese Version of the FACT-B QOL instrument: women's Health Outcome Study (WHOS)-I, *Quality of Life Research*, Vol. 9( 2000 ) : 287
- 19) 下妻晃二郎,江口成美,がん患者用QOL尺度の開発と臨床応用 ( I ) , 日医総研ワーキングペーパー,平成13年10月30日  
<http://www.jmari.med.or.jp/research/dl.php?no=47>  
( accessed March 1, 2012 )
- 20) 国立がん研究センターがん対策情報センター, がん情報サービス, 部位ごとの集計, 年齢階級別がん罹患率 ( 乳房2005 ) ,  
<http://ganjoho.jp/pro/statistics/gd.html?21%2%2>  
( accessed December 8, 2012 )
- 21) 文部科学省学校基本調査年次統計進学率,  
<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?bid=000001015843&cyc=ode>(accessed December 16, 2012 )
- 22) Naruto Taira and others, Associations among baseline variables, treatment-related factors and health-related quality of life 2 years after breast cancer surgery, *Breast Cancer Research and Treatment*, Vol.128 ( 2011 ) : 735-747
- 23) Christine Miaskowski and Russell K.Portenoy, "Assessment and Management of Cancer-related Fatigue" Chap.8 in *Principles in practice of palliative care and supportive oncology 3rd edition* (Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2007) 95-104
- 24) Bessie Woo and others, Differences in fatigue by treatment methods in women with breast cancer, *Oncology Nursing Forum*, Vol.25 No.5 ( 1998 ) : 915-920
- 25) Toru Okuyama and others, Factors correlates with fatigue in disease free breast cancer patients: application of the Cancer Fatigue scale, *Support Care Cancer* Vol.8( 2000 ) : 215-222
- 26) Tami Borneman and others, Effectiveness of a clinical intervention to eliminate barriers to pain and fatigue management in oncology, *Journal of Palliative Medicine*, Vol.14 No.2 ( 2011 ) : 197-205
- 27) Tami Borneman and others, Reducing Patient Barriers to Pain and Fatigue Management, *Journal of Pain and Symptom Management*, Vol. 39 No. 3(2009) : 486-501
- 28) Tami Borneman and others, Implementing the Fatigue Guidelines at one NCCN member institution: process and outcomes, *Journal of National Comprehensive Cancer Network*, Vol.5, No.10 ( 2007 ) : 1092-1101
- 29) NIH state-of-the-Science Statement on symptom management in cancer :pain, depression, and fatigue, *NIH Consensus and State of the Science Statements* Vol.19 No.4(2002) :1-29
- 30) Toru Okuyama and others, Cancer patient' reluctance to disclose their emotional distress to their physicians: a study of Japanese patients with lung cancer, *Psycho-Oncology*, Vol.17 ( 2008 ) : 460-465
- 31) Agnes Glaus and others, Fatigue and menopausal symptoms in women with breast cancer undergoing hormone cancer treatment, *Annals of Oncology*, Vol.17 ( 2006 ) : 801-806
- 32) National Comprehensive Cancer Network, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Distress Management version 2(2013) ,  
[http://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/pdf/distress.pdf](http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/distress.pdf)  
( accessed December 16, 2012 )
- 33) Yvonne L. Michael and others, Social networks and health-related quality of life in breast cancer survivors A prospective study, *Journal of Psychosomatic Research*, Vol.52 ( 2002 ) : 285-293
- 34) Cathy D. Sherbourne and Anita Stewart, The MOS social support survey, *Social Science and Medicine*, Vol.32, No.6 ( 1991 ) : 705-714

## 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

就労に関する相談対応の相談支援センターと就労関連専門職との連携体制のあり方に関する検討

研究分担者 高山 智子（独）国立がん研究センターがん対策情報センター 室長）

研究協力者 八巻知香子（独）国立がん研究センターがん対策情報センター 研究員）

研究協力者 小郷 祐子（独）国立がん研究センターがん対策情報センター 研修専門員）

**研究要旨：** 相談者の就労に関する真のニーズに添えていくためには、相談支援センターのがん専門相談員が然るべき知識を身につけ、院内外の専門家と連携し、相談対応していくことが求められる。本検討では、がん相談支援センターが、がん患者の就労支援を行う際に必要な情報や支援をつないでいく先の資源（専門家、体制整備状況等）について明らかにすることを目的として、外部の専門職種（社会保険労務士および産業カウンセラー）との連携体制のあり方について検討を行った。

がん患者の就労支援を行う際に、今後連携が必要と考えられる社団法人日本産業カウンセラー協会と全国社会保険労務士会連合会へのヒアリングを行い、それぞれの専門職種の位置付けや体制整備状況について整理を行った。その結果、組織間レベル、個別の相談対応レベルでの連携の可能性といくつかの留意点が示され、顔の見える教育や研修の場を組織同士の連携体制をもとに持つことで、より効果的に地域ごとの体制を構築していくことが可能であると考えられた。

### A. 研究目的

第2期のがん対策推進基本計画（以下、基本計画と示す）が、平成24年6月に出され、その中で新たに、がん患者とその家族を社会全体で支える取組を実施することにより、「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」を実現することが目標の一つに掲げられた。また、基本計画の個別目標の一つである「9. がん患者の就労を含めた社会的な問題」の取り組むべき施策として、「がん以外の患者へも配慮しつつ、がん患者・経験者の就労に関するニーズや課題を明らかにした上で、職場でのがんの正しい知識の普及、事業者・がん患者やその家族・経験者に対する情報提供・相談支援体制のあり方等を検討し、検討結果に基づいた取組を実施する」ことや、「働くことが可能かつ働く意欲のあるがん患者が働けるよう、医療従事者、産業医、事業者等との情報共有や連携の下、プライバシー保護にも配慮しつつ、治療と職業生活の両立を支援するための仕組みについ

