

表1 治療と就労の調和に向けた患者への働きかけのポイント（文献4から引用）

1. 確定診断時	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の就労状況を把握する ・就労継続を励ます（早まった退職の防止） ・院内の相談窓口の場所を教える（就労・医療費関連情報の入手）
2. 治療プロセス全体を通じて	<ul style="list-style-type: none"> ・治療スケジュールや予想される副作用をわかりやすく説明し、文書にして渡す ・患者と良好なコミュニケーションを保つ（質問しやすい雰囲気をつくる） ・可能な範囲で、仕事と両立しやすい治療スケジュールを組む。 ・必要に応じて、職場関係者や産業医から連絡してもらってよいことを伝える。 ・必要に応じて、患者の職場や自宅に近い医療機関と連携する

を通じてわかりやすい情報提供をすることが肝要である。わかりやすい医療情報の提供はすべての医療者に求められるが、このような本来の役割を果たすことが働くがん患者自身の病状理解を高め、患者自身の説明を介して職場関係者が個別の配慮を検討しやすくなる。

主治医や担当看護師以外との個別のコミュニケーション以外にも、たとえば外来化学療法室スタッフや相談支援センターの相談員など、患者とまとまった時間を持つことができる医療者は存在する。薬剤師は服薬指導時に、理学療法士や作業療法士はリハビリテーション実施時に、心理専門スタッフや管理栄養士は面談時に、それぞれの専門領域から「職場での対応のヒント」の助言をすることができる。

しかし、患者は多忙な医療者への就労相談を躊躇しがちであることに加え、相談に至ったとしても院内の多部署で散発的に対応することが多いため、相談対応のノウハウが蓄積されにくいという問題もある。就労関連の悩みを持つ患者をスクリーニングし、効果的な支援に結びつけるための病院全体の就労支援のしくみづくりが求められている。病院ベースの支援モデルは、おそらく病院規模、設立主体、立地（都市型・地方型）などに応じた検討も必要だろう。

4. 職場内の連携

がん就労者に向けた職場対応には、医療機関とはまた異なる難しさがある⁵⁾。第1に職場関係者と本人の双方が「死に直結する病」という偏ったがんイメージにふりまわされがちであること、第2に入院期間の短縮や治療の外来シフトのような現代のがん治療の特色が職場関係者に理解されていないこと、第3にがんの経過は極めて個別性が高いことが挙げられる。職場関係者と働くがん患者の双方が状況を正確に把握できないと、早まって離職や、必要以上の就労制限につながりかねない。

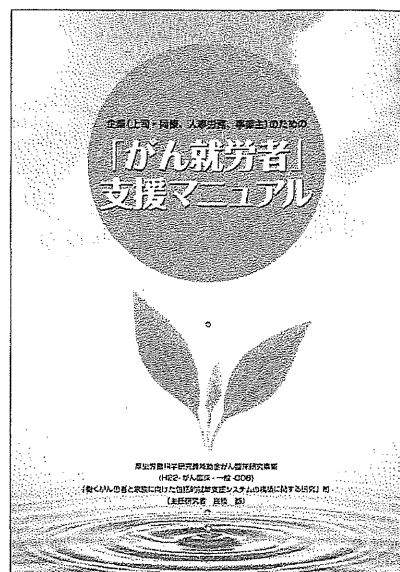
企業内のプレイヤーとしては、関わる経営者や人事労務担当者、職場で働くがん患者に直接かかわる上司や同僚がおり、一定規模以上であれば産業保健スタッフ（産業医・産業看護職）も配置されている。

がん就労者に向けた職場での支援対応のあり方については、厚生労働科学研究「がんと就労」研究班（以下、研究班）の産業保健エキスパートによってまとめられた「企業のためのがん就労者支援マニュアル」⁶⁾（表紙写真）が参考になる。このマニュアルでは人事

の心得5カ条として、①あわてず個別の状況を正確に把握すること、②「おそらくだろう」と人事だけで決めつけないこと、③そのためには従業員本人の希望をよく聞いたうえで判断すること、④対応に対して周囲から納得感を得るために本人と現場や関係部署の間の調整をすること、⑤普段から対応に向けたルールづくりをすることの5点を挙げている。いずれも、現場の上司や同僚との連携、さらに経営者の関与が求められる内容である。

産業保健スタッフとそれ以外の職場関係者の連携も重要である。産業医や産業看護職はがん就労者の医学的情報を個々の職場にあてはめ、就労の時間、業務内容、出張の可否等の業務負荷、環境の整備、受診時間の確保、副作用出現時の休養・休業などについて助言することができる^{7,8)}。

また、復職後の様子を社内で継続的にフォローできる。後述する主治医との情報共有場面でも、職場の状況をよく知る医療者の存在を主治医が知れば、より詳細な医療情報を出してもらいやすい。職場関係者には、産業保健スタッフの存在と技を最大限活用することが求められる。



5. フィールドを超えた連携

がん就労者の支援においては、フィールドにまたがる情報共有や連携がきわめて重要である。

(1) 医療機関と職場の連携

医療機関と職場間の連携における最大の課題は、がん就労者本人の医療情報を過不足なく共有するノウハウの蓄積であろう。職場関係者が本人への具体的な配慮を検討するためには、その病状や治療スケジュールについて個別状況を正確に把握する必要があり、情報の根拠は主治医からの診断書や診療情報提供書となる。しかし、主治医は多忙であることに加え、職場の状況をよく把握せずに復職可否や就業配慮の助言を出すことに自信が持てないこともある。さらに主治医は心情的に患者に近いと、受け持ち患者が職場で不利益を被ることを心配して情報提供に消極的になるケースも少なくない。

表2に、治療スタッフと職場関係者が患者の情報共有をする際のポイントを示す。①情報共有は患者本人の同意のもとづいて進めること、②職場側は、情報収集の目的が職場での就業配慮の検討であることを医療者に明確に示すこと、③職場側は、本人の就業状況や、就業配慮を検討するために必要とする情報を具体的に医療者に示すこと、④職場に産業保健スタッフがいる場合は積極的に最大限活用すること、そして⑤医療者は、職場から情報や助言に関して職場から依頼された文書を、できるだけ速やかに発行することである。

情報共有のためには医療者と職場関係者の双方の歩み寄りが不可欠である。情報共有を促す情報提供依頼状のフォーマットなども提案されており⁹⁾、関連学会や医師会などを通じた普及も望まれる。

表2 治療スタッフと職場関係者が患者の情報共有をする際のポイント

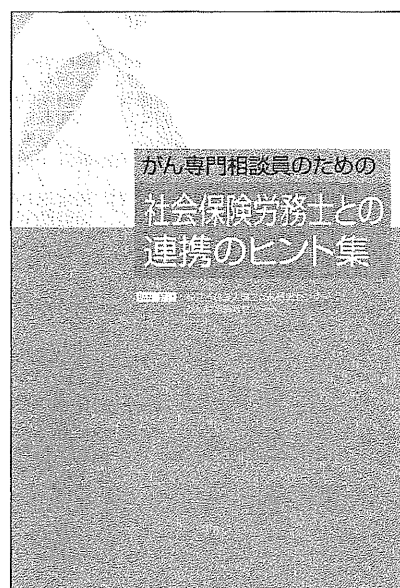
1. 情報共有に関して職場側は患者本人の同意を得ること。医療者は同意を確認すること。
2. 職場側は、情報収集の目的が職場での就業配慮の検討であることを明確に示すこと。
3. 職場側は、患者（従業員）の就業状況と、就業配慮の検討に向けて必要とする情報を具体的に示すこと（病名、治療内容、今後の治療スケジュール、現在の健康状態、起きやすい副作用など）。
4. 職場に産業保健スタッフがいる場合は積極的に最大限活用すること。
5. 医療者は、職場から情報や助言に関して職場から依頼された文書を、できるだけ速やかに発行すること。

