

がん患者の職場復帰の心理的要因に関するシステマティック・レビュー

研究分担者 小橋 元 獨協医科大学医学部教授

<研究協力者> 小泉 智恵 獨協医科大学埼玉医療センター
春山 康夫 獨協医科大学医学部教授

研究要旨 当該分野に必要な研究や支援を整理するために、がん患者における心理的要因の職場復帰への関連についてのシステマティック・レビューを行った。PubMed、Web of Science、PsychINFO のデータベースを用いて cancer, neoplasms, return to work, mental health, depression, anxiety, psychological, psychosocial のキーワードで 2000 年から 2019 年までの文献を検索した。リサーチクエスションによる選択基準を設け、1 次及び 2 次スクリーニングにより文献を精査し、選択された文献を対象とした。検索された 267 論文のうち上記の選択基準を満たした 16 論文を精読し、研究デザイン 3 分類（介入研究、コホート研究、横断研究）と心理的要因 5 分類（精神症状、疲労、QOL、心理的苦痛、対人関係）により結果を整理した。その結果、心理的要因である精神症状、疲労、QOL、心理的苦痛、対人関係のいずれもが職場復帰と有意に関連した。また、ヨガ、ワークブックによる介入が精神症状を軽減し、職場復帰を促進する可能性が示唆された。今後のがん患者の職場復帰研究においては、心理的要因を加えること、職場復帰を促進する心理支援を開発、評価することが望まれる。一方でサンプルサイズと心理的要因の測定尺度に留意することが必要と思われる。

A. 研究目的

がん患者における心理的要因と職場復帰との関連について現在までの知見のシステマティック・レビューを行い、今後の研究や支援のための基礎資料とすることを目的とした。

B. 研究方法

1. データベースと文献検索方法

文献検索のデータベースには、PubMed、Web of Science、PsycINFO を用いた。検索キーワードは、cancer, neoplasms, return to work, mental health, depression, anxiety, psychological, psychosocial とした。PubMed での検索式は、((((cancer[Title/Abstract] OR neoplasms[Title/Abstract]) AND (return to work[Title/Abstract])) AND ((mental health)[Title/Abstract] OR depression[Title/Abstract] OR anxiety[Title/Abstract])) OR (((cancer[Title/Abstract] OR neoplasms[Title/Abstract]) AND (return to work[Title/Abstract])) AND (psychological[Title/Abstract] OR psychosocial[Title/Abstract])) NOT (review[Title] OR systematic review[Title] OR meta-analysis[Title])) と作成し実行した。実行結果に対して、2000年1月1日から2020年1月27日（検索実施日）までに公表された本文が英語または日本語で英文抄録がある文献という条件を付けて抽出した。

2. 文献選択基準

リサーチクエスション (PI/ECO) を用いて本システマティック・レビューの選択基準を下記の通り設けた；

P：職場復帰したがん患者（性別、年齢、がん種、進行度を問わず）

I/E：心理的要因（メンタルヘルス、QOL、重要他者からのサポート的な関係、職場復帰のための心理支援策）

C：職場復帰しなかったがん患者

O：職場復帰に関する変数（職場復帰率、離職数、休職日数、早退遅刻数、アブセンティーズム、プレゼンティーズム、障壁など）

1 次スクリーニングは、文献検索で得られた論文のタイトルと抄録を精読し、以下の選択基準を用いた。（1）がん患者・サバイバーを対象に心理・メンタルヘルス要素と職場復帰との関係を扱った定量的研究の文献、（2）対象者は、がん種・がんの進行を問わずがん患者またはがんサバイバーで、がん診断前に就労していた男女（概ね 18 歳から 65 歳）、（3）論文の種類は、英語・日本語で英文抄録がある論文であることとした。なお、タイトルと抄録からだけでは選択基準を満たさないと判断できない論文は除外せずに残した。

2 次スクリーニングは、1 次スクリーニングで残った論文について全文を入手し、1 次スクリーニングの選択基準を満たし、かつ設定したリサーチクエスションに合致する論文を選択した。

C. 研究結果

1. 文献スクリーニングと採択文献の特徴

検索キーワードによる文献検索の結果、PubMed 99件、Web of Science 251件、PsychINFO 56件、合計 406 件の論文が抽出された。重複論文を除外して、1 次スクリーニングの対象文献は 267 件であった。1 次スクリーニングの結果、267 件のうち 188 件が除外され、79 件が 2 次スクリーニングの対象となった。2 次スクリーニングの結果、63 件が除外され、

最終的に採択した16件が対象となった(Figure 1)。

16件の対象文献をTable 1に示す。対象論文の特徴として、対象者のがん種は、乳がん6件、血液がん2件、頭頸部がん2件、鼻咽頭がん1件、複数がん種混合5件であった。研究実施国は、ドイツ3件、フランス3件、オランダ3件、イギリス2件、スウェーデン2件、デンマーク1件、ノルウェー1件、カナダ1件であった。研究デザインで分類すると、介入研究(ランダム化比較試験2件7, 8)計2件、コホート研究(前向きコホート研究9件9-17、後ろ向きコホート1件18)計12件、横断研究4件19-22であった。この研究デザインの分類ごとに結果を整理した。

2. 職場復職において取り上げた心理的要因

心理的要因として取り上げられた要因は多い順に、うつ10件(文献7-13, 18-20)、不安7件(文献7, 9, 10, 18-21)、疲労5件(文献9, 11, 13, 14, 20)、QOL3件(文献10, 14, 15)、健康に対する主観的な認知3件(文献12, 17, 22)、心理2件(文献16, 22)、睡眠障害1件(文献18)、対人関係1件(文献18)、タイプDパーソナリティ1件(文献20)であった(多重該当を含む)。研究デザインに関わらず、いずれの研究においても心理的要因の不調が職場復帰の障壁になるという方向性で仮説検証がなされていた。

