

II 分担研究報告書

厚生労働科学研究費補助金(がん政策研究事業)

分担研究報告書

病院における介入調査のための事前検討:

内容分析法による項目の検討

研究分担者

産業医科大学・産業生態科学研究所

教授

森 晃爾

研究要旨

【目的】

医療の側からがん患者をみた場合はがんの種類やステージなどの違いはありながらも「術前診断-確定診断・入院治療-外来治療-フォローアップ」と一定の手順以外の対応を取りようがなく、医療者の立場から“標準化した”がん患者の支援プログラムを作成しようとする戦略は立てやすい。医療職側はマンパワー不足であることからできるだけ省力化した介入で効果の高いプログラムを開発することが望まれる。これらの最適解を見つけるためには医療の場で実施できる介入プログラムを網羅的に項目を挙げる必要がある。

【方法】

研究機関医師 1 名、大企業産業医 4 名、医学系大学教員 3 名、乳腺外科医師 1 名、産業保健研修機関所属医師 3 名、保健系大学教員 3 名、企業保健師 1 名の 16 名であった(図 1)。16 名の参加者を属性ができるだけ重ならないよう 4 つのスマールグループに分けた。それぞれのスマールグループの経験を全てのグループで共有できるラージグループでのディスカッションを実施した。これらで得られた情報を内容分析法によりカテゴリー化した。

【結果および考察】

医療職側・本人側ともに知識・技術・態度に分類される問題点が存在する。それらを解決するために 186 項目 48 カテゴリーの問題点と解決策が挙げられた。病院介入プログラムは純粋に知識を与えるレベルでは患者をエンパワーメントすることには至らず、かなり深いところまで教育する必要がある。具体的には患者本人が問題点を想起・解釈し、問題解決の糸口を企業の中で見つけていくためのサポートプログラムを作っていくことが重要となる。しかしながらそれだけでは社会全般に広がるまで多大な時間がかかるためより簡便な介入手法を検討し、そこで浮かび上がった問題点をケアできるシステムを検討することが重要である。

研究協力者

- | | |
|--------|------------------------------|
| 立石 清一郎 | (産業医科大学 産業医実務研修センター 講師) |
| 柴田 喜幸 | (産業医科大学 産業医実務研修センター 准教授) |
| 岡田 岳大 | (産業医科大学 産業医実務研修センター 修練医) |
| 岡 亜希子 | (産業医科大学 産業医実務研修センター 修練医) |
| 原田 有理沙 | (産業医科大学 産業医実務研修センター 修練医) |
| 田中 宣仁 | (パナソニック(株)エコソリューションズ社 専属産業医) |
| 小笠原 隆将 | (三菱ふそう(株) 専属産業医) |

A. 研究目的

治療により就業を一時中断したがん患者が復職する場合において、医療、職場、家庭において様々な支援リソースが存在する。職場という視点から考えると例えば総務省の「日本標準職業分類」によると329種類に分類されており、さらに同じ職種であったとしても業務の内容は個別性に富んでおりかつ、時季により業務の内容が大きく異なることが多い。たとえ休職中であっても職場が支援するには種々の業務の都合がある（本人・上司とも）上に、そもそも職場でがんの治療をしていることを通告していない労働者も存在する。さらには復職には本人のみならず一般的に復職直後は何らかの配慮が必要であることから周囲の受け入れも重要な要素であり、それらの組み合わせは膨大になりうる。それ故に職場側から見た職務適性の判断は労働者の数だけ対応が存在する。業務の側から“一般化・標準化された”就業支援の具体策を定めることは関連する要因があまりにも多く現時点では困難である。

一方で、医療の側からがん患者をみた場合はがんの種類やステージなどの違いはありながらも「術前診断 - 確定診断・入院治療 - 外来治療 - フォローアップ」と一定の手順以外の対応を取りようがなく、医療者の立場から“標準化した“がん患者の支援プログラムを作成しようとする戦略は立てやすい。むしろ医療職側の問題点は介入プログラムの難しさ以上に介入す

る人材のマンパワー不足であることからできるだけ省力化した介入で効果の高いプログラムを開発することが望まれる。これらの最適解を見つけるためには医療の場で実施できる介入プログラムを網羅的に項目を挙げる必要がある。

B. 研究方法

高橋班研究班メンバーを中心としてこの課題に関心が高い対象者に呼びかけ、自発的参加者を募った。参加者は研究機関医師1名、大企業産業医4名、医学系大学教員3名、乳腺外科医師1名、産業保健研修機関所属医師3名、保健系大学教員3名、企業保健師1名の16名であった（図1）。16名の参加者を属性ができるだけ重ならないよう4つのスモールグループに分けた。それぞれのスモールグループの経験を全てのグループで共有できるラージグループでのディスカッションを実施した。この枠組みで以下の2つのラージグループディスカッションを実施した。

I. 就労者が休職し病院を受診した架空の事例の検討

産業医科大学臨床研修医に対して利用している架空の事例（appendixを参照）を利用した。事例は労働者が休職し病院内で治療は受けるものの特に就労に関して支援を受けられないケースである。ケースには医師、外来看護師、入院看護師、がん支援相談センター支援員、医療ソーシャルワーカーを登場させた。議論の時間は1時

間 30 分を要した。ディスカッションの手順を以下に記す

1. 再貼付可能な裏面が糊付けされたカード（以下、カードと略す）に、自分の意見を複数記載する個人ワークを実施した
2. カードは、①時期や職種ごとの病院側の課題の抽出、②それらを解決する対策案の検討について色分けして作成するよう指示した。
3. グループごとにカードを見合わせお互いのカードを見てさらなる新しい発想が出た場合には追加のカードを作成
4. 4 つのグループのグループ発表はなく、個人で作成されたカードをホワイトボードに補足情報を述べながら貼付する
5. 全員でカードの内容を確認した。全員のカードが出終わった後にさらにほかの人の意見を聴いて思いついた内容を追加できる時間を取った。