（2）医療機関と地域の連携

医療機関と地域の連携としては、地域の就労専門家との連携、さらや患者支援グループなど地元の支援源との連携が注目される。

1) 就労専門家の医療機関への配置

厚生労働省は平成25年から、「がん患者の就労に関する総合支援事業」として、拠点病院のがん相談支援センターに、社会保険労務士、産業カウンセラー、キャリアコンサルタントなどを週1回程度配置し、職場とのコミュニケーションや社会保険などの専門的な相談に対応する事業を実施している。それまで医療機関となじみがうすい職種との効果的な連携を促すために、国立がん研究センターがん対策情報センターでは相談員向け冊子「社会保険労務士との連携のヒント」を出版している¹⁰⁾（表紙写真）。



厚生労働省ではまた、職探しをするがん患者に向けて、「長期にわたる治療等が必要な疾病をもつ求職者に対する就職支援モデル事業」を平成25年度から始めている。これは、長期にわたる治療等のために離職を余儀なくされた求職者に対して、ハローワークの専門スタッフ（就労支援ナビゲーター）がハローワーク内に相談窓口を設けて対応するものだが、近隣の拠点病院のがん相談支援センターにも就労支援ナビゲーターが定期的に出張し、院内で個別相談にも応じている。平成25年度に全国5か所で始まった同モデル事業は、平成27年度には16か所のハローワークに拡大し、運営のノウハウが蓄積されつつある。

2) 患者支援グループとの連携

近年、各地のがん患者支援団体による就労支援の取り組みも注目されている。一般社団法人CSRプロジェクト¹¹⁾、特定非営利活動法人キャンサーリボンズ¹²⁾、特定非営利活動法人がんと暮らしを考える会¹³⁾などの支援団体は、全国の働くがん患者に向けた無料電話相談、グループミーティング、支援冊子の配布、社会保障制度の検索システムなど、多角的なリソースを提供している。松山市を拠点に活動する特定非営利活動法人愛媛がんさぽーとおれんじの会では、キャリアコンサルタント等による「就活相談セミナー」を定期開催し、個別相談に対応している¹⁴⁾。医療者は、全国や地域で展開するこれら患者支援グループの活動を把握し、地元でも活用できるリソースを患者に提供できるよう情報収集を

心掛けたい。

3) 地域の育児・家事支援グループとの連携

多くのがん就労者と家族は、治療と仕事に加えて育児や家事の負担にも直面する。特に周囲に親戚など頼れる相手がいない場合は深刻である。したがって、育児や家事への支援は、がん治療と就労を両立しようとする本人や家族に向けた間接的な就労支援となる。自治体や民間業者による育児・家事支援サービスの情報を地元の医療機関が収集し、患者や家族に提供することも有用である。

(3) 職域と地域の連携

職場関係者が活用できる地域資源もある。地元拠点病院のがん相談支援センターは、その病院に通院していない患者や市民も利用可能であり、職場関係者にとって、従業員ががんを発症した場合に基本的な医学情報を入手する場所としての活用が可能である。

また、全国 47 都道府県に設置されている産業保健総合支援センターは、事業主や労務管理担当者等に向けて産業保健に関する相談業務や研修を実施している。特に、産業保健総合支援センターの地域窓口（地域産業保健センター）では、地域産業医の選任義務のない小規模事業場の事業者や労働者への支援を提供している。

今後は、働くがん患者の支援に向けてこれらの地域資源が活用できることの広報とともに、実際に相談窓口寄せられる相談内容の分析や相談対応ノウハウの蓄積と共有が必要だろう。特に地域窓口は小規模事業場の産業保健活動に向けた数少ない支援源であるだけに、その効果的な活用のあり方の検討が必要である。

(4) 行政の働き

医療現場、職域、地域をたばねる地方行政の動きも活発化している。がん対策推進基本計画にがん患者の就労支援が盛り込まれた後、国の基本計画に基づいて展開する都道府県レベルのがん対策でも就労支援の施策が検討されるようになった。がん患者の就労のあり方には医学的要因に加えて個人属性や職場要因など多要因が複雑に関与するが¹⁶⁾、行政の強みは地元の複数のフィールドに向けた働きかけが可能な点にある。

各地の地方自治体の実施主体となり、がん就労者・家族・地元企業を対象とした実態調査が複数実施され、報告書にまとめられている^{16, 17)}。がん就労者に支援的な企業の表彰制度¹⁸⁾や地元企業の経営者向けがん就労者支援ガイドブック¹⁹⁾、さらに県のがん対策に協力する企業の登録制度²⁰⁾なども展開されている。このような地方行政の試み、特に企業をまきこんだ動きのさらなる進展が期待される。

5. まとめにかえて ～研究者とがん体験者の連携を

最後に、フィールドをまたいで存在するがん患者本人と、フィールドを超えて活動できる研究者との連携について言及したい。

筆者は平成 22 年度から厚生労働科学研究費プロジェクトを通じてがん就労者支援研究に取り組んでいるが、研究班の活動を通じてがん体験者や支援グループと連携する機会を数多く得た。前出の特定非営利活動法人愛媛がんさぼーとおれんじの会は、プロジェクトの研究者と協力して企業調査の立案に関わるとともに、地元商工会議所から調査協力を得る

際の交渉を担った。調査が実現したのは同会の日頃からの地道な支援活動が評価された結果である²¹⁾。

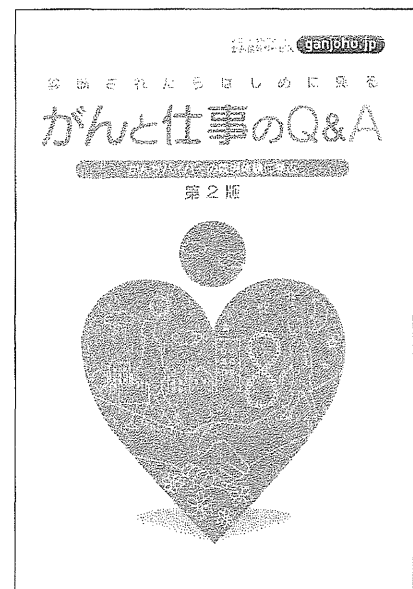
また、同研究班が実施したがん就労者と家族の実態調査は数多くの患者会の協力を得て実施され、さらにその自由記述に基づく冊子「がんと仕事のQ&A」²²⁾（表紙写真）を作成する際は、冊子作成の趣旨に賛同する複数のがん体験者が「患者作業部会」としてデータのとりまとめや資料の収集、そして執筆作業にも関わった。作成プロセス全体を通じて、常に冊子利用者目線に立つ「患者作業部会」メンバーの意見が大きく役立ったことは言うまでもない。

研究者は、フィールドを超えて活動する余地があるとはいえ、その職業的背景やそれまでのトレーニングなどにより、視点が固定化してしまいがちである。しかし、社会的

存在として人間が抱える問題に取り組む際は、常に複眼思考が求められる。公衆衛生領域の研究者が取り組む課題は、研究者自身や家族がいつ当事者になってもおかしくないテーマでもある。研究者と体験者の連携の意義は改めて強調しておきたい。

がん患者の就労支援の最終目標は、本人の就労意欲と就労力がフェアに評価されること、そして、本人と職場の双方が納得感を持てる対応を生み出すことであろう。

そのゴールに向けて、医療現場、職域、地域というフィールドと、行政や研究者、そしてがん体験者自身も含むさまざまなプレイヤーの連携と協力が求められる。それにより、フィールドの中心に存在するがん就労者の一層のエンパワーメントが実現するのではないだろうか。



文献

- 1) 厚生労働省がん臨床研究事業「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」班。「治療と就労の両立に関するアンケート調査」結果報告書, 2012
http://www.cancer-work.jp/?page_id=34 (2015年6月30日アクセス可能)
- 2) 厚生労働省がん患者・経験者の就労支援のあり方に関する検討会報告書 (平成26年8月)
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000054911.pdf>
(2015年6月30日アクセス可能)
- 3) 高橋 都. がん患者の就労支援—わが国の現状と課題. 公衆衛生 77: 987-991, 2013
- 4) 高橋 都. がん治療現場の医師・看護師による「就労支援」—実践のノウハウを学ぶ. 日本癌治療学会編 がん患者の治療と就労の両立支援: 医療側と事業側の連携に必要なものは何か. 2015; 44-48.
- 5) 高橋 都. がん就労者への支援はどうあるべきか. 労政時報 第3886号 2015; 107-117.
- 6) 企業(上司・同僚、人事労務、事業主)のための「がん就労者」支援マニュアル
<http://www.cancer-work.jp/tool/> (2015年6月30日アクセス可能)
- 7) 立石清一郎, 高橋 都, 森 晃爾. 特集「がんのリハビリテーション」<就労支援> 総合リハビリテーション 2014; 42: 1147-1151.