て検討し、検討結果に基づき試行的取組を実施する」ことが示されている。

現在、全国のがん対策および情報提供や相談対応窓口として整備が進められている397のがん診療連携拠点病院（以下、拠点病院と示す）に設置されている相談支援センターは、拠点病院のみならず、地域住民のがんに関する情報提供や相談対応を行う窓口として整備が進められており、就労に関する取組みについても、直接、患者や家族を含む相談者に対して行うことが期待されている。一方で、就労に関する相談者のニーズや課題は幅広く、また個別性も高いと考えられるため、相談者の就労に関する真のニーズに添えていくためには、相談支援センターのがん専門相談員（以下、相談員と示す）が然るべき知識を身につけ、院内外の専門家とも連携し、役割分担を行いつつ、相談対応していくことが求められる。しかしながら、医療機関内の医療専門職の多くは、外部の専門職（たとえば、社会保険労務士や産業カウンセラー

等)と個々の専門職種間、また組織間において、これまでほとんど関わりを持ってこなかったこともあり、お互いにどのように連携し、役割分担するかについてはわかっていないのが実状であると考えられる。

本検討では、がん相談支援センターが、がん患者の就労支援を行う際に必要な情報や支援をつないでいく先の資源(専門家、体制整備状況等)について明らかにすることを目的として、外部の専門職種(社会保険労務士および産業カウンセラー)との連携体制のあり方について検討を行った。

## B. 研究方法

がん患者の就労支援を行う際に、今後連携や役割分担が必要と考えられる団体および連携先となりうる専門家個人へのヒアリングを行い、それぞれの専門職種の位置付けや体制整備状況について整理を行った。今回対象とした専門組織および専門家は、社団法人日本産業カウンセラー協会と産業カウンセラー、全国社会保険労務士会連合会と社会保険労務士である。ヒアリング内容は、専門家育成状況と情報・支援連携先としての全国の活動状況、全国の相談支援センターとの連携の可能性やあり方についての考えについてなどとし、活動状況については、ヒアリング以外にもそれぞれの団体が公開している資料を参考に論点整理を行った。

(倫理面への配慮)

本研究は、組織に対するヒアリング調査をもとにして行ったものであり、個人情報を含むデータの取り扱いはない。

## C. 研究結果

表1に、社団法人日本産業カウンセラー協会および産業カウンセラーについてヒアリングした内容と同協会が発行する事業報告、ホームページから整理した位置付けや体制整備状況について

示した。また、表2に、全国社会保険労務士会連合会および社会保険労務士についてヒアリングした内容と同連合会のホームページから整理した位置付けや体制整備状況について示した。

表1. 社団法人日本産業カウンセラー協会および産業カウンセラーについて

社団法人日本産業カウンセラー協会	
体制	本部：東京都港区 支部：全国に13の協会支部を設置 (北海道、東北、上信越、北関東、東関東、東京、神奈川、中部、関西、中国、四国、九州、沖縄)
設置	1960年(昭和35年)11月
設置目的	働く人々の悩みに寄り添い、生き生きと働き続けられることを支援しようと創立される。
資格の認定	1992年に労働省(当時)の技能審査に加えられ「上級・中級・初級」の3種類の認定産業カウンセラーが誕生。 2002年からは規制緩和により協会認定産業カウンセラーとなり、その後、呼称も「初級産業カウンセラー」を「産業カウンセラー」へ、「中級」を「シニア」へと改めた。
資格取得者数と養成講座	産業カウンセラー約5万人 キャリア・コンサルタント約1万人 通学または通信制の講座により、面接実習(104時間)他、理論講座(講義)、在宅研修、自主学習を行う。 毎年1回実施される学科試験および実技試験に合格すると「産業カウンセラー」となる。
活動内容	1.メンタルヘルス対策への援助 2.キャリア開発への援助 3.職場における人間関係開発への援助
相談対	全国の支部による相談対応(1回50分)

応 (有料)	6,000 円、賛助会員 5,500 円)
相談対 応 (無料)	働く人の電話相談室：自殺予防週間（9月10日から1週間）のうち3日間（10時～22時まで） 働く人の悩みホットライン：月曜から土曜日まで（祝日を除く）15時～20時まで。職場、暮らし、家族、将来設計など、働く上でのさまざまな悩みに対応。一人1回30分以内。通話料は負担。 相談内容は、そのときの社会世相を反映する。 相談件数年間平均 3,000 件程度
その他の具体的な活動(1)	厚生労働省の委託事業として： ・働く人のメンタルヘルス・ポータルサイト「こころの耳」（2011、2012 年度） ・メンタルヘルス対策支援センター事業（北海道）（2011、2012 年度）
その他の具体的な活動(2)	労災病院との協働事業： ・勤労者心の電話相談、全国の労災病院で「勤労者心の電話相談」を開設。産業カウンセラーが活躍する。  <横浜労災病院の場合> メール相談：年間約 7,000 件（心療内科の医師 1 名が対応）。 電話相談：毎日（土日祝日含む）14 時～20 時、2 名ずつの産業カウンセラーがシフト対応（シフト対応する産業カウンセラーは 10 名）。年間約 4,500～5,000 件。バックアップ体制として、困った対応は、上記医師が対応する。 メンタルヘルスセンターの方針は、予防が中心。身体のことであれば、主治医へ相談するよう伝える。まだ受診していないようであれば受診科を助言する。労災に関する相談は、労働基準監

