

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**

平成30年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 遠藤 源樹
(順天堂大学医学部公衆衛生学講座 准教授)

平成31 (2019) 年 3月

I . 総括研究報告

- がん患者の就労継続及び職場復帰に資する研究 ----- 1
遠藤 源樹

II . 分担研究報告

- 1 . 日本の職域データベースを用いたがんによる ----- 7
長期病休後の禁煙状況に関する研究
溝上 哲也 桑原 恵介
- 2 . がん患者等の就労支援に関する、企業対象インタビュー調査 ----- 16
森口 次郎
- 3 . がん治療・がん関連症状と就労等に関する実態調査 ----- 42
遠藤 源樹
- 4 . がん患者の認知機能評価票Cognitive Symptoms Checklist Work
21-item (CSC-W21)日本版作成のための信頼性・妥当性研究 ----- 60
遠藤 源樹
- 5 . 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 -----68
小橋 元
- 6 .大学病院外来化学療法室におけるがん治療と就労の両立に関する ----- 82
調査研究
齊藤 光江
- 7 . がん患者の治療と職業生活の両立支援・がんとの共生をめざして
医療機関・職域で活用するツールや合理的配慮の在り方に
関する研究 ----- 87
武藤 剛、竹田 省、寺尾 泰久、林 和彦、西村 勝治

- III . 研究成果の刊行に関する一覧表 ----- 93

研究代表者

遠藤 源樹 順天堂大学医学部公衆衛生学講座 准教授

研究分担者 (五十音順、敬称略)

桑原 恵介 帝京大学大学院公衆衛生学研究科 講師
小橋 元 獨協医科大学医学部公衆衛生学講座 教授
齊藤 光江 順天堂大学医学部乳腺腫瘍学講座 教授
竹田 省 順天堂大学医学部産婦人科学講座 特任教授
寺尾 泰久 順天堂大学医学部産婦人科学講座 前任准教授
西村 勝治 東京女子医科大学医学部精神医学講座 教授・講座主任
林 和彦 東京女子医科大学がんセンター長 緩和ケア・化学療法科 教授
溝上 哲也 国立国際医療研究センター疫学予防研究部 部長
武藤 剛 順天堂大学医学部衛生学講座 非常勤助教
森口 次郎 一般財団法人京都工場保健会 理事・医療部長

研究協力者 (五十音順、敬称略)

赤穂 理絵 東京女子医科大学医学部精神医学講座 准教授
浅田 健一 みずほ証券診療所 産業医
荒井 有希子 順天堂医院医療福祉相談室 MSW
Angela de Boer Coronel institute of Occupational Health, Academic Medical
Center, University of Amsterdam
石井 理奈 順天堂大学医学部衛生学講座
石田 陽子 株式会社心陽 代表取締役
泉 博之 産業医科大学産業生態科学研究所人間工学研究室 准教授
井上 陽介 国立国際医療研究センター 研究員
今井 綾 順天堂大学医学部乳腺・内分泌外科学研究室 研究助手
今井 鉄平 アズビル株式会社 統括産業医
今井 雄也 順天堂大学医学部公衆衛生学講座大学院博士課程
植田 結人 順天堂大学医学部公衆衛生学講座大学院博士課程
大崎 陽平 ヘルスデザイン株式会社 共同代表
大津 真弓 ひまわり産業医・労働衛生コンサルタント事務所 代表
岡崎 みさと 順天堂大学大学院医学研究科乳腺・内分泌外科学研究室博士課程
小笠原 隆将 三菱ふそうトラック・バス 産業医
奥出 有香子 順天堂練馬病院看護部
川又 華代 東京大学 22 世紀医療センター 特任研究員

黒田 尚子	ファイナンシャルプランナー
黒田 玲子	東京大学環境安全本部 助教
小島 健一	鳥飼総合法律事務所 パートナー 弁護士
木幡 布美江	順天堂大学医学部公衆衛生学講座
近藤 明美	近藤社会保険労務士事務所 特定社会保険労務士
齊藤 有希	順天堂医院薬剤部
坂本 宣明	ヘルスデザイン株式会社 共同代表
桜井 なおみ	キャンサー・ソリューションズ株式会社 代表取締役
櫻木 園子	一般財団法人京都工場保健会 産業保健推進本部
佐藤 靖祥	東京大学大学院医学系消化管外科学
佐藤（佐久間）りか	健康と病いの語りディベックス・ジャパン 事務局長
信濃 裕美	順天堂大学大学院医学研究科臨床薬理学博士課程
清水 桂子	順天堂大学医学部治験臨床研究支援センター
鈴木 瞬	SNC 産業医事務所 所長
田口 良子	鎌倉女子大学家政学部管理栄養学科 准教授
露木 恵美子	中央大学大学院戦略経営研究科 教授
土屋 直子	順天堂大学医学部公衆衛生学講座
永江 耕治	株式会社 AP Communications 執行役員
難波 美智代	シンクパール 代表理事
西浦 千尋	東京ガス株式会社 専業産業医
堀口 和美	都立駒込病院 外科 医師
松井 健太郎	東京女子医科大学精神医学講座 助教
松平 浩	東京大学 22 世紀医療センター 特任教授
増田 将史	イオン株式会社グループ人事部統括産業医

Micheal Feuerstein Uniformed services of University, professor, Journal of
Cancer Survivorship editor-in-chief, Journal of
Occupational Rehabilitation editor-in-chief

三柴 丈典	近畿大学法学部 教授
三井 清美	昭和大学公衆衛生学講座
宮田 辰徳	熊本大学大学院生命科学研究部消化器外科学
百田 哲	沖電気工業(株)健康推進室 産業医
柳下 薫寛	順天堂大学医学部呼吸器内科
山本 公香	城西大学経営学部
横山 和仁	順天堂大学医学部衛生学講座 客員教授

I．総括研究報告書

厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
総括研究報告書

がん患者の就労継続及び職場復帰に資する研究

研究代表者 遠藤 源樹
順天堂大学医学部公衆衛生学講座 准教授

研究要旨

「事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン」、「がん対策基本法」の法改正など、がん治療と就労の両立支援は労働衛生上の重要な課題と認識されつつあるが、病休と復職支援に関する大規模な職域コホート研究は、我々の知る限り、日本では皆無であった。

遠藤は過去に、日本で初めての「復職コホート研究(がん・脳卒中・メンタルヘルス不調)」を実施し、がん患者の復職コホート研究は新聞等に多数掲載され、国会議員、行政等に積極的に情報提供を行い、2016 年 5 月 10 日の参議院厚生労働委員会でも、遠藤の研究結果(Endo et al. Journal of Cancer survivorship, 2015) が引用されてきた。研究結果には、病休開始後一年までの累積フルタイム復職率が 62%、フルタイムでの復職までの病休日数の中央値は 201 日(白血病等患者は約 1.5 年)、がん罹患社員の約 8 割が復職時に「短時間勤務が望ましい」状態であったこと、がんの種類により累積復職率が大きく異なる、等の多くの疫学的知見を、遠藤らは社会に発信してきた。

本研究

班は、がん患者の就労継続に関する更なるエビデンスを収集し、就労支援ツールを開発することを目的に、以下の 7 つの研究事業を進めてきた。

研究事業 1：日本の職域データベースを用いたがんによる長期病休後の禁煙状況等に関する研究(J-ECOH スタディ) ほか

研究事業 2：がん患者の就労支援に関する、企業対象インタビュー調査

研究事業 3：がん治療・がん関連症状と就労等に関する実態調査

研究事業 4：がん患者の認知機能評価票 Cognitive Symptoms Checklist Work 21-item (CSC-W21) 日本版作成のための信頼性・妥当性研究

研究事業 5：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

研究事業 6：大学病院外来化学療法室におけるがん治療と就労の両立に関する調査研究

研究事業 7：がん患者の治療と職業生活の両立支援・がんとの共生をめざして医療機関・職域で活用するツールや合理的配慮の在り方等に関する研究

A. 研究背景および目的

平成 24 年に総務省が発表した「日本の人口推移」によると、日本の就労世代の人口は、2010 年に 8173 万

人、2060 年には 4418 万人になることが推定されている。少子高齢化に伴い日本の労働力人口が今後 50 年でほぼ半減すると見込まれる現在、20 代から 60 代ま

での就労世代の、がんを抱えて働く労働者の割合も増加することが予想される。就労世代のがん患者が増加している理由として、以下の4点、シニアの就労割合の増加、女性の就労割合の増加、就労世代の女性のがん（乳がん・子宮頸がん）の罹患率の増加、医療の発展がある。

まず、シニアの就労割合の増加は、少子高齢化に伴って定年年齢は引き上げられつつあることに起因する。「60歳で定年退職、60歳以降は非正規雇用」等、実際、60歳を境に非正規職員・従業員比率は大幅に上昇している。の女性の就労割合の増加は、平成27年の各種データ（「厚生労働白書」、内閣府「男女共同参画白書」）において、共働き世帯が約1100万世帯を超え、専業主婦世帯の約700万世帯を大きく上回っており、女性ががんと診断された時に、「労働者」である確率が高くなることを意味する。の就労世代のがんの罹患の増加は、乳がんの罹患率の増加や、子宮頸がんの発症年齢の若年化などにより、乳がんや子宮頸がんなどによる療養・復職を経験する労働者は、今後ますます増えていくと予想される。の医療の発展は、侵襲性の低い治療、つまり内視鏡治療や腹腔鏡治療などの、より身体に負荷がかからない治療が可能になってきたことにより、就労可能のがん患者が増加してくること、がん治療の進歩、とりわけ、抗がん剤治療、分子標的治療薬などにより、多くのがん患者が早期に職場復帰できる状態まで回復できることから、職場復帰を図るがん患者は、益々増えていくことが推定される。

がん患者の就労支援が重要であるのは、日本だけに限らず、欧米の先進国でも同様であり、がん患者（Cancer Survivors：がんサバイバーと呼ばれる）の社会復帰の重要性が、広く浸透しつつある。

日本では、2016年2月23日、厚生労働省は、「事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン」によって、がんなどの疾病を抱える方々に対して、適切な就業上の措置や治療に対する配慮を行い、治療と職業生活が両立できるようにするための、事業場における取組みなどを促している。また、2016年12月には、がん対策基本法が改正され、「事業者は

がん罹患した労働者の雇用継続に努めなければならない」ことが明記され、がん罹患社員の就労支援が企業の努力義務と定められた。国だけでなく、東京都などの全国の自治体において、がん患者の就労支援に関する施策が展開され、より良い「がん治療と就労の両立支援」に向けた取り組みがなされている。

しかしながら、エビデンスを創出する研究面では、日本においては欧米に比べて大きく後れを取っている。オランダやアメリカ、北欧諸国では、「がん治療と就労の両立支援」に関する研究が幅広く行われ、がん種別の療養日数や復職率、がん治療に伴うさまざまな症状と就労との関連に関するがんサバイバーシップ研究やコホート研究が実施されてきた。欧米のシステマティック・レビューによると、がん患者の復職率は約63.5%であることもわかっている。しかしながら、日本では、がん患者や企業に対するアンケート調査やインタビュー調査などの横断研究のみしか散見されず、オランダなどのような、がん患者就労コホート研究が皆無であった。また、がん患者の復職支援に関する、職業関連因子についても注目した海外の研究は多く存在する一方で日本にはそのような研究は乏しく、がん患者の就労実態（正確な「復職率」「退職率」など）は不明であるにも関わらず、一部の専門家の意見のみで語られる現状があった。

遠藤らは、がん患者における、がん種別の病休・復職等に関する、職域ベースの大規模な研究を日本で初めて実施し、がん治療と就労の両立支援における課題を明らかにしてきた。遠藤らの調査・研究の対象者は、2000年1月1日から2011年12月31日までの12年間に、主治医の診断書で「要療養」と記載され、新規に療養することになった、大企業の正社員1278名であった。12年間のフォローアップ期間中に、初めてがんと診断され、病休となった1,278名について、その休務開始日から365日までの転帰を調査した。対象者1,278名中、最多だったのは、胃がんの282名。順に、肺がん（162名）、結腸・直腸がん（146名。内訳は、小腸がん7名、結腸がん70名、直腸がんなど69名）、肝胆膵がん（98名。内訳は、肝細胞がん38名、胆管

がん9名、胆嚢がん4名、膵がん47名）、乳がん（97名。なお、全員女性）、血液系腫瘍（95名。内訳は、白血病32名、悪性リンパ腫46名、多発性骨髄腫8名、他の関連のがん種9名）、男性生殖器腫瘍（78名。内訳は、前立腺がん63名、精巣・陰茎がん15名）、食道がん（67名）、女性生殖器腫瘍（67名。内訳は、子宮がん47名、卵巣がん20名）、尿路系腫瘍（53名。内訳は、腎細胞がん・尿管がん30名、膀胱がん23名）であった。「その他」のがん種としては、脳腫瘍20名、口腔がん20名、咽頭・喉頭がん27名、甲状腺がん19名。そのほか、骨肉腫や副腎がんなど、47名であった。病休開始時の平均年齢は、対象者全体で51.9歳。乳がんと女性生殖器がんでは40歳代後半であった。就労世代のがんは、予防のための意識づけと早期発見の観点から、特に40歳代の女性社員の検診受検が重要であろう。

大企業の正社員1278名のうち、病休開始日から365日以内に退職したのはわずか35名であった。退職者の割合が高かったのは、食道がんであり、胃がん、女性生殖器がん、尿路系腫瘍のがん患者で退職した者は0名であった。復職支援制度が整っていることが、これらの結果となっているかもしれない。病休開始日から1年以内に132名が死亡し、肝胆膵がん罹患した98名のうち、31名が、病休開始日から365日以内に死亡していた。5年生存率の低さなどの生命予後との関連性があるのかもしれない。病休開始日から1年間、病休が継続していたのは、74名であり、病休継続の割合が最も高かったのは、白血病、悪性リンパ腫などの血液系腫瘍のがん患者であった。

がん種別の累積フルタイム復職率の曲線は、二群に分かれ、累積フルタイム復職率が低い群は、肺がん・肝胆膵がん・食道がん・血液系腫瘍であった。高い群は、胃がん・大腸がん・乳がん・女性生殖器がん・男性生殖器がん・泌尿器系がんであった。これら二群間には、累積フルタイム復職率にかなりの差を認めた。

一方、男女全体の、復職日から5年後まで仕事を続けられた確率（5年勤務継続率）は51.1%であった。つまり、大企業のような、がんの治療と就労の両立支

援制度を整えることができれば、2人に1人は復職日から5年後も治療と就労を両立できるかもしれない。がん自体の5年相対生存率（がん患者が5年間生きられる確率）が約65%であることを考慮すれば、5年勤務継続率が51.1%というのは、かなり高い数値であると考えられる。企業が大企業のようにがんの治療と就労の両立支援（十分な病休期間の設定、短時間勤務制度の導入など）を実施すれば、2人に1人のがん患者は、復職日から5年後も治療と就労を両立して勤務し続けることができるかもしれない。がん患者が復職後、がん自体による症状（体力低下・痛み等）、再発、治療の副作用等により、就労継続が困難になった場合、再病休（死亡を含む）か、依願退職のどちらかの選択となる。復職後に疾病により再病休した率を算出すると、5年間での再病休率は38.8%であった。復職後、疾病により再病休した率を算出すると、復職日から1年後までに再病休全体の57.2%、2年後までに再病休全体の76.3%が集中していた。がん患者に対し復職後2年間、就業上の配慮を施せば、復職後の離職率はかなり減らすことができる可能性がある。これらのデータから、がん患者への就業上の措置は、復職日から1～2年間が望ましい。就業上の配慮の具体例として、短時間勤務制度の導入、立ち仕事からデスクワークなどの座り作業への配置転換、治療やその副作用による突発休などの病気休暇制度等などがあげられる。がん患者の復職後の離職を、これらの制度の期間限定的な導入（復職日から1～2年間）によって、がん患者の就労継続性を高めることができると考えられる。定年退職者を除く、復職後5年間での依願退職率は、10.1%であった。依願退職は復職後の1年間に集中しており、復職後も、がん治療の再開や病状、家庭環境、就労意欲、職場の風土など、様々な要因により、就労継続が困難になっていることが推定される。復職日から1～2年間が、がん治療と就労の両立支援上の最重要期間であり、医療機関・主治医等と企業・産業医等が連携することにより、がん患者の就労継続性を高めることができると考えられる。

B.研究内容

(研究事業1)日本の職域データベースを用いたがんによる長期病休後の禁煙状況に関する研究

長期の疾病休業を経験することは喫煙者にとって禁煙する動機付けになると考えられる。また、病休日数が長くなることも禁煙する強い動機付けになると考えられるが、実態を明らかにした研究はない。そこで、日本の労働者を対象にがんによる長期病休後の禁煙率について、身体疾患の中で長期病休の主たる原因疾患である循環器疾患と比較した。その結果、循環器疾患と比べ、がんで禁煙率は低い傾向にあったが、いずれの疾患による病休後も禁煙率は6割を超えていた。病休日数別にみると、いずれの疾患も病休日数が長いほど禁煙率は高くなったが、循環器疾患と比べがんでの禁煙率は低かった。しかしながら、今回の検討では対象者数が限られており、明確な結論は出せないため、今後さらなる大規模データでの検証が望まれる。がん患者の、がん種別の病休後の復職率、復職後の再病休率の研究については、現在論文化を進めている。

(研究事業2)がん患者の就労支援に関する、企業対象インタビュー調査

近年、治療と就労の両立支援への取り組みが進められているところである。これまでも産業医、産業看護職、人事労務担当者などを対象とする研究が行われてきたが、その対象企業は大企業の割合が高く、中小企業の情報が不足していた。本研究では中小企業を含む企業を対象として、がんを経験した労働者を企業がどのように支援しているかの実態を調査・把握するための調査を1年目に引き続き、追加して行った。

調査は、がんを経験した社員への配慮経験のある経営者、衛生管理者、人事労務担当者、産業保健スタッフ等にインタビュー形式で実施した。疾病により業務に影響が生じたと回答があったのは34例中26例であり、車輛運転の困難さが最多であった。業務遂行に影響した体調の変化では、体力低下、痛み、動作への影響、思考力の低下、メンタルヘルス不調などが上位であった。職場では、通院のための配慮、残業の制限、

身体的負荷の軽減、業務分担の見直しなどの配慮がなされていた。行政への要望として、休職中や復職直後などの相対的な固定費増加による経営悪化を予防するような助成金、助成金申請手続きの簡素化など助成金にかかわるものが多かった。

(研究事業3)がん治療・がん関連症状と就労等に関する実態調査

がん患者の治療と就労の両立は喫緊の課題である。しかしながら、がん患者の治療やがん関連症状と就労に関するがんサバイバーシップ研究は日本ではほとんどない。本調査では、がん腫、がん治療、がん関連症状、就労状況についての実態を把握するために、がん患者を対象にWeb患者調査を実施した。がん腫は男性で大腸がん、胃がん、前立腺がんが多く、女性では乳がん、子宮頸がん、甲状腺がんの割合が多かった。がんの病期はⅠ期の比較的進行度が低い人の割合が多かった。症状については、不安状態にある人が24.6%、抑うつ状態にある人が10.8%で、疲労の度合いは中等度の人46.4%の割合で見られた。睡眠については、6~7時間が最も多く不眠症重症度を分類した結果半数以上の人46.4%が不眠症に分類される結果となった。現在の症状は、便秘・下痢や頭痛、しびれやむくみの順で割合が高かった。がん診断時に働いていた人で、職場の人にがんであることを伝えた人は88.8%であった。フルタイム勤務が83.5%で、事務職、製造業が最も多かった。職場環境は、座り作業がベースの職場が多く、職場の社員数は50名未満が63.2%で最も多いが、会社全体の社員数は、1000名以上、50~999名、50名未満がほぼ同程度であった。診断時に働いていた人の中では、がんと診断後、年次有給休暇の範囲内で休み、復職した人が33.8%で最も多いことが分かった。がんの診断後に退職、あるいは転職した人は13.7%で、多くの人ががんと診断された後も診断前と同じ職場で働いていることが分かった。退職・転職のリスクについて職場環境の因子を検討した結果、「ステージⅢ以上」「正社員でない」「職場の人にがんであることを伝えていない」「立ち作業がベースの職場環境」

「管理職でない」に有意な結果が認められた。進行したステージ、正社員でないこと、立ち作業がベースの職場環境、管理職でないこと、そして、職場の人にがんであることを伝えていないことが退職・転職のリスク因子であることが示唆された。今後、更なる解析と縦断研究を続けていく予定である。

（研究事業 4）がん患者の認知機能評価票 Cognitive Symptoms Checklist Work 21-item (CSC-W21) 日本版作成のための信頼性・妥当性研究

本研究の目的は、がん患者の認知機能を評価する国際的な質問票である Cognitive Symptoms Checklist Work 21-item (CSC-W21) の日本版を作成するために、その信頼性・妥当性研究を実施することである。原著者の承認を得て日本語版を作成した後、20～69 歳の女性を対象にがん患者 Web 調査を実施した。その結果、515 人の協力者が得られた。515 人の平均年齢（標準偏差）は、52.0（7.0）歳で、最少年齢は 29 歳、最高齢は 69 歳であった。因子分析の結果について、原著者と協議の上、質問項目は 18 項目、3 因子が抽出され、それぞれ「executive function」「memory」「task completion」とした。Cronbach の α 係数は尺度全体で、0.921、下位尺度については 0.809-0.878 で十分な内的整合性が認められた。他の尺度との関連を見るために、抑うつ状態、不安状態を測定する HADS、疲労を測定する BFI、労働遂行能力の低下率を測定する WLQ とその下位尺度と、CSC-W18J の尺度全体、3 つの下位尺度とのスピアマンの相関係数を算出した。その結果、0.24-0.48 で有意な正の関連が認められた。さらに、抑うつ状態、不安状態にある人の方がいない人より、疲労の重症度が高い人の方が低い人より CSC-W18 の尺度全体、3 つの下位尺度得点が高くなることが示され、基準関連妥当性が支持された。今後、さらにがん患者、健康な人、年齢や職種による違いについて検討していく。

（研究事業 5）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

「健康と病いの語り」データアーカイブに収録された乳がん、前立腺がん、大腸がんの患者 85 人のインタビューデータを用いて、がん診断後の就労継続、離職の要因を分析した。がん種によって年齢構成や雇用形態、治療内容に違いがあり、それが就労継続の可否に影響を及ぼしていることが分かった。さらに病気や治療による作業能力の低下や職場の環境といった外的条件だけでなく、個々の患者がその仕事にどのような意味を見出しているかということも、重要な要素であることが明らかになった。

（研究事業 6）大学病院外来化学療法室におけるがん治療と就労の両立に関する調査研究

がん治療と就労を両立に関する現状調査を外来化学療法を受けている患者 200 人を対象に実施、事業場の規模と就労形態が離職に影響を与え、両立に関する相談相手は、上司、主治医、院内相談室の順であり、産業医の役割に関する周知は課題であった。

（研究事業 7）がん患者の治療と職業生活の両立支援・がんとの共生をめざして医療機関・

職域で活用するツールや合理的配慮の在り方に関する研究。

事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン（厚生労働省）や改正がん対策基本法を踏まえ、がんとの共生をめざし、長期にわたることが少なくない治療と就労についてどのように調和を図るか、がん患者自身へのエンパワメント、主治医の負担を増やさない形での医療機関での支援、そして企業での支援の在り方について、実用的かつ効果的な手法の開発が求められる。本研究では、がん拠点病院等医療機関のがん相談支援センターや職域で活用できる実用的な「がん健カード」「がん健カード作成支援ソフト」を開発した。そしてそれらを効果的に活用するために、医療機関の医療職両立支援コーディネータ等が把握することが望まれる治療・病態の「疾病性」を「職場での配慮内容」へ翻訳する役割の在り方について分析した。さらに、国内外の医療機関での支援取り組みの

実態の調査や、今後増加が見込まれるがん免疫療法に伴う社会生活支援、就労がん患者の睡眠に関する実態調査を行った。

国内外の取組みとして、米国のがん拠点病院における支援の実態調査を行い、スタッフの負担を増やさない形でのコンテンツの展開を模索した。さらに免疫療法に伴う社会生活支援の留意事項、就労がん患者の睡眠時間が有意に短い可能性を明らかにした。

C. 健康危険情報

なし

D. 研究発表

1. 論文発表

現在、論文の投稿を計画中である。

2. 学会発表等

International Congress of Occupational Health 等にて、学会発表を行う予定である。

E. 知的財産権の出願・登録

特に記載すべきものなし

F. 参考文献

1. 平成 24 年 総務省「日本の人口推移」

2. 平成 27 年の「厚生労働白書」、内閣府「男女共同参画白書」

3. Motoki Endo, Yasuo Haruyama, Miyako Taka hashi, Chihiro Nishiura, Noriko Kojimahara, Naohito Yamaguchi. Returning to work after sick leave due to cancer: A 365-day cohort study of Japanese cancer survivors. J Cancer Survivorship, 2015.

4. Motoki Endo, Toshimi Sairenchi, Noriko

Kojimahara, Yasuo Haruyama, Yasuto Sato, Naohito Yamaguchi. Sickness absence and return to work among Japanese stroke survivors: a 365-day cohort study. BMJ Open. 2016 Jan.

5. Motoki Endo, Yasuo Haruyama, Takashi Muto, Mikio Yuhara, Kenichi Asada and Rika Kato. Recurrence of Sickness Absence Due to Depression after Returning to Work at a Japanese IT Company. Industrial Health 2013, 51, 165-171.

6. Motoki Endo, Takashi Muto, Yasuo Haruyama, Mikio Yuhara, Toshimi Sairenchi, Rika Kato. Risk factors of recurrent sickness absence due to depression: a two-year cohort study among Japanese employees. March, 2014. Int Arch Occup Environ Health.