- 8) 竹田 透. 特集「がん治療と就労の両立をめぐるI」職域における現状と対応上のポイント (産業医の視点から) 産業医学ジャーナル 2015; 38: 5-8.
- 9) 滋賀医科大学社会医学講座衛生学部門「がん患者の職場復帰支援に関するパンフレット」(2014年度滋賀県「がん患者職場復帰支援円滑化モデル事業」)
<http://www.shiga-med.ac.jp/~hqpreve/chiiki/> (2015年6月30日アクセス可能)
- 10) 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 がん相談支援センター相談員のためのガイドブック「社会保険労務士との連携のヒント集」
<http://ganjoho.jp/hospital/consultation/support/guidebook.html> (2015年6月30日アクセス可能)
- 11) 一般社団法人 CSR プロジェクト
<http://workingsurvivors.org/> (2015年6月30日アクセス可能)
- 12) 特定非営利活動法人キャンサーリボンズ
<http://www.ribbonz.jp/> (2015年6月30日アクセス可能)
- 13) 特定非営利活動法人がんと暮らしを考える会
<http://www.gankura.org/> (2015年6月30日アクセス可能)
- 14) 特定非営利活動法人愛媛がんさぼーと おれんじの会
<http://machinaka-orange.jp/> (2015年6月30日アクセス可能)
- 15) Mehert A: Employment and work-related issues in cancer survivors. Crit Rev Oncol Hemat 2011; 77: 109-130.
- 16) 東京都保健福祉局「がん患者の就労等に関する実態調査」報告書 (平成26年5月)
http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryoy/iryoy_hoken/gan_portal/soudan/ryouritsu/houkoku.html (2015年6月30日アクセス可能)
- 17) 茨城県「茨城県のがん患者の就労実態(アンケート調査結果)について」(平成27年2月)
<http://www.pref.ibaraki.jp/hokenfukushi/yobo/sogo/yobo/cancergrop/cawork.html>
(2015年6月30日アクセス可能)
- 18) 東京都保健福祉局「平成26年度東京都がん患者の治療と仕事の両立への有料な取組を行う企業表彰」
http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryoy/iryoy_hoken/gan_portal/soudan/ryouritsu/kigyobosyu.html (2015年6月30日アクセス可能)
- 19) 広島県「経営者の皆様だからできること」(平成26年2月)
<https://www.pref.hiroshima.lg.jp/uploaded/attachment/124657.pdf> (2015年6月30日アクセス可能)
- 20) 広島県 Team がん対策ひろしま
<https://www.pref.hiroshima.lg.jp/site/gan-net/team-gantaisaku.html> (2015年6月30日アクセス可能)
- 21) 立石誠一郎, 柴田喜幸, 森 晃爾, 他: 厚生労働科学研究費補助金がん臨床研究事業「がん患者・職場関係者・医療者に向けた就業支援カリキュラムの開発と普及啓発手法に関する研究」平成25年度総括・分担研究報告書 2014; 103-129.
- 22) がんと仕事の Q&A 第2版 <http://ganjoho.jp/public/support/work/qa/>
(2015年6月30日アクセス可能)

1 がんサバイバーシップとは

「サバイバーシップ」という用語にコンセンサスを得た日本語訳はまだないが¹⁾、「がんサバイバーシップ (cancer survivorship)」とは、がん診断や治療を受けた後に本人や家族が生きていくプロセス全体のことを意味する。医療の進歩に伴い、がんが「長くつきあう慢性病」に変化しつつある今日、がん医療のゴールも単なる生存から診断後も充実した社会生活を送ることに大きくシフトしようとしている。医療従事者にも、がん治療が患者の社会生活全体に及ぼす影響を意識し、その影響をできるだけ軽減させる取り組みが求められる。

2 がんサバイバーシップ概念の展開

診断や治療後に起こる諸問題に対応することの重要性は、1980年代に米国のがん体験者たちによって提唱された²⁾。その後米国を中心に医療政策や研究領域でも注目されるようになり、1996年には米国立がん研究所内にがんサバイバーシップ部(The Office of Cancer Survivorship)が設置された。また2006年に Institute of Medicine が発表した報告書「がん患者からがんサバイバーへ—移行の道に迷って」(“From cancer patient to cancer survivor: Lost in transition”)³⁾は、がん治療による長期的合併症や社会生活上の困難の軽減に向けて、国家レベルからコミュニティレベルまでさまざまな関係者の具体的な連係のあり方を提言し、その後の米国内のがん政策を方向づけた。

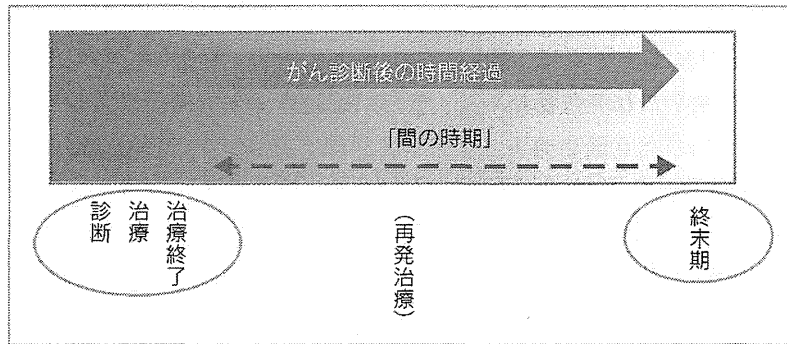
わが国でも、この数年急速にがんサバイバーシップが注目されている。平成24年度から5カ年の国家レベルのがん政策の方向性を示した第2期がん対策推進基本計画⁴⁾では、全体目標の1つとして「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」が新たに明記され、「分野別施策と個別目標」には「小児がん」「がんの教育・普及啓発」「がん患者の就労を含めた社会的問題」が盛り込まれた。また、平成25年度に終了した第三次対がん10カ年総合戦略に続く新たながん研究戦略として発表された「今後のがん研究のあり方に関する有識者会議報告書」⁵⁾では、今後求められるがん研究として、がんの本態解明や新規薬剤・医療技術の開発と並んで「充実したがんサバイバーシップを実現する社会の構築をめざした研究」が明記された(総13表-1)。国内でも関連書籍の出版が相次いでいる⁶⁻⁸⁾。

がんサバイバーシップ領域の研究と実践では、患者や家族が本来の生活の場所(家庭、職場、学校、地域コミュニティなど)で直面する社会的課題に着目する。もちろん、長期合併症、晩発性障害、二次がんなどの医学的要因は社会生活にも大きく影響するため、それらの実態や関連要因の把握、効果的なフォローアップ体制のあり方の検討なども重要テーマである。

がん体験の時間軸で見れば、がんサバイバーシップ領域が着目するのは、主として患者が初期治療を終えて社会復帰し通院頻度も下がる「間の時期」である(総13図-1)⁹⁾。この時期に患者や家族が直面する課題は、必ずしも実態把握が十分ではなく、対応も遅れていた感が否めない。

総13表-1. 「今後のがん研究のあり方に関する有識者会議報告書」における“求められる研究”