心理的要因の内容を整理すると、睡眠障害はうつ、不安の症状の1つでもあり、精神症状の1つと捉えられる。そこで本システムティック・レビューではうつ、不安、睡眠障害をまとめて精神症状とした。一方、疲労はがん治療の副作用として生じる。QOLはがん診断、がん治療に関連して生じる。健康に対する主観的な認知、職場に対する心理的制約、心理的問題は、脅威と認知されたストレスとそれに伴う心理的苦痛と考えられる。タイプDパーソナリティは、ネガティブ感情性と社会的抑制の2因子から構成されており、不安、うつなどのネガティブな感情や心理的苦痛を含んでいる。そこで健康に対する主観的な認知、心理、タイプDパーソナリティをまとめて心理的苦痛とした。このように心理的要因を分類すると、精神症状、疲労、QOL、心理的苦痛、対人関係の5つに整理された。本レビューでは、研究デザインと、この心理的要因の5分類との観点からまとめた。

3. 横断的研究における研究結果

横断研究4件の結果、精神症状、疲労、心理的苦痛は職場復帰と有意な関連を示した。不安19-21、うつ19, 20、疲労20、タイプDパーソナリティ20、発病前の仕事の心理的制約性22が少ないことが職場復帰と関連した。

4. コホート研究による研究結果

コホート研究は10件で、コホートの追跡期間は6か月1件、12か月4件、18か月2件、24か月1件、5年1件、16年1件であった。全ての論文において心理的要因が職場復帰に有意な影響を及ぼし

ていたことが示された。

心理的要因のうち、精神症状と職場復帰との関連については、不安、うつ、睡眠障害と職場復帰との単変量解析において各得点の低下と職場復帰率の上昇が有意に認められた。また、多変量解析を行うと、うつ得点の低さが職場復帰の予測因子の1つであった(ハザード比: 0.81, 95%CI 0.66-0.99)¹¹。

疲労と職場復帰との関連は、全般的疲労、精神的疲労は6か月後¹⁴、身体的疲労は12か月後⁹の職場復帰を有意に予測した。がんの手術後18か月時の持続的な疲労は5年後の職場復帰に影響した(OR: 6.3, 95% CI 1.7, 23.4)¹³。QOLと職場復帰との関連は、全般的QOLが良好であると6か月後¹⁴、24か月後¹⁰の職場復帰が増加した。精神的なQOLが良好であると12か月後の職場復帰が増加した¹⁵。

心理的苦痛については、仕事に関連するがんの認知として、長続きする、コントロール感が低いと職場復帰しなかった¹²。心理的苦痛や不適応症状といった心理的理由がある場合職場復帰の調整を要した¹⁶。最後に、対人関係としてパートナーとの関係を取り上げた後ろ向きコホート研究によると、パートナーとの関係が良好でない場合には職場復帰せずに失業中の割合が有意に高かった¹⁸。

5. 介入研究による研究結果

介入研究は2件で、いずれもランダム化比較試験であった。介入方法と介入期間は、4週間のワークブックと2週に1度の電話サポートを実施しその後12か月間観察した研究⁷、週1回のヨガを12週間実施しその後12か月間観察した研究⁸であった。収集された心理的要因は、うつ、不安であった。介入の効果としては、ワークブックと電話サポートによる介入群は12か月後のうつ、不安の得点が低く、職場復帰率が高かった(介入群68%、通常ケア群47%)が、検出力不足のために有意差は認められなかった。ヨガによる介入は3か月後のうつをコントロール群に比べて有意に軽減させた。また、6か月後の介入群の職場復帰率はコントロール群より高かった(介入群53%、コントロール群23%)。

D. 考察

がん患者の職場復帰と心理的要因との関連を調べるため、システムティック・レビューを行った。横断研究の結果、心理的要因が良好であると職場復帰率が高く、心理的要因が不良であると職場復帰率が低いことが明らかになった。この場合の心理的要因は、うつ、不安、睡眠障害といった精神症状や心理的苦痛のほか、疲労、QOL、対人関係により構成されるが、これらすべてが職場復帰と有意な関連を示した。コホート研究の追跡期間から、がんの診断時期、治療時期の心理的要因が治療後数年にわたる職場復帰率に影響することが分かった。

したがって、職場復帰直前になっての心理的要因の
アセスメント支援よりも、がん診断時期、がん治療
時期から心理的要因に配慮することが必要と考え
られる。日本の大規模調査によると、「がんの診断
や治療を受けて悩んだこと」として「不安など心の
問題」をあげた人は診断時 61.1%、治療中 37.3%、
治療後経過観察時 43.2%とどの時期でも最も多い
割合を占めていた⁵。乳がん診断後数ヶ月における
大うつ病の発症は31.3%²³、PTSD症状の発症は23%²⁴
と一般人口の3倍以上であった。初期の乳がん
と診断された女性における臨床レベルの大うつ病
major depressionの有病率 prevalenceは診断1年
目48%、2年目25%、3年目23%、4年目22%、5年目
15%と、長期にわたって精神的に不調であった²⁵。
このようにがん患者の精神症状が悪いことはがん
診断時期から認められ長期的に持続しやすいため、
早期に精神症状をスクリーニングすることで、の
ちの職場復帰のハイリスクとなる可能性が高い人
をみつけ、適切な心理支援を提供することは、がん
治療後の復職支援としても効果的なのではないだ
ろうか。