7. 遠藤源樹、山口直人、小島原典子ほか. がん罹患した労働者の病休・復職等のデータによる、中小零細企業の復職支援制度の構築の検討. 平成 27 年度産業医学調査研究報告集, 1-28. 平成 28 年 3 月

8. 齊藤光江、武藤剛、奥出有香子、露木恵美子、遠藤源樹、近藤明美ほか. がん患者の治療と就労の両立支援に関する研究 - 医療現場・働く患者・職場の 3 視点から -. 平成 27 年度労災疾病臨床研究事業費補助金. 主治医と産業医の連携に関する有効な手法の提案に関する研究. 総括・分担研究報告書, 129-138. 平成 28 年 3 月

9. 遠藤源樹、山口直人、溝上哲也、西村勝治ほか. 病休と復職支援に関する研究. 平成 28 年度労災疾病臨床研究事業費補助金. 主治医と産業医の連携に関する有効な手法の提案に関する研究. 総括・分担研究報告書. 平成 29 年 3 月

II. 分担研究報告書

日本の職域データベースを用いた

がんによる長期病休後の禁煙状況に関する研究

研究分担者

溝上 哲也 国立国際医療研究センター 臨床研究センター 疫学・予防研究部 部長
桑原 恵介 帝京大学大学院公衆衛生学研究科 講師

研究要旨

長期の疾病休業を経験することは喫煙者にとって禁煙する動機付けになると考えられる。また、病休日数が長くなることも禁煙する強い動機付けになると考えられるが、実態を明らかにした研究はない。そこで、日本の労働者を対象にがんによる長期病休後の禁煙率について、身体疾患の中で長期病休の主たる原因疾患である循環器疾患と比較した。その結果、循環器疾患と比べ、がんで禁煙率は低い傾向にあったが、いずれの疾患による病休後も禁煙率は6割を超えていた。病休日数別にみると、いずれの疾患も病休日数が長いほど禁煙率は高くなったが、循環器疾患と比べがんでの禁煙率は低かった。しかしながら、今回の検討では対象者数が限られており、明確な結論は出せないため、今後さらなる大規模データでの検証が望まれる。

A. 研究背景および目的

少子高齢化や診断・治療技術の進展などを背景として、がんと診断された後も働き続ける労働者は今後さらに増えると見込まれる。がん患者の就労と治療の両立を支援していくためには、その健康状態や健康に影響を及ぼす要因について体系的に把握した上で、適切な策を検討し、講じる必要がある。しかしながら、本邦ではその基礎資料となる定量的なデータが不足しており、実態はよくわかっていない。

分担研究者らは、職域多施設研究（J-ECOH スタディ）を2012年から開始し、勤労者の健康管理情報を網羅的に収集している。本研究では、そのデータベースを駆使して、長期病休を経験したがんサバイバーの健康状態や健康に影響しうる要因などを明らかにすることを目的としている。

研究初年度は、J-ECOH スタディにおいてこれまで収集した各種情報を整理・統合し、本研究の目的を達成するための専用データベースの構築を図るとともに、このデータベースを用いて、がんによる長期疾病休業前後における体重変動について

予備的に検討した。また、喫煙はがん罹患後の予後を悪化させる因子であるため、喫煙行動の変化についても同様に予備的に検証した。2年目にあたる本年度は、データベースを更新するとともに、がんによる長期病休後の禁煙の実態について詳細に検証した。

B. 研究方法

1) 研究設定

関東・東海地方に本社を置く12企業、13施設が参加したJ-ECOHスタディ

2) 研究デザイン

大規模疫学データベースを用いたコホート研究。

3) 研究対象者

研究に参加する事業場において、研究期間内のいずれかの年度に当該事業場に在籍しており、かつ産業医の健康管理下にある社員約10万名。

4) 研究で収集するデータ

健康診断や長期疾病休業日数などの健康管理情報

報を収集する。

5) データ分析

がんによる復職前後の喫煙行動の評価

がんによる長期病休(連続 30 日以上)の開始の評価期間は 2012 年度とし、その復職評価は 2012 年度から 2015 年度まで行った。がんまたは循環器疾患による長期病休前後の喫煙行動は 2008 年度から 2015 年度までの健診データから得た。また、長期病休開始前に喫煙していた者を対象として、ロジスティック回帰分析を用いて、復職後に禁煙のオッズを循環器疾患と比較し、さらにロジスティック回帰分析の結果をもとに *marginal standardization* により性・年齢調整禁煙率を推定した。

(倫理面での配慮)

国立国際医療研究センター倫理委員会にて承認を得ている。健康診断成績や疾病発症など、通常の産業医業務の中で取得されるデータについては個別に調査説明や同意は行わず、事業場に研究実施の情報公開文書を事業所内に掲示し、データ提供を拒否する場合には調査担当者に申し出る。データは企業側で匿名化を行った上で研究事務局に提供する方式とした。

C. 研究結果

1) 健康診断データの収集および整理

12 施設(11 企業)から計約 10 万名分について 2008~2015 年度分のデータと結合し、8 年分の縦断データベースが作成済みである。

2) 長期病気休暇の登録

13 施設(12 企業)の従業員総計約 10 万名の集団における連続 30 日以上長期病休情報を収集した。傷病名、病休開始、病休終了、転帰(復帰・退職)のデータを得た。傷病名には ICD-10 を割り当てるコーディングシステムが運用されている。

3) がんによる病休前後の喫煙行動の変化の解析

2012 年度にがんによる長期病休を開始し、2015 年度までに病休が終了したのは 183 名(男性 148 名、女性 35 名)であった。同様に循環器疾患では 113 名(男性 105 名、女性 8 名)であった。ほとんどは 2012

年度または 2013 年度中に病休を終了していた。296 名のうち、8 名は休職前の健診データが得られなかった。残る 288 名のうち、非喫煙者 183 名(がん 124 名、循環器疾患 59 名)を除外し、さらに病休後の健診データが得られなかった喫煙者 43 名を除外し、最終的にがんは 23 名、循環器疾患は 39 名を対象として病休後の禁煙率を求めた。

全体的に病休期間は循環器疾患と比べがんで長い傾向にあった。また、病休前の健診を受診してから約 1 年後に復職後の健診を受診していた。病休前の喫煙者 105 名のうち、43 名(41.0%)は病休後の健診を受診していなかった。この未受診者の割合は特にがんで高かった(喫煙者 53 名中 30 名が未受診[56.6%]。一方、循環器疾患は 25.0%)。病休後の健診未受診者の中では、特にがんで病休後の死亡率が高かった(43%。循環器疾患での死亡率は 8%)。病休後の健診未受診者と比べ、健診受診者は全体的に若く、また病休期間も短い傾向にあった。病休前後の健診をともに受診していた喫煙者の中では、循環器疾患比べがん患者は年齢が高く、また女性の割合が高く、BMI は低い傾向にあった。

病休後の禁煙率は、循環器疾患と比べ、がんでは低い傾向にあった。循環器疾患が原因で病休していた喫煙者では約 8 割強が禁煙していた一方、がんでは 7 割弱が禁煙していた。この関係は性・年齢を調整してもかわらなかった。性・年齢調整済み禁煙率は、循環器疾患で 80.7% (95%信頼区間 67.7 - 93.8)、がんでは 67.6% (95%信頼区間 47.0 - 88.2) であった。

病休期間別に禁煙率を見ると、病休期間が長いほど禁煙率は高くなる傾向にあったが、循環器疾患と比べがんでは禁煙率が低い傾向にあった。調整済み禁煙率は、循環器疾患では病休日数が 60 日未満の場合 72.7% (95%信頼区間 52.8 - 92.7)、60 日以上の場合の禁煙率は 88.2% (95%信頼区間 73.4 - 103.0)であった。一方、がんでは 60 日未満で 60.7% (95%信頼区間 26.2 - 95.2)、60 日以上で 73.6% (95%信頼区間 51.5 - 95.7)であった。

がん種別の、がん患者の病休後の復職率、再病休率、退職率に関する研究は、現在、論文化を進め

ている。

D. 考察

今回、長期病休を経験した労働者の禁煙率の実態を定量的に初めて明らかにした。がんによる長期病休後の禁煙率は循環器疾患と比べ低かったが、ともに6割を超えていた。また、病休日数が長いほど禁煙率が高くなる傾向があった。しかしながら、どちらも禁煙率の信頼区間が非常に広く、明確な結論は今回のデータからは示せないと考えられる。

本研究の強みとして、禁煙を喫煙状態の繰り返し測定によって評価できている点、長期病休に関する情報は本人の自己申告ではなく医学的診断に基づいているため、客観性が保たれている点、および対象集団が明確に定義された労働者集団である点が挙げられる。

本研究の限界としていくつかの点が挙げられる。第一に、がんによる長期病休終了後に多くの方が亡くなっており、今回はがんサバイバーの禁煙率を見ていると考えられる。二番目は喫煙を自己申告で評価している点である。喫煙しているにもかかわらず、喫煙していないと回答していれば真の禁煙率を評価できていない。第三に、禁煙した正確な時期に関する情報がないため、もし病休に入るまでに禁煙していれば、その禁煙は病休によるものとはみなせない。第四に、もし、がんまたは循環器疾患の診断を受けてから病休に入る前までに禁煙していたとすると、このような禁煙によって長期病休後の禁煙率は下がると考えられる。長期病休開始までにがんまたは循環器疾患の現病歴があった者は少なかったが、健診時に病歴を正しく申告していない可能性もあるため、この過少評価の可能性は否定できない。五番目に、病休後に健診を受診していない理由が再病休であれば、禁煙率を過小評価している可能性がある。しかしながら、再病休者は数としては少なかったため、この可能性は低いと考えられる。六番目の点として、がんの病期に関する情報がない点が挙げられるが、先行研究ではがんのステージによって禁煙率は変わらないことが報告されている。また、今回の解析ではがん種

別に対象者を区分すると人数が少なくなるため、がん種別の検討までできなかった。最後に、対象者は大企業の従業員であるため、中小企業の従業員に結果を一般化できるかどうかはわからない。また、対象者の多くは男性であったため、女性への結果の一般化も慎重に行う必要がある。

E. 結論

身体疾患の中で長期病休の主たる原因疾患であるがんと循環器について喫煙者の病休後の喫煙状況を調べた結果、いずれの疾患も禁煙率は6割を超えていたものの、循環器疾患と比べ、がんでは禁煙率が低い傾向であったが、対象者数が限られており、禁煙率の信頼区間はともに広がったため、今回の結果からは明確な結論は示すことができなかった。今後、さらなる大規模研究において、結果の再現性を検証することが望まれる。その一方で、がんの診断・治療技術の進歩とともに、今後さらに就労がん患者は増えると思込まれることから、喫煙する就労がん患者に対して実効性のある禁煙指導・サポートを行い、禁煙を実現できるように、認識と行動を変えていくことが求められると考えられる。

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表等

1) Kuwahara K, Endo M, Nanri A, Kashino I, Nishiura C, Hori A, Kinugawa C, Nakagawa T, Honda T, Yamamoto S, Imai T, Nishihara A, Uehara A, Yamamoto M, Miyamoto T, Sasaki N, Ogasawara T, Tomita K, Nagahama S, Kochi T, Eguchi M, Okazaki H, Murakami T, Shimizu M, Kabe I, Mizoue T, Dohi S. Changes in body mass index before and after long-term sick leave due to cancer among workers: J-ECOH Study. The 32nd International Congress on Occupational Health, 29 April-4 May, 2018, Dublin (Ireland).

2) 桑原恵介, 遠藤源樹, 加部勇, 土肥誠太郎, 溝上哲也. がんと循環器疾患による長期病休前後の喫煙行動の変化: J-ECOH スタディ第 22 報. 第 91 回日本産業衛生学会, 熊本, 5 月, 2018.

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

表 1. 病休の原因疾患別および病休後の健診データの有無別に見た、病休前健診時点での喫煙していた労働者の特徴

	病休前後の健診データあり		病休後の健診データなし	
	循環器疾患 (n=39)	がん(n=23)	循環器疾患 (n=13)	がん(n=30)
病休開始時の年齢(歳)	49.9 (7.9)	54.0 (7.1)	58.9 (6.0)	56.2 (5.9)
男性	39 (100)	20 (87.0)	13 (100)	28 (93.3)
BMI (kg/m ²) *	24.0 (4.2)	23.3 (3.3)	24.1 (3.0)	22.0 (3.1)
<18.5	3 (7.7)	3 (13.0)	0 (0)	2 (6.7)
18.5 to <25.0	22 (56.4)	13 (56.5)	7 (53.9)	22 (73.3)
25.0 to <30.0	12 (30.8)	6 (26.1)	6 (46.2)	6 (20.0)
≥30.0	2 (5.1)	1 (4.4)	0 (0)	0 (0)
長期病休後の転帰				
復職	39 (100)	23 (100)	4 (30.8)	11 (36.7)
退職	0 (0)	0 (0)	8 (61.5)	6 (20.0)
死亡	0 (0)	0 (0)	1 (7.7)	13 (43.3)
期間 (日数)				
病休前健診から 病休後健診まで	370 (358, 693)	376 (364, 737)	NA	NA
病休前健診から 病休開始日まで	207 (106, 315)	133 (67, 452)	228 (82, 280)	187 (88, 362)
長期病休 長期病休終了から 病休後健診まで	53 (37, 82) 155 (90, 233)	84 (55, 141) 147 (59, 240)	72 (48, 141) NA	133 (84, 247) NA

平均値(標準偏差)、人数(%),または中央値(IQR)

BMI, body mass index

*病休前健診時

表 2. 長期病休の原因疾患別に見た長期病休後の禁煙率

	長期病休の原因疾患	
	循環器疾患 (n=39)	がん (n=23)
禁煙者, n (%)	32 (82.1)	15 (65.2)
未調整モデル	82.1 (66.1, 91.4)	65.2 (42.6, 82.6)
		P=0.14
性・年齢調整モデル*	80.7 (67.7, 93.8)	67.6 (47.0, 88.2)
		P=0.30

表中の数値は禁煙率(95%信頼区間)

* 年齢は病休開始時の年齢(歳、連続変数)

表 3. 病休日数別および病休の原因疾患別に見た、病休前健診時点で喫煙していた労働者の特徴

	病休 60 日未満		病休 60 日以上	
	循環器疾患 (n=21)	がん(n=8)	循環器疾患 (n=18)	がん(n=15)
病休開始時の年齢(歳)	49.5 (7.3)	57.3 (6.2)	50.4 (6.0)	52.2 (7.1)
男性	21 (100)	8 (100)	18 (100)	12 (80.0)
BMI (kg/m ²) *	24.4 (3.7)	23.1 (3.0)	23.7 (4.8)	23.5 (3.1)
<18.5	1 (4.5)	1 (12.5)	2 (11.1)	2 (13.3)
18.5 to <25.0	11 (52.4)	5 (62.5)	11(61.1)	8 (53.3)
25.0 to <30.0	9 (42.9)	2 (25.0)	3 (16.7)	4 (26.7)
≥30.0	0 (0)	0 (0)	2 (11.1)	1 (6.7)
長期病休後の転帰				
復職	21 (100)	8 (100)	18 (100)	15 (100)
退職	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
死亡	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
期間 (日数)				
病休前健診から 病休後健診まで	369 (364, 447)	366 (362, 372)	374 (350, 695)	671 (365, 749)
病休前健診から 病休開始日まで	208 (97, 315)	132 (51, 200)	201 (112, 293)	133 (68, 561)
長期病休	37 (34, 50)	52 (39, 56)	87 (67, 120)	107 (84, 182)
長期病休終了から 病休後健診まで	203 (114, 270)	209 (140, 273)	126 (67, 174)	134 (52, 224)

平均値(標準偏差)、人数(%）、または中央値(IQR)

BMI, body mass index

*病休前健診時

表 4. 長期病休の日数別の禁煙率

病休日数	長期病休の原因疾患	
	循環器疾患	がん
60 日未満 (n=29)		
人数	21	8
禁煙者数 (%)	16 (76.2)	4 (50.0)
年齢調整モデル*	72.7 (52.8, 92.7)	60.7 (26.2, 95.2)
		P=0.55
60 日以上 (n=33)		
人数	18	15
禁煙者数 (%)	16 (88.9)	11 (73.3)
性・年齢調整モデル	88.2 (73.4, 103.0)	73.6 (51.5, 95.7)
		P=0.33

表中の数値は禁煙率(95%信頼区間)

*女性がいなかったため、性別は調整していない。

表 5. 病休後の健診データの有無別および病休の原因疾患別に見た、病休前健診時点での喫煙していなかった労働者の特徴

	病休前後の健診データあり		病休後の健診データなし	
	循環器疾患 (n=44)	がん(n=78)	循環器疾患 (n=15)	がん(n=46)
病休開始時の年齢(歳)	53.0 (6.3)	51.6 (9.1)	53.2 (10.2)	55.3 (6.5)
男性	40 (90.9)	57 (73.1)	11 (73.3)	39 (84.8)
BMI (kg/m ²) *	25.4 (3.2)	23.1 (2.9)	24.8 (4.2)	23.8 (3.8)
<18.5	1 (2.3)	8 (10.3)	0 (0)	4 (8.7)
18.5 to <25.0	17 (38.6)	48 (61.5)	9 (60.0)	21 (45.7)
25.0 to <30.0	24 (54.6)	22 (28.1)	4 (26.7)	19 (41.3)
≥30.0	2 (4.6)	0 (0)	2 (13.3)	2 (4.4)
長期病休後の転帰				
復職	44 (100)	76 (97.4)	7 (46.7)	8 (17.4)
退職	0 (0)	1 (1.3)	7 (46.7)	14 (30.4)
死亡	0 (0)	1 (1.3)	1 (6.7)	24 (52.2)
期間 (日数)				
病休前健診から 病休後健診まで	373 (363, 743)	400 (365, 730)	NA	NA
病休前健診から 病休開始日まで	230 (71, 303)	188 (98, 353)	215 (175, 292)	147 (56, 281)
長期病休	63 (40, 108)	75 (50, 178)	223 (41, 800)	118 (75, 383)
長期病休終了から 病休後健診まで	173 (89, 254)	148 (80, 209)	NA	NA

平均値(標準偏差)、人数(%）、または中央値(IQR)

BMI, body mass index

*病休前健診時

がん患者等の就労支援に関する、企業対象インタビュー調査

分担研究者 森口次郎 一般財団法人京都工場保健会 理事

< 研究協力者 > 櫻木園子 一般財団法人京都工場保健会 医療次長

研究要旨

近年、疾病と就労の両立支援への取り組みが進められているところである。これまでも産業医、産業看護職、人事労務担当者などを対象とする研究が行われてきたが、その対象企業は大企業の割合が高く、中小企業の情報が不足していた。本研究では中小企業を含む企業を対象として、がんを経験した労働者を企業がどのように支援しているかの実態を調査・把握するための調査を1年目に引き続き、追加して行った。

調査は、がんを経験した社員への配慮経験のある経営者、衛生管理者、人事労務担当者、産業保健スタッフ等にインタビュー形式で実施した。疾病により業務に影響が生じたと回答があったのは34例中26例であり、車輛運転の困難さが最多であった。業務遂行に影響した体調の変化では、体力低下、痛み、動作への影響、思考力の低下、メンタルヘルス不調などが上位であった。職場では、通院のための配慮、残業の制限、身体的負荷の軽減、業務分担の見直しなどの配慮がなされていた。行政への要望として、休職中や復職直後などの相対的な固定費増加による経営悪化を予防するような助成金、助成金申請手続きの簡素化など助成金にかかわるものが多かった。

A. 目的

がん患者は、復職後の就労継続が困難な場合が多く、治療のために退職を選択する労働者も多い。中小企業は一般に人的資源、金銭的資源が大企業に比べて乏しく、がん患者の就労支援についても差があると考えられるが、これまでのがんの治療と就労の両立支援についての研究では、常勤の産業看護職のいる事業場を対象とするもの、専属産業医が勤務する割合が高い大企業を中心とするもの

などが多い¹⁾²⁾³⁾。そのため、中小企業におけるがん患者の就労支援についての実態を把握するために調査を行った。昨年度は小規模企業の調査数が少なかったため、引き続き調査を行った。

B. 方法

一般財団法人京都工場保健会の会員企業および特定非営利活動法人の代表者や産業

保健総合支援センターの労働保健専門職などから紹介された企業で、がんを経験した労働者への配慮経験のある経営者、衛生管理者、人事労務担当者、産業保健スタッフなどにインタビュー調査を行った。インタビューはこれまでの類似の研究調査^{2) 3) 4) 5) 6)}で使用された項目を参考に作成した調査用紙を用いた半構造化面接とし、京都工場保健会に所属する産業医が行った。面接に用いた項目は本報告書の末尾に添付する。

本調査研究について、順天堂大学倫理委員会の審査を受け（順大医倫第 2017066 号）労働者の氏名や生年月日などの個人情報を取り扱わないため、個々の労働者の同意は不要との判断を得ている。

企業規模を労働者数 100 人未満、100 人以上 200 人未満、200 人以上の三群に分けて、必要に応じて R 統計パッケージ (version 3.5.1, R Foundation for Statistical Computing) を用いて、有意水準を 0.05 未満として Fisher の正確確率検定を実施した。

C. 結果

1 企業から複数の事例についてインタビューしたものを含め、昨年度との合計で 25 企業、34 事例について聴取した。

（１） 企業について

企業規模は、労働者数 50 人未満 6 例、50 人以上 100 人未満 4 例、100 人以上 200 人未満 12 例、200 人以上 1000 人未満 9 例、1000 人以上 3 例であった。

業種は、建設業 2 例、製造業 17 例、情報通信業 2 例、運輸・郵便業 1 例、卸売業・小売業 3 例、金融・保険業 2 例、医療・福祉業

2 例、教育・学習支援業 1 例、サービス業 4 例であった。

労働者の勤務する事業場に産業医が選任されているのは 24 例、産業看護職が勤務しているのは 7 例であった（表 5）。産業医の選任の有無と企業規模には関連の傾向を認めた ($p=0.05$)。

（２） 労働者について

性別は男性 20 例、女性 14 例であった（表 1）。

年齢は 20 代 1 例、30 代 4 例、40 代 5 例、50 代 17 例、60 代 6 例、70 代 1 例。

労働者の雇用形態は正社員 22 例、パート 3 例、定年後再雇用 2 例、嘱託 1 例、契約社員 2 例、出向 1 例、派遣 1 例、経営者 2 例であった（表 2, 3）。

勤務時間はパートの 1 例が週 4 日、1 日 3 時間勤務であった以外は、フルタイムの勤務をしていた。早朝（5 時出勤）や深夜（24 時）までの勤務を含むシフト勤務は 4 例であったが、夜勤に就いている例はなかった。

（３） 病気について

がんの種別は、大腸がん 6 例、胃がん 7 例、前立腺癌 1 例、肺がん 2 例、乳がん 8 例、肝臓がん 1 例、膵臓がん 1 例、悪性リンパ腫 1 例、子宮がん 3 例、その他 4 例であった（表 4）。罹患してからの期間は 4 か月から 11 年であった。

（４） 職場環境について

屋内作業 26 例、屋外作業 1 例、屋内・屋外作業（営業活動を含む）7 例。階段あり 23 例、エレベーターあり 17 例、段差が多い 6 例、トイレ内に手すりあり 12 例、作業場所

の温度が一定ではない 13 例、作業場所の温度調整ができない 8 例、職場が分煙されている 31 例、禁煙 3 例であった（表 6）。休憩時間固定の有無と企業規模には有意な関連を認め（ $p<0.05$ ）、温度変動ありの比率と企業規模には関連の傾向を認めた（ $p=0.06$ ）。

（５） 通勤の状況について

自家用車 12 例、バイク 1 例、自転車 4 例、徒歩 2 例、公共交通機関（電車）15 例であった。病気の後で自家用車での通勤を家族が送迎するようになったものが 2 例、自宅から最寄り駅までは家族の支援を受けたものが 1 例あった。

（６） 業務内容について（複数回答あり）

資格を必要とする業務 15 例、デスクワーク 25 例、高度な判断を必要とする作業・知的作業 22 例、坐位での活動 22 例、立位での活動 17 例、中腰での作業 7 例、しゃがんで行う作業 6 例、屋外の平地を歩く 11 例、足場の悪いところを歩く 3 例、階段の昇り降りを伴う 10 例、ハシゴの昇り降り 4 例、物の運搬 9 例（クレーン・フォークリフト、5-10 kg のコンテナを手で運ぶ、台車など）、重量物取扱い 4 例、精密作業 11 例、機械操作 6 例、車両・重機等の運転 10 例、パソコン作業 23 例、電話対応 18 例、窓口・接客業務 10 例、書字 14 例、交渉・渉外・営業 12 例、生産管理や部門間の調整などの社内調整 10 例であった（表 7）。書字作業の有無と企業規模には関わりを認め（ $p<0.05$ ）、中腰作業の有無と企業規模には関連の傾向を認めた（ $p=0.05$ ）。

作業に伴うリスクについては、機械的危険 9 例、火傷 4 例、感電 5 例、転落 5 例、有害性物質 3 例、対人トラブル 18 例、情報漏洩

16 例、危険なし 5 例であった（表 8）。危険なしの比率と企業規模には関連の傾向を認めた（ $p=0.06$ ）。

（７） 疾病による業務への影響について（内容については複数回答あり）

業務遂行の困難が生じたのは 26 例であった（表 9）。表 7 で示した従来の業務内容との対比では、精密作業、機械操作、電話対応、書字が困難になったとの回答はなく、総じて遂行が困難となった内容への言及は少なかった。しかし具体的な内容として、車両運転、重量物取扱い、現場での作業全般、体力低下に伴い営業や通常の業務ができなくなった、体調に波があるため出張を禁止した、化学療法の副作用で出社できない日があった、治療のために欠勤した、復職後しばらくはハビリ勤務をした、体力低下のために定時や週 5 日の勤務ができなかった、化学療法後に数日欠勤があった、などが示された。

（８） 業務遂行に影響した体調の変化（複数回答あり）

業務遂行が困難になった原因は、動作への影響 8 例、体力低下 24 例、しびれ 5 例、思考力低下 6 例、メンタルヘルス不調 6 例、痛み 10 例、ダンピング症状 3 例、吐き気 2 例、咳嗽 1 例、強い倦怠感 1 例、嘔声 1 例、味覚低下 1 例であった。体調面ではなく、入院や通院を「業務遂行が困難になった原因」ととらえる回答が 3 例あった（表 10）。メンタルヘルス不調の有無と企業規模には関わりの傾向を認めた（ $p=0.05$ ）。

（９） 職場で実施した配慮について（複数回答あり）

通院のための配慮 28 例、休憩時間の配慮 13 例、残業の制限 19 例、業務分担の見直し 15 例、出張の制限 8 例、交代勤務の制限 2 例、身体的負荷の軽減 17 例、就業時間の融通 10 例、短時間勤務 5 例、フレックス制度の利用 1 例であった。その他として、勤務日数の低減、本来 4 勤 2 休だが 3 日以内の連続勤務にした、週 2 日で 1 時間短縮勤務にした、などであった（表 11）。休憩時間の配慮の有無と企業規模には有意な関連を認めた ($p<0.05$)。

（10） 今後の見通しについて

今後の見通しを聞いているのは 29 例であった。退職や再休職のためわからない、とする回答や一旦治療は終了しているという回答もあった（表 12）。

聞いている内容は、今後は定期的な経過観察のみ、治療内容、緩和ケアに移行しているなどであった。

（11） 雇用契約の変化について

がん罹患後に雇用契約を変更したのは 3 例であった。1 年毎の雇用契約にした例と、1 ヶ月給から時給に変更して 3 か月契約とした例、元請けに出向していたものの出向を解除して自社に復帰した例であった。

それとは別に、もともと契約社員を正社員に変更する検討をしているときに発症し、復職時に正社員となった例があった。

（12） 産業保健職の関与について

産業医が関与したのは 17 例であった。産業看護職が関与したのは 6 例であった（表 5）。産業医の事例への関与の有無と企業規模には有意な関連を認めた ($p<0.05$)。

関与した内容は、復職にあたって復職プラ

ン作成を主導した、復職後の配慮についての助言、復職後の定期フォローなどであった。

（13） 職場との情報共有について

上司に情報共有していたのは 29 例であった。共有された情報の内容は、体調面で配慮が必要なことについて、病名や通院・治療による業務への影響について、病名のみ、本人から直接上司に報告などであった。また、配慮などの調整を上司が主導し、多くの情報を把握していた例もあった（表 12）（表 13）。

同僚に情報共有していたのは 23 例であった。伝えられた内容は配慮などの最小限の情報、緊急時の処置について、病名、勤務日数の変更についてなどであった。本人が直接同僚に説明している例は 5 例あった（表 12）（表 14）。

（14） 職場に対する支援について

上司に対する支援をしていたのは 19 例で、人員補充や他部署からの応援などのサポート、上司が作成した配慮事項の承認、産業看護職からの見通しについての説明、本人了承のもとに産業医面談への同席などであった（表 12）（表 15）。上司への支援有無と企業規模には有意な関連を認めた ($p<0.01$)。

同僚に対する支援をしていたのは 6 例で、人員補充、業務を全員で分担できるようにしたなどであった（表 12）（表 16）。同僚に対する支援を実施していないところの意見としては、本人が病名開示を望まなかったため仕事のことは上司に任せている、もともと限られた人数で業務を行っており助け合う風土が培われている、というものがあつた。