II. 病院内でのがん患者復職介入プログラムの検討

前述事例のディスカッションを参考に①自由な立場で病院内での介入プログラムと関連する社会の問題点にも触れることも許容し議論を行った。議論の時間は手順の 2 番までで 2 時間を要した。ディスカッションの手順を以下に示す。

1. 個人ごとに病院内でのがん患者復職介入プログラムとして考えられるものを個人ワークでカー

ドに記載

2. 個人ワークで実施された内容をスモールグループにおいてそれぞれの参加者がカードをホワイトボードに貼付しながら説明。グループごとにカードの内容を確認しつつ、他者の意見を参考に新たなカードを作成、同様に貼付・説明した。
3. 後日、4 つのスモールグループのそれぞれに構成員の 1 名を代表者（参加者 D, F, J, K）とし、代表者により類似した内容の項目をまとめてカテゴリー化したうえで内容を簡潔に示すカテゴリーを作成した。その際、カードの記載がそのままの文章では理解しにくいものはスモールグループに所属していた代表者がカードに補足説明を記載した。
4. 作成されたカテゴリーをさらに内容の近いものにまとめ大カテゴリーを作成した。

C. 研究結果

I. 就労者が休職し病院を受診した架空の事例の検討

治療を受けるがん患者が就労する上において病院内に発生する問題点・課題、対応策として挙げられた 36 枚のカードを図 2. に示す。

そのうち、問題点・課題として挙げられたカードは 16 枚であった。キーワードをさらに知識・技能・意識（態度）で分類し、で代表的なものを紹介する。

《知識における課題》

- ・ 主治医が利用できるツールの認知不足
- ・ 病院内多職種リソースの機能についての知識

《技能における課題》

- ・ 診療情報提供書の企業での拡大解釈の危険性（診断書の作成技能）
- ・ 主治医側の実態に即した治療情報提示
- ・ 主治医と会社（産業医）の情報共有

《意識・態度における課題》

- ・ 主治医側の仕事について情報確認
- ・ 主治医側の仕事より治療の方が優先という意識
- ・ 主治医の本人の意向確認

対策案として挙げられたカードは20枚であった。代表的なキーワードは以下のものである。同様に病院担当者側の視点から知識・技能・意識（態度）でカテゴリー化した。

《知識に関係するもの》

- ・ 主治医向けの就業配慮コメントを出すときのヒント集を作成し配布す
- ・ 主治医向けの就業配慮コメントを出すときのヒント集を作成し配布する
- ・ 部署ごとの対応できる相談機能をまとめる

《技能に関係するもの》

- ・ 初診時に主治医が会社の情報を確認する
- ・ 支援相談員や社会保障などを紹
- ・ リーフレットやQ&A集などを渡

す

- ・ 会社側との情報確認シートを作成する
- ・ 副作用の発生について定期的に患者に確認し仕事に影響が出ていないか確認する
- ・ 支援対策員につなぐことを標準化する
- ・ 病院組織の機能として多職種カンファランスを定期的実施する
- ・ 就業制限を会社に申し出る際は実態に即したものにす

《意識・態度に関係するもの》

- ・ 就業制限は禁止事項ではなくどうすればできるかという観点で記載する
- ・ 患者の不安を取るよう話を聞く
- ・ 治療計画変更時には主治医が会社に連絡する
- ・ 就業制限は禁止事項ではなくどうすればできるかという観点で記載する
- ・ 産業医と連携する
- ・ 病院として両立支援を推進する方針を明確にする

II. 病院内でのがん患者復職介入プログラムの検討

すべてのカードは186枚収集された。収集されたカードを4人の代表者が全体的に眺めて確認し大カテゴリーとして①がん患者が復職する場合の課題、②研究そのものの課題、③介入研究案に分類した。

①がん患者が復職する場合の課題の抽出においてあげられた110枚のカ

ードを図3に示す。カードから作成された22のカテゴリーを以下に示す。

《病院側の課題》

- ・ 職場への知識・イメージ
- ・ 医師の過剰対応
- ・ 病院側周辺人材の活用・連携
- ・ 病院の忙しさ、時間、物理的要因
- ・ 医師の認識の問題
- ・ 医療システムにおける阻害・促進要因

《本人側の課題》

- ・ 患者本人の対応能力・知識の問題
- ・ 就労とがん患者の傾向
- ・ 治療の結果による両立阻害要因
- ・ 連携・主体性
- ・ 患者の内面

《社会側の課題》

- ・ 社会の理解があまりない
- ・ 家族・友人からの支援
- ・ 法律整備の必要性
- ・ 社会保障の周知不足

《職場側の課題》

- ・ 連携（企業）
- ・ 産業保健スタッフ体制の問題
- ・ 体制の未整備
- ・ 就業配慮の阻害
- ・ 職場の過剰対応
- ・ 現場で知識がない
- ・ 職場の文化

②研究そのものへの課題については32項目が挙げられた。さらに9つのカテゴリーに分類された。

- ・ 医療機関で使用できるツールの作成
- ・ 研究班で作成が検討されるガイド等について

- ・ 既存のエビデンス・知見
- ・ 研修・講演
- ・ 介入方法および介入において注意すべきこと
- ・ 方法・研究デザイン
- ・ 研究における評価・アウトカム
- ・ 研究の進め方
- ・ 支援方法の難しさ

③介入研究案に関するものは44項目が挙げられた。さらに分類された17カテゴリーを下記に示す。

《病院向け介入プログラム》

- ・ 主治医への教育・マニュアル
- ・ 仕事について聴取できるマニュアル
- ・ 就業配慮の意見について記載できるマニュアル
- ・ コメディカルへの教育
- ・ 相談員・介入者への教育
- ・ 相談窓口の設置活用
- ・ 病院から職場への本人を介した情報提供