- | |
|--------------------------------|
| ①がんの本態解明に関する研究 |
| ②アンメットメディカルニーズに応える新規薬剤開発に関する研究 |
| ③患者に優しい新規医療技術開発に関する研究 |
| ④新たな標準治療を創るための研究 |
| ⑤ライフステージやがんの特性に着目した重点研究領域 |
| ⑥がんの予防法や早期発見手法に関する研究 |
| ⑦充実したサバイバーシップを実現する社会の構築をめざした研究 |
| ⑧がん対策の効果的な推進と評価に関する研究 |



総 13 図-1. がんサバイバーシップ研究が特に着目する「間の時期」
(文献 9) より引用)

3 がんサバイバーシップ領域の研究と実践における重要テーマ

総 13 表-2 に、サバイバーシップ領域の研究と実践におけるテーマ例を挙げる。サイコオンコロジーや緩和医療学の研究領域と重複する部分もあるが、より社会目線をもつことが特色である。いずれのテーマも国内の実態把握に基づいた対応方策の検討が必要だが、社会医学、政策科学、さらに人文社会科学領域との連携が必須である。

以下、特に今後国内でも研究が必要とされるテーマを概説する。

■ 長期的合併症への対応および晩発性障害・二次がんのスクリーニング

フォローアップ期間の長期化に伴い、治療終了後も続く長期的合併症や、一定期間を経てから生じる晩発性障害が注目されるようになった¹⁰⁾。これらの症状の発生率や関連要因、は必ずしも明らかではなく、疫学的データの蓄積が必要である。

不整脈、高血圧、血栓症、心不全などの心血管系リスクは、長期合併症、晩発性障害の両方の形で発症する可能性があり、化学療法、分子標的薬、胸部の放射線療法などとの関連が指摘され¹¹⁾、がん患者の心機能

総 13 表-2. がんサバイバーシップ領域の研究と実践のテーマ例

- ・ 長期的合併症への対応および晩発障害・二次がんのスクリーニング
 - 発生率と関連要因
 - 効果的な経過観察のあり方
 - 専門医とかかりつけ医の連携
- ・ 周囲との人間関係
 - カップル・親子・兄弟姉妹・友人知人・職場関係者などとの関係
 - 周囲へのカミングアウト、病状説明
- ・ がん罹患後の健康増進
 - 喫煙、飲酒、運動、食事、睡眠など
 - がん患者の行動変容
 - ライフスタイルが疾病経過に及ぼす影響
- ・ ライフコースに関連するテーマ
 - 恋愛、結婚、性生活、育児、育児、介護など
- ・ 就学
 - 院内教育、復学・進学支援
 - 教育関係者の理解向上
- ・ 就労
 - 継続就労、再就職
 - 小児がん経験者の新規就労
 - 医療現場における支援
 - 職場関係者による支援、産業保健領域との連携
 - 行政、地域における支援のあり方
- ・ 経済的問題
 - 医療費、社会保障制度のあり方
 - 制度情報の効果的提供
- ・ がんリハビリテーション
- ・ 患者・家族のセルフマネジメント
- ・ 生きることに関する実存的問題
- ・ 社会の中のがん偏見

を研究する Cardio-Oncology という領域も提唱されている¹²⁾。心機能低下を引き起こす可能性がある治療を受けた患者にはリスクを説明するとともに、禁煙、高血圧・糖尿病・脂質異常症（高脂血症）の治療などを通じてリスク因子を改善させることが必要である。また、抗腫瘍効果を損なわず心毒性を最小化する研究も求められる。

がん治療が引き起こす認知機能低下も、近年注目されている。最も関連づけられるのは化学療法だが、内分泌療法、放射線療法、手術との関連も指摘されている¹³⁾。症状としては集中力の低下、物が覚えられない、人の名前が出てこない、物事を処理するスピードが落ちた、それまで可能だったマルチタスクができないなどの訴えが多く、その訴えの強さは既存の神経・心理学的認知機能尺度の結果と必ずしも相関しない。可逆的な症状が認知機能に悪影響を及ぼしている場合もあり、問題を訴える患者には抑うつ、疼痛、倦怠感、睡眠障害などのスクリーニングも検討する必要がある。症状に対して現時点では薬物治療の効果は不明であり¹³⁾、日常的な自己管理（手帳やメモの利用、マルチタスクを避けるなど）が勧められる。倦怠感への認知行動療法¹⁴⁾や身体活動¹⁵⁾による認知能改善効果の報告もある。

二次がんのスクリーニングについては経済効率も含めた効果的な経過観察のあり方を検討する必要がある。各国がそれぞれの医療システムのなかで試行錯誤をしており、専門医ではなくプライマリケア医や専門看護師が中心となって経過観察するモデルや、さらには電話やインターネットを通じた非対面型のフォローアップも検討されている¹⁶⁾。わが国でも多職種の間連携クリニカルパスを含めた複数の医療機関のネットワークの進展が望まれる。

■ 周囲との人間関係

人間関係の問題が本人や周囲の人々の精神心理的状況に及ぼす影響の研究も重要課題である。人間関係のあり方は社会文化的な背景にも影響されるため、国内の研究知見の蓄積が望まれる。近年、特にカップル関係や親子関係が注目されている。

カップルの一方ががんに罹患したとき、パートナーは支援者としての役割を担いながら自らも何らかの支援を必要とする¹⁷⁾。わが国の乳がん患者の夫 137 人の調査では、91%が妻の病気と関連して「将来への漠然とした不安」「気分の落ち込み」「不眠」などの心身不調を自覚していた¹⁸⁾。がん診断を受けた本人と周囲の人々の精神心理的状況は相互に影響しあうことが多く¹⁹⁾、本人の心身の安寧のためにもパートナーへの支援は重要である。

親子関係については、乳がん罹患した母親の子どもの 52%が外傷後ストレス症状を呈したとする報告がある²⁰⁾。がんの親をもつ子どもに向けた支援プログラムや教材は国内でも徐々に整備されつつあり^{21,22)}、今後、各地での展開が期待される。また、患者が若年成人の場合、親子の力関係によっては治療の意思決定に親が介入することもあり、医療従事者は本人の意向が十分反映されるよう留意しておきたい。

■ がん罹患後の健康増進

がん罹患後の喫煙、過度の飲酒、食生活の偏り、運動不足といった生活習慣が、再発や二次がん、心血管障害、糖尿病、骨粗鬆症、抑うつ、機能低下などの原因になることは以前から指摘されている²³⁾。ライフスタイルは治療と異なり本人や家族がコントロールできる領域であるだけに、サバイバーシップ研究のなかでも国際的に注目度が高い²⁴⁾。予後改善効果も指摘され、例えば乳がん患者 12,108 人のメタアナリシスでは、診断後の身体活動が全死因死亡を 41%、乳がん死を 34%、再発を 24%低下させた²⁵⁾。日本人がん患者のライフスタイルと予後などの関連については、国内のコホート研究が進行中であり²⁶⁾、その結果が待たれる。

患者のライフスタイル改善は医療者が寄与できる領域でもある。カナダで実施されたランダム化比較試験では、がん専門医に運動を助言された患者群の運動量が対照群より有意に増加したことが報告されている²⁷⁾。現状では、多忙な臨床現場でがん専門医は必ずしもライフスタイル改善への介入に積極的ではないが²⁸⁾、今後わが国でも、行動科学や運動療法の専門家を含めた多職種によるアプローチが求められるだろう。

■ がん治療後の性と生殖

各種がん治療は患者の生殖機能や性反応にも影響を及ぼす^{29,30)}。

現時点である程度の成功が見込まれる配偶子保存の方法は、男性患者の精子凍結保存と、女性患者の受精卵凍結保存である。精子凍結保存はすでに広く普及しており、可能な限り治療開始前に実施することが望ましい。受精卵凍結保存については、患者や家族の意向をよく聞き、卵子採取や治療遅延に伴うリスクも説明したうえで、できるだけ治療開始前に選択の余地を与えることが望ましい。なお、日本産科婦人科学会は2014年4月に新たな見解を示し、悪性腫瘍などの治療により妊孕性が失われると予測される女性患者の未受精卵や卵巣組織の凍結保存を、女性本人の意思に基づいて医療行為として認める必要があるとした³¹⁾。