メンタルヘルスのアセスメントと心理支援をセ
ットにしたシステムは既に米国総合がんセンター
ネットワーク (NCCN) が取り組んでいる。がん診断
時期の不安や精神症状の増悪をスクリーニングし、
予防・対処しながらがん医療を進めること、外来や
病棟でメンタルヘルスのスクリーニングを行い、
速やかに適切な支援につなげる医療体制をガイド
ラインで推奨している²⁶。日本においてもがん診療
連携病院等の施設要件の1つとしてこうしたシス
テムを実施していることが必須とされている²⁷。こ
れらのシステムはそもそも職場復帰促進を目的と
したものではないが、既にあるシステムを利用す
れば簡易にスクリーニングを行うことができ、職
場復帰の促進にもつながるのではないだろうか。

精神症状を軽減し職場復帰を促進するために有
効な介入は、ヨガ⁸、職場復帰のためのワークブ
ックと電話サポート⁷であったが、介入研究は2件と
非常に少なかった。これまで心理的要因が検討さ
れてこなかったため、今後は心理的要因の改善か
ら職場復帰を促進する介入方法の開発と研究を進
める必要がある。マインドフルネス心理療法によ
る介入が職場復帰率を上昇させるかどうか検討す
ることも有益かもしれない。

ワークブックと電話サポートの介入⁷について
は、1週間で1章を遂行し、全4章を4週で完了で
きる形式となっていた。その内容は、病気と治療
の認知、信念の歪みを修正すること、自信を高め
ること、疲労と疲労のトリガーを見つけコントロール
する方法などであり、認知行動療法、心理教育とい
った心理療法と似ていた。今後は心理介入を用
いた職場復帰支援の開発と効果評価を進めていく
ことが必要である。

心理的要因と職場復帰との関係は、単変量解析
では有意差がみられたものの、いくつかの多変量
解析で有意差が認められなかった。その理由とし
て、不安などメンタルヘルスの得点は多くの者が
得点で低くなる傾向、床効果がある中で得点が高
い者が少数であるために検出力が小さいためサン
プルサイズが十分でなかった可能性が考えられる。
分析対象者が最小45人から最大750人と幅があ
ったが、多くの研究のサンプルサイズが少数であ
った。取り扱った精神症状の変数は、精神疾患の
有病率が高くないために一貫して全ての解析で有
意差が認められなかった。今後は十分なサンプル
サイズの研究が必要とされる。

一方、尺度が統一されていない点も結果のばら
つきに影響したと考えられる。例えば、うつの尺
度としてはHADSを用いた研究が最も多かった。H
ADSはがん患者を対象とした調査でよく使用され
るが、適応障害圏疑いを判別する目的で使用され
ることが多い。これに対して他の論文ではCES-D、
BDI-IIを使用していたが、これらの尺度は臨床診
断にも用いる尺度である。用いる尺度の違いは
対象者の得点分布の偏りを生み出していた可能
性がある。今後は、国内外で尺度を統一すること
により、複数の研究を用いたメタアナリシスが
可能となるだろう。

また、職場復帰メンタルヘルスサポートガイド
を「がん患者就労支援ガイダンス」の一部として
作成した。

E. 結論

本研究では、がん患者における心理的要因と職
場復帰との関連について、2000年から2019年
までの文献のシステマティック・レビューを行
った。対象となった267論文のうち選択条件を満
たした16論文を精読した結果、心理的要因であ
る精神症状、疲労、QOL、心理的苦痛、対人関
係のいずれもが職場復帰と有意に関連した。ま
た、ヨガ、ワークブックによる介入が精神症状
を軽減し、職場復帰を促進する可能性が示唆さ
れた。

今後のがん患者の職場復帰研究においては、
心理的要因を加えること、職場復帰を促進する
心理支援を開発、評価することが望まれる。一
方でサンプルサイズと心理的要因の測定尺度に
留意することが必要と思われる。

引用文献

1. van Muijen P, Weevers NL, Snels IA, Duijts SF, Bruinvels DJ, Schellart AJ, et al. Predictors of return to work and employment in cancer survivors: a systematic review. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2013;22:144-60. (in eng).
2. Endo M, Haruyama Y, Muto G, Kiyohara K, Mizoue T, Kojimahara N, et al. Work Sustainability Among Male Cancer Survivors After Returning to Work. *J Epidemiol*. 2018;28:88-93. (in eng).