《本人向け介入プログラム》

- ・ 本人への教育
- ・ 本人に向け相談先の情報
- ・ 本人向け支援ツール（一般）
- ・ 本人向け主治医/医療機関コミュニケーションツール
- ・ 本人向け職場とのコミュニケーション促進ツール
- ・ 本人と周囲のコミュニケーションツール（一般）
- ・ 患者と家族のコミュニケーションツール
- ・ 本人の困りごとの類型化

《職場》

- ・ 職場向け研修・教材
- ・ 職場における就労適性評価/支援ツール

D. 考察

病院内で介入できるプログラムに限らず、社会・企業内なども含めた様々な視点での対応について網羅的に項目としては挙げる事ができた。しかしながらそれらの項目の具体的な介入方法や、それぞれのワークロード、期待される効果、プロセス指標、アウトカム指標などについてまだ議論しなければならないことが多い。また、今回集まった参加者は産業保健にかかわるものが多く、臨床に近い参加者がもっと多く参加したら別の議論が進んだ可能性は否定できない。

病院内でがん患者に何らかの介入をするという事は結果的に本人に①知識を与えるか、②何らかの実践力を高める技術を与えるか、③周囲から共感を得やすい態度を身に着けさせるか、という観点で整理される。多くの場合、単純なプログラムで技術や態度を獲得することは困難であり、コストパフォーマンスを考えた対策としたら本人の知識を高める手法となると考えられる。知識のレベルも問題点を想起したり、今自身に怒っている問題点を解釈するレベルの知識であれば解決に至るプロセスは結局もともと

本人が持っていた能力に依存することになる。介入プログラムを作成するに当たっては知識レベルも問題解決が可能なレベルまで引き上げられるようなロールプレーやシミュレーションなどの深いレベルの対応が必要になるのではないかと推察される。

一方で深いレベルの介入を全ての労働者に行う事は不可能であるので自身の問題点を想起・解釈できるようなパンフレット等の配布介入も視野に入れておく必要がある。その際は自身の問題を解釈できるところまでがん患者が到達した場合の相談先を研究班として準備する必要があるものとする。

E. 結論

病院介入プログラムは患者の行動まで介入するためにはかなり深いところまで教育する必要がある。しかしながらそれだけでは社会全般に広がるまで多大な時間がかかるためより簡便な介入手法を検討し、そこで浮かび上がった問題点をケアできるシステムを検討することが重要である。

F. 参考文献

なし

G. 研究発表

1) なし

図 1. がん就労合宿参加者一覧

参加者	所属	資格	経験年数	専門性
A	研究機関	医師	20年以上	一般内科、がんサバイバーシップ、
B	企業産業医	医師	5年以上	産業保健、がんサバイバーシップ、国際産業保健
C	企業産業医	医師	5年以上	産業保健、がんサバイバーシップ
D	医学系大学教員	医師	20年以上	産業保健、労働安全衛生マネジメントシステム、小規模事業場
E	医学系大学教員	医師	20年以上	教育学、インストラクショナルデザイン
F	医学系大学教員	医師	10年以上	産業保健、消化器内科、中小企業
G	企業産業医	医師	5年以上	産業保健、大企業
H	企業産業医	医師	5年以上	産業保健、大企業
I	病院乳腺外科医師	医師	10年以上	乳腺外科
J	研修機関	医師	4年	産業保健、中小企業
K	研修機関	医師	3年	産業保健、中小企業
L	研修機関	医師	4年	産業保健、中小企業
M	保健学系大学教員	保健師	20年以上	産業保健、保健学、中小企業、小規模事業場
N	保健学系大学教員	保健師	20年以上	産業保健、保健学
O	保健学系大学教員	保健師	20年以上	産業保健、保健学、臨床看護
P	企業保健師	保健師	5年以上	産業保健、保健学

図 2. ケースにより挙げられた項目

	問題点	対策案
初診時	<ul style="list-style-type: none"> 主治医が会社の状況(仕事内容、勤務形態、休職期間、産業医の有無等)を把握していない 利用できるツールを知らない 患者の不安に対する対策をとっていない 	<ul style="list-style-type: none"> 初診時に確認する 支援相談員、社会保障などを紹介 話を聞く リーフレット、Q&A集などを渡す
治療計画説明時	<ul style="list-style-type: none"> 主治医が会社の状況(仕事内容、勤務形態、休職期間、産業医の有無等)を把握していない 治療期間の見直しについて説明されていない。 	<ul style="list-style-type: none"> 確認する 説明が必要
退院時	<ul style="list-style-type: none"> 産業医や会社と情報交換を行っていない 就業についての本人と会社の意向を確認していない 症状・副作用が仕事に与える影響と対応について説明していない 治療計画の変更について会社がどう理解しているか不明 	<ul style="list-style-type: none"> 情報を共有する 定期的に確認し、対応策を示す 治療計画変更時は主治医が会社に連絡する
復職診断書記載時	<ul style="list-style-type: none"> 診断書を拡大解釈される 主治医の就業配慮に対する妥当性が曖昧 	<ul style="list-style-type: none"> 就業制限を設けるときの就業内容を十分に確認してから(本人、会社、産業医) 就業制限を緩和・解除できる可能性があればそれも記載する 禁止事項ではなくどうすればできるかという表現を用いる 主治医向け「就業配慮コメントを出すときのヒント集」
フォローアップ時	<ul style="list-style-type: none"> 復職後の状況について情報共有できていなかった 支援相談員へのつながりが不十分 	<ul style="list-style-type: none"> 産業医と連携する 状況確認シートを作成する 何を相談できるかなど説明 支援相談員につなぐことを標準化する
随時	<ul style="list-style-type: none"> 医療スタッフ間での情報共有できていない 医師が相談支援センターの機能を理解していない 主治医に仕事と治療という意識がある 	<ul style="list-style-type: none"> カンファレンスを設ける 組織の機能を共有する会議を設ける 病院として両立支援を推進する方針を明確にする