（15） 就業支援についての工夫（表 17）

- ・ 傷病手当などは社労士と連携して対応できた
- ・ 病状に応じて柔軟に対応
- ・ 引継ぎ等で困らないよう、業務の透明性を高めるようマニュアル整備などを進めている
- ・ メンタルヘルス不調者に認めている慣らし勤務を他の疾患にも広げることを検討中
- ・ 管理職であり、勤務時間等は本人の裁量とした。
- ・ 今回は短期の休職だったので対応できたが、長期の休職には対応できないため類似案件に備えて正社員を補充した
- ・ 治療中の休職期間に制限をつけないなどが確認された。

(16) 就業支援について困ったこと、不安 (表18)

- ・ 資格を要する業務で有資格者が少ないと人員のやりくりが困難になる
- ・ 就労に関する主治医からの情報が得られにくかった。本人同意があれば人事総務に提供できるようにしてほしい
- ・ 事業への影響を最小限に抑えることに腐心している
- ・ 長期欠勤になれば人員の確保が難しい
- ・ バリアフリー化ができていないため、症状悪化や体力低下時の対応が不安
- ・ 病気休業中に補充した人員が本人復帰後に余剰とならないよう仕事の再分配、仕事量の増加をしなければならない
- ・ 休業中の人員補充が難しく、シフトを組むのに困る
- ・ がんの病状を初めて聞いた際、心情的にどう対応してよいかわからず困った

- ・ 正確な情報を得ることと、個人情報誰に、どの範囲で共有するかの判断に困る
- ・ 本人が病名開示を望まず、同僚が支援・配慮に納得しなかった
- ・ 1~2週間の休業なら対応できるが、それ以上は無理である
- ・ 女性のがんに対して男性管理職が関与しづらい(過去には女性管理職がいてやりやすかった経験がある)などが確認された。

(17) 行政への要望 (表19)

- ・ 両立支援に積極的に取り組む事業場の認定制度など、そのような事業場を応援する制度の充実
- ・ がんのみならず、様々な疾病や介護などに幅広く対応できる助成金
- ・ 事業所への手すり設置などへの助成金
- ・ 医療費の上限設定
- ・ 有資格者の人数によって事業所の評価ランクが判断される場合、休業中の評価の据え置きなど両立支援実施中の特別評価
- ・ 両立支援についての国の姿勢を力強く示してほしい
- ・ 具体的な事象を含めた国の方針を提示してほしい
- ・ 助成を得るための煩雑な手続きの簡素化
- ・ 他社事例の紹介やガイドラインの整備
- ・ 中小企業で使えるツールの開発
- ・ 障害年金の利用促進
- ・ 休業中の固定費上昇への障害者雇用のような助成金
- ・ 有給休暇や傷病手当金を使い切った後の休業に対する公的支援
- ・ 家族の健康問題へのセーフティネット
- ・ 就労支援よりもがん検診の受診率向上へ

の取り組みが必要、当該社員も早く発見できていればとの後悔がある
などが確認された。

D. 考察

平成 30 年度もがん患者等への就労支援の事例収集を継続し、平成 29 年度のインタビュー調査数から、企業規模ごとに労働者 50 人未満 4 例、50 人以上 100 人未満 4 例、100 人以上 200 人未満 4 例を追加することができ、より中小企業の実態に近い情報を収集できたと考える。

労働者数 100 人未満規模の企業で産業医の選任が少ない傾向で、事例への関与も少なかったことから、労働者 50 人以上の事業場という産業医選任義務にかかわる法定要件を背景に、これまでの報告⁷⁾と同様に中小企業の産業保健が不十分であることが示唆された。なお 100 人未満規模では休憩時間が固定されている比率が低かったことから柔軟な働き方をしている可能性が考えられるが、理由は明らかでない。その他の身体的負荷要因には企業規模による差異を認めなかった。業務の内容において、200 人以上の大企業で書字が少ないことからデジタル化の進展、200 人未満の中小企業での中腰作業の多さから身体的負荷の高さなどが推察された。

業務遂行が困難になった原因としていずれの企業規模でも、体力低下、痛みなどが上位であった。メンタルヘルス不調が 100 人未満規模で多かったことから、小規模事業場では休業保障などが大企業より不十分であり不安を覚える可能性が示唆された。実施した配慮では、通院のための配慮、残業の制限、身体的負荷の軽減、業務分担の見直しが上位

であった。労働負荷ががん治療からの復職の阻害要因になるとの報告⁸⁾もあり、様々な形で適正な対処がなされていると考えられた。休憩時間への配慮が大企業で少なかったことは、正式に配慮しなくてもある程度の休憩が与えられているためかもしれない。

本人から今後の見通しを聴取している企業は規模によらず多数を占め、上司と共有されることが多かった。その上司への支援は企業規模ごとに差異があり、100 人未満では行われていなかった。小規模企業では見通しを聴取した経営者が上司も兼ねるため共有が不要であること、経営者自身が発症し後任経営者のみで対応していることなどがかわっていると考えられた。小規模企業の同僚への支援では、「個々の負担増に対して給料増額」という支援があり、少人数での事業運営の大変さとともに経営者の労働者への配慮が推察された。なお、経営者ががんにかかった事例のうち、1 例は次期経営者に引き継ごうとしていたタイミングであったために何とか対応できたとのことだったが、状況によっては事業の存続が困難になることも予想される。働く場所の確保という意味では労働者にとっても重大な問題であり、経営者の支援も課題であろう。

就業支援の工夫では、個々の労働者に依存しないように分担を見直したり、マニュアルを整備したりすること、メンタルヘルス不調者向けの慣らし勤務の拡大適用や治療中の休職期間を無制限とすることなどルールを超えた対処が観察された。就労支援で困ったことは企業規模によらず人員配置にかかわることが多く、200 人以上の大企業では個人の情報管理にかかわることも多かった。

行政への要望では、企業規模によらず助成

金への期待が多かった。具体的には、疾病や介護など幅広く対応できるもの、休職中や復職後1年間などの相対的な固定費増加による経営悪化を予防するものなどが示された。また医療・福祉事業では有資格者減少による法人評価ランク低下と収益性悪化があるとのことで特別評価を期待する意見があった。また、休業中の社員に対する社会保険料などの負担も企業にとっては大きく、現在の傷病手当金は例えば勤務日数を減らした場合の補填には利用できないため、使い勝手が悪いと感じる意見があった。松田らの研究でもがんと診断された患者の47%が個人の収入が減ったと回答している⁹⁾。森口の研究では、メンタルヘルス不調での休職者の割合は企業規模が小さくなるほど少なく¹⁰⁾、休職することも難しくなる状況が推察される。がん患者においても同様に、企業規模が小さくなるほど休職が難しく、離職に繋がりやすい状況が想定される。化学療法や放射線治療においては、治療のインターバル期間には比較的良い体調が保たれる場合もあることから、定期的に休みながらも就労を続けることのできる制度の構築が望まれる¹¹⁾。

平成29、30年度に、がん患者等への就労支援の事例収集を行い、これまで不足していた小規模企業等の両立支援にかかわる情報を得た。平成31年度は得られた情報に基づき、中小企業の両立支援担当者に役立つ資料作成を検討したい。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

櫻木園子、森口次郎：従業員300名以下の企業におけるがん患者の就労支援に関するインタビュー調査：第91回日本産業衛生学会

G. 知的財産権の出願・登録

特に記載なし

H. 参考文献

引用文献

1. 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 平成23年度 総括・分担研究報告書 研究代表者 高橋 都
2. 身体疾患を有する患者の治療と就労の両立をするための主治医と事業場（産業医等）の連携方法に関する研究—「両立支援システム・パス」の開発—平成28年3月 総括・分担研究報告書 研究代表者 森 晃爾
3. 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 平成24年度 総括・分担研究報告書 研究代表者 高橋 都
4. 東京都 難病・がん患者就労支援奨励金申請の手引き 東京都産業労働局雇用就業部
5. がんに罹患した労働者に対する治療と就労の両立支援マニュアル 平成29年3月 労働者健康全機構
6. 「がん就労」復職支援ガイドブック 産業医実務研修センター
7. Furuli K et al. Nationwide Survey of Occupational Health Activities in Small-Scale Enterprises in Japan. Ind Health. 2006 44(1):150-4.

- 8 . Kiasuwa Mbengi R et al. Barriers and opportunities for return-to-work of cancer survivors: time for action--rapid review and expert consultation. Syst Rev. 2016 24;5:35. doi: 10.1186/s13643-016-0210-z.
- 9 . がんの診断を受け外来通院する東北地方に住むがんサバイバーの就労の実態 日本がん看護学会誌 2015 ; 29 (3); 73-78
- 10 . 小規模零細事業場におけるメンタルヘルスの現状把握とメンタルヘルス対策の普及・啓発方法の開発 平成 25 年度 産業医学振興財団特別研究 研究代表者 森口 次郎
- 11 . がんに罹患した労働者の病休・復職等のデータによる、中小零細企業の復職支援制度の構築の検討 平成 27 年度 産業医学振興財団一般研究 研究代表者 遠藤 源樹

表 1 事例の数

企業規模	100 人未満	100 人以上 200 人未満	200 人以上
男性（例）	5	8	7
女性（例）	5	4	5
合計	10	12	12

表 2 雇用形態

企業規模	100 人未満	100 人以上 200 人未満	200 人以上
正社員	6	9	7
パート	1	1	1
派遣社員	0	0	1
契約社員	1	2	2
出向	0	0	1
経営者	2	0	0
合計	10	12	12

表 3 役職の有無

企業規模	100 人未満	100 人以上 200 人未満	200 人以上
役職あり	2	2	2
役職なし	6	10	10
経営者	2	0	0
合計	10	12	12

表 4 がんの種類

企業規模	100 人未満	100 人以上 200 人未満	200 人以上
大腸	2	2	2
胃	3	2	2
肺	0	2	0
前立腺	1	0	0
乳腺	2	2	4
肝臓	1	0	0
脾臓	0	1	0
悪性リンパ腫	0	0	1
子宮	1	1	1
その他	1	2	2
合計	10	12	12

表 5 産業医・産業保健職の有無、関与の有無

企業規模	100 人未満	100 人以上 200 人未満	200 人以上
事例数	10	12	12
産業医選任あり	3	11	10
事例への関与あり	2	9	6
産業看護職あり	2	2	3
事例への関与あり	2	2	2

表 6 職場における身体的負荷

企業規模	100 人未満	100 人以上 200 人未満	200 人以上
事例数	10	12	12
階段あり	5	8	10
エレベーターなし	5	7	5
段差が多い	1	3	2
トイレ手すりなし	7	8	7
温度変動あり	7	3	3
温度調節できない	2	3	3
休憩時間固定	1	7	8
休憩時間なし (短時間パート)	1	0	0
分煙されている	8	11	12
職場は禁煙	2	1	0
交代・シフト勤務	1	3	0

表 7 事例が担当していた従来の業務の内容

企業規模	100 人未満	100 人以上 200 人未満	200 人以上
事例数	10	12	12
資格を要する	6	6	3
デスクワーク	7	8	10
高度な判断・知的作業	8	8	6
座位での作業	7	7	8
立位での作業	6	6	5
中腰の作業	4	3	0
しゃがみ作業	3	3	0
屋外歩行・平地	4	2	5
屋外歩行・足場の悪い場所	2	0	1
階段昇降あり	4	4	2
はしご昇降あり	1	2	1
物の運搬	2	4	3
重量物取扱い	1	3	0
精密作業	3	6	2
機械操作	2	2	2
車輛運転	4	3	3
パソコン作業	7	8	8
電話対応	7	6	5
窓口・接客	4	5	1
書字	6	7	1
交渉・渉外・営業	4	4	4
社内での調整	4	3	3

表 8 業務に伴う危険性

企業規模	100 人未満	100 人以上 200 人未満	200 人以上
事例数	10	12	12
機械的危険	3	5	1
火傷	1	1	2
感電	3	1	5
転落	2	3	0
有害物質	0	3	0
対人トラブル	6	5	7
情報漏洩	5	5	6
危険なし	1	0	4

表 9 遂行が困難になった業務内容

企業規模	100 人未満	100 人以上 200 人未満	200 人以上
事例数	10	12	12
業務遂行困難あり	8	9	9
業務遂行困難の内容			
資格を要する	1	0	0
デスクワーク	1	0	0
高度な判断・知的作業	1	0	0
座位での作業	1	0	0
立位での作業	2	0	0
中腰の作業	2	0	0
しゃがみ作業	2	0	0
屋外歩行・平地	2	1	1
屋外歩行・足場の悪い場所	1	0	0
階段昇降あり	1	1	1
はしご昇降あり	2	0	0
物の運搬	1	0	1
重量物取扱い	1	0	0
精密作業	0	0	0
機械操作	0	0	0
車輛運転	3	2	1
パソコン作業	1	0	0
電話対応	0	0	0
窓口・接客	1	0	0
書字	0	0	0
交渉・渉外・営業	1	0	0
社内での調整	1	0	0

表 10 業務遂行が困難になった理由

企業規模	100 人未満	100 人以上 200 人未満	200 人以上
事例数	10	12	12
動作への影響	5	2	1
体力低下	7	9	8
しびれ	2	2	1
思考力低下	5	1	0
メンタルヘルス不調	4	2	0
痛み	5	3	2
ダンピング症候群	2	1	3
咳嗽	0	1	0
強い倦怠感	1	0	0
吐き気	0	1	1
入院・通院のため	0	2	0
その他意見			
・乳房切除後に一時的に上肢の挙上が困難になり、同僚が代行した ・体力低下で座り作業も困難だった ・一時期声が出なくなり接客などができなくなった ・一時期味覚の低下で研究職を担当できなかった ・化学療法の度に数日の欠勤があった（複数あり）			

表 11 就業において配慮した内容

企業規模	100 人未満	100 人以上 200 人未満	200 人以上
事例数	10	12	12
通院配慮	7	9	12
休憩時間の配慮	5	7	1
残業制限	3	7	9
業務分担の見直し	7	4	4
出張制限	2	3	3
交代勤務制限	1	1	0
身体負荷軽減	7	6	4
就業時間の融通	4	5	1
短時間勤務	3	2	0
フレックス制度の利用	0	1	0
その他配慮した内容			
・ ホルモン療法によりめまい、ふらつきのため座れる電車でゆっくり通勤できるよう配慮 ・ 持続的な負荷がかかる業務を免除 ・ 一時的に管理職から外した ・ エレベーターの利用を許可した ・ 部長であり、自己判断での対処を容認した ・ 出勤日数を減らした（複数あり） ・ ダンピング症状のため、仕事に合間の食事を許可した（複数あり） ・ 配置転換（複数あり） ・ 自宅からの距離、食事の規則性を考慮した部署にした ・ 本来は雇用契約を見直す業務へ契約変更せず配置換え ・ 営業職から内勤事務に異動 ・ 寮から車での通勤を許可した ・ しんどい時に事務作業ができるよう、事務所に机を設置した ・ 有給休暇を取得しやすくした			

表 12 今後の見通しと上司・同僚への情報共有、 支援

企業規模	100 人未満	100 人以上 200 人未満	200 人以上
事例数	10	12	12
今後の見通しについて聞いている	9	10	10
情報共有			
上司に伝えている	7	10	12
同僚に伝えている	8	7	8
上司・同僚への支援			
上司への支援あり	0	7	3
同僚への支援あり	3	1	2

表 13 上司に伝えている内容

100 人未満
・ 本人から直接相談され聴取した内容を把握している ・ 経営層と親しい一部の社員のみ妻からの情報を共有。告知されていなかったため本人が正確な情報を持っていなかった ・ 病名と手術やその後の治療計画 ・ 病名と手術や化学療法などの治療内容。理解や支援の向上の助けとなった ・ 本人から病気の内容、治療について伝えている ・ 息子である後任社長とは密に情報共有した（経営者のケース）
100 人以上 200 人未満
・ 本人から上司に伝達している。上司と総務が連携して業務調整を実施した ・ 病名や休職期間など。運行管理者にも伝達し、復職時の意思決定にも関与 ・ 大まかな病状と治療による欠勤の見込みを共有 ・ 社長に病名や治療、就労状況を報告 ・ 病名、術後で人工肛門を造設されたことなど ・ 体調面で配慮が必要なことについて ・ 病名と治療経過、その後の観察状況 ・ すべて本人が伝えている
200 人以上
・ 治療計画 ・ 病名、通院頻度、就業に影響を与える症状等について ・ 病気、治療状況、通院状況について係長まで伝えている ・ 病状、産業医意見など全般 ・ 本人の了承を得て病名のみ ・ 本人が直接病状、治療計画を説明している（複数あり） ・ 担当者が知っていること全てを伝えている ・ 病名や今後の見込み、配慮などの調整を上司が主導したため、多くの情報を把握している（複数あり）

表 14 同僚に伝えている内容

100 人未満
・把握していることはすべて伝え、理解と協力を依頼 ・本人の了承を得て、病状に応じた配慮を要請 ・本人が直接伝えている ・病名と手術やその後の治療計画、概ね上司と同様の内容（複数あり） ・入院など不在の情報を共有（経営者のケース）
100 人以上 200 人未満
・手術のため欠勤していることのみ共有。同僚のサポートが不可欠であり、一定の共有は必要と判断した ・労働組合役員であり、術前に組合の集会で本人が伝えたとのこと ・本人が直接病気について伝えている（複数あり） ・当初は「体調不良」のみ、経過中に痩せていき、2 回目の入院後に病名を伝達 ・病名は伝えず、配慮の内容のみ伝達。一部同僚には本人から伝えていた ・がんで療養中であり、週 2 日の勤務となること
200 人以上
・治療計画 ・本人の了承を得て病名のみ ・病状と緊急時にすぐに救急車を呼ぶなどの処置の方法 ・配慮内容などの最小限の情報（複数あり）

表 15 上司に対する支援の内容

100 人未満
・後任社長の負担は高まったが、支援のすべがなかった（経営者のケース） ・法人代表者なので「上司への支援」は特になし（経営者のケース）
100 人以上 200 人未満
・運行管理者と共同で復帰に要する準備を決定 ・当該部門の配下の社員が一時記半減することになり事業継続が困難となったため、他店舗からの応援など調整・支援を行った ・産業看護職への回復の可能性や予後などの病状確認に可能な範囲で対応した。産業医面談への同席も許可した ・キャリアが長く多くの社員に技術指導した師匠のような存在で、同僚社員の受け入れが良かった。上司を含めみんなが支える気持ちで関わっている
200 人以上
・休みを要する時の人員配置 ・いつでも相談を受け付けている。本人と面談した後にフィードバックを行っている ・人事、就労条件面での相談を総務部門で対応している ・産業医と作成した配慮案を人事部門が承認。制度のことなど不明な点があれば助言を行った。（複数あり） ・当事者の管理業務を分散させ、特定の管理職への過度の負担を回避できた ・営業所長が当事者の管理者でもあり、引継ぎの必要がなく支援は不要だった（複数あり）

表 16 同僚に対する支援の内容

100 人未満
・アルバイトの補充。個々の負担が高まるため全員の給料を増額 ・個人で分担していた雑用を全員で対応できるようにした ・当該労働者の異動やその支援のための兼務で 1.5 人削減となったため、支障のない範囲での情報共有などにより理解を促し、同僚の意欲や体調の維持に努めた
100 人以上 200 人未満
・特にしていないが、限られた人数で業務をしており助け合う風土が培われている ・当該部門の配下の社員が一時記半減することになり事業継続が困難となったため、他店舗からの応援など調整・支援を行った（上司への支援と同じ） ・部長職の代行者を設定、人事総務部門による個別支援も実施した
200 人以上
・本人が病名開示を望まず、業務上のことは上司に任せている

- ・ 本人とチームを組んでいた同僚の負担軽減のため新しく人員を雇用した

表 17 就業支援の工夫

100 人未満
・ 社員を大切にする方針を明示し、相互に多少の無理をしてでも助け合う風土ができている ・ 分担の見直し、本人の困りごとに応じた対応。今後、治療や病状の変化があってもなるべく長期に就労できるように支援したい。 ・ 夜勤の社員に本人の業務を完全に任せた ・ 社長が不在でも事業が継続できる体制を構築した（経営者のケース）
100 人以上 200 人未満
・ 本人同意のもと主治医を訪問し、情報収集と支援に努めた ・ 個別性を持って対応するようにしている ・ 本人が社長と親しく、直接状況の確認や報告が行われ、それに基づく支援もスムーズだった ・ 傷病手当などについては社労士と連携して対応した ・ 病状に応じて柔軟に対応 ・ 業務の透明性を高めておかないと引継ぎ等で困ることを実感し、マニュアル整備を進めている ・ メンタルヘルス不調者に認めている慣らし勤務を他の疾患にも広げることを検討中 ・ 就労日数、時間などの条件の見直し ・ 管理職であり勤務時間等は本人の裁量とした（複数あり）
200 人以上
・ 管理職であり勤務時間等は本人の裁量とした（複数あり） ・ 治療中の休職期間に制限を設けない ・ 今回は短期の休職でなんとか対応できたが、長期では対応できないため、類似案件への備えを兼ねて正社員を補充した ・ 女性のがんは男性管理職が介入しづらいが、女性管理職がおりやりやすかった（複数あり）

表 18 就業支援で困ったこと

100 人未満
・ もともと退職予定のパート社員でそのまま退職したが、パート社員に配慮をしようとしても本人が気を遣ってしまうのではないか ・ 少人数のため（企業や部署）人員が限られており、人のやりくりが困難（複数あり） ・ 概ね不調だったので業務量を制限していたが、たまの好調な日に与える業務に困った ・ 工事現場ごとに 1 名必要な有資格者ではやりくりが困難 ・ 手術のみで復帰するなら支援しやすいが、抗がん剤などの継続的治療では対応が困難 ・ 収益性とのバランスがあるため、いつも今回のような対応ができるか不安 ・ 後任社長は前社長の発症 3 年前から引継ぎのための勤務を始め、ある程度の準備ができていたため難局をある程度スムーズに乗り切れたが、入社直後だったら大混乱していた
100 人以上 200 人未満
・ 主治医から就業に関する情報が得づらい場合がある。産業医が介在しなくても本人同意があれば、人事総務に情報提供してほしい ・ 有資格者が少ない職種の社員ではやりくりが困難 ・ 今回は短期の休職であり対応できたが、長期欠勤となれば人材の確保など困難な事態があり得る ・ 職場のバリアフリー化ができておらず、症状悪化・体力低下時に対応できるか不安 ・ 出勤中は通常の業務ができており特に困ることはない（復帰直後は一時的に配慮した例も含め、複数あり） ・ 事業場トップであり、他者が強く指示しにくかったかもしれない ・ 職場全員が状況を知っており、特に問題となるようなことはない
200 人以上
・ 1～2 週間の休みならば対応できるが、それ以上は困難 ・ 休職中の人員補充。（複数あり） ・ シフト配置に困ることがある ・ 休業中に人員を追加し、本人復帰後に人員が余剰とならないよう、仕事の分配、仕事量の増加をしなければならない ・ 本人が病名開示を望まない場合、同僚が支援・配慮に対して納得しないことがある ・ がんの病状を初めて聞いたとき、心情的にどう対応して良いか戸惑った ・ 休職中は同僚のフォローで乗り切れた ・ 正確な情報を得ることと、個人情報誰に、どの範囲まで共有すればよい判断が難しい ・ 女性のがんは男性管理職が介入しづらい（複数あり） ・ 少人数の部署ではやりくりが困難になる（複数あり）

表 19 行政への要望

100 人未満
・ 助成金はすでにいくつもあると考える。両立支援に積極的に取り組む事業場の認定制度など、そのような事業場を応援する制度の充実 ・ がんのみならず様々な疾病や介護などに幅広く対応できる助成金 ・ 事務所への手すり設置などへの助成金 ・ 本人は勤務が不安定になり収入が減ると同時に医療費がかかるため、難病のような医療費の上限設定 ・ 復職後 1 年程度、本人と法人の収入を下支えする助成金 ・ 有資格者の休職による不在期間、法人の評価ランクが下がり収益性が低下するため、両立支援中には特別評価を行ってほしい ・ 有給休暇が減ることの不安への社会的な支援制度 ・ 両立支援についての国の姿勢を力強く示してほしい
100 人以上 200 人未満
・ 助成金があっても手順が多く煩雑で使いづらい。手順を簡素化してほしい ・ 中小企業で使えるツールの啓発 ・ 両立支援のための各種助成金 ・ 具体的事象も含めた国の方針の明確化 ・ 他社事例を教えてもらいたい ・ ガイドラインの整備 ・ 生活維持のための本人への支援制度の充実 ・ 障害年金の利用促進
200 人以上
・ 休業中に新規雇用するなど固定費が上昇するため、障害者雇用のような助成金が必要 ・ 家族の健康問題へのセーフティネット ・ がん検診の受診率向上への取り組み ・ 有給休暇や傷病手当金を使い切った時の公的支援（複数あり）

(参考) 構造化面接に用いたインタビューシート

がん患者の就労支援に関する、企業インタビュー調査
インタビュー担当者

年 月 日

I 企業について									
企業名									
業種	1. 建設業 2. 製造業 3. 電気・ガス・熱供給・水道業 4. 情報通信業 5. 運輸・郵便業 6. 卸売業、小売業 7. 金融業、保険業 8. 不動産業 9. 飲食業 10. 医療・福祉 11. 教育、学習支援業 12. 宿泊業 13. サービス業 14. 公務 15. その他()								
規模	全社	人	事業場	(男性	人	女性	人)		
産業医	☐ いる	☐ いない	産業看護職	☐ いる	☐ いない				
活動頻度(	/月・年 常勤)		活動頻度(	/月・年 常勤)					
II 社員について									
1. 社員の属性等									
性別	(男性	女性)	年齢	(10代	20代	30代	40代	50代	60代 70代)
罹患してから年数			年						
がんの種類 (大腸 胃 肺 前立腺 乳房 肝臓 膵臓 悪性リンパ腫 子宮 その他:)									
2. 社員の雇用について									
☐ がんを持つ労働者を新規採用					☐ 雇用中の労働者ががん罹患				
☐ その他()									
3. (以前から雇用していた場合)従来の業務はどのようなものでしたか?									
雇用形態			勤務日数						
勤務時間			役職						
4. 従来の業務はどのような仕事環境ですか?									
☐ 屋外			☐ 屋内			☐ 屋外・屋内両方			
☐ 高所			☐ その他 (			)			
・階段 ☐ 有 ☐ 無			・エレベーター ☐ 有 ☐ 無						
・段差 ☐ 少ない ☐ 多い			・トイレ内手すり ☐ 有 ☐ 無						
・温度 ☐ 一定(°C) ☐ 変動			* 温度調整(☐ 可 ☐ 不可)						
・休憩(トイレ、食事、インスリン、オストメイト等)			☐ 各自でとれる			☐ 時間が決まっている			
・タバコ ☐ 禁煙 ☐ 分煙									
☐ 交代勤務またはシフト勤務			時間 (			)			
5. 従来の業務に必要な能力・動作・負荷について									
☐ ①資格を必要とする業務			☐ ②デスクワーク			☐ ③高度な判断・知的作業			
☐ ④座位での活動			☐ ⑤立位での活動			☐ ⑥中腰での作業			
☐ ⑦しゃがんで行う作業			☐ ⑧外を歩く(平地)			☐ ⑨外を歩く(足場の悪い所)			
☐ ⑩階段昇り降り			☐ ⑪ハシゴ昇り降り			☐ ⑫物の運搬(方法:)			
☐ ⑬重量物取扱い			☐ ⑭精密作業(細かい手作業)			☐ ⑮機械操作(内容:)			
☐ ⑯車両・重機等の運転			☐ ⑰パソコン作業			☐ ⑱電話対応			
☐ ⑲窓口・接客業務			☐ ⑳書字			☐ ㉑交渉・渉外・営業			
☐ ㉒社内調整(生産管理、部門間の調整など)									
☐ ㉓その他 (									