3. 小橋 元, 佐々木りか. がん患者の就労継続及び職場復帰に資するナラティブ・データの質的分析; 2019.
4. 内富庸介, 小川朝生. 精神腫瘍学. 東京. 医学書院; 2011.
5. 「がんの社会学」に関する合同研究班、研究代表者山口建. がん向き合った7,885人の声; 2014.
6. 一般社団法人CSRプロジェクト. 「がん罹患と就労」調査結果報告書 (中小企業・個人事業主編); 2016.
7. Grunfeld EA, Schumacher L, Armaou M, Woods PL, Rolf P, Sutton AJ, et al. Feasibility randomised controlled trial of a guided workbook intervention to support work-related goals among cancer survivors in the UK. *Bmj Open*. 2019;9.
8. Jong MC, Boers I, van der Velden APS, van der Meij S, Göker E, Timmer-Bonte ANJ H, et al. A randomized study of yoga for fatigue and quality of life in women with breast cancer undergoing (neo) adjuvant chemotherapy. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 2018;24:942-53.
9. Horsboel TA, Bultmann U, Nielsen CV, Nielsen B, Andersen NT, de Thurah A. Are fatigue, depression and anxiety associated with labour market participation among patients diagnosed with haematological malignancies? A prospective study. *Psycho-Oncology*. 2015;24:408-15.
10. Isaksson J, Wilms T, Laurell G, Fransson P, Ehrsson YT. Meaning of work and the process of returning after head and neck cancer. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*. 2016;24:205-13. (in eng).
11. Spelten ER, Verbeek J, Uitterhoeve ALJ, Ansink AC, van der Lelie J, de Reijke TM, et al. Cancer, fatigue and the return of patients to work - a prospective cohort study. *European Journal of Cancer*. 2003;39:1562-7.
12. Cooper AF, Hankins M, Rixon L, Eaton E, Grunfeld EA. Distinct work-related, clinical and psychological factors predict return to work following treatment in four different cancer types. *Psycho-Oncology*. 2013;22:659-67.
13. Schmidt ME, Scherer S, Wiskemann J, Steindorf K. Return to work after breast cancer: The role of treatment-related side effects and potential impact on quality of life. *European journal of cancer care*. 2019;28:e13051-e. (in eng).
14. Porro B, Michel A, Zinzindohoué C, Bertrand P, Monrigal E, Trentini F, et al. Quality of life, fatigue and changes therein as predictors of return to work during breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*. 2015;33:702-10. (in eng).
15. Mehnert A, Koch U. Predictors of employment among cancer survivors after medical rehabilitation--a prospective study. *Scandinavian journal of work, environment & health*. 2013;39:76-87. (in eng).
16. Vayr F, Montastruc M, Savall F, Despas F, Judic E, Basso M, et al. Work adjustments and employment among breast cancer survivors: a French prospective study. *Supportive Care in Cancer*. 2020;28:185-92.
17. Hedayati E, Johnsson A, Alinaghizadeh H, Schedin A, Nyman H, Albertsson M. Cognitive, psychosocial, somatic and treatment factors predicting return to work after breast cancer treatment. *Scandinavian journal of caring sciences*. 2013;27:380-7. (in eng).
18. Gruber U, Fegg M, Buchmann M, Kolb HJ, Hiddemann W. The long-term psychosocial effects of haematopoietic stem cell transplantation. *European journal of cancer care*. 2003;12:249-56. (in eng).
19. So N, McDowell LJ, Lu L, Xu W, Rock K, Waldron J, et al. The Prevalence and Determinants of Return to Work in Nasopharyngeal Carcinoma Survivors. *International Journal of Radiation Oncology Biology Physics*. 2020;106:134-45.
20. Kiserud CE, Fagerli UM, Smeland KB, Fluge O, Bersvendsen H, Kvaloy S, et al. Pattern of employment and associated factors in long-term lymphoma survivors 10 years after high-dose chemotherapy with autologous stem cell transplantation. *Acta Oncologica*. 2016;55:547-53.
21. Verdonck-de Leeuw IM, van Bleek W-J, Leemans CR, de Bree R. Employment and return to work in head and neck cancer survivors. *Oral oncology*. 2010;46:56-60. (in eng).
22. Fantoni SQ, Peugniez C, Duhamel A, Skrzypczak J, Frimat P, Leroyer A. Factors related to return to work by women with breast cancer in northern France. *Journal of occupational rehabilitation*. 2010;20:49-58. (in eng).
23. 川瀬和美, 田部井功, 角徳文, 神尾麻紀子, 内田賢. 乳癌患者の心のケア 術前後のアンケート調査 うつ状態は30.8%. *乳癌の臨床*. 2012;27:110-1. (in 日本語).
24. Vin-Raviv N, Hillyer GC, Hershman DL, Galea S, Leoce N, Bovbjerg DH, et al. Racial disparities in posttraumatic stress after diagnosis of localized breast cancer: the BQUAL study. *J Natl Cancer Inst*. 2013;105:563-72. (in eng).
25. Burgess C, Cornelius V, Love S, Graham N. *Journal of Clinical Oncology: Distress Management*. Version 1. [homepage on the Internet]; c2019 [updated 2020/3/9]. Available from: <https://www.nccn.org/patients/guidelines/content/PDF/distress-patient.pdf>
27. がん診療連携拠点病院等の整備について

[homepage on the Internet]; c2018. Available from:
<https://www.mhlw.go.jp/content/000347080.pdf>.
<https://www.mhlw.go.jp/content/000347080.pdf>
<https://www.mhlw.go.jp/content/000347080.pdf>

- 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
 (予定を含む。)
 1. 特許取得
 なし
 2. 実用新案登録
 なし
 3. その他
 なし