図3. がんと就労・課題

がん就労の課題		
課題の所在	カテゴリー	課題(収集されたカード)
病院	職場への知識・イメージ	主治医が職場のイメージを持ちえない
		治療医が患者の労働状況のすべてを知ることは難しい
		病院勤務の医療職には職場の事情が分かりにくい
	医師の過剰対応	患者のために下した判断が結果的に患者幸せにつながらないこともある
		就業配慮で安全側に寄りすぎるものの問題
	病院側周辺人材の活用・連携	社労士との連携
		多職種連携の輪を広げることが大切
		病院で助けてもらえる人たちは、病院ごとにばらつきがある
		社労士とキャリアカウンセラーをどう巻き込むか
		MSWの協力をどう確保するか
		職種間の連携の低さ
		がんを経験した医療従事者も多くいる 病院も職場としてがん就労に直面している
	病院の忙しさ 時間、物理的要因	臨床医は自分ですべてを解決しようとする (指示だしが好き)
		臨床の現場では時間が限られている → 配布物が有用
		病院には時間がない
		主治医が忙しい
		主治医が忙しい
		多忙な認定ナース
		コミュニケーションは時間が必要
		退院支援(高齢者)が大変すぎる MSWのハードワークはまだまだ続く
		医療現場・医療従事者は忙しい → 仕事を増やしたくない
		病院勤務の医療職は多忙!
		医師への業務負担の可能性
	医師の認識の問題	医師は患者を(専属)患者と思っている 治療をすべてに優先する
		主治医のキャラクターによって差がある
		仕事について主治医はもっと気にかけて
		医療者の意識が生活に向いていない
医師の反発 エビデンスがない、経験がなく対応できない		
前向きな臨床医の意見をもっと聞きたい		
医療システムにおける 阻害・促進要因	保険点数がつかと少し動かし難い	
	現場・医療の双方が支援を難しく考えている	
	病院内へ就労支援体制を導入することの困難さ	
	病院という文化にどう切り込むか	
	現存のインセンティブがない	
	産業医・治療医間の文書に診療報酬なし 診断書以外の文書のやり取りに点数がつかない (書いてくれない)	
	診療報酬がつかない	

本人	患者本人の 対応能力・知識の問題	産業保健職が気を回して支援過多になると本人の主体性が育たなくなる場合もある
		本人の対応能力を向上させられないか？
		患者が自分のことを客観的に見れることが大切
		自分の病気のことを自分だけで決められるヒトはいない
		本人の行動の仕方が何より大切
		本人の対応力アップが大事
		患者さん自身が相談窓口を知らずに治療を続けている
		本人の知識や行動の仕方が重要！
		本人がどうしたらいいかわからない
		本人の対応力をどう上げるか？
本人	就労とがん患者の傾向	就労するがん患者は増える
		再建術後職場復帰可能となるまでの期間の検討
		患者の容貌
		当事者を巻き込んだネットワークの形成
患者の内面	患者の内面	登場人物はいろいろだが必ずいるのは本人
		当事者を強化する支援 主体性
		無理してでも今まで通り働きたい患者 (治療コンプライアンス)
		ショックな時に求職制度のことは頭に入らない
		患者は職場に説明しなくても配慮をしてもらいたい 察しに期待(テレパシー)
		早まって退職してしまう人がいる
		支援しすぎると本人の主体性がなくなる (考えなくなる)
		全然困っていない患者もいる
		個別ケースの解は本人の中にしかない
		社会
社会の認識・理解が足りない		
いろいろな人がいてもいい社会		
職場関係者医療者の双方が支援を難しく考えている (できないことを怖がっている？具体性？)		
病気になる時に力になってくれるのは(医療職だけでなく)家族・同僚・友人		
法律や制度が追い風になる		
OPがカバーできない人がいる		
社会の支援が足りない		
患者本人や社会保障や自分の権利を知らない		
社会支援を知らない、活用できない		
職場	就業配慮の阻害	医療スタッフからきかないと患者さんは社会資源の存在を知らないこともある
		産業保健と臨床の連携
		中小企業において病院と会社、本人の情報交換
		会社と病院のやり取りがない
		連携が取れない
		産業医がいない会社で臨床医が誰を窓口にしたらいいかわからない
		医療者から配慮を聴取することに会社が困難感を感じている
		産業医はあてにならない！
		患者さんに産業保健スタッフはいないと考え
		産業医の質の担保ができていない
職場	体制の未整備	産業医の質はばらばら
		産業保健サービスの基準
		専業規模での差
		日本の場合、Job Disruptionがなく、全て個々の問題としてとらえられる。
		要は個人と周囲の人たちの対応力に課題が向けられることが多い。
		多くの会社がH28年の合理的配慮導入もあり、「がんと就労」で何をすればいいか気にしている
		雇用条件の違いが大きい
		会社での使える資源は人によって差がある
		休職期間が短い
		ある病院・会社でできても全部でできない
職場	現場で知識がない	職場の体制には大きな差
		治療計画と使える社内制度がマッチしない
		仕事のバッファがない、または少ない
		中小規模の会社ほど就業継続が難しい
		復職後数か月の様子をみて、試行錯誤する余裕がない
		症状に合った仕事を提案できるか？
		中小企業が行うことができる配慮は限られる
		職務を変更できない
		ほかの職務をできない労働者が多い
		よかれと思って行動している
過去に過剰な対応をした企業にアレルギー		
職場	職場の過剰対応	職場ががんイメージに振り回されている
		個別状況を見てくれない
		安全配慮で安全側に寄りすぎる
		人事が特別視しすぎてしまう
		病院(治療の場)と職場には情報の偏りがある、または大きい
		多くの人事対応者が「どうすればいいか」の解をほしがっているが、実際は個別に考えなければ
		ならない
		上司が病氣・支援の知識不足
		会社がどうしたらいいかわからない
		職場で何を支援したらいいかわからない
職場	職場の文化	産業保健スタッフだけでなく、人事・上司の理解が必要
		Black企業？