	督署へ、心のことに関する治療については、心療内科へなどへ次の窓口を案内する対応を行っている。「一人で悩むな」という方針は重要だと考えている。
--	--

\*ヒアリング内容、社団法人日本産業カウンセラー協会発行「事業案内」2012 年 11 月発行資料およびホームページ

<http://www.counselor.or.jp/index.html> をもとに作成

表 2. 全国社会保険労務士会連合会および社会保険労務士について

全国社会保険労務士会連合会	
体制	47 都道府県にある社会保険労務士会（以下、社労士会）が連合会を設立。連合会は、社労士会及びその会員の指導・連絡等を行う。
設置	1978 年（昭和 53 年）12 月
設置目的	昭和 40 年代前半の高度経済成長期を迎え、企業が大きく成長し、国民の生活が豊かになる中で、人事労務管理のあり方や労働者を守る労働保険制度、医療・年金などの社会保険制度も、多様化するニーズに対応するために複雑化した。このような変化に対応するため、人事労務管理と労働社会保険の分野を専門とする国家資格者を求める機運が高まり、昭和 43 年に社会保険労務士の制度は誕生した。
主な沿革	昭和 43 年 6 月社会保険労務士法の制定、翌 44 年 11 月第 1 回社会保険労務士試験を実施（受験申込者数 23,705 人、合格者数 2,045 人） 昭和 53 年 12 月全国社会保険労務士会連合会設立 平成 7 年 12 月社会保険労務士賠償責任保険制度の発足



登録者	約 37,818 人（平成 24 年 12 月末現在） 国家試験として毎年 1 回実施される社会保険労務士試験に合格し、原則 2 年間の労働社会保険に関する実務経験を有する者が、所属予定の都道府県社労士会への入会手続きを行い、全国社会保険労務士会連合会の名簿に登録されて「社会保険労務士」となる。
社会保険労務士養成課程における教育内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 人事・労務管理、労働社会保険に関する専門知識を学ぶ。</li> <li>▶ 連合会では、社労士試験の受験者向けの講座等は実施していない。</li> <li>▶ 社会保険労務士の中でも個別労働関係紛争の解決手続代理業務をすることができる「特定社会保険労務士」になるための「特別研修」及び「紛争解決手続代理業務試験（国家試験）」を実施している。</li> </ul>
連合会による継続教育/研修等の実施	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 連合会の e ラーニングシステムによる専門分野に関する研修</li> <li>▶ 倫理研修（5 年に 1 度の受講義務）</li> <li>▶ 都道府県社労士会が実施する専門分野に関する集合研修 等</li> </ul>
活動範囲、内容	<p>社会保険労務士の活動範囲、内容</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 労働社会保険に関する諸手続き</li> <li>▶ 就業規則の作成など労務管理に関するコンサルティング</li> <li>▶ 年金に関する相談及び代行申請</li> <li>▶ 個別労働関係紛争のあっせん代理他</li> </ul>
相談対応（無料）	総合労働相談所：全国 47 都道府県の社労士会が開設する、社会保険労務士が行う無料の相談対応
相談対応（無料）	厚労省の委託を受けて、社労士会館内で無料の電話相談（委託期間は H25 年 3 月まで）

対応時間平日 17:00～20:00、土日 10:00～18:00。 相談件数平日平均 15 件、土日平均 40 件、年間合計 5,000～6,000 件程度。
---

\*ヒアリング内容、全国社会保険労務士会連合会発行資料およびホームページ

<http://www.shakaihokenroumushi.jp/>を参考に作成

#### D. 考察

##### 組織同士の連携体制構築の可能性について

就労に関する相談者の幅広いニーズや課題に対応するためには、さまざまな専門家がそれぞれの強みを発揮していくとともに、それぞれの専門家同士が互いに連携していく必要がある。また全国の相談者に対応するためには、全国レベルでの連携体制が必要になる。活動の一部ではあるが、産業カウンセラー協会、全国社会保険労務士会連合会ともに、全国レベルの無料の相談対応窓口を設置していた。相談者がこうした全国レベルの相談窓口の資源を活用することは可能であり、今後（それぞれの資源の対応可能範囲を確認する必要があるかもしれないが）相談者に然るべき相談窓口の一つとして紹介することが可能であると考えられる。

また、社会保険労務士については、各都道府県の社労士会が存在し、また産業カウンセラー協会についても、各都道府県にはないものの 13 の協会支部が存在していることから、地域ごとのニーズに即した相談支援センターとの専門職種間の連携体制をつくっていくことが可能であると考えられる。ただし、基本計画のもとに作成される各都道府県のがん対策推進計画（平成 25 年 3 月策定予定）が、都道府県ごとに策定され、就労支援に関しても目標が異なると考えられることから、各々の連携体制を作る場合に、都道府県単位ではない産業カウンセラーの協会支部との連携