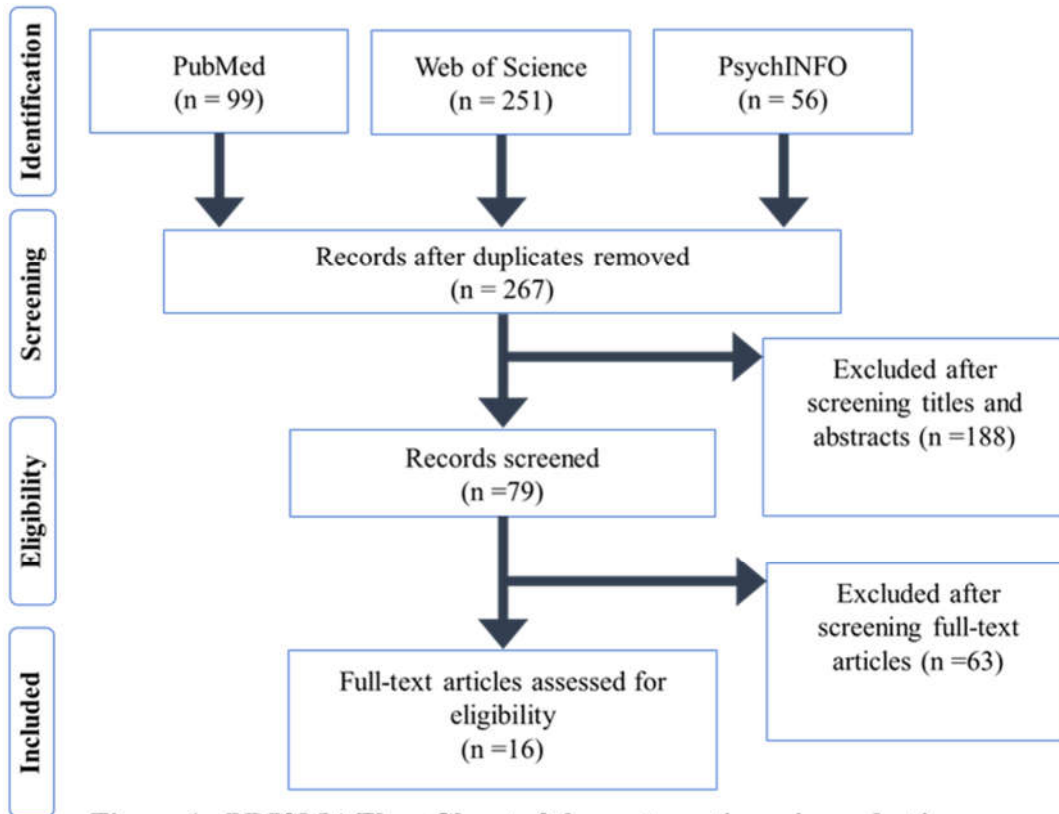


Figure 1. PRISMA Flow Chart of the systematic review selection process

Table 1. Characteristic of the included articles

筆頭著者名 (出版年)・引用文献番号	国・地域	研究デザイン	対象	介入/曝露/比較対照	職場復帰した割合	心理的要因と職場復帰との関係について調べた結果	
So, N. (2020). ¹⁹	カナダ	横断研究	鼻咽頭がんで有職であり、かつ強度変調放射線療法を4年以上前に受け、調査時点で65歳未満のがんサバイバー (n=73)	職場復帰の有無 無職者	62%	職場復帰した人はHADSの不安得点とうつ得点有意に低かった。多重ロジスティック回帰分析においてHADS不安得点(OR = 0.87, 95% CI [0.76, 1.0])、うつ得点(OR = 0.89, 95% CI [0.78, 1.0])が職場復帰に影響した。	
Kiserud, C. E. (2016). ²⁰	ノルウェー	横断研究	1987-2008年に悪性リンパ腫で大量化学療法と造血幹細胞移植を受けてから平均10年後のサバイバー (n=312)	調査時点の有職 (n=179)・無職 (n=102)	無職者	58% (調査時有職者の割合)	単変量解析では、有職者は無職者比べて疲労、うつ、不安が低かった。性・年齢・教育を調整した多変量解析では、疲労、うつ、不安の有意差はなくなり、タイプDパーソナリティと仕事能力に有意差が認められた。
Verdonck-de Leeuw, I. M. (2010). ²¹	オランダ	横断研究	頭頸部がん診断時に65歳未満で、かつがん治療後2年経過した者 (n=85)	職場復帰の有無 職場復帰しなかった人	83% (診断時 有職者 53人のうち)	高レベルの不安がある場合職場復帰しなかった (chi2 = 6.58, p < .05)	
Fantoni, S. Q. (2010). ²²	フランス	横断研究	診断時に有職であった18-60歳のがん患者 (n=379)	36か月間の職場復帰 職場復帰しなかった人	82% (10.8か月 点)	発病前の仕事で心理的制約、組織的制約がある場合職場復帰する割合が低く (OR=0.22, 95%CI=0.07-0.66)、かつ職場復帰までに要する時間も長かった (OR=0.44, 95%CI=0.30-0.62)。	
Horsboel, T. A. (2015). ⁹	デンマーク	前向きコホート研究。2時点 (登録時、登録時から12か月)	6-9か月前に血液悪性腫瘍と診断された有職男女 (n=196)	調査期間中の職場復帰 登録時病気休職中の人106人	49% (登録時病気 休職中 (n=106) のうち)	身体的疲労と職場復帰との関係は単回帰でも多変量回帰でも認められた。不安症状と職場復帰の間に有意な関連性が認められたが、診断からの期間や性別などを調整すると有意傾向にとどまらなかった。うつと職場復帰との間に有意な関連性は見つからなかった。	
Isaksson, J. (2016). ¹⁰	スウェーデン	前向きコホート研究。24か月の複数回のインタビューと質問紙	頭頸部がんの診断時に有職だった患者 (n=66)	調査期間中の職場復帰 無職者	53%	治療後24か月時点の職場復帰者は無職者と比べて不安とうつで有意差がなかったが、職場復帰者の方が有意にQOLが良好であった。インタビューによると、多くの患者は疲労、心理 (がん診断と治療に関連したうつ、集中困難、睡眠障害、精神的緊張感、バーンアウト症状)、栄養が職場復帰の障壁となっていた。	
Spelten, E. R. (2003). ¹¹	オランダ	前向きコホート研究。4時点 (病欠初日、6か月後、12か月後、18か月後)	がん診断時で有職でがん治療後の患者 221人	職場復帰の有無 病欠者	64% (病欠初日から 18か月時)	うつ、疲労ともに単回帰では得点が高いと職場復帰が増加した。疲労はがん関連因子と相関が高いため疲労を除いてコックスハザードモデル解析を行うと、うつ得点の低さが職場復帰の予測因子の1つであった (ハザード比=0.81, 95%CI 0.66-0.99)。	
Cooper, A. F. (2013). ¹²	イギリス	前向きコホート研究。3時点 (研究開始時、6か月後、12か月後)	診断時18歳以上で有職で、進行がんを除く乳がん、婦人科がん、頭頸部がん、泌尿器がんの治療完了した者 (n=290)	調査期間中の職場復帰 職場復帰しなかった人	89-94%	仕事に関連するがんの認知として、長続きする、コントロール感が低いと職場復帰しなかった。メンタルヘルスは頭頸部がんのみうつが強いと職場復帰しなかった (OR=0.89, 95%CI=0.81-1.00)。	