図4. 研究そのものへの課題

研究の課題	
医療機関で使用できるツールの作成	ツールがあればコミュニケーションの材料になる 個別の対応ができるようにシステムを作る 書面でのツールは短時間で書けるもの
研究班で作成が検討されるガイド等について	視覚で振り返ることができる書面は有効 とりあえずガイドブック等形にすること 職場はツール等支援の言語化を求める 配布物を渡すだけになる可能性(説明がない) 上司・同僚など職場コミュニケーションツール 就業配慮に関するマニュアルがない
既存のエビデンス・知見	同じ病気の成功事例を知りたい うまくいった職場側の要因も大切 辞めなくてよかったという経験談の集積 日本での先行研究が乏しい 仕事に影響を与える症状の特定がまだできていない 症状が仕事に影響を与える状況の特定ができていない
研修・講演	中小企業の管理者へのがんの啓発 人事向けの研修のよい組み立てがわからない 研修・講演では一緒に考えていく視点をどう取り入れていくか難しい
介入方法および介入において注意すべきこと	介入の仕方についてシステム化 導入しやすい、かつ、効果的な介入を考える 介入の仕方①本人の対応能力アップ 介入の仕方②本人の職務適性アップ 介入の仕方③周囲の支援力(環境)アップ 介入プロトコルを作るうえでの患者の個性 同じ介入方法でも有益になったり妨げになったりする可能性あり
方法・研究デザイン	がん種は欲張らず、限定したほうがいいのか？ アウトカムを欲張らない コミュニケーションアップも大きな効果 就労継続以外のアウトカム 重要なアウトプットの1つは、本人と関係者のコミュニケーションがあること
研究における評価・アウトカム	直接議論することで話が進む！ メールの限界
研究の進め方	就労支援に対してやるべきことの収束化が難しい サバイバー支援は就労だけではない、 他の問題との兼ね合い

図5. 介入研究案

介入研究案		
病院	主治医への教育・マニュアル	主治医が使えるマニュアルを作成し、使ってもらう 就労支援に使える項目を主治医が発言できるような情報提供の方法 困った時の相談先としての治療医の役割と治療士の役割とできることを明確化
	仕事について聴取できるマニュアル	病院で仕事について聴取するためのチェックリスト
	就業配慮の意見について記載できるマニュアル	臨床医向け「就業配慮意見の作成の手引き」の作成
	コメディカルへの教育	病院・ナース向け教育介入に向けて 病院職員に自分のがんになったらどのように仕事を続けていくか考えてもらう 忙しい医療スタッフを対象とした患者を働かせる存在とみられるようになるための薄いつ研修
	相談員・介入者への教育	相談先の事例対応力の強化 病棟の相談スタッフ向けの相談プログラムの作成 何を相談したらよいかわからない患者への支援 介入者になるスタッフの養成 がん相談員(SW_Ns)のレベル向上 がん相談員のための対応マニュアル作成、または研修会の開催
	相談窓口の設置活用	相談窓口までの導線の簡略化 病院相談窓口の設置 良質な支援の均一化
	病院から職場への本人を介した情報提供	病状・予想される経過 私のカルテ連携手帳
本人	本人への教育	本人のエンパワメントにつながるような教育介入 本人が問題を整理し、必要な関係者へ働きかけができるようになるための情報提供をし本人の自立支援をシステム化するような介入
	本人に向け相談先の情報	相談先(病院内部と外部) 就労について相談先の紹介 困った時の相談先の提示
	本人向け支援ツール(一般)	本人向け冊子 医療スタッフから患者に手渡す簡単に読める冊子作成 本人に渡す情報を言語化 一般的な支援ツールの開発 資料配布
	本人向け主治医/医療機関コミュニケーションツール	患者さんに主治医と共有しておくリストを渡す
	本人向け職場とのコミュニケーション促進ツール	患者さんに職場と共有しておくリストを渡す 「これを職場に読んでもらいたい」冊子 患者/本人が職場に病状を説明できるようなICを支援するツール(マニュアル)
	本人と周囲のコミュニケーションツール(一般)	本人と周囲をつなぐ何らかのツールの作成
	患者と家族のコミュニケーションツール	家族とのかかわり
職場	本人の困りごとの類型化	困ったことを患者が認知できる仕組み(早期対応) 困ることの類型化
	職場向け研修・教材	中小企業経営者・人事向けの簡単な冊子作り 人事向け研修案を組み立てる 研修カリキュラム作り 中小企業管理者への啓発活動
	職場における就労適性評価/支援ツール	がんと仕事職務適性評価ツール 職場向けにがん就労者の困りごとリスト・支援リストを渡す 症例モデル対策マニュアル作り

appendix

がん患者の治療と仕事の両立について

～病院バージョン～

患者：樺島（かばしま・42歳）

- ・ 大腸がんステージⅢa
- ・ 既往歴：なし
- ・ 経緯：健康診断の精密検査で発見された大腸がんで近医より紹介受診。

医師：毛利浩二（もうりこうじ・34歳）

消化器外科医

A大学医学部卒業、臨床研修終了後、A大学消化器外科入局

現在は北九州がんセンターで働いている。

経験を積み、自信を持って治療ができるようになってきた、温厚な性格で、患者からの評判も良く、同僚からも頼りにされる外科医である。本人は患者に対してより良い治療を提供したいと感じ、診療ガイドライン等について、良く勉強していた。