生殖機能に加えて、本人の性反応（性欲、性感、オルガズム）および性的満足度もがん治療の影響を受ける³²⁾。性は人間のQOLの重要な要素であり国内の知見も蓄積されつつあるが³³⁾、生殖機能と比較して研究が少なく、特に重症度と治療効果が勃起機能として測定しやすい男性患者に比べて女性患者を対象とした研究の進展が望まれる³⁴⁾。

がん治療が性と生殖に及ぼす影響について医療者が体系的に学ぶ機会はまだ少なく、今後は卒前卒後教育に組み込んでいく必要があるだろう。

■ 就労問題

がん患者の就労支援の必要性は第2期がん対策推進基本計画¹⁾にも明記され、この数年のうちに国内の医療者、研究者、行政、民間組織による支援活動が広がり、支援ツールの発表も相次いでいる³⁵⁾。

わが国の乳がん患者対象の調査³⁶⁾では、回答者の約3割が診断時の職場を退職し、特に非正規雇用者の退職率が有意に高かった。また、約半数で個人所得の減少を認めた。他のがん種に特徴的な課題の分析も必要である。がん種を問わず、就労関連の具体的な問題内容としては、経済的な負担、職場への病名や病状の説明、不適切な対応をされた場合の対処などが挙げられる³⁵⁾。経済的負担については、直接の医療費に加えて、医療機関への交通費・宿泊費やウィッグなど関連用品の購入費用、さらに家事・育児の代行などの間接経費も生じる。がん患者のみに特化した公的な経済支援制度はないが、既存の支援制度として、高額療養費制度などの医療保障制度、種々の所得補償制度、福祉制度などが活用できる。また、企業は私傷病に罹患した従業員に向けて、就業規則のなかで独自の支援制度を有していることが多い。患者や家族のなかには、これらの社会保障制度や就業規則内の支援制度を利用していないケースもあり、早期からの情報提供が重要である。

就労問題は極めて個別性が高く、医学的条件以外にも多要因に影響される点に留意が必要である。2000年から2009年までに出版された64本の英文論文のレビュー³⁷⁾では、医学的条件以外の影響要因として個人属性（年齢・性別・学歴など）、健康状態（身体的状況・認知的状況）、心理社会的要因（抑うつや不安の程度・社会的スキルなど）、本人の働く意欲、職場要因（職種・職位・職場文化・就業規則など）、就労トレーニングなどが挙げられている。

治療スタッフは、がん診断直後の心理的に不安定な時期に患者が早まって離職をしないよう就労継続を推奨すること、治療計画や予想される副作用について文書を用いて継続的にわかりやすく説明すること、可能な範囲で就労と両立しやすい治療スケジュールを組むこと、社会保障の資料がそろった院内相談窓口を紹介することなどを通じて支援ができる。

がんサバイバーシップに関する国内の研究と実践は今後急速な進展が見込まれる。診断や治療後の社会生活を充実させるための支援を展開するためには、医療機関だけでなく、個人・家庭・地域コミュニティ・職場・学校・地方自治体・国の各レベルで多層的な連携が不可欠である。研究と支援の展開にあたっては、がん治療を受ける本人やとりまく人々の視点を十分に反映した取り組みが求められる。

[参考文献]

- 1) 高橋 都:「がんサバイバーシップ」という言葉が意味するもの。死生学第5巻<医と法をめぐる生死の境界>(高橋都、一ノ瀬正樹編), p.9-30, 東京大学出版会, 2008.

- 2) Mullan F : Seasons of survival : reflections of a physician with cancer. *New England Journal of Medicine*, 313 : 270-273, 1985.
- 3) Hewitt M, et al : From cancer patient to cancer survivor—Lost in transition. National Academies Press, 2006.
- 4) 第2期がん対策推進基本計画 (http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan_keikaku02.pdf).
- 5) 今後のがん研究のあり方に関する有識者会議報告書 (<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000014994.html>).
- 6) 近藤まゆみ, 嶺岸秀子編 : がんサバイバーシップ—がんとともに生きる人々の看護ケア. 医歯薬出版, 2006.
- 7) Kenneth D, et al : Medical and Psychosocial Care of the Cancer Survivor. Jones and Bartlett Learning, 2010 (勝俣範之監訳 : 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, 2012).
- 8) 山内英子, 松岡順治編 : 実践がんサバイバーシップ—患者の人生を共に考えるがん医療をめざして, 医学書院, 2014.
- 9) 高橋 都 : がんサバイバーシップとは何か—充実した社会生活を実現するための研究と支援について. *予防医学*, 55 : 117-121, 公益財団法人神奈川県予防医学協会, 2013.
- 10) Stein K, et al : physical and psychological long-term and late effects of cancer. *Cancer Supplement*, 112 : 2577-2592, 2008.
- 11) Carver JR, et al : American Society of Clinical Oncology clinical evidence review on the ongoing care of adult cancer survivors : cardiac and pulmonary late effects. *Journal of Clinical Oncology*, 25 : 3991-4008, 2007.
- 12) Albini A, et al : Cardiotoxicity of anticancer drugs : the need for cardio-oncology and cardio-oncological prevention. *Journal National Cancer Institute*, 102 : 14-25, 2010.
- 13) Moore HC : An overview of chemotherapy-related cognitive dysfunction, or 'Chemobrain'. *Oncology*, 28 : 797-804, 2014.
- 14) Goedendorp MM, et al : The effects of cognitive behavioral therapy for postcancer fatigue on perceived cognitive disabilities and neuropsychological test performance. *Journal of Pain and Symptom Management*, 47 : 35-44, 2014.
- 15) Nelson CJ, et al : Chemotherapy and cognitive deficits : mechanisms, findings and potential interventions. *Palliative and Supportive Care*, 5 : 272-280, 2007.
- 16) Jefford M, et al : Implementing improved post-treatment care for cancer survivors in England, with reflections from Australia, Canada, and the USA. *British Medical Journal*, 108 : 14-20, 2013.
- 17) Northouse LL, et al : Cancer and the family : strategies to assist spouses. *Seminars in Oncology Nursing*, 9 : 74-82, 1993.
- 18) 富田真紀子, 高橋 都, 多賀谷信美 他 : 乳がん患者の夫の心身不調と相談行動. 緩和ケア, 24 (5) : 394-400, 青海社, 2014.
- 19) Baider L, et al : Adjustment to cancer : who is the patient—the husband or the wife? *Isr J Med Sci*, 4 : 631-636, 1988.
- 20) 小澤美和 : がん患者とその子どもたちの現状と支援. *小児保健研究*, 72 (2) : 217-219, 日本小児保健協会, 2013.
- 21) 小林真理子 : 親ががんであることを子どもに伝えるためのサポート. *がん看護*, 18 (1) : 57-61, 南江堂, 2013.
- 22) CLIMB® プログラム (がんの親を持つ子どもへのサポートグループ) (<http://www.hope-tree.jp/climb/>).
- 23) Demark-Wahnefried W, et al : Promoting a healthy lifestyle among cancer survivors. *Hematology/Oncology Clinics in North America*, 22 : 319-342, 2008.
- 24) National Cancer Institute Research Focus Areas (Healthy Lifestyle and Behaviors) (http://cancercontrol.cancer.gov/ocs/research_areas.html).
- 25) Ibrahim EM, et al : Physical activity and survival after breast cancer diagnosis : meta-analysis of published studies. *Medical Oncology*, 28 : 753-765, 2011.
- 26) 希望の虹プロジェクト—「がんとともにある社会」の実現をともに (<http://rok.ncc.go.jp/index2.html>).
- 27) Jones LW, et al : Does the theory of planned behavior mediate the effects of an oncologist's recommendation to exercise in newly diagnosed breast cancer survivors? Results from a randomized controlled trial. *Health Psychology*, 24 : 189-197, 2005.
- 28) Jones LW, et al : Oncologists' opinions towards recommending exercise to patients with cancer : a Canadian national survey. *Support Care in Cancer*, 13 : 929-937, 2005.
- 29) Kort J, et al : Fertility Issues in Cancer Survivorship. *Ca : A Cancer Journal of Clinicians*, 64 : 118-134, 2014.
- 30) National Cancer Institute PDQ® Health Professional Version. Sexuality and reproductive issues : the prevalence and types of sexual dysfunction in people with cancer. (<http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/sexuality/HealthProfessional>)
- 31) 日本産婦人科学会ホームページ (http://www.jsog.or.jp/ethic/mijyuseiranshi_20140417.html).
- 32) American Cancer Society Ed : Sexuality and Cancer, American Cancer Society, 1999 (アメリカがん協会編 : がん患者の<幸せな性> あなたとパートナーのために・新装版. 高橋 都, 針間克己訳. 春秋社, 2007).
- 33) Takahashi M, et al : Impact of breast cancer diagnosis and treatment on women's sexuality : A survey of Japanese patients. *Psycho-Oncology*, 17 (9) : 901-907, 2008.
- 34) 高橋 都 : がんサバイバーの性機能障害と性腺機能障害への支援. *腫瘍内科*, 5 (2) : 139-144, 科学評論社, 2010.
- 35) 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, 産業医学振興財団, 2015.
- 36) 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.
- 37) Mehert A : Employment and work-related issues in cancer survivors. *Crit Rev Oncol Hemat*, 77 : 109-130, 2011.