6. 従来の業務に伴う危険性がありますか？		
☐ 機械的危険(プレスなど)	☐ 火傷	☐ 感電
☐ 転落	☐ 有害性(化学薬品など)	☐ 対人トラブル
☐ 情報漏洩	☐ その他 { }	
☐ 特になし		
7. 病気によって、あるいは治療のために、業務の遂行が困難になったことがありますか？		
☐ 有 ☐ 無		
8. (7. で有の場合)どのようなことですか？(5. の番号)		
{ }		
9. (7. で有の場合)業務遂行が困難になった理由は何ですか？		
☐ 動作への影響	☐ 体力低下	☐ しびれ
☐ 思考・判断力の低下	☐ メンタルヘルス不調併発	☐ 痛み
☐ その他 { }		
10. 今後の見通しについて聞いていますか？(治療計画・体調変化など)		
☐ 聞いている ☐ 聞いていない		
内容 { }		
11. 就労にあたって、どのような配慮をしていますか？		
☐ 通院のための配慮	☐ 休憩時間の配慮	☐ 残業の制限(時間/)
☐ 業務分担の見直し	☐ 出張の制限	☐ 交代勤務の制限
☐ 身体的負荷の軽減	☐ 就業時間の融通	
☐ 雇用契約の変更 { }	☐ 短時間勤務	☐ フレックス制度の利用
☐ その他 { }		
12. 就労支援をするにあたり、産業医、産業看護職の関与はありましたか？		
産業医	☐ 有 ☐ 無	産業看護職 ☐ 有 ☐ 無
有の場合、どのように関わりましたか		
{ }		
13. 現在の通勤手段は何ですか？		
☐ 自家用車	☐ バイク	☐ 自転車
☐ 徒歩()分	☐ 公共機関(☐ 電車 ☐ バス)	
14. 通勤手段を従来から変更した場合、以前の通勤手段		
☐ 自家用車	☐ バイク	☐ 自転車
☐ 徒歩()分	☐ 公共機関(☐ 電車 ☐ バス)	
Ⅲ 職場への支援について		
1. 職場との情報共有はどのようにしていますか？		
☐ 上司 伝えている内容: { }		
☐ 同僚 伝えている内容: { }		

2. 上司に対して、どのような支援をしていますか？ (	)
3. 同僚に対して、どのような支援をしていますか？ (	)
IV 就業支援について、工夫していること、困っていることはありますか？	
V 就業支援について、行政に要望することはありますか？（助成金など）	

がん治療・がん関連症状と就労等に関する実態調査

研究代表者 遠藤 源樹 順天堂大学医学部公衆衛生学講座 准教授

<研究協力者>

三井 清美 昭和大学衛生学公衆衛生学講座

研究要旨

がん患者の治療と就労の両立は喫緊の課題である。しかしながら、がん患者の治療やがん関連症状と就労に関するがんサバイバーシップ研究は日本ではほとんどない。本調査では、がん腫、がん治療、がん関連症状、就労状況についての実態を把握するために、がん患者を対象に Web 患者調査を実施した。

がん腫は男性で大腸がん、胃がん、前立腺がんが多く、女性では乳がん、子宮頸がん、甲状腺がんの割合が多かった。8 割以上の人が入院した、あるいはしており、9 割近い人が手術を受けていた。しかし、抗がん剤治療をした人は 33.5%で放射線治療をした人は 22.9%であった。ステージはⅠとⅡの比較的進行度が低い人の割合が多かった。症状については、不安状態にある人が 24.6%、抑うつ状態にある人が 10.8%で、疲労の度合いは中等度の人 が 46.4%の割合で見られた。睡眠については、6～7 時間が最も多く不眠症重症度を分類した結果半数以上の人 が不眠症に分類される結果となった。現在の症状は、便秘・下痢や頭痛、しびれやむくみの順で割合が高かった。がん診断時に働いていた人で、職場の人になんかであることを伝えた人は、88.8%で 9 割近い人が職場の人に自分ががんであることを伝えていた。正社員が 62.3%で、管理職は 32.8%であった。フルタイム勤務が 83.5%で、事務職、製造業が最も多かった。職場環境は、座り作業がベースの職場が多く、職場の社員数は 50 名未満が 63.2%で最も多いが、会社全体の社員数は、1000 名以上、50～999 名、50 名未満がほぼ同程度であった。診断時に働いていた人の中では、がんと診断後、年次有給休暇の範囲内で休み、復職した人が 33.8%で最も多いことが分かった。

がんの診断後に退職、あるいは転職した人は 13.7%で、多くの人のがんと診断された後も診断前と同じ職場で働いていることが分かった。退職・転職のリスクについて職場環境の因子を検討した結果、「ステージⅡ,Ⅲ,Ⅳ」「正社員でない」「職場の人になんかであることを伝えていない」「立ち作業がベースの職場環境」「管理職でない」に有意な結果が認められた。進行したステージ、正社員でないこと、立ち作業がベースの職場環境、管理職でないこと、そして、職場の人になんかであることを伝えていないことが退職・転職のリスク因子であることが示唆された。今後、更なる解析と縦断研究を続けていく予定である。

A. 研究背景および目的

本研究の目的は、昨年度に引き続き、がん治療、抑うつ、不安、疲労、睡眠状況等のがん関連症状と就労状況の実態調査を行い、がん患者の就労継続及び就労継続に役立つような知見を得ることである。疾患パネル会社に登録している北海道から九州までの20歳以上の全てのがん患者を対象にして①属性、がん種や治療、現在の症状、就労に関しての実態を明らかにする。②がん診断後に退職、あるいは転職の職場環境に関連するリスク要因を明らかにする。

B. 方法

- 1) 対象者、実施年月日：患者のWeb調査会社に登録している全てのがん患者を対象にして、平成30年11月にパネル調査を実施した。順天堂大学倫理委員会にて承認を得ている。
- 2) デザイン、方法：①縦断研究、各項目毎に回答者全員の割合を算出した。②職場環境に関する因子において退職・転職のリスク要因を明らかにする。「診断後、一度も休職せずに働いている」「年次有給休暇の範囲内で休み、復職した」「年次有給休暇の範囲内で休むも足りず、病休・欠勤の後、復職した人」を「診断前と同じ職場で就労している／診断後に退職／転職」の2群に分けてこれらを従属変数、職場環境に関する因子（職位、雇用形態、労働形態、職場全体の社員数、会社全体の社員数、立ち作業がベースの職場、職場の人にがんであることを伝えたか否か、年齢、ステージ）を独立変数にして、カイ二乗検定、単変量・多変量ロジスティック回帰分析を行った。
- 3) 基本的属性：性、年齢、住所（都道府県）、婚姻状況、子どもの有無、世帯年収、職業
- 4) がん腫、がんの病期、入院の有無、手術（していない・手術（開腹・開胸術・腹腔鏡術）・（胃・大腸内視鏡術））、抗がん剤治療の有無、放射線治療の有無、抗がん剤や放射線治療以外の治療（ホルモン治療・その他・治療していない）

5) 既往歴：脳卒中、心筋梗塞、メンタルヘルス不調、気管支喘息、糖尿病、高血圧、脂質異常症、胃潰瘍、その他

6) 体力（療養前の元気な時の体力を100%とした時の現在の体力）

7) ここ最近2週間の体調

8) Hospital Anxiety and Depression scale（以下HADS）：HADSは、14項目から構成され、質問の奇数番号がanxiety、偶数番号がdepressionの質問であり、各項目が0～3点の尺度である。奇数番号の合計得点が8点以上を不安状態、偶数番号の合計得点が11点以上を抑うつ状態と定義される。

9) 現在の症状：頭痛、背部痛、腹痛、その他の痛み、便秘・下痢、めまい、風邪（鼻水）・風邪（どの痛み）・風邪（咳）・動悸・息切れ・むくみ・その他・特になし

10) 睡眠状況について：不眠症重症度質問票（ISI）を用いた。ISIは、過去2週間の不眠症状についての自記式質問紙で、7項目より構成されている。各項目は0-4点で、合計得点は0-28点で、得点が高いほど不眠の重症度が高い。カットオフ値は7点である。平均値と、カットオフポイントによる群分け（7点以上と6点以下の2つの群）による割合を算出した。

11) 疲労、倦怠感：Brief Fatigue Inventory（以下BFI）：倦怠感の有無、倦怠感の強さ、倦怠感の生活への支障の10項目から構成されている。倦怠感の強さと生活への支障0-10点の平均点を算出して、小数点第1位を四捨五入して、総合的倦怠感スコアとした。1-3点を軽症、4-6点を中等症、7-10点を重症と定義されている。

12) 就労状況：がんと診断された日に仕事についていたかどうか、がんと診断された後の状況、がんと診断されてからしばらくしてから働き始めたかどうか、職場の人にがんであることを伝えたかどうか、通勤時間、職位（管理職・管理職でない）、社員区分（正社員・契約社員・派遣社員・

その他)、職種(事務職・営業職・技術職・研究職、その他)、仕事内容(立ち作業ベース・座り作業ベース・熱中症の恐れのある熱源のある職場・ものを運ぶ職場・長時間の運転・神経を集中しなければならない作業を伴う職場・夜勤がある・その他)、業種(建設業・製造業・(電気・ガス・熱供給・水道業)・情報通信業・(運輸・郵便業)・(卸売業・小売業)・(金融業・保険業)・不動産業・飲食業・(医療・福祉)・(教育・学習支援業)・その他・働いていない)、働いていた職場の社員数、会社全体の社員数について質問した。

C. 研究結果

1) 対象者の選定と属性(図1～図6)

平成30年11月がん患者web調査を実施した。回答数は1610名、そのうち、がん腫不明79名を除いた1531名を検討の対象とした。

対象者の性別は、男性829人、女性702人でほぼ半数ずつであった(男性:54.1%、女性:45.9%)。年齢層は、60歳以上(712人、46.5%)が最多で、次いで55～59歳(278人、18.2%)、50～54歳(215人、14.0%)で、年代が下がるに連れて割合が減少した。地域は、関東が最も多かった(551人、36.0%)が、沖縄を除く北海道から九州までほぼ全国に渡っていた。既婚者(1141人、74.5%)が未婚者(390人)より多く、1087人(71%)の人が子供を持っていた。個人収入は、200万未満が524人、34.2%で最も多く、次いで200～400万未満(438人、28.6%)、400～600万未満(195人、12.7%)であった。

2) がんについて(図7～図13)

療養となったがん腫は、男性では、大腸がんが最も多く(188人、22.7%)、続いて胃がん(151人、18.2%)、前立腺がん(113人、13.6%)の順であった。女性では、最も多いのが乳がん(287人、40.9%)で、子宮頸がん(128人、18.2%)、甲状腺がん(51人、7.3%)と続いた。全国がん登録に

よると2016年に新たにがんと診断された人は、男性で胃、前立腺、大腸の順で、女性で乳、大腸、胃の順であった。本研究の結果は、順位は異なるが、上位3つのがんの種類は同様であった。女性において、本研究では大腸がんより甲状腺がんが多く割合を占めていた。ステージは多い順にステージⅠ(573人、37.4%)、ステージⅡ(344人22.5%)、ステージⅢ(318人、20.8%)、ステージⅣ(84人、5.5%)の順であった。比較的進行度が低い人が多い結果であった。がんのために入院したことがある人/している人は1354人、88.4%で、8割以上の人に入院経験があることがわかった。治療においては、約90%の人(1377人、89.9%)が開腹・開胸・腹腔鏡等の手術を受けているが、抗がん剤治療、放射線治療、ホルモン治療は半数以上の人が受けていなかった(抗がん剤なし:1018人、66.5%、放射線なし:1180人、77.1%、ホルモン治療なし:1224人、79.9%)。

3) がん以外の既往歴(図14)

今までにがん以外の病気がかかったことのある病気は、「がん以外の病気はない」と答えた人が最も多く、がん以外の病気に罹患したことがない人の割合が多い結果となった。既往歴は、高血圧(367人、24.0%)、脂質異常症(175人、11.4%)、胃潰瘍(168人、11.0%)の順に多かった。

4) 体力(療養前の元気な時の体力を100%とした場合の現在の体力)は、平均値(SD)が78.7%(20.2)、最頻値は100%、次いで90%、80%であった。現在の体力は、療養前の体力とほぼ同程度であると答えている人が多いことが明らかになった。

5) ここ最近2週間の体調(図15)

ここ最近2週間の体調はいかがですか、という質問に対して、「まあ良い」と答えた人が759

人、49.6%で最も多く、次いで「良い」と答えた人が486人、31.7%で、回答者の半数以上の人のここ2週間の体調は良い傾向が認められた。

6) HADS (図 16)

HADS については抑うつ状態、不安状態、それぞれについて回答者全体の割合を算出し、抑うつ状態の人は166人(10.8%)、不安状態の人が376人(24.6%)であった。抑うつ状態に比べて不安状態にある人の割合が高いことが示された。角田らの乳がん患者を対象とした研究では、抑うつ状態にある人が8.9%、不安状態にある人が15.4%であり、本研究における回答者の方が抑うつ状態、不安状態にある人の割合が高い結果となった。理由としては、本研究においては対象者が男性も含まれること、乳がん以外のがん患者も含まれていることも結果に影響していると考えられる。一方で、抑うつ状態にある人の割合より、不安状態にある人の割合の方が高いことは同様の結果であった。

7) 現在の症状 (図 17)

現在の症状については、特になしと答えた人が33.5%で最も多かった。症状がある場合、便秘・下痢(156人、27.1%)、頭痛(276人、18.0%)、むくみ(217人、14.2%)の順で割合が高かった。

8) 睡眠状況について (図 18～図 20)

平均睡眠時間は、6～7時間(513人、33.5%)、5～6時間(472人、30.8%)の順に割合が高かった。ISIについて平均値(SD)は、7.82(5.42)点、最小値0点、最大値28点であった。カットオフ値7点以上と6点以下に分けて検討した。その結果、7点以上の不眠症に分類される人の割合(818人、53.4%)の方が6点以下の不眠症でない人の割合(713人、46.6%)をわずかに超えており、不眠症に分類される人の方が多い結果となった。昼寝についての質問は半数近くの人(712人、46.5%)が昼寝をし、昼寝をする日

数は多い順から2日が160人(10.5%)、1日が154人(10.1%)であり、毎日昼寝をする人は81人、5.3%であった。がん患者の70%以上に睡眠障害の症状が現れるといわれており、本研究においても回答者の半数以上の人の不眠症に分類される結果は、がん患者の睡眠障害を支持する結果となった。

9) 疲労・倦怠感 (図 21～図 22)

「この1週間に普通とは異なる疲れやだるさを感じましたか」という質問に対して「はい」と答えた人は565人、36.9%で、「いいえ」と答えた人(966人、63.1%)より少なかった。

BFIについては、疲労・倦怠感が、軽症に該当する人の683人、44.6%で最も多く、次に疲労・倦怠感を認めない人が413人、27.0%であった。70%以上の人は疲労や倦怠感を認めていないか、あるいは軽度である結果となった。

10) 就労状況 (図 23～図 33) (以下 n=1102)

がんと診断された日に働いていた人は1102人で、回答者の72%の人が、がんと診断された日に働いていた。診断時に働いていた人のその後の状況についてみると、がんと診断後「年次有給休暇の範囲内で休み、復職した」人が372人、33.8%で最も多く、次いで「年次有給休暇の範囲内で休むも足りず、病休・欠勤の後復職した」人が320人、29.0%、「一度も休職せずに働いている」人が250人、22.7%であった。

9割近い人が、がんと診断された後にも、がん診断前と同じ職場に復職したことが明らかになった。また979人、88.8%の人が職場の人に、自分が、がんであることを伝えていることも分かった。

職位、社員区分、職種、労働形態は、管理職でない人の割合が741人、67.2%で、社員区分は正社員が686人、62.3%で最も多かった。また、労働形態では残業なしのフルタイム勤務が520人、

47.2%で最も多く、残業ありのフルタイム勤務（400人、36.3%）を合計すると80%以上の人の労働形態はフルタイム勤務であった。正社員の割合が多いことから労働形態においてもフルタイム勤務が多いことがわかった。職種は、多い順から事務職（397人、36.0%）、技術職（285人、25.9%）、営業職（167人、15.2%）であり、業種は、製造業が206人、18.8%で最も多く、次いで卸売業・小売業137人（12.5%）、医療・福祉85人（7.8%）の順であった。仕事内容は、座り作業がベースの職場が668人、60.6%で最も多く、立ち作業ベースの職場（324人、29.4%）より割合が高かった。熱源のある職場（23人、2.1%）、長時間運転（40人、3.6%）の割合は低く、特殊な職場環境において作業している人は少なかった。

通勤時間については、片道に要する時間が4時間以上の人12人を除いた1090人を対象にして、分単位に修正して検討した。その結果、0～30分未満が606人、55.6%で最も多く、次いで30～60分未満（311人、28.5%）、60～90分未満（129人、11.8%）で、片道の通勤時間がかかるにつれて割合が少なくなった。

企業規模は、職場の社員数は50名未満が696人、63.2%で最も多い結果であった。しかし、会社全体の社員数については50名未満（403人、36.6%）、50名～999名（356人、32.3%）、1000名以上（343人、31.1%）とほぼ30%で同程度の数であった。

11) 退職・転職のリスク（対象者は、「がんと診断後、一度も復職せず現在療養中である」と答えた人10人を除いた1092人である）

がんと診断された日に働いていた人1092人の対象者のうち、942人、86.3%の人が、がん診断前と同じ職場で働いていることが明らかになった。しかし「退職・転職」した人も13.7%いることも示され、転職職場環境に関する退職・転職のリスク因子を検討した。「年齢」「ステージ」「立

ち作業ベースの職場」「職位」「雇用形態」「職場の社員数」「がんであることを職場の人に伝えたか否か」を独立変数、「がんの診断前と同じ職場で就労」「退職・転職」を従属変数にして、多変量ロジスティック回帰分析を行った。その結果、退職・転職のオッズ比（95%信頼区間）が統計的に有意であったのは「ステージⅡ,Ⅲ,Ⅳ」2.11（1.46-3.03）、「立ち作業ベースの職場」1.60（1.10-2.33）、「管理職でない」1.88（1.12-3.13）、「契約社員・派遣社員・その他」2.34（1.58-3.48）、「がんであることを職場の人に伝えていない」1.83（1.12-2.99）の5項目であった。

進行したステージの人、立ち作業がベースの職場環境の人、管理職でない人、正社員に対して契約社員・派遣社員・その他の人、がんであることを職場の人に伝えていない人が退職・転職のリスクが高いことが明らかになった。

進行したステージの人、立ち作業ベースの職場環境、正社員でない人が退職・転職するリスクが高いことは先行研究を支持する結果であった。ステージが進むことは手術方法やがん薬物療法等、より身体に負担がかかる治療方法を選択する必要があること、立ち作業がベースである仕事内容は、がんそのもの、あるいは治療による身体への負担が大きくなり、退職・転職のリスクが高まる可能性がある。また、契約社員・派遣社員等正社員でない場合は、正社員に比べて治療や体調により仕事を休むために利用できる制度が少ないことが考えられ、退職・転職のリスクが高まる可能性がある。さらに、就労継続に対する意欲も少ない可能性があり、退職や転職のリスクが高まると考えられる。そして「がんであることを職場の人に伝えていない」人は、周囲から支援を得る機会が減り、退職・転職のリスクが高まる可能性がある。

D. 結論

がん腫、がん治療、がん関連症状、就労状況に

ついでの実態を把握するためにがん患者 Web パネル調査を実施した。

その結果、がん腫は男性で大腸がん、胃がん、前立腺がんが多く、女性では乳がん、子宮頸がん、甲状腺がんの割合が多かった。がんと診断された日に働いていた人の中で、がんの診断後に退職、あるいは転職した人は 13.7%で、多くの人ががんと診断された後も診断前と同じ職場で働いていることが分かった。退職・転職のリスクについて職場環境の因子を検討した結果、進行したステージ、正社員でないこと、立ち作業がベースの職場環境、管理職でないこと、そして、職場の人にがんであることを伝えていないことが退職・転職のリスク因子であることが明らかになった。

今後、さらに復職に際しての問題点等を明らかにしていく。

E. 学会発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表等

なし

3. 知的財産権の出願・登録状況

なし

(参考文献)

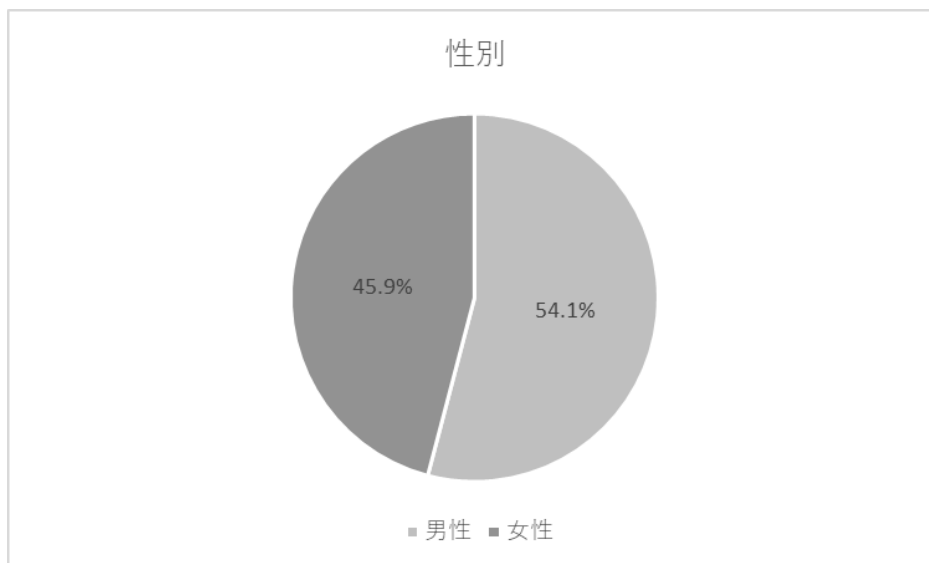
1. 角田ゆう子、福岡英祐、和田守憲二、比嘉国基ほか. 乳癌術後外来患者の HADS score による精神的 QOL の検討. 日本臨床外科学会. 66(1). 1-6. 2005.
2. Okuyama T, Wang XS, Akechi T, Mendoza TR, Hosaka T, Cleeland CS, Uchitomi Y. Validation study of the Japanese version of the brief fatigue inventory. J Pain Symptom Manage. 25(2). 2003.
3. 伊藤光、平松哲夫. 睡眠障害に対するプロトコルに基づく薬物治療管理 (PBPM) 後の睡眠状

況の変化と患者満足度の評価. 日本プライマリ・ケア連合会誌. 40(2). 79-85. 2017.

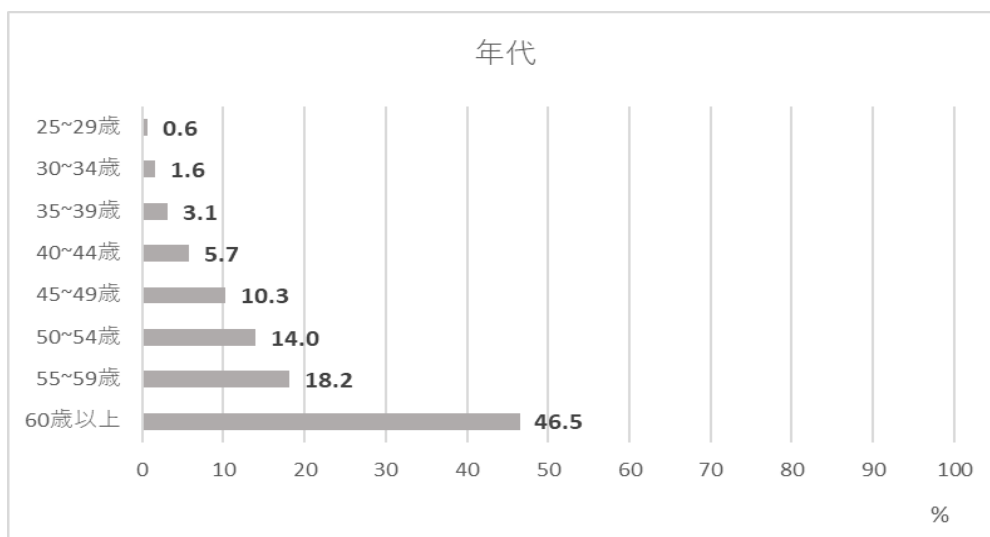
4. Motoki Endo, Yasuo Haruyama, Go Muto, Tetsuya Mizoue, Noriko Kojimahara, Naohito Yamaguchi. Work sustainability among male cancer survivors after returning to work. J Epidemiology 2017

5. Motoki Endo, Yasuo Haruyama, Miyako Takahashi, Chihiro Nishiura, Noriko Kojimahara, Naohito Yamaguchi. Returning to work after sick leave due to cancer: A 365-day cohort study of Japanese cancer survivors. J Cancer Survivorship.