については、この点留意して進めていく必要があるろう。

#### 個別の相談対応に関する連携体制について

個別の相談内容に関する連携については、産業カウンセラーおよび社会保険労務士の両職種とも、当然ながら「がん」やその他の身体的な疾患の相談対応を行う専門家ではない。がんに関連する相談から派生する就労の情報提供や相談対応を行う際には、まずがんに関する課題や問題を整理し、就労に関する課題も整理した上で、然るべき専門職へと連携を行う必要がある。現在は、多くの場合相談支援センターの相談員は、それぞれの職種の得意とする領域についてさえ、十分に理解していないと考えられる。したがって、連携体制構築の第一歩としては、お互いの専門対応領域や活動内容などを理解し合えるような環境や教育などが求められるであろう。お互いの顔の見える教育や研修の場を組織同士の連携体制をもとに持つことで、より効果的に地域ごとの体制を構築していくことが可能であると考えられる。今後は、さらに個別の相談対応の際の連携や役割分担について検討していくことも必要であろう。

#### E. 結論

がん患者の就労支援を行う際に、今後連携が必要と考えられる社団法人日本産業カウンセラー協会と産業カウンセラー、全国社会保険労務士会連合会と社会保険労務士へのヒアリングを行い、それぞれの専門職種の位置付けや体制整備状況について整理を行った。その結果、組織間レベル、個別の相談対応レベルでの連携の可能性と留意点が明らかになり、組織同士の連携体制をもとにした顔の見える教育や研修の場を持つことで、より効果的に地域ごとの体制を構築していくことが可能であると考えられた。

#### F. 研究発表

##### 1. 論文発表

なし

##### 2. 学会発表

なし

#### G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

## 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

### 就労相談に関する介入モデルの検討と実施

社会保険労務士による就労中もしくは求職中の乳がん患者を対象とした個人相談の効果の検証

研究協力者：平松 利麻（トラヴェシア社会保険労務士事務所）

研究協力者：橋本久美子（聖路加国際病院医療相談・連携支援センター）

#### 【要旨】

がん医療は新たなステップに移り、がん経験者またその家族の生活の質に目を向けた医療が提供されつつあり、キャンサーサバイバーシップの中においての〈がんと就労〉に着目した研究が必要とされている。

日本の全がん罹患者数のうち、20歳から69歳までが46.8%を占め、約半数が就労可能年齢で罹患している。この世代は家庭でも社会でも中心となる世代であり、がん罹患は大きな影響を社会に及ぼす可能性が高い。がん罹患後に多くの患者が就労への影響を受けていることや、その社会的課題については先行研究が指摘しているが、その問題解決や啓発に向けたカリキュラムなどの具体的な対応策の検討は行なわれていない。

就労中に乳がんと診断された患者の多くが、検査、手術、化学療法による通院および体調変化のために休職、ときには離職を余儀なくされる。さらに、その後の復職にも影響を与え「働きたくても働けない」状況になることが臨床上では多く経験する。その中で患者は、就労に関しての疑問や悩みを抱え、相談すべき機会や場を利用できないでいる。

乳がん罹患後の就労に関する悩みに対する問題解決の場として就労中もしくは求職中の乳がん患者を対象とした社会保険労務士による個人相談を施行した。

相談時間は、当初30分の予定であったものが、やはり60分かかることが分かった。また、就労リング参加者の2名について、就労リングの場では、他の参加者と事情が異なるため、疑問や不安に思っているが発言できなかったことについて、個人相談の場において、解決することができた。これは、就労リングと個人相談がお互いに補完し合うものとして機能するものとして効果があることを示している。

相談の内容としては、大きく分けて、1. 社会保険に関するもの、2. 労働法に関するものがあり、いずれも一つの内容ではなく、複数の要素が絡み合っていた。行政の機関においては、健康保険、国民年金・厚生年金、雇用保険、労働基準法、その他の労働法と全てが別々の管轄になっており、複合的に回答してもらえない場所はない。

これに対して、社会保険労務士は通常企業の顧問として活動している場合がほとんどであり、個別の労働者からの相談には対応していないのが現状である。これは社会保険労務士のビジネスモデルが企業の顧問料収入から成り立っているという点が大きな要因であろう。また、労働者が個別に費用を支払って社会保険労務士に相談をするだろうかという疑問点も残る。

このような状況下において、今回のように病院内に社会保険労務士が定期的かつ継続的に相談窓口として配置されているということは、大変意義深いものと思われる。

会社やそこで働く人たちが幸せになるためには、本来は労使といった対立構造ではなく、お互いに思いやり助け合うことが何よりも大切である。その精神を一番大切にしながら、会社側と患者側、両方の視点を持ちながら、さらに鳥瞰しつつ総合的にとらえ、問題解決を行うこと。これこそが社会保険労務士がキャンサーサバイバーシップに資するための大きな役割と言えよう。

## A. 研究目的

がん医療は新たなステップに移り、がん経験者またその家族の生活の質に目を向けた医療が提供されつつあり、キャンサーサバイバーシップの中においての〈がんと就労〉に着目した研究が必要とされている。

日本の全がん罹患者数のうち、20歳から69歳までが46.8%を占め、約半数が就労可能年齢で罹患している。この世代は家庭でも社会でも中心となる世代であり、がん罹患は大きな影響を社会に及ぼす可能性が高い。がん罹患後に多くの患者が就労への影響を受けていることや、その社会的課題については先行研究が指摘しているが、その問題解決や啓発に向けたカリキュラムなどの具体的な対応策の検討は行なわれていない。