Schmidt, M. E. (2019). ¹³	ドイツ	前向きコホート研究。3時点 (乳がん診断時、術後1年、5年)	乳がん診断時で5年のフォローアップを完了した定年前年の患者 (n=135)	調査時点の職場復帰・診断時と同じ働き時短勤務 方か否か	手術1年後57%、5年後73% (診断前と同じ働き方をしている者の割合)	術後1年の職場復帰は、うつ(OR = 2.9, 95% CI [1.1, 8.0])、胸回りの動かしにくさ (OR = 2.4 [1.2, 4.9])、若年 (OR = 4.4 [1.3, 15.3])、短い教育年数 (OR = 4.9 [1.3, 19.4])、化学療法を受けたこと (OR = 5.3 [1.9, 14.5]) も職場復帰を妨げていた。5年後の職場復帰は、術後1.5年時の持続的な疲労の増加 (OR = 6.3, 95% CI [1.7, 23.4])、診断前の長時間労働 (OR = 1.7, 95% CI [1.0, 2.8]) が障壁であった。	
Porro, B. (2019). ¹⁴	フランス	前向きコホート研究。3時点 (アジュバンド療法開始時、3か月後、6か月後)	乳がん診断時に有職でアジュバンド療法をおこなった女性 (n=68)	職場復帰の有無 無職者	60%	全般的QOL (OR=1.09, 95%CI 1.01-1.17)、認知機能 (OR=1.10, 95%CI 1.03-1.17)、全般的疲労 (OR=1.82, 95%CI 1.04-3.17)、精神的疲労 (OR=0.29, 95%CI 0.11-0.81) は6か月後の職場復帰に関連した。精神的疲労の変化は6か月後の職場復帰に関連した (OR=0.02, 95%CI 0.001-0.29)。	
Mehnert, A. (2013). ¹⁵	ドイツ	前向きコホート研究。3時点 (がん診断後平均11か月のリハビリテーション開始前、終了時、数か月後)	3時点参加した者 (n=750)	公的保険で通常おこなわれるがん治療後のリハビリテーション	無職者	76% (リハビリテーションの12か月後)	精神的QOLが高いほど (OR=1.03, 95%CI 1.00-1.07)、有害な相互作用が少ないほど (OR=0.58, 95%CI 0.33-0.99)、12か月後に職場復帰した。
Vayr, F. (2020). ¹⁶	フランス	前向きコホート研究。2時点 (化学療法第1クール初日、12か月後)	乳がん診断時に有職であった18-65歳の患者 (n=185)	職場復帰の有無 なし	42%	2.2% (4人) は心理的理由で職場復帰を調整した。	
Hedayati, E. (2013). ¹⁷	スウェーデン	前向きコホート研究。3時点 (診断後8か月時、11か月時、18か月後)	乳がん診断後8か月の乳がん女性 (n=45)	調査期間中の職場復帰 職場復帰しなかった・失業中の者	64%	身体機能、役割機能、身体イメージの認知がより良好である場合、職場復帰していた	
Gruber, U., M. (2003). ¹⁸	ドイツ	後ろ向きコホート研究	過去16年に造血幹細胞移植を受けたがんサバイバー (n=163)	現在の職場復帰 職場復帰しなかった・失業中の者	69%	失業中の患者は、痛み、不安、睡眠障害、うつ、社会的機能の障害、パートナーとの関係不良および家族生活不良の得点で有意に高かった。	
Grunfeld, E. A. (2019). ⁷	イギリス	ランダム化比較試験。4時点 (介入前、介入直後、6か月後、12か月後)	乳がん、婦人科がん、前立腺がん、結腸直腸がんの診断時に有職で最低2週間が治療を受けた患者。 (n=58)	4週間の職場復帰のワークブックと2週間の電話サポートによる介入	通常ケア (治療 12か月後にワーク ブック渡される) 通常ケア (通常 ケア)	介入群68%、通常ケア群47% (12か月後)	職場復帰した割合は通常ケア群より介入群の方が多かったが有意差はなかった。不安とうつの症状は通常ケア群より介入群の方が少なかったが有意差はなかった。
Jong, M. C. (2018). ⁸	オランダ	ランダム化比較試験。3時点 (介入前、3か月後、6か月後)	乳がんステージ1-3かつ化学療法中の女性 (n=83)	通常ケア (通常ケア) 通常ケア (通常ケア)	通常ケア (通常ケア) 通常ケア (通常ケア)	通常ケア (通常ケア) 通常ケア (通常ケア)	通常ケア (通常ケア) 通常ケア (通常ケア)

がん患者の職場復帰における メンタルヘルスサポート ガイド

産業保健担当者※が

がんになった従業員に対してサポートするためのガイド

※産業保健担当者とは、産業医、保健師・看護師等産業保健スタッフ、心理職（精神保健福祉士、公認心理師、臨床心理士、産業カウンセラー）といった専門職をまとめて指します

がん治療時期・職種別のキーポイント

治療のフェーズ

がん診断直後

がん治療による休職中

復職時

両立勤務時 (治療中～治療後経過観察中)