産業医・看護職・人事労務関係者必読！ 「『がん就労』復職支援 ガイドブック」の活用を

産業医科大学産業医実務研修センター

立石清一郎

2013(平成25)年のがん患者の就労支援のためのガイドブックを作成した立場から、その意義と活用のポイントを示し、産業看護職や保健職に対する期待について述べていただく。

はじめに

ガイドブック作成の背景

■がん患者の就労支援の必要性

がん患者の就労支援を、社会という視点でとらえてみたい。

日本はすでに超高齢社会に突入し、社会保障を維持するため年金受給開始年齢が65歳となった。それを埋め合わせるため、高齢者雇用安定法で企業には65歳までの雇用を確保する措置が求められている。今後もこの流れは加速する勢いにあり、67～68歳に年金受給開始年齢を引き上げる案も検討されている。

こういった社会環境の中で、就労年齢は当然のことながら年々上昇する。がんは加齢とともに増加する疾患であるため、職場の中でがんに罹患した者も増加し、さらに治療が進歩することにより治療と仕事の両立を希望する者が増加することは想像に難くない。

また、2012(平成24)年の第2次がん対策推進計画によると、「毎年20歳から64歳までの約22万人ががんに罹患し(中略)働く世代ががんに罹患し社会から離れることによる影響は、

本人のみならず家族や同僚といった周りの人にも及ぶ。こうした影響を少なくするため、働く世代へのがん対策を充実させ、がんをなるべく早期に発見するとともに、がん患者等が適切な医療や支援により社会とのつながりを維持」できるようにすることが、社会に求められるようになった。

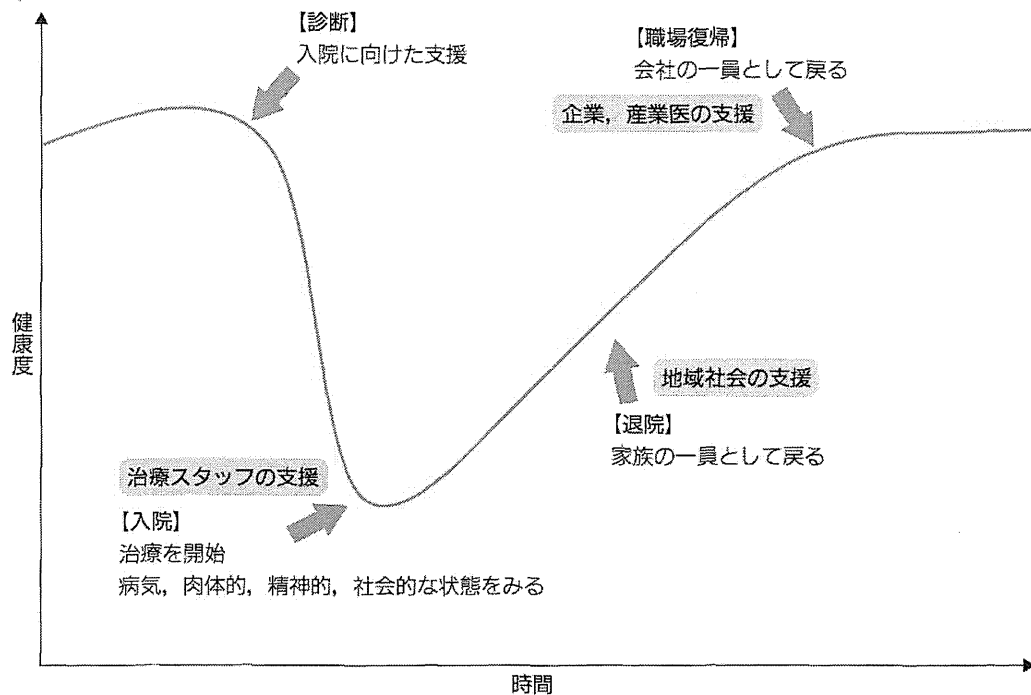
言い方を変えると、がん患者の仕事と治療の両立支援は、一企業の問題だけではなく、マクロな視点で見たら社会保障制度まで影響を与える社会的な問題であるとも言える。

■復職に向けた産業医の判断

一方で、がん患者本人の視点でとらえてみると、労働者はある日突然がんと診断されてがん患者となる。多くの場合は医療スタッフのもとで入院治療を受け、退院し、家族の一員として社会に戻り、業務できる体力が回復した時点で職場に戻る。その一連の過程を健康度という視点で考えてみたい。

健康とは、WHOの定義によると「病気でないとか弱っていないということではなく、肉体的にも、精神的にも、そして社会的にも、すべてが満たされた状態」とされている。

図1 入院・治療から退院・復職への過程



診断後、急激に落ちる健康度は、時間とともに取り戻されていく(図1)。とくに社会的参加の重要な要素である仕事に就くことが、個人にとっての健康に大きく寄与することは言うまでもない。

患者が企業に復職する際には、その健康度が就業に耐えうる状況かどうかについて、医療と仕事の両面を理解している産業医が判断を求められることになる。産業医の判断は単に医学的な判断だけではなく、業務遂行能力と業務負担による労働者の健康が損なわれるリスクを総合的に検討し復職を判断することである。

熟達した専業の産業医は、自身の経験をもとに自身の作成した手順に則って対応することになるが、わが国において産業保健を専門としている医師数は1000人程度であり、多くの産業医は普段は臨床業務に勤しみ、パートタイムで活動しており、判断に際し熟達者と同じレベルで対応することは困難があると思われる。産業医有資格者は8万人強で、3万人程度の嘱託産業医契約を結んでいる医師がいると言われてお

り、これらの嘱託産業医が使いやすいマニュアルの作成が社会的に求められていた。

そこで、われわれは2013(平成25)年に産業保健の専門家が時系列ごとに実施していることをまとめた「嘱託産業医を中心に産業看護職・人事労務も必読〜『がん就労』復職支援ガイドブック」(以下、本書)¹⁾を作成し、ホームページ*で公開した。

「復職支援ガイドブック」の活用法

■「望ましい支援」9項目を提示

本書は、産業保健の専門家以外の医師が、復職時の対応において、多くの専門家の対応を参考にしながら復職判定・支援ができるような構成となっている。

本書の特徴は、メンタルヘルスの復職支援に

*<http://www.cancer-work.jp/tool/>

表 ガイドブックサマリー

復職ステップ	ガイドブックの内容	★の数
【第1ステップ】 病気休業開始および 休業中の対応につい て	産業保健職等に相談できる体制を整える。 ・休職前から ・休職中に	★★ ★★★
	産業保健職に休職したという情報が入ってくる仕組みを整える。	★★★
	作業内容や会社内の諸制度(休職可能期間や就業時間など)を主治医に伝える →(様式1, 2)	★
	産業保健職もしくは職場の上司が、会社を休んでいる時期にも定期的に労働者の健康状態に関する情報を得る。	★
	主治医からの情報は「文書」でもらう。	★★
【第2ステップ】 主治医による職場復 帰可否の判断時の対 応について	以下の情報を主治医から得る。 ①「就業可」であること	★★★
	②「具体的ながんの病名」	★★★
	③「手術や放射線・化学療法による障害」	★★★
	④「治療スケジュール」	★★★
	⑤「生命予後」	★
	主治医からの情報は「文書」でもらう。	★★