外来担当看護師：吉川えりこ（きっかわえりこ・28歳）

呼吸器外科病棟で4年間勤務後、外来に異動。

半年前に産後休暇から復帰した。外来は受け持ち看護師せいではなく時々、樺島の外来受診時に診察室に入っていた。

入院担当看護師：宮本美奈代（みやもとみなよ・26歳）

消化器外科病棟3年目。ひとつおりの入院患者のケアができるようになった。

スキルを高め、将来的には日本看護協会のがん専門看護師資格を取得しようと思っている。

がん相談支援センター相談員：古谷陽子（ふるたにようこ・30歳）

専任相談員。北九州地域における緩和ケアネットワークの会合に積極的に参加している。

ソーシャルワーカー：平島晃（ひらしまてる・52歳）

入退院や転院の対応に追われる毎日。

治療経過

*初診時（平成 24 年 12 月 20 日）

仕事を抜けてきたのか、身なりもしっかりしている。奥さんとともに受診。がんについては前医が告知しており、精査とその後の手術と治療が必要であることを説明した。

毛利：「仕事は休んでもらわないといけないですけど、すぐに大丈夫ですか？」

樺島：「はい、大丈夫です。会社には迷惑かけますけど、今まで仕事ばかりしてきましたからねー、理解してもらえそうです。こうやって休まないといけないのもしょうがないか。と思ってます。」

がんであることにショックはあるものの、病気や治療方針の説明に対して理解が早く、仕事の出来そうなサラリーマンと感じた。ご家族は、妻と子供が二人、子供は高校生と中学生である。家族は理解があり、支援は得られそうである。診断書を依頼されたので、「大腸がん、入院加療、約 3 か月の休業が必要と考えられる。尚、休業期間は病状により変更の可能性がある」と記載した。樺島は吉川外来看護師に

吉川：「高額療養費補助制度の事前手続きを済ませておいてください」

と勧められ入院係で手続きを実施した。

樺島：「生活面の心配までしてくれるなんて助かるなあ」

吉川：「お金のことが心配でしたらソーシャルワーカーの平島さんに相談するといいいですよ。」

樺島：「今のところ、たくわえがあるので大丈夫です。給与は治療中、一時的にでなくなりますかね。」

※入院（治療計画説明も含む）

精査の結果、がんの進行度はステージⅢa。手術（結腸右半切除術施行）と術後化学療法の適応と考えられ、手術方法と予想される合併症、術後化学療法の必要性について説明をした。説明後、再発率についての質問があった。それ以外の質問はなく、同意書へ署名してもらった。ご家族も含め、表情に不安な気持ちは見られるが、理解が得られたようである。平成 25 年 1 月 18 日、結腸右半切除術施行。手術は問題なく終了、手術後も感染や縫合不全などの合併症を併発することなく経過した。術後 1 週間回診していると、穏やかな表情の樺島がいた。

樺島：「お医者さんってやっぱり大変ですねー、私らも夜遅くまで働いていたけど。

先生みたいに若いうちから、朝から晩まで何度も人の生きるか死ぬかっていう場面に立ち会うんですよねー」

毛利：「毎日朝から晩までってはないですよ。まあ大変な仕事だとは思いますが。

樺島さんは、営業だったですかね？ノルマとかあるんでしょう。医者はそのようなことはないですからねー。」

樺島：「ノルマかー、まあ 営業目標とかはありましたねー、達成できないときとか、

しんどい時はありましたけどね、深夜まで働かなきゃいけないこともあるし。

まあでも楽しいですよ。仕事って。私は趣味が仕事みたいな感じで。」

毛利：「趣味が仕事っていうのは私も一緒ですね。」

術後は、標準的な化学療法の一つである FOLFOX 療法を実施した。FOLFOX 療法は 5-FU+レボホリナート（L-LV）とオキサリプラチン（L-OHP）を組み合わせた化学療法である。主な副作用としては、末梢神経症状、血球減少、アレルギー反応、嘔気、発熱などがある。初回と 2 回目を入院中に実施し、副作用は許容範囲内であることを確認し、経過も順調であったため、退院となった。樺島は入院中の対応した宮本入院看護師は抗がん剤治療中の注意点を自筆の水彩画でたくさん教えてくれたことが大変心の安らぎにつながったことを覚えている。

宮本：「白血球が少ないときはばい菌に感染しやすいので人ごみに近づかないようにしてくださいね。」

樺島：「絵具の絵は久々に見たよ。副作用も本と減った気がするね。」

※退院後～復職診断書記載～現在まで

外来化学療法で、2 週に 1 度点滴、12 日間休薬することを、退院後 10 回実施した。副作用としては嘔気の症状が強く、また手のしびれも出現していた。嘔気については、制吐薬適正使用ガイドラインに基づき、制吐薬を処方等の調整を行うなどして経過した。

平成 25 年 8 月、術後化学療法終了し、本人より仕事に復帰したいとの申し出があり、復職可能の診断書を出してほしいと頼まれた。外来が混みあっていたため、1 週間後に取りに来るよう伝えた。外来終了後、診断書を作成した。そのとき、入院中にハードな仕事の話聞いていたことを思い出し、復職当初は体力的にきついだらうと樺島のことを思って、【診断名：大腸がん（ステージⅢ）、26 年 9 月 1 日より復職可能である。ただし 1 日 6 時間の勤務可能、疲労の蓄積のないように努めること】という内容を記載しておいた。その後も定期的な外来受診で顔を合わせた、復職後も体調不良等はなく、経過しているようである。平成 26 年 1 月、術後 1 年で実施した腫瘍マーカー、腹部 CT、大腸内視鏡検査などでも再発はなかった。