メンタルサポート キーポイント	産業医	産業保健スタッフ (保健師、看護師)	心理職 (精神保健福祉士、公認 心理師、臨床心理士、産 業カウンセラー)
<ol style="list-style-type: none"> がん診断直後は強いショックと不安をアセスメントと対応。不調が続く人もいるので継続的フォローが必要。 がん診断後にすぐ離職の必要はないと伝え、仕事継続できるよう調整。 	<ul style="list-style-type: none"> 主治医と連携し、心理アセスメントを指示及び精神不調の対応。 仕事継続にむけて職場と本人と話し合う場を設けることを提示。 	<ul style="list-style-type: none"> 心理アセスメントと医師の指示により、仕事継続にむけて職場、本人と相談、調整。 	<ul style="list-style-type: none"> 心理アセスメントの実施と報告・説明。 産業医の指示、産業保健スタッフとの協力で、仕事継続にむけて職場、本人と相談、調整。
<ol style="list-style-type: none"> 復職や職業継続に対する不安や焦りを傾聴。 退院間近・復職間近の急激なうつ症状などの体調変化に注意。 	<ul style="list-style-type: none"> 復職に向けて、がんの主治医と連携。 急激なうつ症状に対する注意と対応。 	<ul style="list-style-type: none"> 復職・職業継続と通院との両立に向けた調整。 退院間近・復職間近の急激な落ち込みや不安に注意。 	<ul style="list-style-type: none"> 復職・職業継続に対する不安や焦りのカウンセリング。 退院間近・復職間近の急激な落ち込みや不安に注意。
<ol style="list-style-type: none"> がん治療による身体的精神的不調と対処について、産業保健担当者と本人、職場と相談。 復職後の急激なうつ症状などの体調変化に注意。 	<ul style="list-style-type: none"> 就業可否判断において、心理アセスメント、認知アセスメントを参考に、がん治療による身体的精神的不調の適切な対応と、職場、本人への指示。 	<ul style="list-style-type: none"> がん治療による心身不調と仕事との両立について、本人、職場と相談・調整。仕事生活調整。 	<ul style="list-style-type: none"> 心理アセスメント、認知アセスメントの実施と報告・説明。 がん治療による精神的不調と対処行動、復帰後とがん診断前とのギャップショックのカウンセリング。
<ol style="list-style-type: none"> がん治療による身体的精神的不調と対処について、産業保健担当者と本人、職場と相談。 がんは慢性疾患と捉え、体調と相談しながら働けるように、時々職場と本人に声かけをしていく。いつでも相談しやすいつながりを持つ。 	<ul style="list-style-type: none"> 治療と仕事との両立に向けてがんの主治医と連携。 心身の不調に適切な対応し、職場、本人への指示。 	<ul style="list-style-type: none"> がん治療による心身不調と仕事との両立について、本人、職場と相談・調整。仕事生活調整。 体調と相談しながら働いているか声かけ、相談を促す 	<ul style="list-style-type: none"> がん治療による精神的不調と対処行動、復帰後とがん診断前とのギャップショックのカウンセリング。 職場のコミュニケーション、ストレス対処のカウンセリング。

ご本人に伝えてほしい内容

1. 「がんになると、不安や落ち込みを抱えるのは当然です。その人が弱いからではありません」
 - 1) ショックな出来事にあうと、どんな人でも気持ちが落ち着かなくなりま
す。相談できる場所・人を見つけましょう。
2. 「がんの状況によりますが、がん患者の7割以上は、がんを克服して
元気になります。」
3. 「がん治療と仕事を両立している方が増えています。がんの検査や
治療に合わせて勤務時間、仕事内容の相談や調整をしていきましょ
う」
 - 1) 「がんとわかったら、仕事を辞めずに続けていく方法を探しましょう」
 - 2) がん診断後に仕事を依願退職・解雇された方が35%いましたが、現在は医
学の進歩で、がんを克服して仕事を継続できるようになってきました。
仕事は生活のためにもやりがいとしても大切です。
 - 3) がん治療しながら仕事を継続している人は毎年約36.5万人いました。

<従業員ががんになった後>

□がんになると、不安や落ち込みを抱えるのは当然です。その人が弱いからではありません

- ショックな出来事にあうと、どんな人でも気持ちが落ち着かなくなります

□がん診断により、患者の6割は強い不安に陥ります。治療が進み、治療が終わっても患者の4割は強い不安を抱えて過ごします。

□がんと診断されると

- 落ち着かない、そわそわする
- 食欲がない、眠れない
- 憂うつになったり、何事も楽しめなくなったりする
- ぼんやりして集中力が下がる
- 感情の波がある（急に泣いたり、イラついたりする等）
- 不調を我慢して周囲に心配かけまいとするなどいつもと違う様子が現れます。

次のことにご配慮ください

□産業医の方へ

- 就業可否判断において、心理アセスメントを参考に、がん治療による身体的精神的不調の対応と、職場、本人への指示。

□産業保健スタッフの方へ

- 心理アセスメントと医師の指示により、仕事継続にむけて職場、本人と相談、調整。

□心理職の方へ

- 心理アセスメントの実施と報告・説明。
 - がん医療では「つらさと支障の寒暖計」がよく使われます
 - 参考 <http://plaza.umin.ac.jp/~pcpkg/dit/dit.pdf>
 - 産業医の指示、産業保健スタッフとの協力で、仕事継続にむけて職場、本人と相談、調整。

がん診断直後
休職中
復職時
両立勤務時

休職、仕事調整を検討する時 ご本人に伝えてほしい内容

1. がんの検査や治療、診察に合わせて勤務時間、仕事内容を調整できるかたずねましょう
 2. 職場の人事担当者に、どのような制度が使えるそうかたずねましょう
 - 1) 通院時間の確保、体力に応じた働き方などに使える制度や対応策に何があるかを把握しましょう
 3. 職場、仕事のチームで可能な対応をたずねましょう
 - 1) 通院時間の確保、体力に応じた働き方、副作用・後遺症に対する理解など、職場、仕事のチームで何ができるかを考えてみましょう
- ➡ これらの情報をまとめてご本人が職場と仕事を調整していきましょう