*★★★：90%以上，★★：90%未満，80%以上，★：80%未満

において一般的になっている5ステップ、すなわち、①休務開始と休務中、②主治医の復職判断時、③産業医の復職判断時、④企業での復職決定、⑤フォローアップ時、のそれぞれに応じて、43項目の「実施が望ましいこと」が視覚的にわかりやすい形で提供されていることである。

一般的に、世に出ているガイドブックには「やらなければならないこと」が羅列されており、本当に重要なものが何かわかりにくい傾向にある。その点、本書の作成にあたっては日本産業衛生学会専門医・指導医に、項目ごとに重要性を5点満点で聴取しており、4点と5点を「同意した」と定義としている。そしてこの結果を本書で「ガイドブックサマリー」として表にし、同意度が90%以上のものを★★★、90%未満、80%以上を★★、80%未満を★で記載し、直感的に重要な項目がわかりやすいよう工夫している(表)。

同意度90%以上の項目としては、次のようなものが示されている。

●休務中の対応として

- ①「休務中に相談できる体制を整える」
- ②「産業保健職に休務した情報が入ってくるようにする」

●主治医の復職判断時

- ③「主治医から病名・治療による健康障害・治療スケジュール・就業可の情報を得る」

●産業医の復職判断時

- ④「面談を実施し、復職希望・健康障害・倦怠感や集中力の低下・メンタルヘルス不調の合併を聴取する」
- ⑤「主治医と病名・治療計画について情報共有する」
- ⑥「就業配慮について、他者を危険に巻き込むことと復職によって周囲に与える影響を検討する」
- ⑦「本人のみならず上司や職場の支援(情報提供など)を行う」

●企業での復職決定

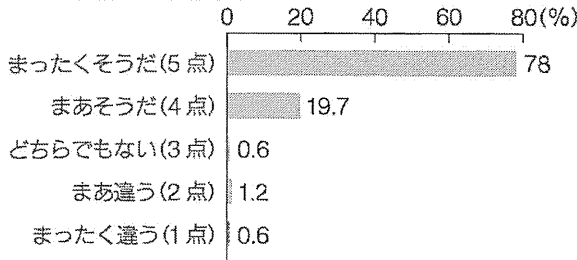
該当なし

●フォローアップ時

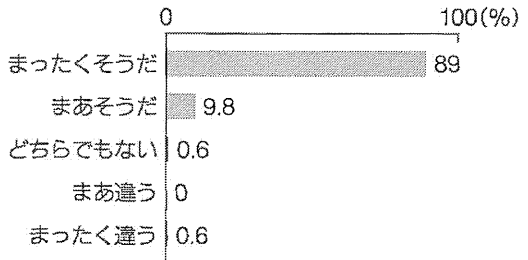
- ⑧「治療が継続できる環境整備を行う」

図2 復職支援のあり方についてのアンケート回答(一部)

①主治医から「就業可」の情報を得ることは重要である：同意度 97%



②就業可否の判断において本人との面談は重要である：同意度 98%



⑨「本人と定期的な面談を行い医学的な状況確認を行う」

この①～⑨の9項目は同意度がとくに高いことから、ケースバイケースが重要であると言われる復職支援においても、普遍的に重要な項目である可能性が高い。

また、本書ではアンケートの素集計も記載している。たとえば、図2のように、専門家は主治医の就業可の意見(大変重要78.0%、重要19.7%)よりも本人との面談(大変重要89.0%、重要9.8%)を相対的に重視していることがわかる。このような詳細なデータを読み解くことにより、専門家の大事にしていることを自習することができるよう工夫をしている。少しアドバンスな対応をしたい場合には、巻末に付録として提供されているのでご確認いただきたい。

がん患者の復職支援に習熟していない嘱託産業医が対応する場合、少なくとも同意度のとくに高い9項目を漏れなく行うことで対応の底上げが期待され、多くの労働者が利益を享受できるものと思われる。

■産業看護職への期待

産業看護職も本書を読んでいただくことにより、産業医がどのような観点で復職支援しているかを知ることができるため、産業医—看護職の連携が深まることが期待される。

本誌の読者には、企業内に常勤看護職(保健

師を含む)と嘱託産業医の両者が存在するケースも多いのではないと思われる。多くの嘱託産業医は月に1～数回の勤務状況となっているので、前述の9項目を実施するだけでも大変困難である。そういった場合、嘱託産業医と常勤の看護職との役割分担が必要となる。産業医には医学的な判断を伴うケースへの対応を依頼し、常勤看護職はその判断を手助けするための周辺情報を整理し、実効的な支援に結びつけるコーディネーターとしての機能を期待したい。

そのため、復職支援にあたって産業保健チームとしてどのようなことをしなければならないかということ、事例が発生する前から本書をもとに議論することも1つのアイデアであろう。

■地域の保健職にも

ここまで、産業保健職向けに本書の活用方法を解説してきたが、医療や地域の場にいる保健職にもぜひご覧いただきたい。

産業保健サービスを受受できる労働者は少なく(40%未満)、産業保健サービスが届かない多くの労働者にどう向かい合うかという点も考慮しなければならない。このような場合、まずは医療機関の治療スタッフに期待されることが大きく、過不足ない医療情報を企業側に伝えることが求められる。この情報提供は簡単ではないが、小規模事業場の中には、労働者の上司や

人事労務担当者が仕事に適合させるよう努力しているケースが少なからず存在する。

本書は、囑託であっても産業医向けに作成されているので、企業文脈での記載がほとんどである。よって企業の方が医学書を読むよりは、はるかに就業支援について理解しやすい内容となっている。企業の方から医療情報の問い合わせがあった場合、本書を読んでもらった後に必要な情報を提供すると、スムーズな情報の受け渡しができるのではないかと期待される。

また、地域の保健職の場合においては、復職が必要な労働者個人と関わりをもつことはほとんどないのではないかとと思われる。しかしながら、特定健康診査や特定保健指導で、がんに罹患し仕事と治療の両立に悩んでいるケースに遭遇することがあるのではないかとと思われる。そのような場合、本書を通じて企業の視点を知っておくことで、不用意な発言によりがんに罹患した労働者を傷つけることがなくなるとともに、適切なアドバイスにつながる可能性がある。

おわりに

以上のように、本書の主要ターゲットは囑託産業医であるが、その他の職種においても、必要に応じて必要な部分だけでも見ていただけたら参考になる部分が多くあるのではないかとと思われる。

さらに、企業にはさまざまな職種が存在することから、産業保健スタッフが努力するだけでは復職支援はうまくいかないことを念頭に置いておく必要がある。企業の中での時系列ごとのステークホルダーやキーパーソンとの関わりを知ることが大変重要である。

そしてさらに、本人の努力のみならず、企業の中でどのような配慮が得られるかという点も大変重要である。ほとんどの場合、配慮に関す

る直接的な権限は直属の上司がもっている。しかし、上司は無限に権限をもっているわけではなく、人事労務担当者が事前に定めている一定の復職支援制度に則って対応することになる。また、復職支援制度は経営者のポリシーに従って作成されることが多い。

これらそれぞれのステークホルダーごとに、がんに罹患した従業員への対応のヒントをまとめた「企業のための『がん就労者』支援マニュアル」²⁾も関連ツールとして存在するので、合わせてお読みいただけたら幸甚である。