毛利：「順調に経過していますね」

樺島：「あー良かったです」と元気がない声。

毛利：「樺島さん、どうかありますか？手のしびれとかまだありますか？」

樺島：「あー、いや、そうじゃなくて・・・ 先生、私会社辞めようと思ってですね」

仕事が楽しいと話をしていた樺島を覚えていた毛利は驚いた。

毛利：「辞めるよう言われたんですか？」

話を聞いてみると、復職後、「復職時、上司・産業医含めて周りは自分の病状をとても心配してくれたこと」、「元の営業の外勤業務ではなく内勤業務に回されたこと」、「新しい業務は、業務も人間関係も慣れないこと」、「元部下が昇進することが決まったこと」などが語られた。

毛利は、会社の中に樺島さんの居場所がなくなってしまったんだな…と感じた。自分と同じ仕事人間だった樺島、自分が同じような状況になったらどんな気持ちになるんだろうという思いが頭をよぎった。それから自分に何かできることはなかったか考え始めた。毛利は、がん支援相談員が就労支援のために社労士と契約して何か始めているという話を思い出した。

毛利：「うちの病院のがん支援相談員の古谷に相談すれば仕事のことも相談に乗ってくれるみたいですよ」

樺島：「……」

樺島はうつむきそれ以上仕事の話をすることはなかった。

設問

本事例について、樺島がよりよく働くために病院で介入するとしたらどのような対応ができたでしょうか？

- ① 本事例で発生した問題点、課題の抽出し桃色のポストイットで記載してください。類似の事例で発生しそうなことも記載可能とします。
- ② 問題点の解決策（「〇〇のために△△をする」）を青色のポストイットで記載してください。

厚生労働科学研究費補助金(がん政策研究事業)

分担研究報告書

「がんと仕事のQ&A初版」第2版の作成

研究代表者

国立がん研究センターがん対策情報センターがんサバイバーシップ支援研究部長

高橋 都

研究要旨

【目的】平成25年2月に公表した「がんと仕事のQ&A」初版のコンテンツに対する意見を収集し、その結果に基づいて修正第2版を作成する。

【方法】「がんと仕事のQ&A」初版へのコメント収集を平成25年度から継続し、最終的に患者・家族30名、企業関係者・医療者各5名を対象に、コメントシートおよび対面式ヒアリングによって収集した。

【結果】コメントに基づき、①Q&Aとコラムの目次の作成、②Q&Aの順序の時系列順の並び替え、③内容再吟味に基づいたQ&Aの統合と分離独立、④わかりにくい説明文の修正、⑤体験談コラムの追加、⑥資料編のリンク確認と説明の修正、⑦Q&Aとコラムの用語索引の作成、⑧文字サイズとレイアウトおよび冊子サイズ(A5→A4)の修正を実施した。最終的に、81のQ&A、47のコラム、「体験者からのアドバイスの花束」、資料編、索引で構成されるA4版81ページの冊子となり、「がんと仕事のQ&A第2版」として平成26年11月に公表した。全プロセスは患者作業部会との連携のもと進行した。

研究協力者

内田スミス あゆみ (患者作業部会)

山田裕一 (患者作業部会)

富田眞紀子 (がん研究振興財団リサーチレジデント)

斧澤京子 (国立がん研究センター がんサバイバーシップ支援研究部 研究補佐員)

A. 研究目的

平成25年2月に公表した「がんと仕事のQ&A」の編集やコンテンツに対する評価と修正点に関する意見を収集し、その結果に基づいて修正第2版を作成する。

B. 研究方法

平成25年からの継続活動として、患者・家族、医療関係者、企業関係者に「がんと仕事のQ&A」初版を配布し、掲載内容・言語表現・デザインに関する意見を、調査票および対面式ヒアリングによって収集した。最終的に患者・家族30名、企業関係者・医療者各5名を対象に、コメントシートおよび対面式ヒアリングによって意見収集を行った。

寄せられたコメントをもとに、研究班関係者と患者作業部会メンバーが共同で修正文を起稿するとともに、体験談コラム作成のための追加ヒアリングを実施した。追加ヒアリングは、研究班メンバーががん関連の体験を有する知人に冊子の趣旨を説明し、ヒアリングを了承した人を対象として電話または対面で30分程度実施した。コラム文章はヒアリング協力者に提示され、修正を経て最終稿とした。すべてのプロセスは患者作業部会との共同で実施した。

C. 研究結果

コメントを寄せた患者・家族、医療者、企業関係者全員が、Q&A集は「役立つ」「人にも勧めたい」と回答した。

改善要望としては、①Q&A目次修正とコラムの目次追加、②視覚的イメージの改善（文字サイズを大きくしてほしい、親しみやすいイラストを多用してほしい等）③

類似内容のQ&Aの統合、④体験談コラムの追加、⑤索引の作成などが挙げられた。コメントに基づき、以下の修正を行った。

1. Q&Aとコラムの目次を作成する。
2. Q&Aの順序は基本的に診断からの時系列の順に並べる。
3. 各Q&Aの内容を再検討し、類似Q&Aの統合と、異なる内容が含まれるQ&Aを分離独立させる。
4. わかりにくい説明文を修正する。
5. 体験談コラムを追加する。
6. 資料編のリンク確認とわかりにくい説明の修正を行う。
7. Q&Aとコラムの用語索引を作成する。
8. 文字サイズとレイアウト、冊子サイズ(A5→A4)見やすく修正する。

最終的に、81のQ&A、47のコラム、「体験者からのアドバイスの花束」、資料編、索引で構成されるA4版81ページの冊子となった。

「がんと仕事のQ&A」第2版コンテンツは研究班から国立がん研究センターがん対策情報センターに委譲され、ホームページ「がん情報サービス」でPDFを無料ダウンロードできる形で公開（平成26年11月）されるとともに、同センター刊行物発注システムを経由して全国の医療機関などから1冊150円で注文できる形となった。平成26年11月から平成27年3月までの第2版の販売実績は約1万部である。発注元は主として医療機関だが、行政（地方自治体）、健康づくり協会、企業にも購入されている。