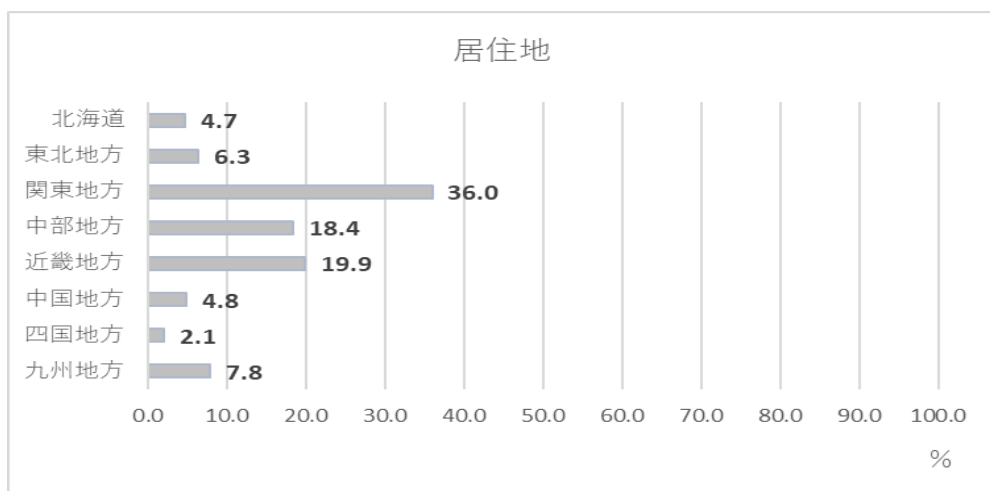
6 [https://rftcjournal.org/pink-article/pink-articles-insomnia-sleep-disturbance/\(2019/3/18](https://rftcjournal.org/pink-article/pink-articles-insomnia-sleep-disturbance/(2019/3/18) アクセス)



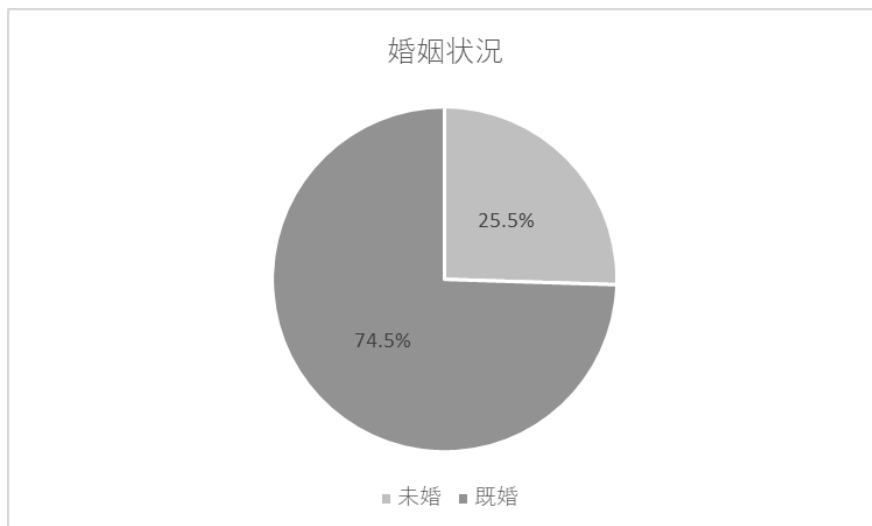
(図 1 : 性別 n=1531)



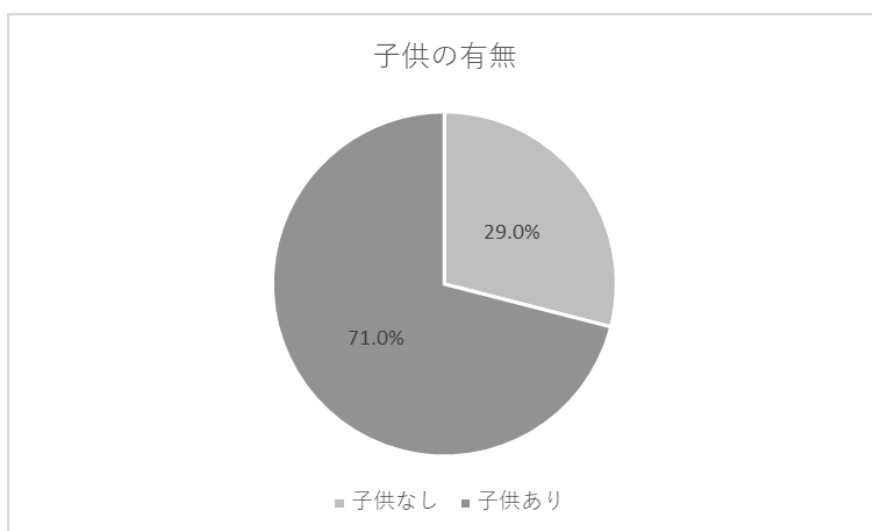
(図 2 : 年代 n=1531)



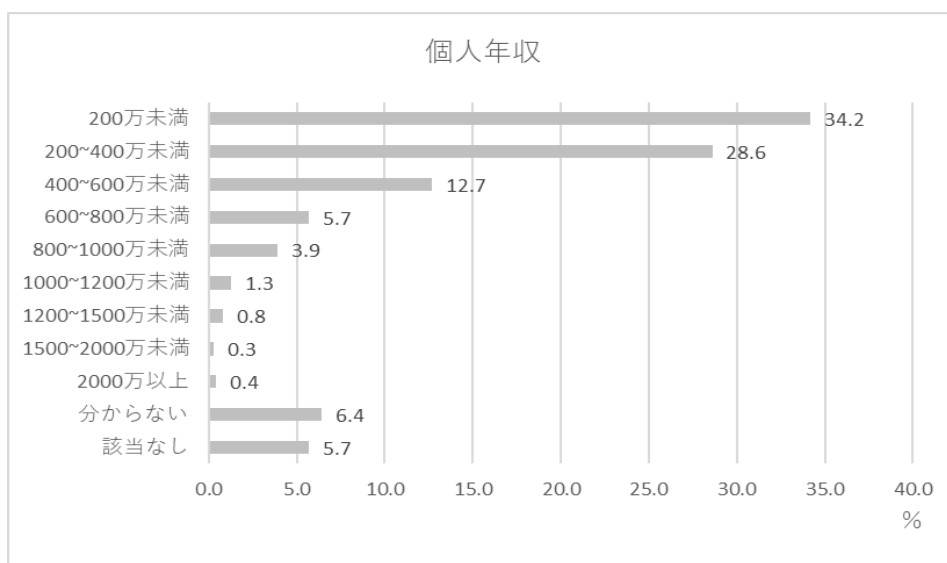
(図 3 : 居住地 n=1531)



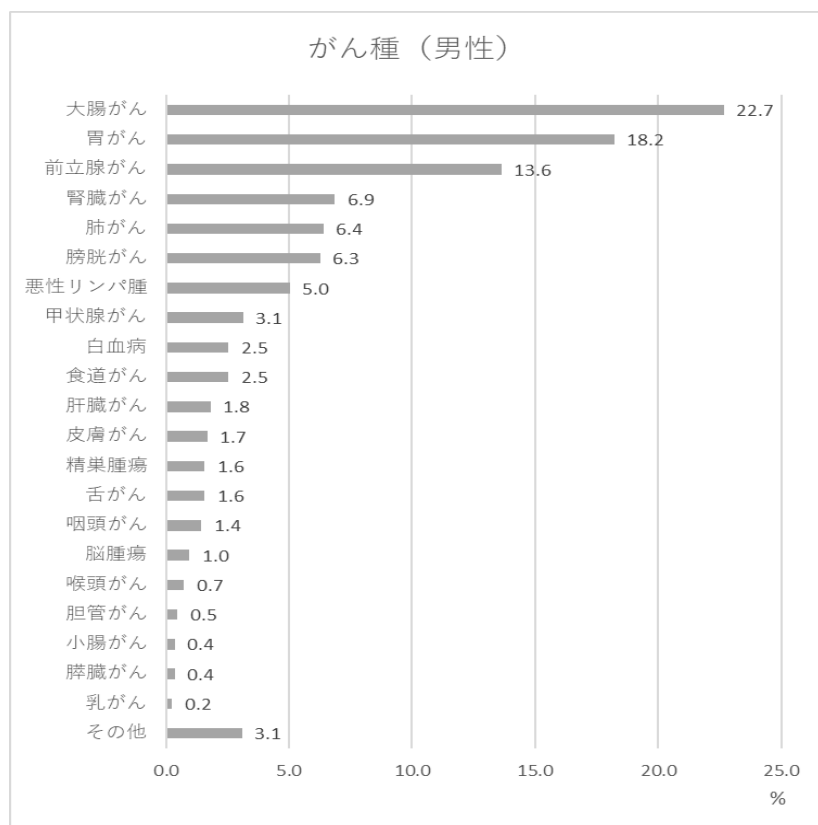
(図 4：婚姻状況 n=1531)



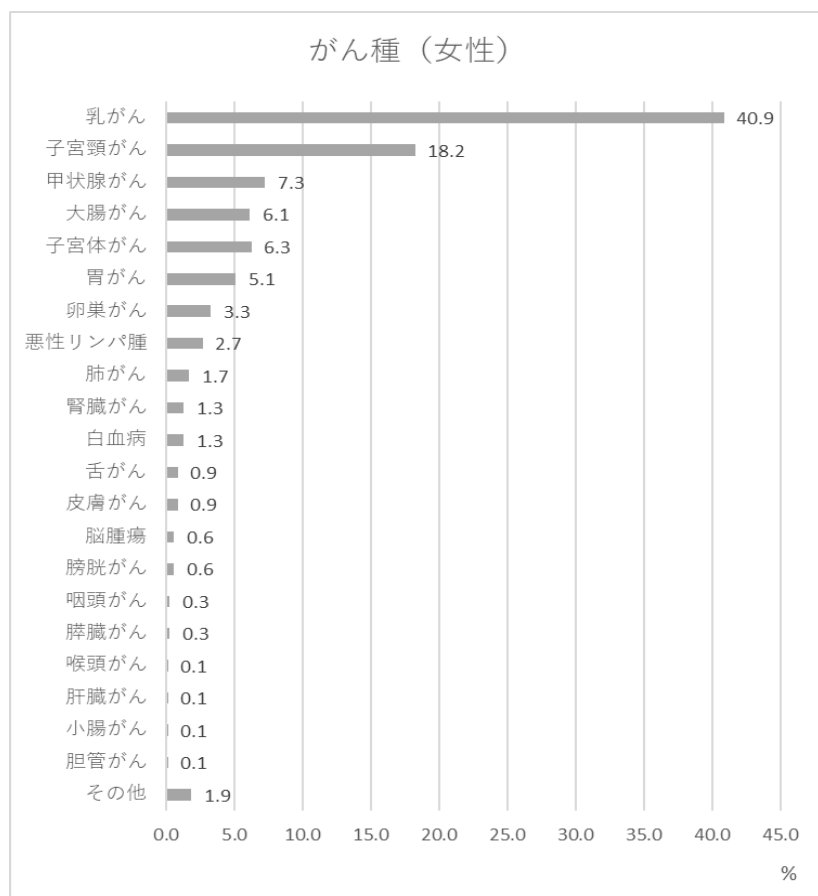
(図 5：子供の有無 n=1531)



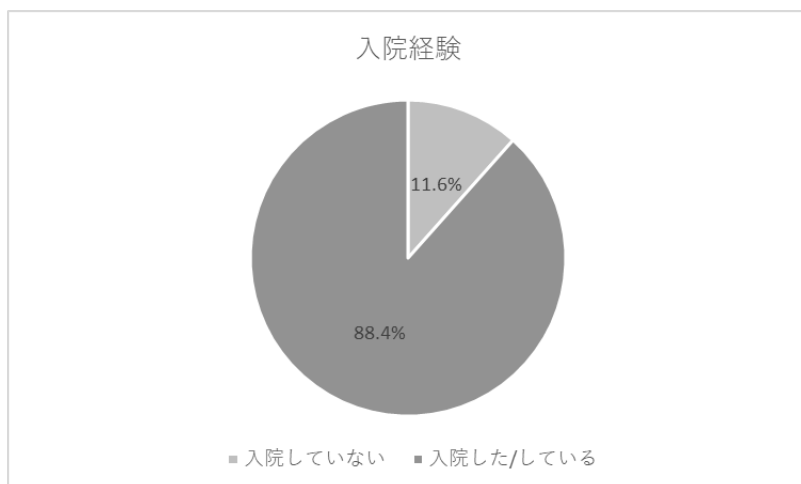
(図 6：個人年収 n=1531)



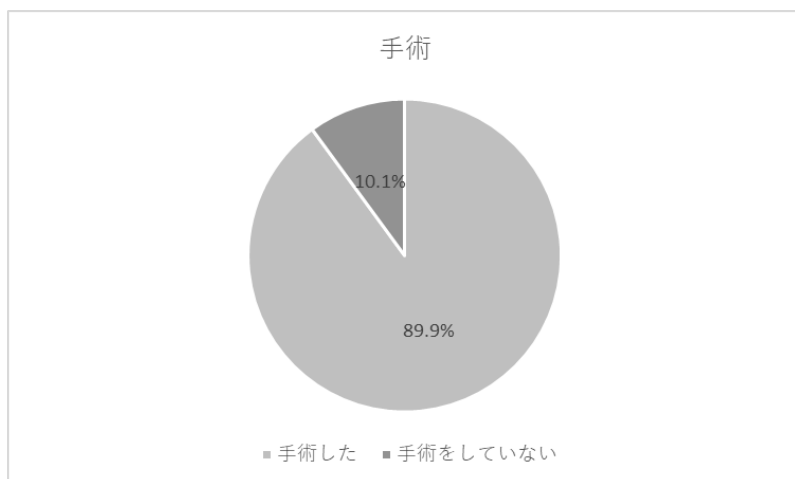
(図7：がん種（男性） n=829)



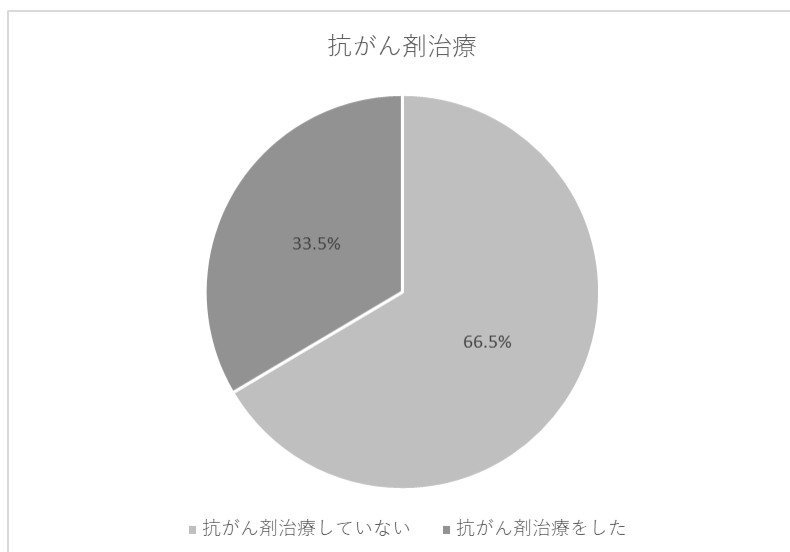
(図8：がん種（女性） n=702)



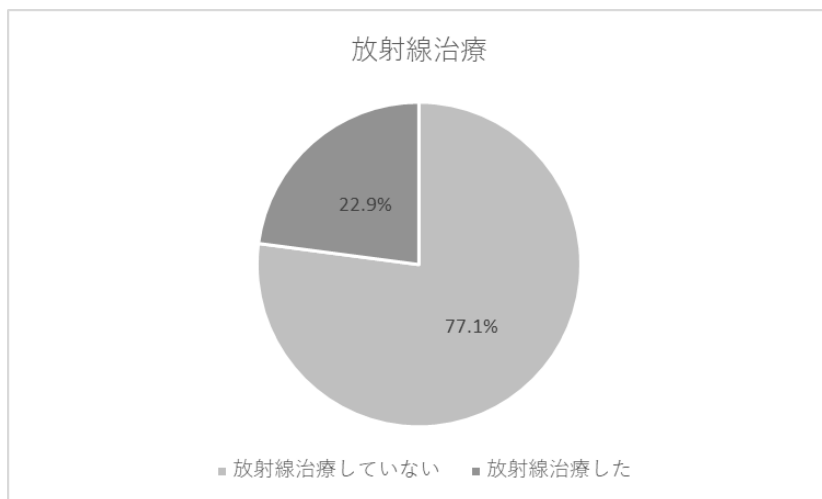
(図 9：入院経験 n=1531)



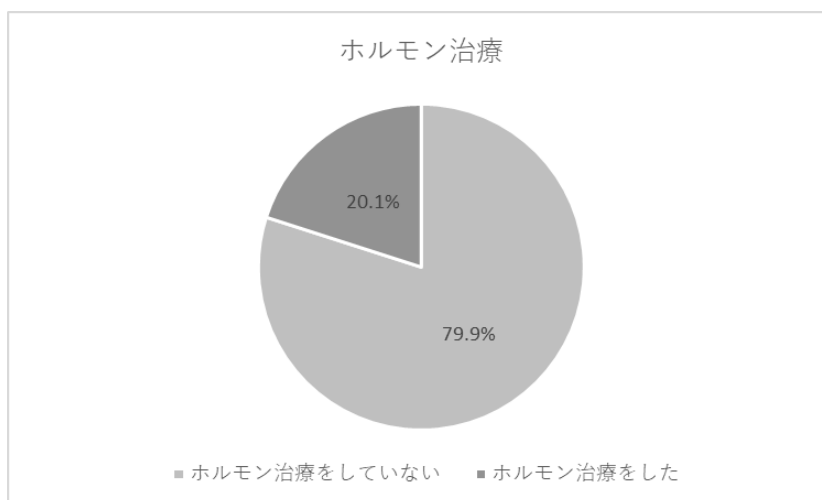
(図 10：手術を受けたか否か n=1531)



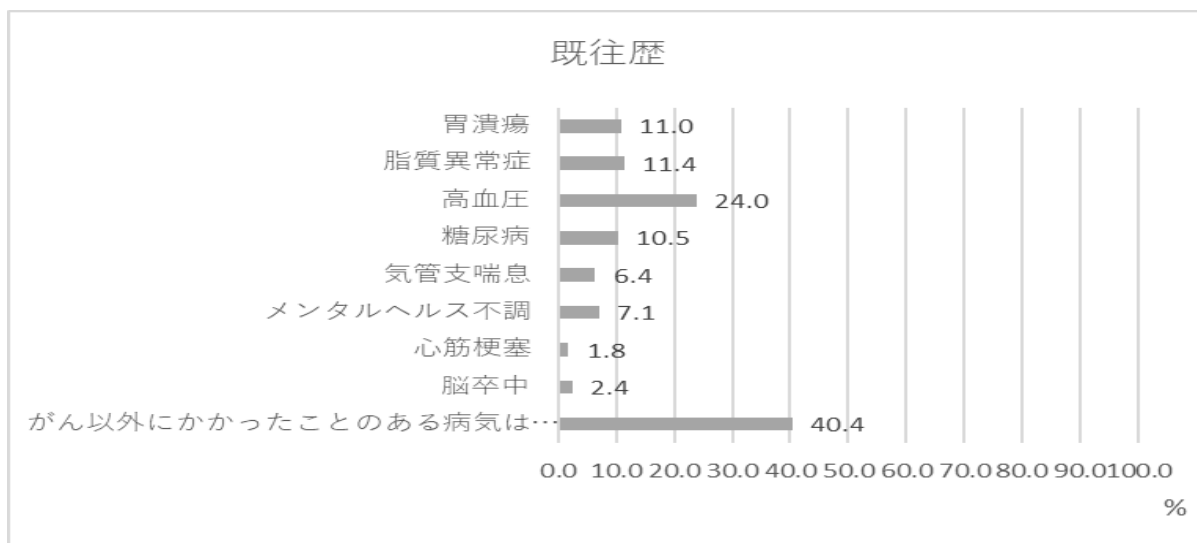
(図 11：抗がん剤治療を受けたか否か n=1531)



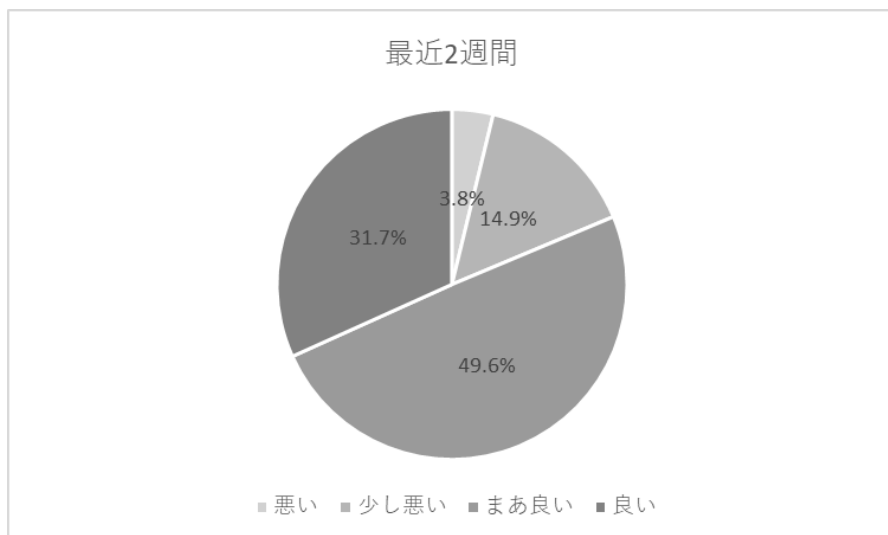
(図 12：放射線治療を受けたか否か n=1531)



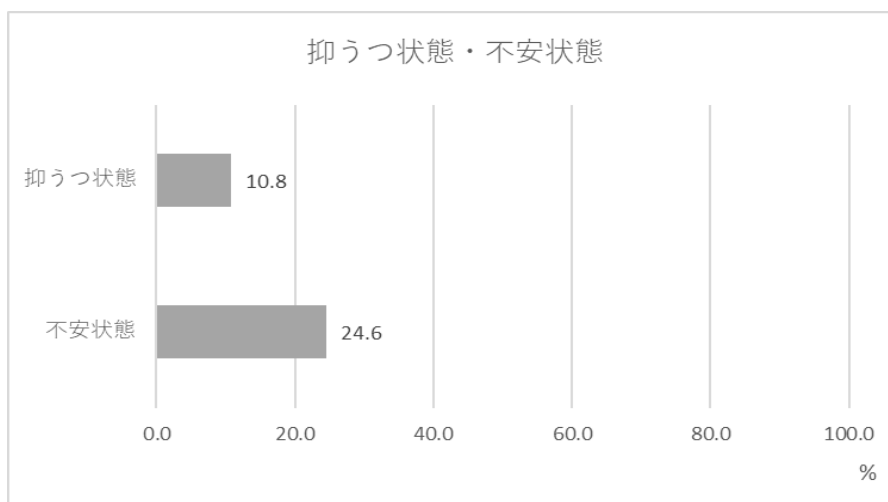
(図 13：ホルモン治療を受けたか否か n=1531)



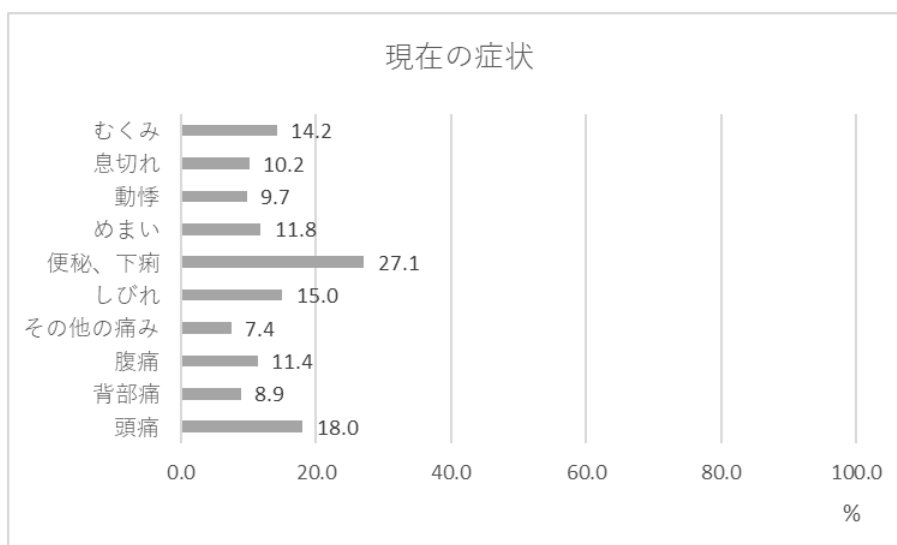
(図 14：既往歴 n=1531)



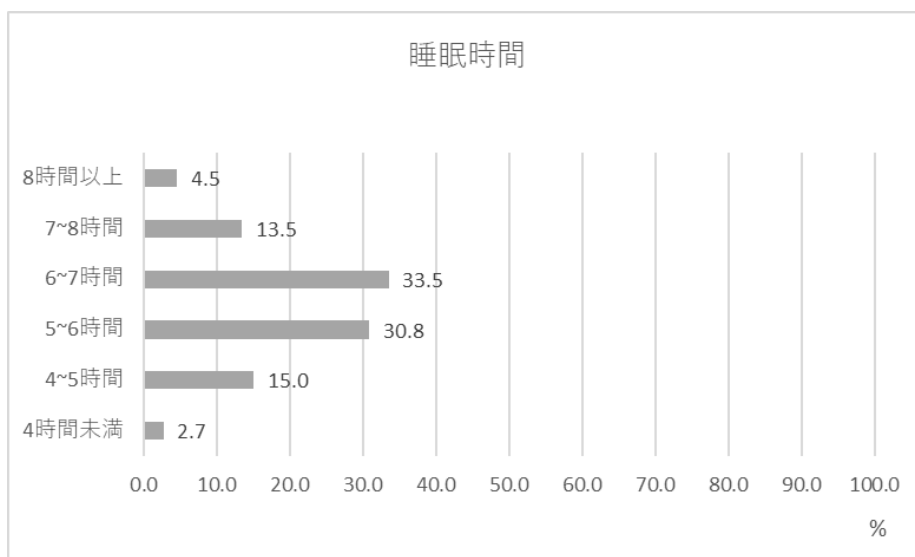
(図 15：最近 2 週間の体調 n=1531)



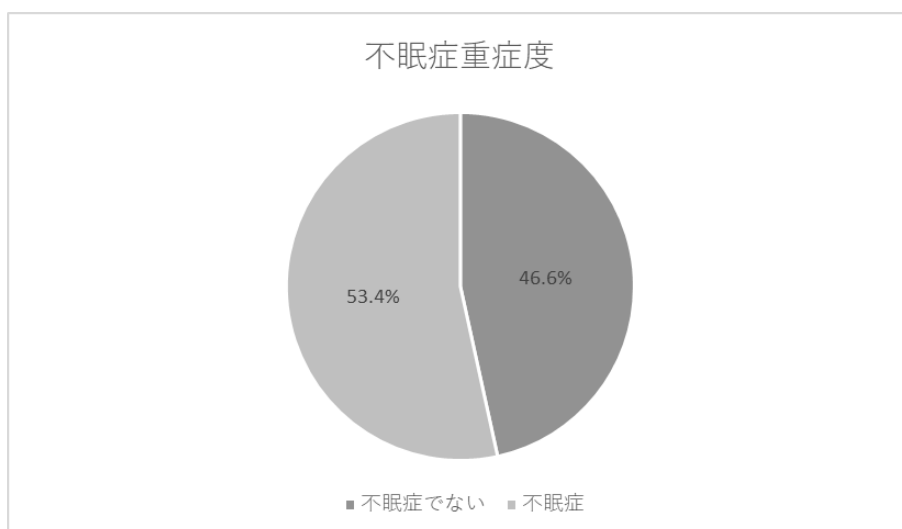
(図 16：抑うつ、不安状態 n=1531)



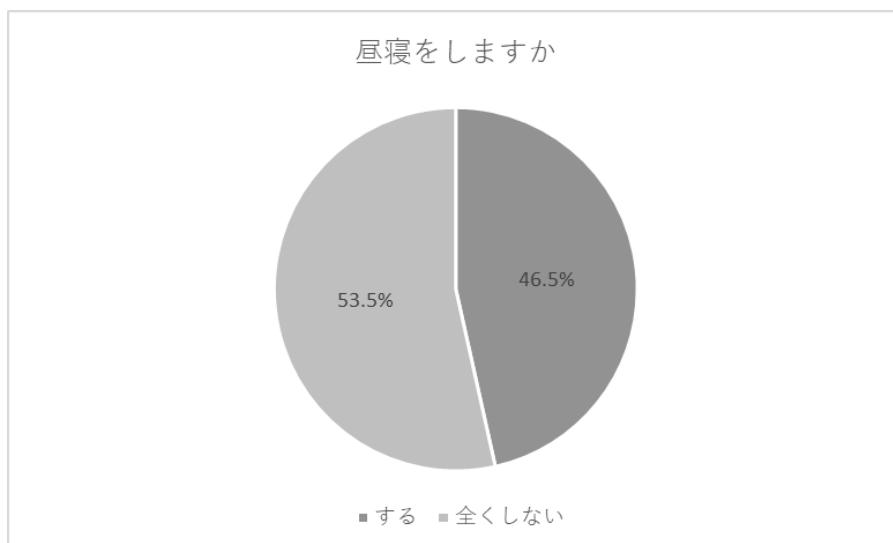
(図 17：現在の症状 n=1531)