就労中に乳がんと診断された患者の多くが、検査、手術、化学療法による通院および体調変化のために休職、ときには離職を余儀なくされる。さらに、その後の復職にも影響を与え「働きたくても働けない」状況になることが臨床では多く見られているところである。その中で患者は、就労に関しての疑問や悩みを抱え、相談すべき機会や場を利用できないでいる。

そこで、乳がん罹患後の就労に関する悩みに対する問題解決の場として就労中の乳がん患者を対象とした社会保険労務士による個人相談を施行した。

## B. 研究方法

対象：聖路加国際病院または他院通院中の、就労中もしくは求職中で乳癌と診断された女性および乳癌診断後復職を希望している女性。事前に「社会保険労務士による就労に関する相談会」の案内をポスター掲示（資料1）等によって行い、希望者には予約の上、来院を

求めた。

介入：相談会を3週連続した火曜日の午後実施した。

相談時間は各人30分として事前予約により時間を指定した上で、就労に関する悩みや疑問、質問について、社会保険労務士が個人面談を行った。

## ＜研究における倫理的配慮＞

本調査試験へ参加が、自由意思によるものであること、参加されない場合でも、不利益がないこと、参加に同意した後での取り消しや途中で中断するが可能であることなどを、文面にて保証した。

## C. 研究結果

相談希望者は各回2名ずつであり、計5名の相談があった。

1名のみ2回、残りの4名は1回の相談にて終了した。

相談希望者のうち、就労リング参加者は2名であった。

面談時間は、当初30分としていたが、実際に要した時間は各回約60分であった。なお、予約時間の間隔を空けていたため、時間が延長されても、後の予約者に対して支障はなかった。

相談の内容としては、大きく分けて

1. 社会保険に関するもの
2. 労働法に関するもの

であり、

1. 社会保険に関するもの には、
  - 1-1 雇用保険に関するもの
  - 1-2 健康保険に関するもの

があった。

2. 労働法に関するもの には、  
2-1. 労働基準法に関するもの  
2-2. その他の労働法に関するもの  
があった。

#### D. 考察

結果で述べた就労リング参加者の2名について、就労リングの場では、他の参加者と事情が異なるため、疑問や不安に思っているも発言できなかつたことについて、個人相談の場において、解決することができた。これは、就労リングと個人相談がお互いに補完し合うものとして機能するものとして効果があることを示している。

また、相談内容について、さらに詳述すると、まず雇用保険については、基本手当の受給に関するもの、職業訓練給付に関するものであった。

健康保険については、標準報酬月額に関するもの、傷病手当金に関するものであった。

労働基準法については、賃金の支払いに関するもの、時間外労働に関するもの、労働者性に関するものであった。

その他の労働法については、私傷病休職期間中の賃金に関するもの、解雇に関するもの、労働条件の変更に関するもの、最低賃金に関するものであった。

これらの相談内容については、当然に一つの内容ではなく、全ての相談において、いくつかの要素が絡み合っていた。

また、社会保険・労働法といった法律に関する回答だけではなく、就労に関する不安や不満といった感情の表出に対する支持的カウンセリング技法や、キャリアコンサルティングの技法を用いた積極的支援を求められる場面も多く見られた。

その結果、5名中4名については、1回6

0分の相談で問題解決がなされた。

上記以外の1名については、中期的に経過を追わなければならない事案であったため、計2回のセッションでも最終的な問題解決までは至らなかったものの、これまで全く問題解決の糸口すら見えていなかったのが、選択肢や解決方法を複数挙げ、今後の計画を立てるところまで進めることができた。

その結果、終了時には全員について、「相談に来て良かった」「安心しました。ありがとうございました」等、疑問や憂鬱・不安の解消、満足感・安心感の向上を表す言葉が発出され、明らかに場の雰囲気も和らいでいた。

しかし、問題解決がなされた4名について、その場で解決はできたものの、「相談会は今後も実施されるのか、定期的に相談はできないか」という問いや要望を表す言葉も発出されたのは非常に興味深い。これは1回で問題解決に至ったものの、やはり将来的にまた不安に陥った時に、今回のような相談をしたいという要望の現れであると考えられる。

行政の機関においては、健康保険、国民年金・厚生年金、雇用保険、労働基準法、その他の労働法と全てが別々の管轄になっており、複合的に回答してもらえない場所はない。

これに対して、社会保険労務士は通常企業の顧問として活動している場合がほとんどであり、個別の労働者からの相談には対応していないのが現状である。これは社会保険労務士のビジネスモデルが企業の顧問料収入から成り立っているという点が大きな要因であろう。また、労働者が個別に費用を支払って社会保険労務士に相談をするだろうかという疑問点も残る。

このような状況下において、今回のように病院内に社会保険労務士が定期的かつ継続的に相談窓口として配置されていることは、大

変意義深いものと思われる。

本研究において、現在の状況についての相談より、将来に対する疑問・質問・不安・心配が多く見られた。

このことから、単発の相談会ではなく、今後、乳がん患者のたどる治療・回復の経過を見守りながら、いつでも相談できる窓口の設置が求められていくであろう。

一方、社会保険労務士が相談員として就労支援を行う際、単に社会保険や労働法について、教科書通りの答えをするにとどまっているは不十分である。がん患者の就労に関する支援を行うには、社会保険労務士としての専門知識に加え、キャリアコンサルティングやカウンセリングの技能も必須とされるであろう。