D. 考察

「がんと仕事のQ&A」第2版は、今後、関連する法改正などに伴い、さらに改定を重ねる予定である。また、今回の体験談に盛り込まれていないがん種（特に希少がん）や年代（小児期・AYA期発症のがん経験者、高齢がん患者など）、進行度（再発・進行期など）などについてもヒアリングを予定している。

E. 結論

「がんと仕事のQ&A」第2版を作成し、平成26年11月に公開した。

F. 参考文献

なし

G. 研究発表

学術論文

1. Miyashita M, Ohno S, Kataoka A, Tokunaga E, Masuda N, Shien T, Kawabata K, Takahashi M: Unmet information needs and quality of life in young breast cancer survivors in Japan. *Cancer Nursing*. (in press)
2. Okada H, Okada H, Maru M, Maeda R, Iwasaki F, Nagasawa M, Takahashi M: Impact of childhood cancer on maternal employment in Japan. *Cancer Nursing Cancer Nursing* DOI: 10.1097/NCC.000000000000123
3. Takahashi M: Psychosocial distress among young breast cancer survivors: implications for healthcare providers. *Breast Cancer* 2014 Nov;21(6):664-9 DOI 10.1007/s12282-013-0508-9
4. Saito N, Takahashi M, Sairenchi T, Muto T: The impact of breast cancer on employment among Japanese women. *Journal of Occupational Health* 56:49-55, 2014
5. 高橋 都: がん就労者への支援はどうあるべきか—本人と職場が納得して働き続ける上での課題と人事担当者が押さえない対応策 労政時報 (印刷中)
6. 高橋 都: 働くがん患者の現状と課題 (患者支援の視点から) 産業医学ジャーナル 38(1):13-17, 2015
7. 立石清一郎、高橋 都、森 晃爾: 就労支援 総合リハビリテーション 42:1147-1151, 2014
8. 高橋 都: 【講演録】働くがん患者への支援～納得度の高い働き方をどのように実現するか. *健康管理* 61(12):1-15, 2014
9. 高橋 都: がんとわかった「その後」を生きる 医療の広場 54(10):7-10, 2014
10. 高橋 都: がんサバイバーシップ—歴史的背景, 研究トピック, 医療者による支援のかたち 乳癌の臨床 29 (5) : 451-458, 2014
11. 高橋 都: 乳がんと就労問題 *CancerBoard 乳がん* 7:161-163, 2014
12. 高橋 都: がん治療と就労の両立のために—施策と支援の方向性. *労働の科学* 69:324-327, 2014

学会発表

1. 高橋 都：第 29 回日本がん看護学会学術集会シンポジウム「がん体験者の“生きる”を支える看護「就労支援」 横浜 2015 2/28-3/1
2. 宮下光令、高橋都ほか：インターネット・モニター調査による、がんサバイバーの就業状況の変化の経験に関する検討 第 29 回日本がん看護学会学術集会 横浜 2015 2/28-3/1
3. 高橋 都：造血幹細胞移植患者の就労支援. 第 37 回日本造血細胞移植学会総会ランチョンセミナー 2015. 3. 6, 横浜
4. 高橋 都：第 37 回日本造血細胞移植学会総会看護セミナー「がん患者の就労支援」2015. 3. 6, 横浜
5. 玉置一栄ほか：当院における乳がん患者への就労支援の看護実践報告～「ご当地カフェ in いしのまき」からの考察 乳癌学会東北地方会 2015. 3. 16
6. 高橋 都：「がん就労者の支援—医療現場・職域・地域の連携に向けて」. シンポジウム 19「がん患者の就労支援—医療現場・地域・職域・行政における連携の実際」第 73 回日本公衆衛生学会総会 2014. 11. 6 栃木県総合文化センター 宇都宮市
7. 高橋 都：がん治療と就労の調和～医療者が動けば！ シンポジウム 12「術後補助化学療法と就労の両立支援をめざして」第 6 2 回日本職業・災害医学会学術大会 2014. 11. 16 神戸国際会議場 (神戸)
8. Seiichiro Tateishi, Takayuki Ogasawara, Ko Hiraoka, Yoshiyuki Shibata, Yoko Matsumoto, Akiko Oka, Arisa Harada, Miyako Takahashi, Koji Mori: Understanding employer support for cancer survivors in workplaces. Asian Congress of Occupational Health 2014 (Fukuoka)
9. 佐藤京子、安田有理、玉置一栄、高橋斐美、佐藤恭子、山下都香沙、高橋 都、千田康徳、古田昭彦「就労支援ご当地カフェ in いしのまき」開催報告 日本赤十字学会
10. 高橋 都：日本病院薬剤師会関東ブロック第 44 回学術大会 教育講演 4「本当にわかっていますか？～緩和ケアの全人的苦痛」社会的苦痛 2014. 8. 31 大宮
11. 高橋 都：「がん治療と就労の両立—日本の現状と課題」チーム医療推進プログラム 4「肺がん治療と就労の両立」第 5 5 回日本肺癌学会学術集会 2014. 11. 16 国立京都国際会館
12. 富田眞紀子, 高橋 都, 多賀谷信美, 角田美也子, 武藤孝司 乳がん患者の心的外傷後成長 (PTG) の関連要因に関する研究. 第 27 回日本サイコロジ学会総会 シンポジウム, 2014. 10. 3 タワーホール船堀 東京都
13. 富田眞紀子, 高橋 都, 多賀谷信美, 角田美也子, 武藤孝司 乳がんカップル調査<第 4 報> 診断後の夫婦関係と性生活の変化 患者と夫双方の視点から. 第 22 回日本乳癌学会総会, 2014. 7. 10 大阪国際会議場 大阪市
14. 富田眞紀子, 高橋 都, 多賀谷信美, 角田美也子, 武藤孝司 乳がん患者における就労状況の変化と職務満足度. 第 52 回日本癌治療学会学術集会, 2014. 8. 29 パシフィコ横浜 横浜市