＜従業員が仕事調整をためらう場合の対処法＞

- がんのため仕事ができなくなるのではないかと、思っている
 - 職場に迷惑がかかる、評価が下がる、仕事を続けられない
- ➡ **本人の立場に立って、仕事を継続する気持ちを尊重し、具体的な方法を提示しましょう**
- がん診断によって精神的に落ち込んでやる気が出ない
 - 先のことは考えられない、どうしたらいいかわからない
- ➡ **今まで問題なくできたことでこれからもできそうなことを続けていきましょう**
- 普段のコミュニケーションがうまくいっていない
 - 忙しくて話す時間が取れない、わかってもらえるか心配
- ➡ **話すタイミング、わかりやすい筋道を考えましょう。すべてわかってもらえなくても少しずつ伝えることを大事にしましょう。**

＜従業員ががん治療で休職中＞

□がん治療の副作用や心身の不調が起こります。職場で対処や工夫が必要になります

□がん治療によって

- 体力の低下
- 手術に伴う後遺症（浮腫、発声、排尿障害等）
- 薬物治療に伴う副作用（脱毛、発疹、関節痛、倦怠感）
- 今までできたことができなくなった等治療前と治療後のギャップショック
- 今まで通り仕事を続けられなくなるのではないかという不安や焦りなどが現れます。

次のことにご配慮ください

□産業医の方へ

- 復職に向けて、がんの主治医と連携
- 急激なうつ症状に対する診断、診療、連携。

□産業保健スタッフの方へ

- 復職・職業継続と通院との両立に向けた調整。
- 退院間近・復職間近の急激な落ち込みや不安に注意。

□心理職の方へ

- 復職・職業継続に対する不安や焦りのカウンセリング
- 退院間近・復職間近の急激な落ち込みや不安に注意。

ご本人が不調を抱えやすい時

□がん治療による副作用、合併症状が重いと、心身の不調や退職につながります。職場ぐるみでの対処の工夫が必要です

- 副作用、合併症はさまざまです
 - 外見の変化、筋力低下、むくみ、胃腸症状など
 - 身体的疲労、精神的疲労、持続的な疲労
 - 物事のみ込みや記憶、集中力の低下
 - がん診断前と現在とのギャップに対する悩みや落ち込み
- 副作用、合併症状と、それらが仕事に影響しているかたずねましょう
- 副作用止めや合併症対策など何か病院で勧められたことがあるかたずねましょう
- ご本人なりにどのように対処できるかたずねましょう。

復職したご本人と、一緒に働く 職場の方へ伝えてほしい内容

□ご本人と職場ともに、心身の不調に気づき早めに対応 しましょう

- 副作用や合併症状で心身の不調になることがあります（外見の変化、筋力低下、むくみ、胃腸症状など）
 - ➡ 心身の不調を言える機会を設け、その対応を話し合しましょう
- 身体的、精神的に疲れやすい
 - ➡ 疲労回復のために定時退社・休憩・休暇が必要です
早めに休んで仕事を継続勤務してもらった方が、長い目でみて仕事の助けになります
- 物事のみみ込みや記憶、集中力の低下
 - ➡ 一度に伝えることを減らし、メモ・記録を共有しましょう
- がん治療前と現在のギャップに悩む
 - ➡ ご本人も職場も、以前と比較して焦らずに。これまでできたことで、今できそうなことから取り掛かり、できることを増やしましょう。チームや職場での理解、体調に合わせて仕事を調節する工夫、職場での役割と居場所を作る工夫が必要になります

＜従業員が復職時＞

□がん治療の副作用や心身の不調が起きます。職場で対処や工夫が必要になります

□がん治療によって

- 体力の低下
- 手術に伴う後遺症（浮腫、発声、排尿障害等）
- 薬物治療に伴う副作用（脱毛、発疹、関節痛、倦怠感）
- 今までできたことができなくなった等治療前と治療後のギャップショック
- 今まで通り仕事を続けられなくなるのではないかという不安や焦りなどが現れます。

次のことにご配慮ください

□産業医の方へ

- 就業可否判断において、心理アセスメント、認知アセスメントを参考に、がん治療による身体的精神的不調の適切な対応と、職場、本人への指示。

□産業保健スタッフの方へ

- がん治療による心身不調と仕事との両立について、本人、職場と相談・調整。仕事生活調整。
- 体調と相談しながら働けているか声かけ、相談を促す。

□心理職の方へ

- 心理アセスメント、認知アセスメントの実施と報告・説明。
- がん治療による精神的不調と対処行動、復帰後とがん診断前とのギャップショックのカウンセリング。

＜従業員が 両立勤務時＞

□がん治療の副作用や心身の不調が起きます。職場で対処や工夫が必要になります

□がん治療によって

- 体力の低下
- 手術に伴う後遺症（浮腫、発声、排尿障害等）
- 薬物治療に伴う副作用（脱毛、発疹、関節痛、倦怠感）
- 今までできたことができなくなった等治療前と治療後のギャップショック
- 今まで通り仕事を続けられなくなるのではないかという不安や焦り

などが現れます。

次のことにご配慮ください

□産業医の方へ

- 治療と仕事との両立に向けてがんの主治医と連携。
- 心身の不調を適切な対応し、職場、本人への指示。

□産業保健スタッフの方へ

- がん治療による心身不調と仕事との両立について、本人、職場と相談・調整。仕事生活調整。

□心理職の方へ

- がん治療による精神的不調と対処行動、復帰後とがん診断前とのギャップショックのカウンセリング。
- 職場のコミュニケーション、ストレス対処のカウンセリング。

このガイドは、今後の「がん患者のがん治療と職場復帰、仕事との両立のための産業保健体制構築に役立てていただくために、先行研究の知見と臨床現場の経験などを元に製作致しました。

厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
「がん患者の就労継続及び職場復帰に資する研究」

2020年3月

分担研究者 小橋 元

研究協力者 小泉 智恵

春山 康夫