これまでのがん患者に対する就労支援においては、「患者の権利を守る」という意識が大きく働いていたように思う。

もちろんこれは非常に大切なことである。しかしながら、権利を声高に主張することが本当に患者の就労支援に繋がるのかをこの場で問うてみたい。

近年、右肩上がりで見えている労働トラブルにより、企業は権利を主張する労働者に対して非常に過敏にならざるを得ない状況である。

また、私傷病による休業は本来であれば、労働契約の不履行である。そのことを脇に置いておいて、患者側の権利や会社の安全配慮義務を語るわけにはいかない。これをきちんと説明し理解を促すのは、社会保険労務士という法律家としての役割の一つであると考えられる。

会社やそこで働く人たちが幸せになるためには、本来は労使といった対立構造ではなく、お互いに思いやり助け合うことが何よりも大

切である。その精神を一番大切にしながら、会社側と患者側、両方の視点を持ちながら、さらに鳥瞰しつつ総合的にとらえ、問題解決を行うこと。これこそが社会保険労務士がキャンサーサバイバーシップに資するための大きな役割と言えよう。

## E. 結論

乳がん罹患後の就労に関する悩みに対する問題解決の場として就労中の乳がん患者を対象とした社会保険労務士による個人相談を施行した。

相談時間は当初30分の予定であったものが、やはり60分かかることが分かった。

相談の内容としては、大きく分けて、1. 社会保険に関するもの、2. 労働法に関するものがあり、いずれも一つの内容ではなく、複数の要素が絡み合っていた。

また、就労リングに参加している相談者は、就労リングの場では他の参加者と事情が異なるため、疑問や不安に思っているも発言できなかったことを、個人相談において、解決することができた。

これは、就労リングと個人相談がお互いに補完し合うものとして機能するものとして効果があることを示している。

行政の機関においては、健康保険、国民年金・厚生年金、雇用保険、労働基準法、その他の労働法と全てが別々の管轄になっており、複合的に回答してもらえない場所はない。

これに対して、社会保険労務士は通常企業の顧問として活動している場合がほとんどであり、個別の労働者からの相談には対応していないのが現状である。これは社会保険労務士のビジネスモデルが企業の顧問料収入から成り立っているという点が大きな要因であろう。また、労働者が個別に費用を支払って社

会保険労務士に相談をするだろうかという疑問点も残る。

今回のように病院内に社会保険労務士が定期的かつ継続的に相談窓口として配置されていることは、大変意義深いものと思われる。

会社やそこで働く人たちが幸せになるためには、本来は労使といった対立構造ではなく、お互いに思いやり助け合うことが何よりも大切である。その精神を一番大切にしながら、会社側と患者側、両方の視点を持ちながら、さらに鳥瞰しつつ総合的にとらえ、問題解決を行うこと。これこそが社会保険労務士がキャンサーサバイバーシップに資するための大きな役割と言えよう。

#### F. 研究発表

##### 1. 論文発表

なし

##### 2. 学会発表

なし

#### G. 知的財産権の出願・登録状況

##### 1. 特許取得

特記すべきことなし

##### 2. 実用新案登録

特記すべきことなし

##### 3. その他

特記すべきことなし

～がんの治療と仕事を続けるために聞いてみよう～

## 社労士と一緒に、 あなたの「治療と仕事の両立」を サポートします！

面談日時(要予約)

2月5日(火)14:00～17:00

2月12日(火)14:00～17:00

2月19日(火)14:00～17:00

個別相談

1人30分 無料

「いつ復職する？」  
「どんな仕事なら大丈夫  
かな？」  
「面接の時には  
病気のこと話すの？」

「職場の誰に話そう・・・」  
「退職しないとだめ??」  
「お休みはどのくらいもら  
えるの？」  
「休職中の収入は？」

ねえ いっしょに考えよう ☺

〈お問い合わせ先〉

聖路加国際病院 医療相談・連携支援センター  
医療連携相談室(1階14番) 03-5550-7105



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

若年性乳癌患者のグループ療法から得られた就労問題

研究協力者：岩田 多加子（聖路加国際病院看護部）  
大坂 和可子（聖路加看護大学大学院）

【要旨】

35歳以下の若年性乳癌患者の就労の実態と、罹患後に就労を継続するための支えを明らかにし、看護への示唆を得ることを目的に研究を行った。聖路加国際病院プレストセンター主催の若年性乳癌患者に対するグループ療法「Pink Ring」参加者55名に対して行った質問紙調査と、グループ療法中の記録から、仕事に関する内容分析を行った。参加者の平均年齢は33歳で、55名中42名が罹患時に就労しており、1か月以上の休職取得状況には組織や職場での立場・役割が影響していた。また、33%の者が乳癌発症を契機に職場での役割変更を経験していた。「安心して仕事を継続するための支え」として11の категорияが、反対に「うまく機能せず本人の希望に添えない方向に進む支え」として10の категорияが抽出され、それらには「職場の制度の活用」「上司、同僚の理解と協力」「就労に関する情報」という3つの共通性が見出された。また、診断・治療期だけでなく、復職後に経験する継続的な困難が、5つの categoriaとして抽出された。若年性乳癌患者の就労問題に対しては、3つの共通性の視点から、治療時期に応じた継続的、長期的な介入が必要であることが示唆された。また同世代患者が少なく、仕事と治療を両立するモデルにできる存在が得難い事を踏まえ、交渉力を見に着けるための支援や、適切な情報提供の必要性が明らかになった。本グループ療法への参加は、仕事に関する情報の授受や体験の分かち合いだけでなく、多様な価値観に触れ、自分にとって最良のキャリアやワークライフバランスを見出す場としても有効であると考えられる。