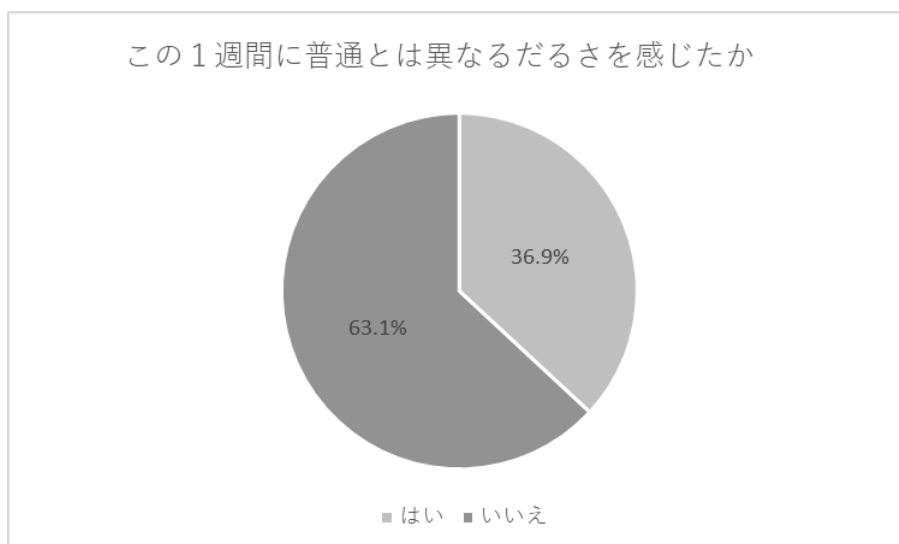
(図 18：睡眠時間 n=1531)



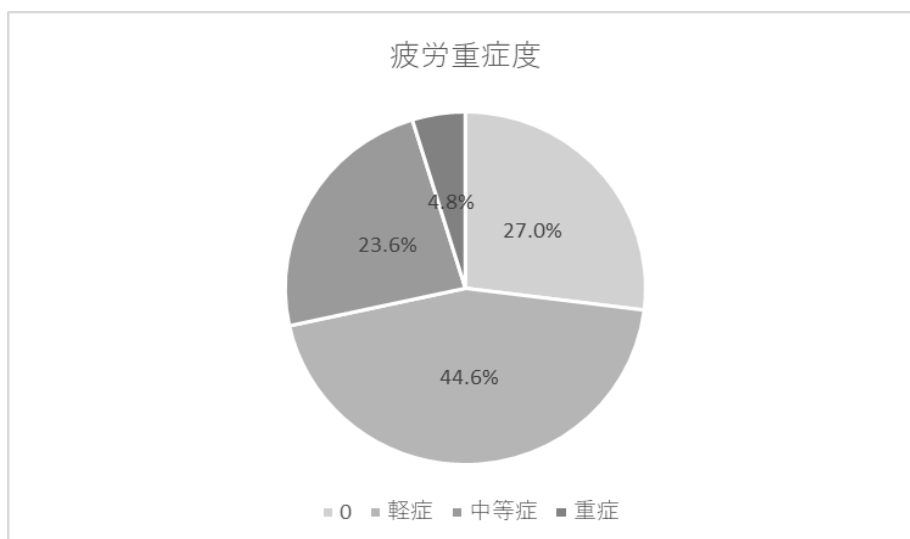
(図 19：不眠症重症度 n=1531)



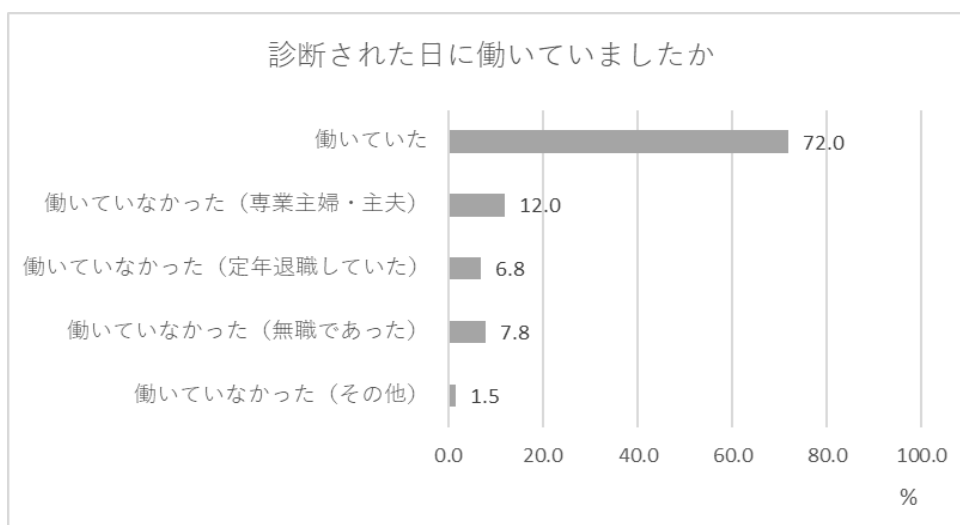
(図 20：昼寝の有無 n=1531)



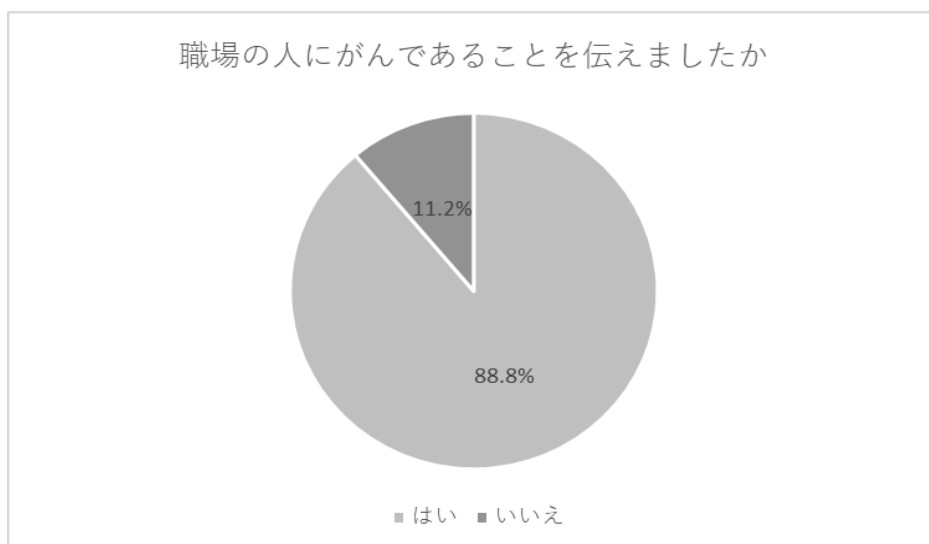
(図 21：この1週間に普通とは異なるだるさを感じたか n=1531)



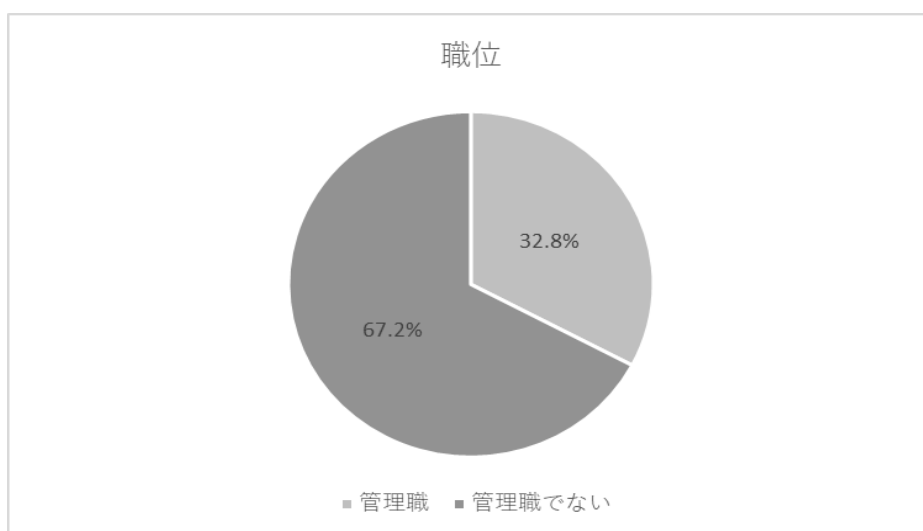
(図 22：疲労重症度分類 n=1531)



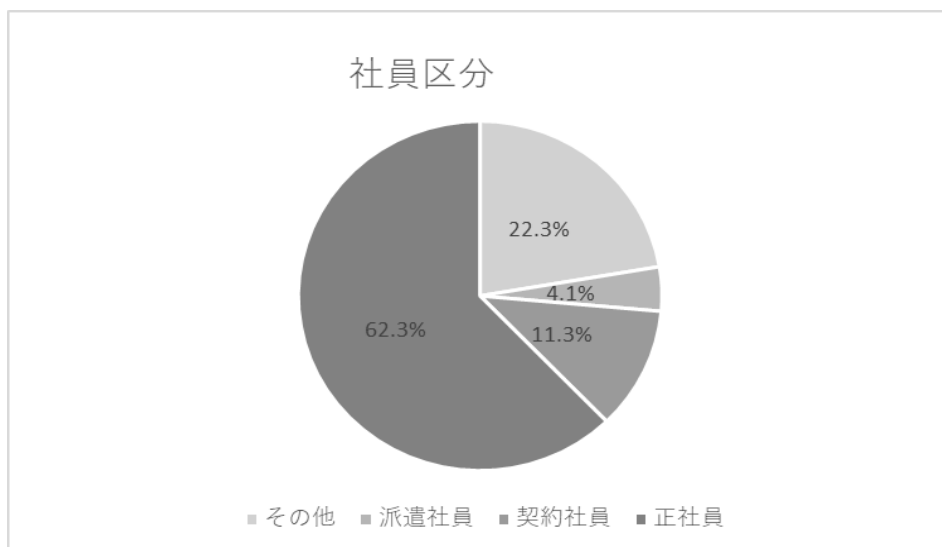
(図 23：がんと診断された日に働いていたか n=1531)



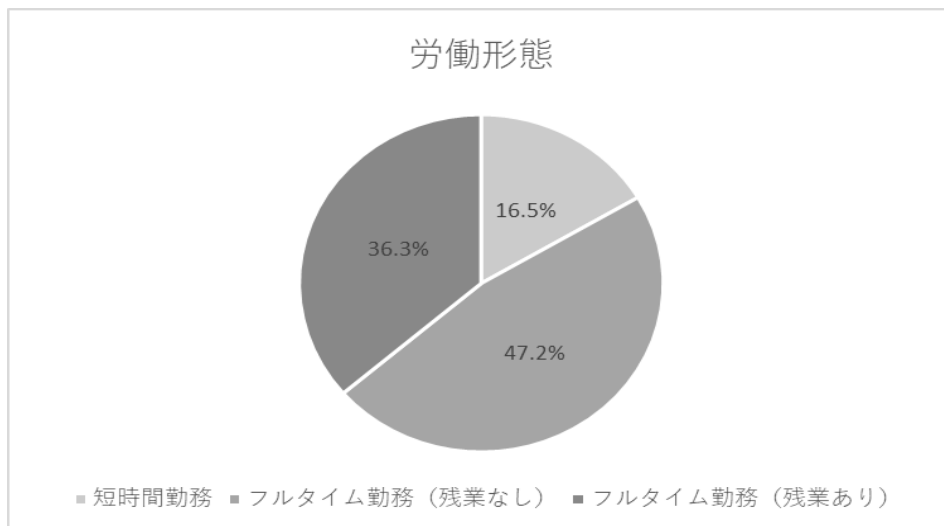
(図 24：職場の人にがんであることを伝えたか n=1102)



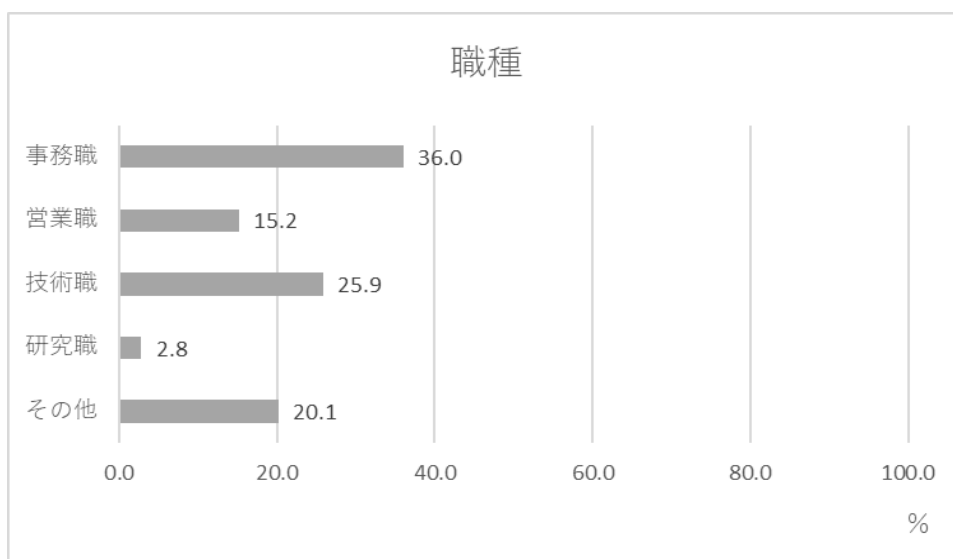
(図 25：職位 n=1102)



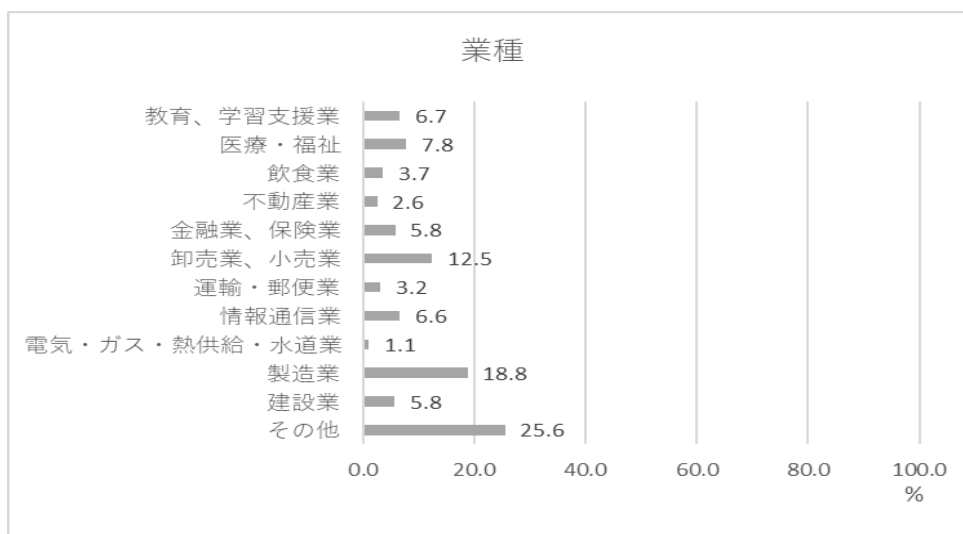
(図 26：社員区分 n=1102)



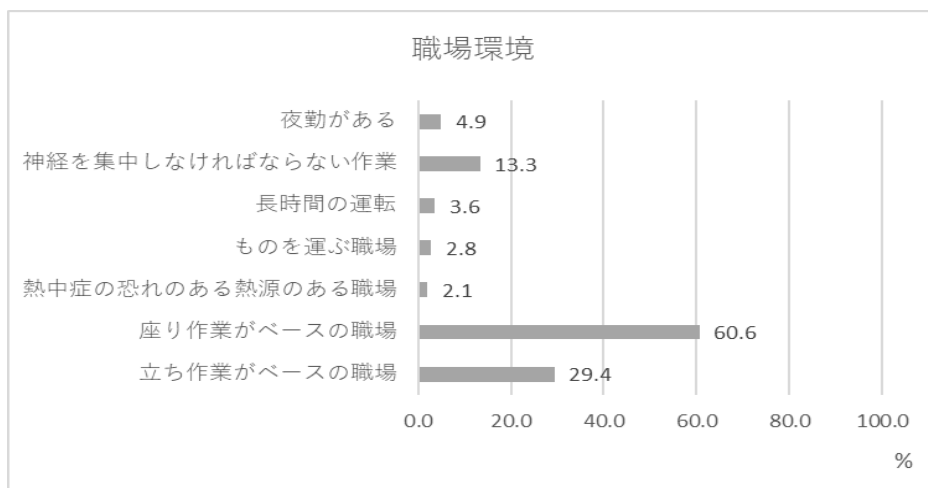
(図 27：労働形態 n=1102)



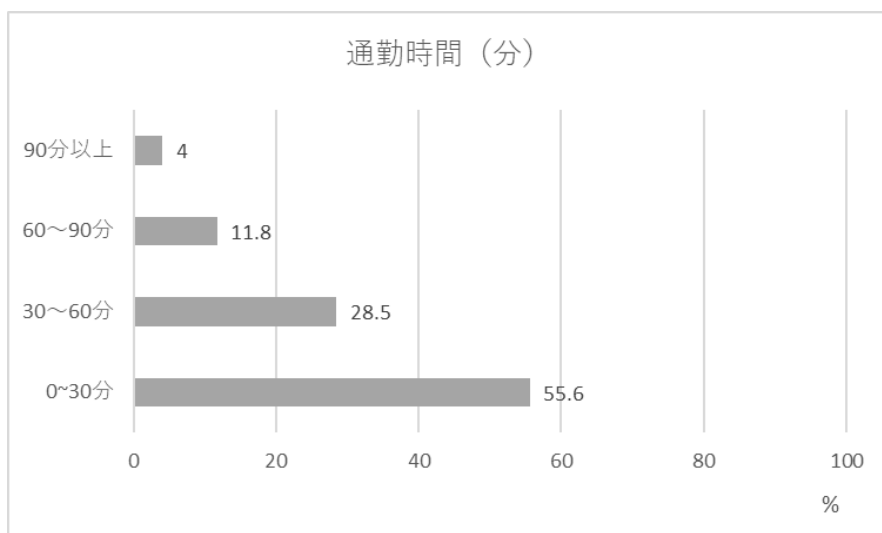
(図 28：職種 n=1102)



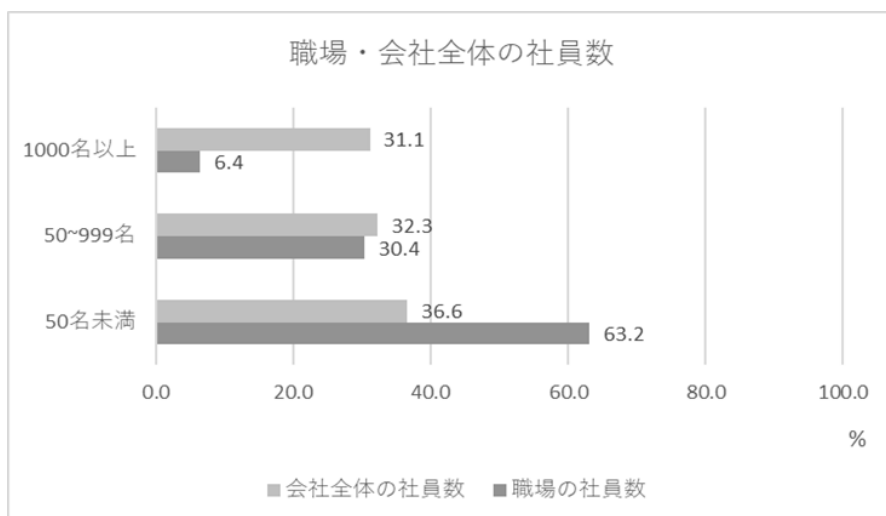
(図 29：業種 n=1102)



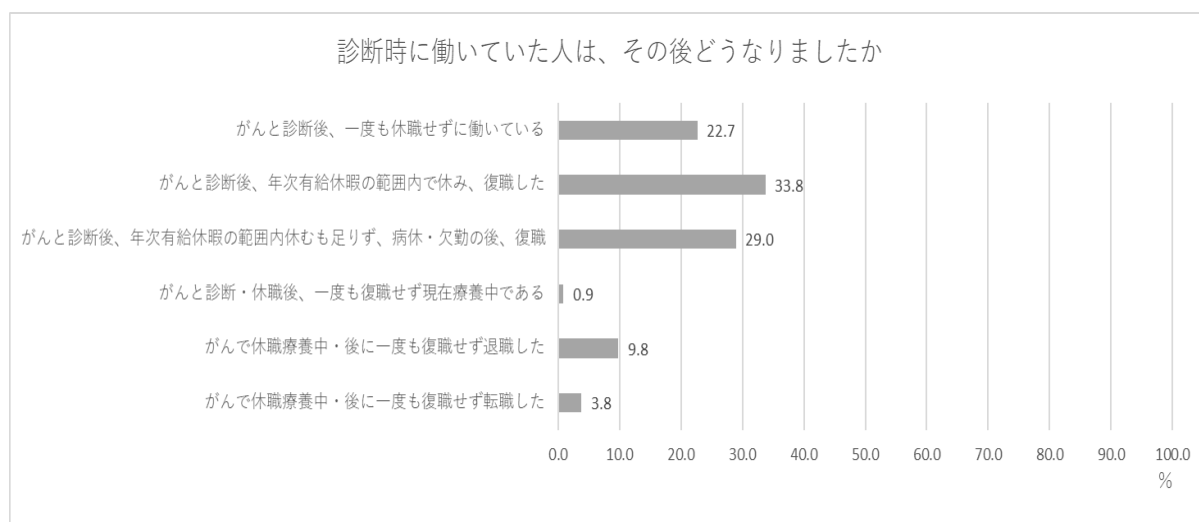
(図 30：職場環境 n=1102)



(図 31：通勤時間（分） n=1090)



(図 32：職場・会社全体の社員数 n=1102)



(図 33：診断時に働いていた人のその後 n=1102)

(表 1：診断時と同じ職場で働いている人と退職・転職した人の人数と割合 n=1092)

	人数(人)	割合(%)
診断時と同じ職場	942	86.3
退職・転職	150	13.7
合計	1092	100

(表 2：退職・転職のリスク因子に対する多変量ロジスティック回帰分析 n=1092)

		多変量	
		OR(95%CI)	p value
年齢	57歳未満	ref	
	58歳以上	1.09 (0.75-1.60)	0.639
ステージ	0, I	ref	
	II, III, IV	2.11 (1.46-3.03)	0.000
立ち作業がベースの職場	いいえ	ref	
	はい	1.60 (1.10-2.33)	0.014
職位	管理職	ref	
	管理職でない	1.88 (1.12-3.13)	0.016
雇用形態	正社員	ref	
	契約社員・派遣社員・その他	2.34 (1.58-3.48)	0.000
職場の社員数	50名以上	ref	
	50名未満	1.12 (0.76-1.65)	0.583
がんであることを伝えたか	はい	ref	
	いいえ	1.83 (1.12-2.99)	0.016

厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）

分担研究報告書

がん患者の認知機能評価票 Cognitive Symptoms Checklist Work

21-item (CSC-W21) 日本版作成のための信頼性・妥当性研究

研究代表者 遠藤 源樹 順天堂大学医学部公衆衛生学講座 准教授

<研究協力者>

山本 公香 城西大学経営学部

三井 清美 昭和大学医学部衛生学公衆衛生学講座

研究要旨

本研究の目的は、がん患者の認知機能を評価する国際的な質問票である Cognitive Symptoms Checklist Work 21-item (CSC-W21) の日本版を作成するために、その信頼性・妥当性研究を実施することである。原著者の承認を得て日本語版を作成した後、20～69 歳の女性を対象にがん患者 Web 調査を実施した。その結果、515 人の協力者が得られた。515 人の平均年齢（標準偏差）は、52.0 (6.96) 歳で、最少年齢は 29 歳、最高齢は 69 歳であった。因子分析の結果について、原著者と協議の上、質問項目は 18 項目、3 因子が抽出され、それぞれ「exuecutive function」「memory」「task completion」と名付けた。Cronbach の α 係数は尺度全体で、0.921、下位尺度については 0.809-0.878 で十分な内的整合性が認められた。他の尺度との関連を見るために、抑うつ状態、不安状態を測定する HADS, 疲労を測定する BFI、労働遂行能力の低下率を測定する WLQ とその下位尺度と、CSC-W18J の尺度全体、3 つの下位尺度とのスピアマンの相関係数を算出した。その結果、0.24-0.48 で有意な正の関連が認められた。さらに、抑うつ状態、不安状態にある人の方がいない人より、疲労の重症度が高い人の方が低い人より CSC-W18 の尺度全体、3 つの下位尺度得点が高くなること が示され、基準関連妥当性が支持された。今後、さらにがん患者、健康な人、年齢や職種による違いについて検討していく。

A. 研究背景および目的

本研究の目的は、がん患者の認知機能を評価する国際的な質問票である Cognitive Symptoms Checklist Work 21-item (CSC-W21) の日本版の信頼性・妥当性研究を実施することである。遠藤らは、米国の Michael

Feuerstein 博士（Journal of Cancer Survivorship 編集長）から CSC-W21 日本版（案）作成の依頼を受け、Back Translation を行って CSC-W21 日本版（案）を作成してきた。本研究により、日本で初めての就労するがん患者の認知機能を評価する質問票を開

発することができ、がん罹患した労働者の認知機能向上に向けた、効果的な支援を行うことにつながると考えている。

B. 方法

1. CSC—W21 の作成手順

CSC—W21 は「memory」「attention」「executive function」の3つの下位尺度、21問の質問項目で構成されている自記式の質問紙である。CSC-W21の質問項目は、職場で経験しうる記憶、注意、遂行機能に関する質問に対して、当てはまる場合には「はい」、当てはまらない場合には「いいえ」を選択して回答する。

2017年6月22日に、遠藤は渡米して、CSC-W21の原著者 Michael Feuerstein 博士と、本研究に関するミーティングを実施して、研究計画を策定した。Feuerstein 博士から日本語版作成の許可を得て、バックトランスレーションを実施した。まず、オリジナルの21項目を、日本語を母国語とする者が英語から日本語へ翻訳を行い、それらの日本語をオリジナルの尺度を知らない者が英語に訳した。最後に原著者による確認で一部訳語の調整を行われ、CSC—W21J を作成した。

2. 調査概要

パネル会社に登録している20～69歳の乳がん患者を対象として、2018年1月15日から1月19日にインターネット調査を行い、515人の回答が得られた。回答者の本調査への参加は自由意志に基づいて行われ、いつでも中断できることを明示した。本研究は、大学の倫理委員会で審議、承認を取得後に実施した。本研究は、疾患パネ

ルをもつ調査会社に登録されているがん患者を対象とし、全て Web ベースでの回答にて調査を行った。信頼性研究は、CSC-W21 日本版（案）を再テスト法、アルファ係数を算出することに行い、妥当性研究は、CSC-W21 日本版（案）と Work Limitation Questionnaire(WLQ) 日本版、Hospital Anxiety and Depression scale(HADS)、Brief Fatigue Inventory(BFI) 日本版と比較することにより実施した。WLQ 日本版を使用するにあたって、米国・タフツ大学と順天堂大学の間で、WLQ 日本版の使用に関する契約を交わしている。

3. 調査内容

Brief Fatigue Inventory

がん患者の倦怠感を評価するための簡便な質問票で、アメリカの Dr Cleeland らによって開発された尺度である。「この24時間の」倦怠感の強さについて「0: だるさなし」から「10: これ以上考えられないほどのだるさ」と、生活などへの支障について「0: 支障なし」から「10: 完全に支障になった」について点数が高くなるにつれて疲労感、倦怠感や支障の度合いが高くなることを示す質問票である。

HADS

HADS は、「うつ」と「不安」を評価するための14項目からなる自記式の質問紙で、不安を評価する合計点が8点以上を「不安状態」、うつを評価する合計点が11点以上を「抑うつ状態」と評価することができる。