●文献

- 1) 厚生労働科学研究(高橋都班)「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」：囑託産業医中心に産業看護職・人事労務も必読～「がん就労」復職支援ガイドブック。産業医科大学産業医実務研修センター、2013。
- 2) 厚生労働科学研究(高橋都班)「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」：企業のための「がん就労者」支援マニュアル。2013。
<http://www.cancer-work.jp/tool/> (2015/6/24 確認)

立石清一郎 ● たていし・せいいちろう
産業医科大学産業医実務研修センター
〒807-8555 福岡県北九州市八幡西区医生ヶ丘1-1

Q 27

がんと診断された従業員に対する休復職支援

従業員数600名の製造業で嘱託産業医をしています。最近職場において、相次いで乳がんや大腸がん罹患し休復職する従業員が発生しました。がんと診断された従業員の休復職支援において注意する点には一般的にどのようなものがあるでしょうか？

Answer

A 現在、がんは日本人死因のトップとなっており、男性の2人に1人、女性の3人に1人は一生の間のがんと診断されるという状況です。また、医療技術の進歩による生存率の飛躍的な向上や、急速に進んでいる少子高齢化・定年年齢の引き上げ・継続雇用制度等により、職場の中でがんに罹患した後も就業を継続していく労働者の数は今後ますます増加していくことが予想されています。そういった中、がんに罹患した就業者（以下、がん就業者）の75%は就業継続を希望している¹⁾にもかかわらず21²⁾～34.7²⁾%が退職に至っているとする調査結果があり、がん就業者に対するサポートが十分とはいえません。また治療を継続するに当たり経済的問題が生じることもあり、お金が必要だが働けない、もしくは無理をしてでも働かなければいけないといった状況も生じ得ます。さらに、就業を継続できたとしても、術後補助療法のための定期的な通院、手術や各種術後療法に伴う副作用への対応が必要であり、職場の理解が求められるにもかかわらず、「がんと診断されたこと」に対する職場の中での偏見も含め、がん就業者は多くの課題の中で働くこととなり得るのです。平成24年に新たに出された厚生労働省の第2次がん対策推進基本計画にもがん患者の就労に関する課題が取り上げられ、大きな注目を集めています。

メンタルヘルス不調で休職した従業員の職場復帰支援に対しては、「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き（以後、メンタルヘルス復職手引き）」が厚生労働省より示されています。精神疾患と身体疾患

という違いはあるものの、休復職支援のあり方という意味では、同様の流れで休復職支援を行っていくこととなります。すなわち、①病気休業開始および休業中の対応、②主治医による職場復帰可否の判断時の対応、③職場復帰の可否の判断および職場復帰支援プランの作成時の対応、④最終的な職場復帰の決定時の対応、⑤職場復帰後のフォローアップ時の対応、の5つのステップが基本となりますので、それぞれについて具体的に留意事項を解説したいと思います。ただし、がん就業者の休復職支援に特徴的な点として以下のような事項がありますので、特別の配慮が必要です。

- 復職後も術後療法等のため定期的に短期～中長期の休みが必要となる可能性がある点
- 就業継続に関する問題以外にも、治療費等の経済的な問題が発生する可能性がある点
- 病状の進展に伴い仕事を断念する決断を労働者が行うことがある点
- 病状により、労働者の死生観や人生観までも含めた包括的な支援が必要とされる点
- がん就業者が死亡した場合等、同僚に対しても精神的な支援が必要となる点がある点

①病気休業開始および休業中の対応

まずはがんで休職した労働者が出たという情報が産業医に入ってくるのが重要です。この段階で情報を得ることができれば、会社での作業内容や会社内の諸制度（休職可能期間や職場復帰基準など）を本人から主治医へ伝えるようアドバイスすることができます（もちろん産業医から主治医へ伝えても構いません）。治療前に作業内容や就業規則を主治医が知ることで、本人の就業環境に合った治療方針を検討することができる可能性があります。しかし、まずは本人の治療が最優先であることは間違いありませんので、その点には注意が必要です。本人と話し合ったうえで、休職中も上司等と定期的に連絡をとるようにすると本人の職場復帰意欲につながる可能性があります。

②主治医による職場復帰可否の判断時の対応

主治医からの診断書が届いたことをきっかけに産業医としての対応がスタートすることも多いのが現状です。主治医からは「就業可であること」、「病名」、「手術や放射線・化学療法による障害」、「治療スケジュール」等の情報をで

きるだけ文書でもらうようにします。

③職場復帰の可否の判断および職場復帰支援プランの作成時の対応

産業医として職場復帰が可能であるかどうかの意見を会社に提出するに当たり、まずは本人と面談することが重要です。その時に「復職に対する気持ち」、「治療に伴う障害の有無」、「倦怠感・集中力の低下などの症状」、「メンタルヘルス不調合併の有無」に注意するとよいでしょう。主治医と本人から得た情報を総合して、人事や職場の上司とも相談の上職場復帰の可否を判断することになります。その際に、本人の希望を尊重する事は重要ですが、作業に伴う病状悪化のリスク・周囲を巻き込む事故の可能性の有無には注意が必要です。特に完治が望めないがん就業者の場合には、本人の人生観と会社として許容できる範囲を考慮したうえで判断を迫られることになります。同様に、特にターミナルのがん就業者を抱えている職場では、周囲の心身の負担が大きくなることがありますので、上司や同僚に対して情報提供等の支援を行うことが重要になることもあります。また、体調不良時の対応についてあらかじめ人事・上司・同僚を含めて確認しておくといよいでしょう。家族とあらかじめ情報共有しよい関係を構築しておくことで、後々余計な摩擦を回避できるケースも存在すると思われれます。

④最終的な職場復帰の決定時の対応

最終的な職場復帰の可否を判断するのは会社（人事・労務担当部門）の役割になります。産業医は上記の議論を踏まえてあくまで意見を述べる立場であることには注意が必要です。そのような観点からも復職に関しては現場が受け入れられる現実的な提案をするよう努めましょう。

⑤職場復帰後のフォローアップ時の対応

主治医に復職後の状況を伝えるよう本人へアドバイスします（産業医から主治医へ文書を書く際には、職種名、具体的な業務内容、職場として実施している就業上の配慮等について記載するとよいでしょう）。また、産業医が定期的に面談を行いながら治療状況・受診状況・健康状況・業務状況等を確認します。がん就業者は長期のフォローアップを要するケースもあるため、必要に応じて就業上の配慮の再検討、主治医との情報共有、定期受診できるようにするための環境整備等が必要になるかもしれません。

以上、がん就業者の休復職支援の全体像について述べましたが、がんと診断された従業員が安心して治療を受けながら仕事を継続できるよう職場の方針を明確化することや、日頃から社内で支え合う風土づくりを進めることが重要なのは言うまでもありません。また、がんの種類、部位、進行度により、生じ得る症状や障害・課題はさまざまです（たとえば胃がん術後のダンピング症候群、腸切除後の頻繁な下痢、ストーマの処置、乳がん術後のリンパ浮腫、化学療法に伴う手指の痺れ等）。そのため個々の事例の中で運転業務・高所作業・重筋作業・単独業務・巧緻作業・規則正しい食事が不可能な作業等の制限を検討していくことが必要になります。

がん就業者の支援においても、メンタルヘルス不調の場合と同様に本人および関係者（主治医・産業保健スタッフ・職場・人事労務）が必要な情報を共有し、同じ方向に向かって進んでいくことが重要です。各関係者がほんの少しの力添えをするだけで、がん就業者の就業をめぐる環境は大きく改善し得るのです。産業医にはその中で、本人と主治医、本人と会社をつなぐ翻訳者・コーディネーターとしての役割が期待されます。

引用・参考文献

- 1) 桜井なおみ、柳澤昭浩、市川和男、後藤悌、清水美宏、村主正枝、山本尚子、和田耕治：がん患者の就労の現状と就労継続支援のための提言、日本医事新報4442, p89-93,2009
- 2) 「がん社会学」に関する合同研究班 がん体験者の悩みや負担等に関する実態調査報告書（2004）
- 3) CSRプロジェクト：がん患者の就労と家計に関する実態調査2010