A. 研究目的

我が国の35歳以下の若年性乳癌患者の割合は全体の2.7%を占め、その割合は増加傾向にある。若年性乳癌患者は、ボディイメージの変容や、結婚、妊孕性の問題など、若年世代特有の悩みを持つと言われており、そのライフステージに見合った支援が求められている。近年のがん医療の発展によって、がんサバイバーの数は増加し続けており、働き盛りのがんサバイバーへの就労支援がようやく注目され始めたところである。若年性乳癌患者にとっても、就労の問題は、単に経済的基盤を得るだけでなく、社会的な関係性や、個人の自己実現にも影響する、重要な課題である。しかしながら、社会人としてキャリアを積み上げる初期の段階でがんを罹患することは、より困難な経験をもたらしていることが推測される。

そこで、若年性乳癌患者の就労の実態と、癌罹

患後に就労を継続する上で支えとなったものを明らかにし、仕事と治療を両立するための看護支援への示唆を得ることを目的として本研究を行った。

B. 研究方法

1. 2010年10月から2012年1月までに、後に述べるような、聖路加国際病院で行われている若年性乳癌患者に対するグループ療法「Pink Ring」参加者55名に対し、質問紙調査を行い、仕事に関する内容を単純集計した。
2. グループ療法「Pink Ring」の記録から仕事に関する内容を抽出し、類似性のあるものを categoriaに分類した。

\* グループ療法「Pink Ring」とは

35歳以下の若年性乳癌患者のQOLと情緒の改善

を目的に、聖路加国際病院プレストセンターで院内臨床試験として行われているグループ療法である。

「Pink Ring」は7～10人のクローズドグループでの半構造化されたグループ療法であり、ファシリテーターとして乳腺外科医、精神腫瘍科医、看護師、看護大学教員らが参加・運営している。90分のセッションを週1日、5週連続で実施し、セッション内容には参加者の希望があれば、就労に関するテーマも取り上げている。このグループ療法の効果については、参加前後の心理テストの結果などから分析予定である。（表1）

#### <研究における倫理的配慮>

「Pink Ring」の活動は、院内臨床試験として聖路加国際病院倫理委員会の承認を得ている。また、参加者には、参加の自由や個人情報保護について実施前に説明を行い、文書にて了承を得た。

### C. 研究結果

#### 1：参加者の背景

##### 1) 年齢

参加時の平均年齢は33歳（24歳～37歳）、診断時の平均年齢は31歳（23歳～35歳）であった。

##### 2) 参加時の治療内容

術後ホルモン療法中の者の割合が41.8%と最も多く、次いで経過観察中が27.3%、術前後の化学療法中が23.7%であった。

##### 3) 乳癌罹患時の就労状況（表2）

常勤の一般職が50.9%と最も多く、次いで主婦（無職）が21.8%、管理職・総合職が10.9%、パート・非常勤が9%であった。

##### 4) 休職の経験

罹患時に就労していた42名に対し、乳癌治療に伴う1カ月以上の休職経験の有無を尋ねた。休職した者は31名（73.8%）であった。そのうち10名は抗癌剤治療を受けていなかったが、この群の職業は公務員、外資系企業社員、主婦のパート勤務等であった。

また、休職しなかった者11名（26.2%）のうち、抗癌剤治療を受けていても休職しなかった者は6

名であった。この群の職業は、管理職、自営業、独身のパート勤務等であった。

##### 5) 休職の理由

1カ月以上の休職をした31名の休職理由として、「治療に専念するため」が30.2%、「身体的に両立困難だったため」が28.6%、「精神的に両立困難だったため」が22.2%「上司に休職を勧められたため」は12.7%

であった。その他「病気を職場に知られたくなかったため」「仕事に支障をきたすと思ったため」などが挙げられた。

##### 6) 職場での役割変更の経験

乳癌発症をきっかけに職場での役割変更を経験した者は、33.3%であった。

#### 2：グループ療法「Pink Ring」参加者の、仕事に関する語りの内容

##### 1) 仕事を継続するための支え

「Pink Ring」参加者の語った内容から、安心して仕事を継続するための支えとして、「就業規則にしっかり制度が整備されている」「癌サバイバーの家族や友人をもつ、上司や同僚の存在」「治療の見通しや計画についての医学的情報をもとに仕事の計画を調整できた」など、11のカテゴリーが抽出された。（表3）

一方、うまく機能しておらず、本人の希望や気持ちに沿えない方向に進む支えとして、「理不尽な配置転換や異動、退職のほめかし」「周囲の病気に対する誤解や過度な気遣い」「今後の治療の見通しや計画が分からない」などの10のカテゴリーが抽出された。（表4）

さらに双方の支えには、

「職場の制度の活用」

「上司、同僚の理解と協力」

「就労に関する情報」

の3つの共通性が見出された。

##### 2) 復職後に経験した困難

また、参加者からは、結果2-1)のような「診断・治療期の支え」についての語りだけでなく、復職後も長く継続する悩みが語られていた。この復職後に経験した困難の内容は、「職場の仕事に

対する誤解」「仕事への向き合い方の迷い」「逃避行動としての仕事への没頭」「継続するホルモン療法 of 副作用」「職場の人との関係性の難しさ」の5つのカテゴリーに分類された。(表5)