WLQ

1998年にタフツ大学の Dr Lerner らが開発した尺度で、presenteeism による労働能力の低下率を測定することができる。過去

2週間について健康問題によって職務が遂行出来なかった時間の割合や頻度を「常に支障があった」から「まったく支障はなかった」の5段階及び「私の仕事にはあてはまらない」から選択して回答する。採点方法については、Dr Lerner から契約した機関にのみ配布されるガイドラインに従って得点を算出した。妥当性の検討については、WLQの欠損値がない、469名を検討の対象にした。

4. 統計解析

1) CSC-W18J 尺度の因子構造

因子構造を明らかにするために、得られた515名を対象にして、探索的因子分析(主因子法・プロマックス回転)を行った。その上で原著者と討議の上、解釈妥当性を考慮して因子数を決定した。

2) 信頼性の検討

下位尺度の内的一貫性の検討を目的として、尺度全体および下位尺度についてCronbachのアルファ係数を求めた。さらに、信頼性を検討するために1回目と2週間後に行われた2回目の各下位尺度の相関係数を求めた(1回目、2回目の両方に答えた412名が対象)。

3) 基準関連妥当性、構成概念妥当性の検討

基準関連妥当性、構成概念妥当性を検討するために、CSCの尺度全体、および下位尺度とBFIの疲労、HADSのうつと不安、WLQの労働能力の低下率との相関係数を求めた。また、疲労を重症度別の3群、うつ、不安を2群に分割して、各群についてCSC-W21と下位尺度の平均値を求めて群間で比較した(3群では分散分析、2群ではt検定を行った)。最後に、乳がん患者と年齢等をマッチングした健常者との間の平均値の違いに

ついて検討した。

4) 本研究のデータ解析はすべて、統計解析ソフトspss (IBM社)を用いた。

C. 研究結果

1) CSC-W18J 尺度の構成

CSC-W21の21項目に対して、主因子法、プロマックス回転による探索的因子分析を行った。固有値、累積寄与率、原版等から原著者と協議して、日本語版においては21項目のうち3項目を除いた18項目、3因子構造が妥当であると判断された。第1因子は、仕事をするための過程や流れを把握することに関する因子で「executive function」と命名した。第2因子は、記憶に関する因子で、「memory」と命名した。第3因子は、仕事を完了させるために必要な手順や優先順位に関する因子で、「task completion」と命名した。これにより、構成概念妥当性が支持された。

2) 信頼性の検討 (内的整合性、再検査信頼性)

Cronbachのアルファ係数は、第1因子が.878、第2因子が.821、第3因子が.809、尺度全体が.921で、高い内的整合性が証明された。再検査信頼性において、1回目と2回目の3つの下位尺度間の相関係数を算出した。その結果、第1因子の相関係数は.57、第2因子は.50、第3因子は.54であり(いずれも $P=0.000$)で、1%水準で有意な正の関連が認められた。以上のことからCSC-W21の信頼性が支持された。

3) 基準関連妥当性、構成概念妥当性の検討

まず始めにCSC-W18Jの尺度全体、下位尺

度のそれぞれと HADS の下位尺度、BFI、WLQ の下位尺度のスピアマンの相関係数を求めた。その結果、CSC-W18 尺度全体、下位尺度と HADS の「抑うつ状態」、「不安状態」、BFI、WLQ の「At-work productivity loss」「Time management」「Physical」「Mental-Interpersonal」「Output」との間で相関係数が 0.24~0.48 であり(いずれも $P=0.000$)、それぞれ 1%水準で有意な正の相関が認められた。

さらに以下の仮説に基づいて検討した。

①抑うつ状態にある人(11 点以上)はそうでない人(10 点以下)より CSC-W18J、下位尺度の値が高い。

②不安状態にある人(8 点以上)はそうでない人(7 点以下)より CSC-W18J、下位尺度の値が高い。

③疲労度合いが高い人の方が低い人より CSC-W18J、下位尺度の値が高い。

その結果、抑うつ状態にある人、不安状態にある人はそうでない人より CSC-W21 の尺度全体、下位尺度の平均値が高いことが明らかになった(いずれも、 $P=0.000$)。疲労においても有意な結果が認められ($P=0.000$)、多重比較の結果、重症度が中程度、重症の人は疲労がない人、軽症の人より CSC-W21 の尺度全体、下位尺度の平均値が高いことが明らかになった($P=0.000$)。

以上を踏まえて、相関係数、不安・抑うつや疲労の度合いによる平均値の比較から CSC-W18 の基準関連妥当性が支持されたと考えられる。

D. 結論と今後の予定

Cognitive symptoms checklist Work 21 item 日本語版を作成するために、信頼性、妥当性について検討した。その結果、18 項目、3 因子構造で CSC-W18J の信頼性、妥当性が支持された。年齢、職種や健常者との違い等について検討することが今後の課題である。

E. 学会発表

1. 論文発表

今後発表予定である。

2. 学会発表等

なし

3. 知的財産権の出願・登録状況

なし

(参考文献)

1. 角田ゆう子、福岡英祐、和田守憲二、比嘉国基ほか. 乳癌術後外来患者の HADS score による精神的 QOL の検討. 日本臨床外科学会. 66(1). 1-6. 2005.

2. Okuyama T, Wang XS, Akechi T, Mendoza TR, Hosaka T, Cleeland CS, Uchitomi Y. Validation study of the Japanese version of the brief fatigue inventory. J Pain Symptom Manage. 25(2). 2003.

3. 井田浩正, 中川和美, 三浦昌子, 石川清子, 矢倉尚典. Work Limitation Questionnaire 日本語版(WLQ-J)の開発: 信頼性・妥当性の基礎的検討. 産業衛生学雑誌. 54. 101-107. 2012.

表1 対象者の属性(n=515)

年齢 (mean(SD)=52.0(6.96)29歳-69歳)	
結婚	
未婚	197(38.3)
既婚	318(61.7)
ステージ	
ステージ0	115(22.3)
ステージ1	181(35.1)
ステージ2	154(29.9)
ステージ3	45(8.7)
ステージ4	20(3.9)
手術	
していない	26(5.0)
した	489(95.0)
薬物療法	
ない	128(24.9)
ある	387(75.1)
放射線治療	
していない	198(38.4)
した	317(61.6)
デスクワーク	
デスクワーク中心でない	186(36.1)
デスクワーク中心	264(51.3)
欠損値	65(12.6)
体をつかう	
体をつかう仕事中心でない	288(55.9)
体を使う仕事中心	162(31.5)
欠損値	65(12.6)
営業職	
営業職でない	438(85.0)
営業職	12(2.3)
欠損値	65(12.6)
社員区分	
正社員	194(37.7)
契約社員	56(10.9)
派遣社員	42(8.2)
その他	158(30.7)
欠損値	65(12.6)
学歴	
中学校	3(0.5)
高等学校	196(38.0)
専門・短大	194(37.6)
大学・大学院	121(23.4)
その他	1(0.1)
疲労分類	
疲労なし	69(13.4)
軽症	335(65.0)
中等症	94(18.3)
重症	17(3.3)
HADS不安判定	
不安状態なし	357(69.3)
不安状態	158(30.7)
HADSうつ判定	
抑うつ状態なし	450(87.4)
抑うつ状態	65(12.6)

表2 CSC-W18J 尺度の因子分析結果 (n=515)

		executive function	memory	task completion	
$\alpha = .921$	I executive function ($\alpha = .878$)	見聞きすることの一部だけに焦点を当てるのではなく、全体を考慮することが難しい	0.890	-0.148	-0.015
		問題が起こった時、何が問題であるかを理解して、問題が何であるかを的確に理解するのが難しい	0.806	0.003	-0.099
		物事の流れをたどることが難しい	0.709	-0.037	-0.002
		問題解決するための情報がどこにあるのかを記憶しておくことが難しい	0.614	0.135	0.035
		異なる事柄が全体の中でどこに位置しているのかを理解することが難しい	0.569	0.118	0.143
		グラフやフローチャートを理解することが難しい	0.559	-0.202	0.111
		どのように決定されたのかを把握することが難しい	0.537	0.305	-0.022
	II memory ($\alpha = .821$)	自分の知見を見直すために、新しい情報を活用することが難しい	0.521	0.170	-0.063
		会話や会議の内容を思い出すことが難しい	-0.061	0.871	-0.053
		電話で話した内容を思い出すことが難しい	-0.005	0.813	-0.041
		頼まれたことをすぐに思い出すことが難しい	0.121	0.484	-0.043
		何を書こうとしていたのか思い出すことが難しい	-0.110	0.466	0.194
		話している時に、自分の思考過程を思い出すことが難しい	0.041	0.426	0.107
		仕事や活動のすべての手順を完了することが難しい	-0.016	-0.100	0.900
	III task completion ($\alpha = .809$)	仕事を完了するまで、業務を続けることが難しい	0.009	0.005	0.610
		仕事全体の過程を理解することが難しい	0.072	0.160	0.509
		最も重要な手順が最初に来るように、優先度順に手順を並べることが難しい	0.398	-0.068	0.402
		ある業務が、作業計画や作業過程と、どれくらい適合しているのかを理解することが難しい	0.295	0.224	0.311
	I	1	0.62	0.71	
	II		1	0.58	
	III			1	

表3 下位尺度の1回目と2回目の関連 (n=412)

Spearman	executive function1回目	memory1回目	task completion1回目
executive function2回目	0.57**		
memory2回目		0.50**	
task completion2回目			0.55**

表4 CSC-W18J と下位尺度の平均値 (標準偏差) と範囲

n=469(n=515からWLQ欠損値がある人を除いた)

	平均(標準偏差)	Range
CSC-W18J合計	2.22(3.91)	0—18
executive function	1.05(1.98)	0—8
memory	0.70(1.33)	0—5
task completion	0.46(1.11)	0—5

表5 CSC-W21 の尺度全体、下位尺度とWLQの下位尺度、疲労、HADS 不安、HADS 抑うつとの関連(n=469)

Spearman	CSC合計	executive function	memory	task completion
At Work Productivity Loss Score	0.45**	0.40**	0.37**	0.41**
TimeManagement	0.39**	0.37**	0.34**	0.39**
PhysicalTasks	0.30**	0.25**	0.24**	0.25**
mantalInterpersonalTasks	0.48**	0.43**	0.40**	0.45**
OutputTasksScale	0.42**	0.39**	0.35**	0.40**
疲労合計	0.36**	0.33**	0.30**	0.34**
HADS不安	0.41**	0.40**	0.34**	0.35**
HADSうつ	0.43**	0.40**	0.38**	0.33**

表6 HADS 不安(n=469) : 7点以下と8点以上によるCSC合計点数、下位尺度点数の平均値の違い

平均値(標準偏差)			
CSC合計	7点以下	0.98(2.00)	t(160.55)=-8.65, p=0.000
	8点以上	5.01(5.43)	
executive function	7点以下	0.46(1.09)	t(163.28)=-8.17, p=0.000
	8点以上	2.40(2.75)	
memory	7点以下	0.35(0.83)	t(169.99)=-7.19, p=0.000
	8点以上	1.50(1.82)	
task completion	7点以下	0.17(0.57)	t(158.71)=-6.79, p=0.000
	8点以上	1.13(1.63)	

表7 HADS うつ(n=469) : 10点以下と11点以上によるCSC合計点数、下位尺度点数の平均値の違い

平均値(標準偏差)			
CSC合計	10点以下	1.67(3.16)	t(61.59)=-5.56, p=0.000
	11点以上	6.12(5.97)	
executive function	10点以下	0.80(1.65)	t(62.08)=-5.12, p=0.000
	11点以上	2.84(2.97)	
memory	10点以下	0.54(1.15)	t(63.11)=-7.30, p=0.000
	11点以上	1.86(1.88)	
task completion	10点以下	0.33(0.88)	t(60.63)=-4.33, p=0.000
	11点以上	1.41(1.87)	

表 8 疲労(n=469)分散分析：疲労の度合による CSC 合計点数、下位尺度点数の平均値の違い

		平均値(標準偏差)		多重比較
CSC合計	0	0.51(1.29)	F(3, 465)=35.45, p=0.000	0<中等症, 重症
	軽症	1.52(2.75)		軽症<中等症,重症
	中等症	5.43(5.71)		中等症>0,軽症
	重症	5.13(6.69)		重症>0,軽症
executive function	0	0.22(0.67)	F(3, 465)=29.06, p=0.000	0<中等症, 重症
	軽症	0.73(1.51)		軽症<中等症,重症
	中等症	2.56(2.83)		中等症>0,軽症
	重症	2.33(3.19)		重症>0,軽症
memory	0	0.22(0.61)	F(3, 465)=21.93, p=0.000	0<中等症, 重症
	軽症	0.51(1.08)		軽症<中等症,重症
	中等症	1.54(1.85)		中等症>0,軽症
	重症	1.80(2.04)		重症>0,軽症
task completion	0	0.07(0.31)	F(3, 465)=27.69, p=0.000	0<中等症, 重症
	軽症	0.28(0.80)		軽症<中等症,重症
	中等症	1.33(1.72)		中等症>0,軽症
	重症	1.00(1.64)		重症>0,軽症

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

研究分担者 小橋 元 獨協医科大学

< 研究協力者 > 佐藤（佐久間）りか 健康と病いの語りディベックス・ジャパン

研究要旨 「健康と病いの語り」データアーカイブに収録された乳がん、前立腺がん、大腸がんの患者 85 人のインタビューデータを用いて、がん診断後の就労継続、離職の要因を分析した。がん種によって年齢構成や雇用形態、治療内容に違いがあり、それが就労継続の可否に影響を及ぼしていることが分かった。さらに病気や治療による作業能力の低下や職場の環境といった外的条件だけでなく、個々の患者がその仕事にどのような意味を見出しているかということも、重要な要素であることが明らかになった。

A．研究目的

がん患者の就労継続と復職を支援するために、NPO 法人健康と病いの語りディベックス・ジャパン（以下 DIPEX-Japan）が保有する「健康と病いの語り」データアーカイブから、診断時に就労していたがん患者の語りデータを抽出して質的分析を行い、心理・社会的側面からがん診断後の就労継続、離職の要因を明らかにする。

B．研究方法

「健康と病いの語り」データアーカイブとは、ウェブサイト「健康と病いの語りデータベース」のために収集された、多様な疾患や医療体験のインタビューデータ（テキスト）を、研究や教育など非営利目的の二次利用のためにアーカイブ化したものである。

本研究では同アーカイブに収録された「乳がん」「前立腺がん」「大腸がん検診」の語りデータ（計 136 名分）の中から、がんの診断時に就労していた 86 人（男性 45 人 / 女性 41 人）の語りを抽出して、分析対象とした。

データは統計的代表性よりも文脈や特殊性に注目し、事例間の類似性や相違点を明らかにすることを目的とした、maximum variation sampling と呼ばれる標本抽出法に拠って収集されたものであり、個々のインタビューの長さは 1～2 時間である。原則として協力者の自宅で行われ、録音機器での記録に加え、同意が得られた場合は映像も撮影している（7～9 割が撮影に同意）。インタビュー形式は非構造化と半構造化の両方を取り入れ、診断前の様子、治療に関する意思決定、治療の実際、仕事と病気の関わり、家族や周囲の反応などの基本項目について網羅するよう設計されている。

インタビューが行われた時期は、乳がんが 2008 年 1 月～2014 年 3 月、前立腺がんが 2008 年 2 月～2015 年 1 月、大腸がん検診が 2011 年 11 月～2013 年 1 月であった。

録音内容から作成された逐語録は、語りに送られ、公開を希望しない部分を削除したうえで、データアーカイブに収録されている。それを質的データ解析補助ソフト MAXQDA18 に読み込み、データ横断的に

表 2 診断後の仕事への復帰

	乳 が ん (N=39)	前 立 腺 が ん (N=33)	大 腸 が ん (N=13)	合 計 (N=85)
元の職場に復帰・就労継続	23 (59%)	22 (67%)	8 (62%)	53 (63%)
復帰後に転職	2	0	2	4 (5%)
復帰後に早期退職	5	4	1	10 (12%)
診断を機に転職	4	0	0	4 (5%)
診断を機に退職	4	6	2**	12 (14%)
診断を機に退職し後に転職	0	1	0	1 (1%)
その他*	1	0	0	1 (1%)

*産休中に発症、そのまま病気休職中 **自営業を廃業

比較分析を行い、就労継続もしくは離職に至った要因を探ることを目的として。がん検診や治療と仕事の関わりについてコーディングを行い、テーマ分析を実施した。

(倫理面への配慮)

分析に用いられたテキストデータは匿名化されており、インタビュー時に本人より、研究・教育を目的とした非営利の二次利用について同意が得られたものである。ウェブサイト上に個人識別につながる顔映像も公開されているが、本研究では映像データは用いない。報告書文中に引用されるインタビューの ID 番号は、サイト上の ID とは異なるものとして、映像との紐づけをしにくくしている。本研究によりインタビューに不利益や危険が及ぶ可能性は極めて低い。

なお、本研究の実施に当たっては、獨協医科大学生命倫理委員会(大学 29008)および DIPEX-Japan 倫理委員会(2017-01)の承認を得ている。

C. 研究結果

今回分析対象となった、がんの診断時に

就労していた 85 人の性別、診断時の年齢、診断からの年数、診断時の就労状況、再発・転移の有無、主な治療方法について、疾患別に整理したのが表 1(次ページ)である。

1) 診断時の就労状況

フルタイム/パートタイム、正規/非正規、被用者/雇用者/個人事業主など多様な就労形態が含まれている。がん種別の特徴としては、乳がんは年齢的に就労している人が多く、女性が多いことから非正規雇用の割合が高かった。それに対し、前立腺がんは罹患年齢が高いため、診断時に就労していても数年以内に年金生活に入った人が多く、定年前の最後の PSA 検診で見つかったという人が複数いた。大腸がんについては、本データではサンプル数が少なく、年齢や就労形態の特性はみられなかった。

2) 診断後の仕事への復帰状況(表 2)

約 2 割は診断を機に退職もしくは転職しており、8 割弱が元の職場に復帰したものの、そのうちの 2 割が元の仕事を続けることが困難で退職あるいは転職していた。つまり離職者の半数以上が診断から治療が始まるまでの間に離職しており、この数字は

表1 分析対象となった診断時に就労していた人々の背景と受けた治療

	乳がん (N=39)	前立腺がん (N=33)	大腸がん (N=13)	合計 (N=85)
性別 女	37	0	3	40
男	2	33	10	45
年齢階層別				
20-39	13	0	1	14
40-49	18	2	2	22
50-59	4	8	5	17
60-65	2	15	4	21
> 65	2	8	1	11
診断後の年数				
5 年以下	26	23	8	57
6-10 年	6	7	3	16
11 年以上	7	3	2	12
就業形態				
自営業	7	8	3	18
フルタイム雇用				
正規雇用	18	21	10	49
非正規雇用	5	1	0	6
パートタイム	9	3	0	12
配偶者あり	22	31	9	62
なし	17	2	4	23
再発/転移あり	11	7	2	20
治療の種類				
手術	37	15	9*	62
化学療法	14	2	4	20
放射線療法	23	22	0	45

*内視鏡下ポリペクトミーは除く

2015 年の離職タイミング多施設調査（約 4 割が診断から治療開始前に離職する）¹に比べるとやや高い。

がん種別に見ると、非正規雇用の多い乳がんでは復帰後そのまま就労を継続している人は 6 割弱と他より低くなっていた。乳がん患者は残り 2 つのがん種に比べ化学療法を受ける人の割合が高いので、副作用の影響を受けやすいということもある。実際に入院が長引いて職場復帰しても降格されたり、雇止めに遭ったり、なかなか次の派遣先が決まらなかったりしたことが語られていた（表 3 の A-1、A-2 の語りを参照、以下すべて表 3 の語りを参照のこと）。

一方、前立腺がんの患者は治療後に職場復帰する割合は乳がんより高いものの、定年に近いこともあって、診断と同時に退職したり、いったん職場復帰しても早期退職したりする割合も高かった。2013 年に 65 歳までの継続雇用制度が導入されるまでは、60 歳の定年を迎えてからがん罹患して雇用延長が認められず、年金受給年齢に達するまでの間経済的に苦しかったと語る人が複数いた（B-1）。大腸がんでは、年齢的な特性はないが、職域検診で見つかった人に予後が良い傾向があり、ほとんどが職場復帰していた。

3) 就労継続の要因

就労を継続できた理由として、大手企業の社員や公務員は、福利厚生が手厚く（認められている休職期間が長い、傷病手当の金額も違う）、産業医や産業保健師のサポートが得られたことを挙げていた（C-1、C-2、C-3）。また、自営業や会社経営者は、治療のためのスケジュール調整の自由が利き、職場復帰後の作業量を自己裁量で調節でき

たことを挙げていた（D-1、D-2）。

一方、治療に専念したくても職場のサポートや勤務時間についての裁量権のない労働者は、体力的な負担を覚悟の上で、治療を仕事と並行して受ける選択をすることで、雇用を守ろうとしていた。長期の休みを取れないために、放射線療法と化学療法を同時並行して受けながら職場復帰し、再発時の化学療法では通院するのに仕事を休まなくて済むよう、平日夜間にやっている遠方のクリニックに通っていたと話す人もいた（E-1、E-2）。

また、診断時に就労していた 85 人のうち、がん検診でがんが見つかった人は 23 人いたが（うち 17 人が職域検診）そのうちの 21 人が就労を継続していた。検診で早期発見すれば侵襲性の低い治療で済み、職場復帰もしやすい。中には精検受診をためらっていたときにがん経験のある上司に強く勧められて受診した、といった語りもあり（F-1）。職場のがんに対するアウェアネスも、就労継続の重要な要因の一つである。

4) 離職に至る要因

先述したように非正規雇用であることは、離職のリスクに直結している。非正規雇用の人たちは、がんと分かると契約を打ち切られるかもしれない、治療のために就業形態を変えてもらうことが難しい、といった不安を抱えており、そのためしこりに気づいていても受診を先延ばしにした、治療選択においても職場の都合を優先したといった語りが見られた（G-1、G-2）。

正規雇用であっても、中小企業の場合、再発・転移で治療が長引き欠勤が続くと、現場が回らなくなる恐れもあり、パートタイムで働きたいと言っても「辞めていただけた

らありがたい」といわれるなど、雇用サイドの都合で失職につながるケースもある（H-1）。しかし、規模としては小さい企業であっても、経営者自身ががん体験者で、社員ががん検診受診や治療のために休むことに理解があったために、仕事と治療を両立できたと話す人もいた（H-2）。

そもそも長時間労働の職場では、術後や抗がん剤治療、放射線治療中に復帰するのは困難である。非常にストレスの多い環境では、上司から「戦力にならない」といわれたり、セクハラに近いことを言われたりするケースがあり、そこから鬱になってしまう人もいる（I-1）。しかも、忙しいがゆえに治療を先送りしたことががんの進行に影響したのではないかと、という疑念を抱いている人もおり（G-3）。そうした職場に対する負の感情が離職に至る要因となっていることが考えられる。

なお、診断を機に離職した人の割合は全体の2割程度だが、その中でも多かったのは定年間際もしくは雇用延長中の前立腺がんの人、もしくはパートタイム主婦として働いていた乳がん女性である。その雇用による収入が生活に欠かせないものではない場合、治療に専念することを選ぶのであろう。また、実際のステージに関わりなく、「がん＝死」というイメージが先行してしまい、告知を受けて恐怖で仕事が手につかなくなった、という人もいた（J-1、J-2）が、そうした「びっくり離職」は多くはない。

術後の後遺症でそれまでできていたことができなくなった、リンパ浮腫のリスクを考えて手を使う仕事は辞めた、などがんの治療が直接的な原因となって離職につながったケースもあったが、むしろがん告知を

機に「自分が本当にやりたいこと」が何かを考え、それを実現するために仕事を辞める、という前向きな離職について語った人も複数いた（K-1、K-2）。

5）患者にとっての「仕事」の意味

がん患者の就労継続や離職について考えるとき、病気や治療による作業能力の低下や職場の環境といった外的な要因だけでなく、患者自身が自分にとっての「仕事」をどのようにとらえているか、ということも重要な要素である。がん患者の語りにおける「仕事」の意味を分析したところ、大きく3つのベクトルが抽出された。「収入を得る手段として仕事」「生き甲斐やアイデンティティとしての仕事」「ストレスの源としての仕事」である（図1）。最初の2つは人々を「仕事」に向かわせるインセンティブとなるが、3つ目は逆に「仕事」から離れる方向に向かわせる。

非正規雇用の労働者や個人事業主は、実際にこなした仕事の量が「収入」に直結する。従って、他に経済的に頼る先のない人は治療費を賄うために働き続けなくてはならない（L-1、L-2）。

一方、大企業に勤める人や公務員は「収入」の面は保証されていることもあって、それよりも「生き甲斐・アイデンティティ」という面での仕事についての語りが目に付く。がんの診断を受けて休職している間に、会社の中での「自分の立ち位置」が失われるような気がするという女性の語りがその例である（M-1）。また、仕事の「生き甲斐」としての側面に着目すると、がん体験は必ずしも悪いものではなく、職種（医療関係者や教育者など）によっては、職業上の経験値にプラスされる場合もある（M-2、M-3、M-4）。

しかし、大企業であれ、零細企業であれ、職場や仕事が「ストレス」になっているケースは少なくない。実際、「がんになったのは仕事のストレスのせいだろう」と思っている人も複数いた（N-1、N-2）。「ストレス」の様々な要素の中でも、労働時間の長さ、仕事量の多さが職場復帰のハードルを高くし、仕事の質（クレーム対応など）や職場の人間関係などが職場復帰へのモチベーションを下げていた。

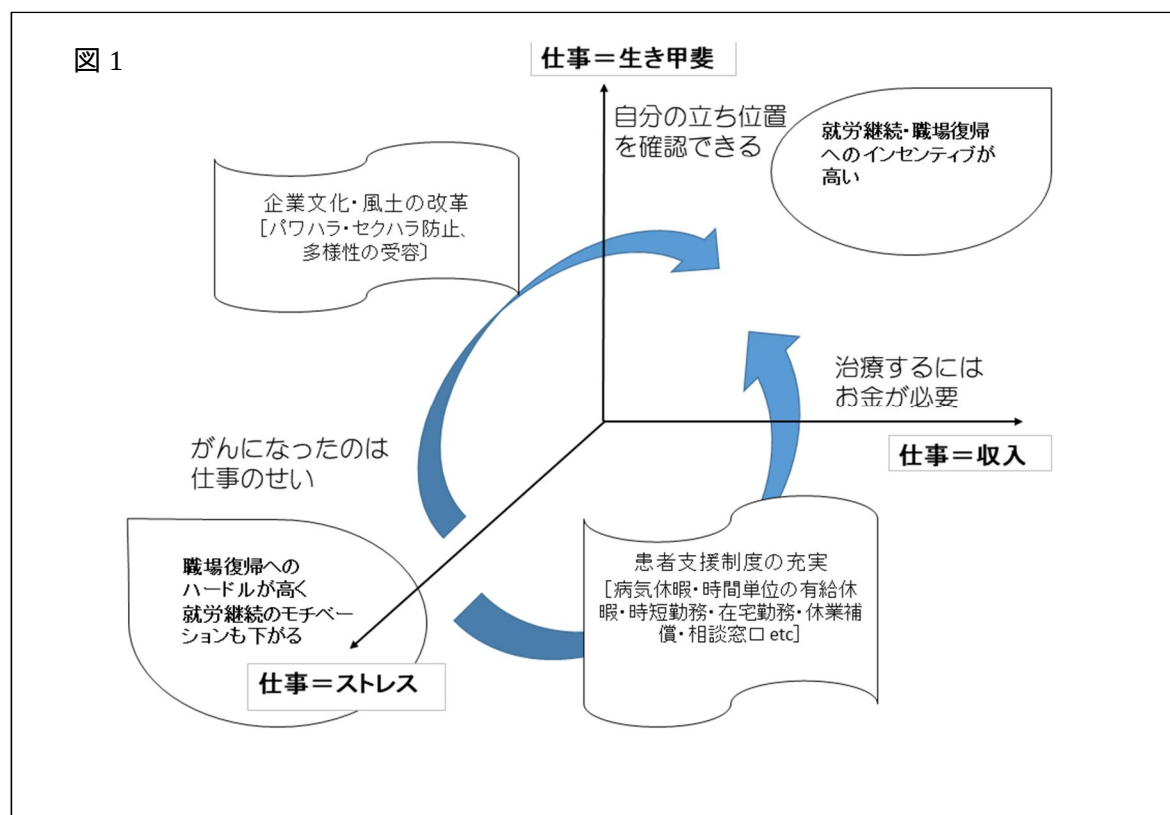
D．考察

がん患者の就労継続や職場復帰には、性別や年齢、病期に加え、会社規模、雇用形態、治療の副作用や後遺症の有無など多様な要因が関係している。本研究では、主に乳がんと前立腺がんという、年齢性別構成が大きく異なるがん種の患者の就労状況を検討したが、その中で特に際立っていたのは、非正