#### D. 考察

参加者の多くは制度を活用して治療と仕事を両立していた。しかし、休職制度の活用については、体力的にも負担の大きい抗癌剤治療の有無以上に、職場の特徴やそこで担っている役割や立場に影響を受けると考えられた。

具体的には、公務員や外資系企業では休職制度等を活用し易い風土であることが推測される一方、管理職や自営業、派遣社員等では、制度を活用しにくい現実が存在することが明らかになった。

ここで明らかになった、「仕事を継続するための支え」とその阻害要因に共通する3つの要素「職場の制度の活用」「上司・同僚の理解と協力」「就労に関する情報」を知ることは、患者、看護師双方にとって、就労問題の解決の糸口を見つけることにつながると思われる。

また、参加者の語りからは、診断直後や術前、術前または術後の抗癌剤治療中などの治療初期の段階だけでなく、ホルモン療法や経過観察中の時期においても、仕事の継続において様々な困難を抱えていることが明らかになった。患者が仕事を継続する上では、治療内容や時期に応じて、長期的な視点での支えが必要であることが示唆された。

若年性乳癌患者と関わる看護師の役割として、診断時、術前・術後抗癌剤治療期、癌サバイバーへの移行期、といった時期に応じた治療や副作用等の具体的見通しについての情報提供を行うことの必要性が明らかとなった。

また、若年者の特徴としては、同世代の癌経験者自体が少ないため、仕事と治療の両立のモデルとなる対象が少ないことも両立のための本人と職場との協調を阻害していると考えられる。これは本人だけでなく、職場の上司や同僚にとっても同様であると思われ、だからこそ、職場からの協力を得るための交渉力を身につける支援や、癌患者対象の就労問題を扱う相談機関を活用できるよう

な情報提供を行う必要性が示唆された。

また、安心して仕事を続けるための支えの中には「体験者からの具体的な情報があった」というカテゴリーが抽出されており、本グループ療法のように若年性乳癌患者同士が、仕事に関する情報を共有したり、体験を分かち合う機会を提供する事の重要性が示唆された。

グループ療法への参加は、多様な職場環境や価値観を知り、自分の仕事や職場を見つめ直す機会ともなっている。キャリア形成への希望を持つ一方で、仕事による負担も考慮し、自分にとってのライフワークバランスを取りながら、キャリアプランを選択、修正していくための自己決定を支える上で、他の体験者と経験を共有することが新たな支えとなり、自分にとっての最良のバランスや、新たな可能性に気づく場として機能していると考えられる。(表6)

#### E. 結論

若年性乳癌患者の就労の実態と、就労継続の支えとなるものが明らかになった。明確になった3要素の視点からの支援を行うとともに、就労について最良の選択ができるよう、継続的な援助が必要である。

#### F. 研究発表

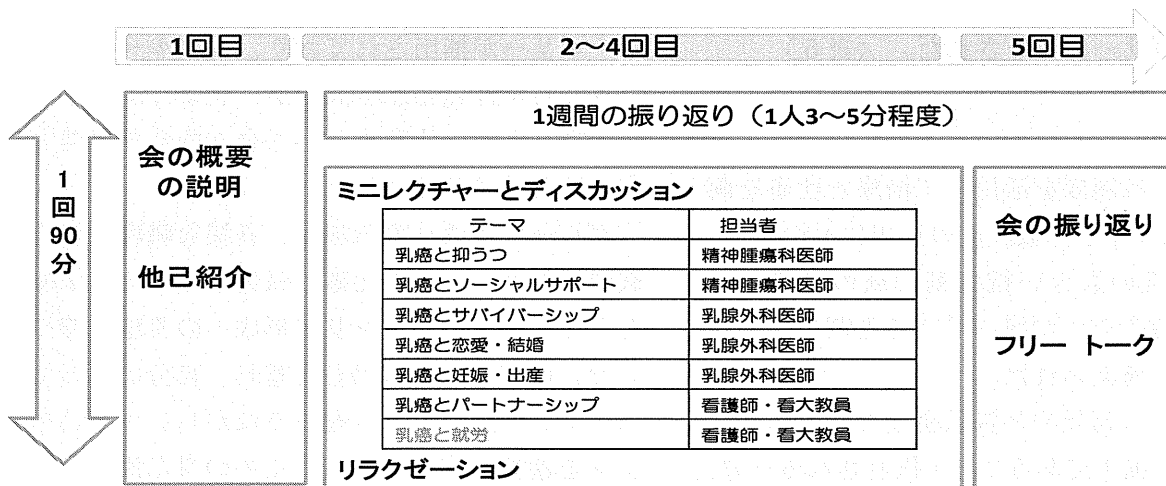
1. 論文発表  
なし
2. 学会発表

岩田多加子, 大坂和可子, 金井久子, 玉橋容子, 小松浩子: 若年性乳癌患者が仕事を継続するための支え。がん看護学会学術集会, 2011

#### G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得  
特記すべきことなし
2. 実用新案登録  
特記すべきことなし
3. その他  
特記すべきことなし

・表 1 Pink Ring の概要



3

・表 2 乳癌罹患時の就労状況

内容	人数 (n=55)	%
主婦	12	21.8
常勤 (一般職)	28	50.9
常勤 (管理職、総合職)	6	10.9
パート、非常勤	5	9.0
派遣	1	1.8
自営	1	1.8
その他	1	1.8
学生	1	1.8