規雇用で 30-40 代の独身女性たちが置かれている厳しい状況である。年金受給までにはまだ相当の年数があり、治療費を稼ぐためには働き続けなければならないが、治療の副作用や後遺症、再手術や合併症などで働けない状況が続けば仕事を失いかねない。

同様のことは中小企業に勤める働き盛りの前立腺がんの男性にも（もちろん乳がんの女性にも）言えるが、規模の小さい職場は経営者の考え方次第でがん患者に対してサポート的な環境にもなりえる。それに対し、短期の雇用で採用されている派遣社員は正社員が受けられるようなサポートが受けられないことが多い。

平成 30 年労働力調査（年次）²では非正規雇用の割合は 37.8%に達しており、その 68.4%が女性である。非正規雇用の女性を年齢階級別にみると 45～54 歳が 365 万人と最も多く、次いで 35～44 歳が 307 万人



と、乳がんや婦人科がんの罹患率が高くなる年齢層に多い。

そうした不安定な立場に置かれた非正規雇用の人たちが、がんの疑いを抱いた時に仕事を失うことを恐れて受診をためらったり、治療を先送りしたり、意に反して退職させられたりしないで済むように、非正規労働者が産業医や社労士によるサポートが受けられるような公的な相談窓口の整備拡充が求められる。

一方、正規雇用で働いている人たちも、制度的には非正規労働者より守られているかもしれないが、がんを罹患したことで「戦力外」「はた迷惑」といった働く人間としての価値を全否定されるような経験をする人は少なくない。もちろんこれはがんという疾患のみにとどまらず、慢性疾患や障害を持ちながら働くことを希望する多くの人に共通する問題であり、それらを職場におけるハラスメントとして認識する必要がある。従来のペースで働けなくなったことでいたたまれずに自主退職に追い込まれる、といったことが起こらないように、パワハラ防止研修などを通じた職場の意識改革も必要だろう。少子高齢化が進む労働市場において、がん罹患経験を単なるマイナスととらえるのではなく、生産性以外の新たな価値基準で評価して生かしていくことが喫緊の課題である。

本研究の限界として、もともとがん体験全般について聞いたインタビューであって、就労に特化したものではないこと、がん種が限られていること、2015年以前に採取されたデータであるため、第2期がん対策基本計画に盛り込まれたがん患者の就労支援政策の影響が反映されていないことなどが

挙げられる。

一方、ここで用いたデータは、原則的に映像・音声・テキストの3つの形式でアーカイブ化されており、映像・音声の一部はNPO法人ディペックス・ジャパンが運営するウェブサイト「健康と病いの語りデータベース」で公開されている。そのうち「乳がんの語り」の「病気と仕事のかかわり」というトピックページには、15個の映像クリップと4個の音声クリップが、「前立腺がんの語り」の同トピックページには13個の映像クリップが公開されている。

<https://www.dipex-j.org/breast-cancer/topic/life/shigoto>

<https://www.dipex-j.org/prostate-cancer/topic/life/shigoto>

現在、がん患者の就労継続を支援するために、患者向けパンフレット、医療者用ガイドブックや企業向けマニュアルなど、様々なツールが作成されているが、映像・音声による体験者の語りには強いインパクトと説得力があるため、今後はこれらの映像・音声の活用により、より効果的な支援ツールの開発が可能になるかどうかを検討していきたい。

E. 結論

診断時に就労していた乳がん、前立腺がん、大腸がんの患者85人のインタビューデータを分析した結果、全体の6割が就労を継続していたが、離職者のうちの半数以上が診断されてから治療を始める前に離職していた。治療と仕事の両立を可能にする要因として、企業側の支援制度の充実があるのは当然のことだが、実際には患者個人の努力(負担)によるところも大きいことが明らかになった。ただ、離職がすべて症状や副

作用や就労環境の不備に原因するものではなく、その仕事に生きがいを見いだせているかどうか、仕事がストレッサーになっているかといった心理・社会的な要素も関与していることが示唆された。

F．健康危険情報

特になし

G．研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H．知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3.その他

<引用文献>

- 1．高橋都，働くがん患者の職場復帰支援に関する研究～病院における離職予防プログラム開発評価と企業文化づくりの両面から．平成 28 年度厚生労働科学研究費補助金総合研究報告書．
- 2．総務省統計局，労働力調査（詳細集計）平成 30 年（2018 年）平均（速報）．

表3 がん患者の語り

1. 診断後の仕事への復帰状況	
A 乳がんの特徴的な非正規雇用の方の語り	
A-1 53歳(51歳)・ 女性 乳がん・ 派遣社員	何でしょうね。がんになったことがショックというよりも、仕事どうしようとか、管理職なので、すぐには休めないとかね。で、母子家庭なので、どうしてもこう、何ですかね。...どうしようみたいな感じがあったので、...仕事場の人たちがちょうど辞めたときだったので、新しい人を育ててからじゃないと私は休めないっていう状態だったので、もうそっちを先に優先して、手術は1カ月半ぐらい延ばしたんですね。で、すぐ取れますよみたいな感じで、まあ1カ月半ぐらい延ばしたからといって、リスクはそんなに変わりはないということだったので。(中略)上司の部長の方が「戻ってきてくれ」と、「いつまでも待っている」って言うてくださって、それはすごいうれしかったですね。うれしかったですけれど、まあ結局は退院して戻ってという話をしたときに、降格させられて、それで結局仕事は、私は辞めたんですけど。
A-2 42歳(42歳)・ 女性 乳がん・派遣 社員	病名が分かった時は、一応、派遣先にも——仕事が営業というものであったので、お客さまを担当で持っているような仕事でしたので、そちらで迷惑がまず掛かっちゃいけないということで——派遣先と派遣元とを全部、もうすべてオープンにしました。(中略)その後は、実際にその病名を派遣先にこう伝えて、仕事の、相談というか、仕事を「それでも働きたいです」という意向をちょっと示しても、なかなか難しいところはやっぱりありまして。で、実際にその...派遣で、がんになるというのはこういうことなんだったという(笑)のをちょっと思い知ったといえますか。仕事については...、本来であれば公表しない方が良かったのかなというのがちょっとあります。(中略)通院をしているとどうしても、何らかの形で影響が出ないとは限らないので、その分も分かってもらいたいというところで、派遣会社に話をしたんですが、そうすると、もう、えー、仕事としては受けられない、という反応があるところの方が多かったです。
B 前立腺がんの特徴的な定年延長期間中の人の語り	
B-1 61歳(60歳)・ 男性 前立腺がん・ 団体職員	60歳で定年ということで、(中略)、ひと時代前だったら、そのまんま年金生活入れたんですけどもね。60ですぐ移行して。今、なかなかそういうわけにもいきませんで、64から年金生活という形になりましたので、まあ、とりあえず4年間は再雇用ということで、同じ職場。まあ、場所が、関東のほうに変わったんですけども、(中略)結果が出るのと転勤辞令とが大体だぶったような時期なんですけども、いわゆるPSA、まあ、血液検査で、まあ、毎年1回受けておったんですが、どういうわけか、この4~5年はちょっと失念しておりまして、あれは、あの一、オプションでせないかんということなんで、まあ、たまたま忘れておったんですけども、今年で60で最後だったということで、オプションで、向こうの看護婦さんのほうから話がありましたんで、「ああ、そろそろ頼んまっせ」ということで、えー、したんですが。(中略)64まで勝手に年金延ばして、その間(かん)にペアとして、えー、再雇用ということ。そこでちゃん切るんじゃないよという制度がありながら、こういうふうな、わしも好きでがんになったんじゃないんやけども、「あ、もう健康じゃなければ再雇用しませんよ」という。組織としてはそうかもしれませんが、もう冷...。まあ、一言でいえば冷たいもんやなど。
2. 就労継続の要因	
C 大手企業社員や公務員の語り	
C-1 45歳(42歳)・ 女性 乳がん・会社 員	当初はね、私もすぐに復帰できるもんだと思ってたので、もう会社側のほうも、人を代わりに補充するっていうことは、全くなかったんですね。私もそのつもりだったので、とにかく7月に入院して9月に復帰するっていう自分の意気込みもあったんですけど、やはり、手術して入院して、抗がん剤が始まって、放射線治療。全部で、実質的に10カ月、会社はお休みしたんですね。会社側も、まさかそんなに長引くとは思ってなかったことで、「まだ復帰しないの?」っていう連絡はいただいていたんですけど、だんだんとやっぱり会社のほうも、「これはちょっとただごとじゃないぞ」と思ったらしく、私も今までやってた仕事も、すごいストレスの多い部署だったんで、多分復帰したとしても、同じ部署では働けないだろうっていうことで、当時の上司に相談をして。そしたらもう、本当に恵まれてる会社でよかったなと思ったんですけど、外してくださったんですよ。代わりにもうほかの人を雇っていただいて。もう私は、とにかく、「取りあえず復帰して、考えようか」というような感じでやっていただいたんで、とっても気が楽でしたね。
C-2 51歳(47歳)・ 女性 乳がん・銀行 員	主に医務室の保健婦さんが間に入って、保健婦さんの上司となる人事部の関係の人が、あの、そういう専門の人がいるんですね。その人と保健婦さんとで間に入っていただいて、私の職場の配属されてるところの上司というんな話とか連絡とか付けていただいて。で、今回(再発後)お休みに入るに当たって、いわゆる本部詰めて言って、「どこにも所属してないよ」という状態にしてくれたんですね。どっかに配属されてると、そこは私が行ってない間、一人減で仕事しなくちゃいけなくなっちゃうので。でも、本部詰めにすれば、一人それを補充する人があ

	てがわれるんですね。人事のほうからね。今までは、そういうふうに本部詰めっていう形に なかったの、「早く復帰しなきゃ。早く復帰しなきゃ。みんなに迷惑かけちゃう。早く復帰しな きゃ」っていう焦りもあったけど、今回は、そういう本部詰めにさせていただいたことによって、私の 代わりの人が補充されるよっていうことで、ある意味、(治療に)専念できるっていう部分があっ て。そういうのは全部、その人事と、その保健婦さんとでやってもらいました。
C-3 53 歳 (49 歳)・ 男性 前立腺がん・ 公務員	(通院で受けた)IMRT放射線は、1 日で一気に当てられないけれど、毎日しなきゃならな かったんだ。土日休んで。多分そうだった。(中略)入院してもいいんですけども、治療する以 外のときは、ただ、何もしないでいなきゃならないんですよ。これもつらいじゃないですか、だっ て。うん。だから、それよりも、やっぱり、生活のリズム、少し、治療しなければならいって いうのもあるんですけども。だからその分、その点、あの、職場の皆さんには、多分迷惑かけた と思います。皆さん理解していただきましたけど。ある意味これは、 <u>地方公務員だからできた ようなものであって、普通の民間の人だったら、ひょっとしたらクビになったかもしれないし。厳 しいところで、そんなに簡単には、やっぱり、思い切って入院でもしてもらったほうがよかったか もしれないですけど。まあ、わたしのある意味、わがままで。</u>
D 自営業者・個人事業主の語り	
D-1 59 歳 (56 歳)・ 男性 前立腺がん・ 設計事務所 経営	実際の治療のほうは、まあ順調に運びましたから、その中身、治療の中身は、まああんまり細 かくお話ししても、まああんまり意味がないかと思うんですけども、まあ、あの、手術受けら れた方にはちょっと気の毒なほど楽させていただいたものですね。えー、まあ、こんな楽な 治療でいいのかなというのが、まあ、放射線治療の、まあ特徴と言えば特徴ですね。当時 は、まあ、私、たまたま仕事のちょっと忙しい時期とかち合っていましたんですけども。え ー、仕事の、事務所が大阪だったんですけども、どうしても打ち合わせに出ていかなければ いけないときいうのも何度かあったわけなんです。それ全部病院抜けてですね、仕事もやって ましたし。最後締め切りの間際というようなときには、 <u>ざっと病室で机のような形を全部こさ えて、まあ、パソコンもちろん置いてましたし、仕事の図面の束置いてずっとそこでチェックやら 仕事とかです。皆ずっと病室でしながら。えー、結構、うーん、まあ、相部屋だったんですけ れども、みんなそういうことやってましたですね。</u>
D-2 71 歳 (64 歳)・ 男性 前立腺がん・ 窯業経営	(自営業の)マイナスの面はね、何人かのお客さんから一度に仕事がかたまったときに大変な んですよ。だから、そういうときは、もう、極力、自分のできる量だけ、うん、は、受けますけど、 あとは、少し遅れますよと、遅くなりましてもいいですかということで了解いただいて、受けるも のは受けますけど、そうじゃない急ぎのものは、まあ他の業者さんでお願いしていただきって、 お断りすることもありますねえ。やはり、自分を、時間的に窮屈に縛ってしまいますと、その責 任感のほう为重荷になりますんで。もう、これから、その企業として、利益がそんなに上げられ る業種じゃないんで、まあ、そこそこ生活できればいいかなっていうぐらいの考えで、今は仕事 に従事していますんで。まあ、 <u>とにかく疲れない程度のお仕事、うん、お引き受けしながらです から、お客さんも正直言うと、ちょっと頼りない面があるかもありませんね、はい、そういう点で は、マイペースと言うのかな、はい、自分の生活を、まあ、この基準で守りたいと思う、その 範囲内で仕事も進めながらやっています、はい。</u>
E 仕事と治療の両立に関する語り	
E-1 47 歳 (42 歳)・ 女性 乳がん・会社 員	(初発の時は)今の会社で、正社員でした。でも、働いてまだ 1 年ちょっとぐらいでした。(中略) あまり長く休めないの、普通は、抗がん剤と放射線治療っていうのは重ねないらしいんです けど、私はもうそんな休んでられないし、放射線、毎日って聞いているから、「もうやっちゃって ください」っていうことで、一気に全部やってもらったので。放射線のほうはちょうど休職の最後 で終わってましたし、で点滴は、あと 1 回残す感じになってました。最後の最後がもう...重ねれ ば重ねるだけ副作用って重複されてくるので、しんどくなってくるんですけど。で、かなりきつ かったんですけど、最後は点滴受けてから仕事に行くみたいな形だったので、もう OL 復活しまし たし。
E-2 同上	(再発時の化学療法では)私、休むともう有休ないし、クビになっちゃうから、「そこは何とか ならないでしょうか？」ということで、夜に行く方法とかないかと。「サテライト的に、もう診断がつ いてる患者に抗がん剤だけ夜間にやっているとあります」っていうふうに、その先生が、 「僕が担当しています」とおっしゃってくださったので、「そこに、仕事終わってから行きます」っ て、仕事休まなくてもいいように、まず段取りをつけていただいて。(中略)で、夜、職場から、 隣の県というか、他府県越えをしないといけないので、定時に退社して 1 時間半ぐらいかけて その病院行って、点滴を受けて帰ると。8 時までには滑りこめば何とかなるので、8 時までにとに かく病院に行き着いて、点滴をして、9 時ぐらいに帰っていくっていう生活でした。

F 職場におけるがんの Awareness に関する語り	
F-1 51 歳 (49 歳)・男性 大腸がん・会社員 (中小企業)	はい、えーと、一番最初、えーと、見つかったのは、えー、会社の定期的な健康診断で。で、そのときに、検便を、えーと、2 日分採るということで、えー、採って検査のほうへ出したんですけども、その、えーと、どちらかのほうに、えー、血が混ざっていたということで、連絡が入りまして。で、再検査...の通知をいただきました。で、本来であれば、実際問題、1 回ですんで、はっきり言えば行ってね、うん、あの一、よく周りから聞けば、痔だったり、ええ、ポリプ程度だったっていうのは、よく聞きましたので。うーん、自分としては、それほど重要視していなかったんですけども。で、まあ、会社の社長のほうからは、もう再三、再検査...行けということを言われましたんで。(中略)社長の...要するに.....言葉というか、命令というか(笑)、とにかく行けっていう...ねえ。
3. 離職に至る要因	
G 非正規雇用の人の語り	
G-1 42 歳 (42 歳)・女性 乳がん・派遣社員 (A-2 に同じ)	最初に自分で気が付いたのが 11 月で、年が明けて健康診断に行ったのは 8 月なので、10 カ月近くは何もしていない状態でした。(中略)まず、踏ん切りが付かなかったというのがありますし、あと、経済的なことを考えると、ちょっとその時の状況で、もし、その進んだがんだった場合に、家族がその病気療養をしてくれましたので、...かなりちょっと経済的な負担が大きくなるだろうというのと、少しそこまで自分のことに使うまでの余力をちょっと付けるために、仕事を優先しようと思ってました。(中略)最悪の、そのがんだということになると、かなりやっぱりもう手術するんであっても、入院したりとか、その後の医療費のこととかを考えると、その時にその経済状態で、というのはちょっと考えにくかったですね(笑)、はい。
G-2 42 歳 (38 歳)・女性 乳がん・派遣社員	実は 2 月から、あの、派遣でも仕事のほう決めてたんですね。で、今もし病院に行って最悪がんだと言われたときに治療をまずしないといけない。 <u>そしたらせつかく決めたお仕事がまずもうできなくなってしまう</u> 。で、派遣という形で働くのは、実はそのときが初めてでして、ちょっとやっぱり正社員と全然雇用形態が違いますので、やはり、ちょっと保障という点で、もう何もなような状態になるんじゃないかということで、やはりすごく不安を感じまして、 <u>とりあえずちょっと今回はしこりはあるけれども、もしかして良性かもしれないし、放っておいてしまおうっていうことで、実はもう放っておいたんですね。</u>
G-3 53 歳 (51 歳)・女性 乳がん (A-1 に同じ)	待ってくださるということだったので、「復帰をするために抗がん剤とかを使うと、いろんな副作用とかが出て、仕事に行けない可能性もあるから、なるべくそういうのは避けて」、みたいな形で、「放射線も毎日 5 日間を 5 週間連続行かなければいけないので、ちょっと無理なのか」とか、あるいは会社の近くの病院だったので「休憩時間をそこに使わせてもらおうか」みたいな話をしていた。そこまで考えていたんだけど、企業側は何も考えてくれなくて、結局、私を要らないような形で、復帰をするときに言われたりとかしたので、 <u>だったら初めから、辞めさせてくれないで、もっとちゃんと治療はできたのかなとか思ったりもしますね。仕事があるので、手術も 1 カ月半延ばしたっていうのが、それが原因かどうかは分からないんですけど、リンパまで転移していたので。うーん、何か馬鹿だったかな...とか思いますね。</u>
H 中小企業の社員の語り	
H-1 60 歳 (57 歳)・男性 前立腺がん・社員 (中小企業)	ちょうど休職期間終わる頃はですね、元気になってきましたね。そこで、休職切れるタイミングをこう見計らいながら(笑)、正直なところ、もう一回働くっていうことを選択肢の中に入れたわけですね。もうフルじゃなくても、私の場合は、例えばカウンセリングとか、キャリアサポートの仕事もありましたので、そういったことをやるかっていうこと。あるいは、社内で、社内のそれは、 <u>1 回、会社には相談しました。現場に戻りたいっていう、復職したい。でも、やっぱり中小企業、厳しくて、拒否されましたね、実質的に。「辞めていただけたらありがたい」ってはっきり言われました。</u> フルタイムじゃなくてもいい。私、自分自身の体のこともあるから、いきなりフルタイムの自信はなかったんで、時間を短くして、曜日を、あるいは少なくするとかっていう相談に乗ってほしいっていうことは、会社に打診しましたけども、断られましたね。
H-2 51 歳 (49 歳)・男性 大腸がん・会社員 (中小企業) (F-1 に同じ)	前は、何か、その検査入院と手術で、まあ、ほとんど 1 カ月ぐらい入るのが、検査入院が駄目だったということで、要するに、1 週間に 1 回ぐらいのペースで、要するに、いろんな検査に毎回行って、ええ、だから、その都度、やはり、...変な意味で大変でしたね、それは。昔は、何かその、検査入院で 1 週間やら 10 日いたのが、今はそういうのは、入院のあれにはいけないみたいな話をされて、ええ。——でも、 <u>それ、1 週間に 1 回、病院で検査受けるって、とても大変だと思うんですけど、そういうときって、会社はどういったお休みになるんですか、もう有給全部使っちゃうんですか。いや、...ま、うちの会社的には、結局、社長が、経験者ですんで、それは、何もしない。要するに、例えば、何時から検査だって言えば、そこで、うん、その時間帯は抜けて、ええ。——もう検査戻ってきたら、また普通に働いてっていうことで、お休みの扱いじゃな</u>

	いっていう。じゃないです。うちの会社会的には、やっぱり、社長が経験者ですんで、その辺は、...ええ、逆に...ちゃんと行ったっていうだけで、そういう休みにはしないですね、ええ。
I パワハラ・セクハラ	
I-1 51歳(48歳)・女性 乳がん・会社員	あの、嫌だったのは、職場の上司に、えー、ま、告知を受けたあとの、説明して、そのほう、報告というか、せ、あの、「こういう病気になってしまいました。手術をしなくちゃならないので、そのあと治療があるので、お休みをしなくちゃならないです」って言ったときに、「戦力にならないな」っていうふうな、何か吐き捨てるように言われたのがすごく残っていて。そのあと、がらっと雰囲気変わって、「いいよ、いいよ、もう仕事しなくて」って言われたんですけど。ただ、その、「戦力にならないな」っていう吐き捨てるように言われたのがすごく嫌だったのと、それから、職場異動させられて、異動した先で、あの、ちょっと人間関係が駄目になって、で、通えなくなって、あの、休んじったんですけど。そこで、その上司が入れ替わって、替わった、新しく替わった上司の人に、面談したことがあったんですけどね。その人に、ま、病気のことを説明したら、 <u>言われたことが「乳房(ちぶさ)切り取っちゃったんですか」って言われて、それで、もう、ショックで。結局、それで、私、1カ月ぐらい眠れなくなっちゃったんですけど。で、あの、精神科に通うようになっちゃったんですけど。そんな言葉を、あれは、一番ショックでしたね。</u>
J 「がん=死」の恐怖	
J-1 61歳(60歳)・男性 前立腺がん・団体職員 (B-1に同じ)	「ああ、がんか。がんならイコール死ぬことや」って。「ああ、死にたくないや。なら...死ぬまでに何か片付けとかないかん。身辺整理、あれせにやいかん、これせにやいかん」。そっちのほうばかりですね。要するにパニックですね。朝、宿舎から出ていく前に顔洗って、歯磨いてやるとくと、すぐ近くに電車が、通勤電車が通るとるんですけども、あそこは丘陵地帯なんで、トンネル多いんですね。で、 <u>トンネルに、電車が行き交うのにゴーってな音があつて。もうその音聞いただけで、こっちでいう、おぞけづいて。「もう、もう、もう駄目や」と。もう、もう地獄のほうに引きずり込まれるんじゃないかなろうかつちゅう、そんな感じで。</u>
J-2 63歳(62歳)・男性 大腸がん・喫茶店経営(診断を機に廃業)	自分で検査して、郵送して。ほんだら、2週間ぐらいかかったのかな、郵送で返ってきたら、あれ、2日間やるんですよ、検査をね。そうすると、 <u>2日とも、陽性のほうで、再検査すぐにしなさい</u> というて書いてあったんで、ほれで、その日もお店をしていたんですけども、お客さんの前で手が震えてくるような感じで。でも、その次の日には、もう近所のお医者さんへ、その用紙を持って行って。(中略)で、すぐに、もう、次の週の頭には、総合病院へ紹介状書いてもらって行って。すぐに、そこで一番早く検査できるのはいつだって。で、もう、 <u>12月にはお店休んでいましたからね。もう、全部、そっちに.....検査のほうに、...検査がない日でも、もう仕事している気がしなくて、うん。</u>
K 本当にやりたいことを探す	
K-1 50歳(43歳)・女性 乳がん・グラフィックデザイナー	今までデザイナーでずっとお仕事をきてきてまして、残業どころか、まあ24時間ずっと仕事みたいな感じだったんですけども、すべて見るものが勉強になったり、次の仕事の分の参考になったりっていう感じだったんですけども。まあ病気になって、同じことを続けなければいけないっていうか、続けるのかな、と思ったときに、もう素直にもうそれは嫌だと思ったんですね。確かに自分が好きでこのデザインの仕事をやって、いろいろな企業さんの広告とかデザインとか、 <u>本当にそれは好きでやってるんですけども、同じことは嫌だ、とにかく同じことは嫌だと思って。そのときじゃあ自分が、本当の自分は何をしたいんだろうかって思って、自分を見つめ直した1年ぐらいが一番精神的にしんどかったんですけども。(中略)そこでようやく見つけ出したのが、ほんとに自分はものを作るのが好きだということ、それは変わらない。だけど、今までの仕事とはまあ違うような、違うことをやりたい。(中略)自分が本当にやりたいことを見つけるまでに1年ぐらいかかりました。やりたいことっていうのはイコール自分の一番避けたい部分でもあったんで、乳がんの活動っていうのに辿り着くまで、やっぱ1年ぐらいかかりました。</u>
K-2 41歳(37歳)・女性 乳がん・看護師→マッサージサロン経営	放射線治療は、えー、退院してから1カ月間通ってたんですけど、毎日。まあ、通って、まあ、治療自体はそんなに苦痛ではなかったんですけど、やっぱ精神的にちょっとね、まあ、落ち込むこともあったんですけど。でも...、あの一、何か毎日がやっぱ楽しくて、何か充実してるなって感じはありましたけど、 <u>どこか、心のどこかで何か....、何だろう。何か物足りなさっていうんですか。何かそういったのがちょっとありました。で、それは何だろうって全然分からなかったんですね。(中略)で、あるときに、ある人の話で、えっと、私のこの満たされてない部分っていうのが何だったのかっていうのが分かったんですね。で、それは、あの一、今まで私はやりたいこと....、夢があったんですけど、その夢を諦めていたんですね、ずーっと。で、その夢を諦めてた自分に気が付いたんですよ。気が付いて、まあ、あの一、病気になったことでいろいろ生き方ですとか、自分はね、あの一、どうしてこの病気になったのかとか、どういう生き方をしていきたいのか、本当にこう後悔しない人生を歩んでいるのかというふうなずうっと考えて</u>

	ました。そのときに、やっぱりこう、諦めてた夢を、それを思い出したんですね。それで、まあ、一度しかない人生なので、ちょっとチャレンジしてみようかなっていうふうに思い立ったのが、まあ、えーと、手術してから1年後に、えっと、看護師を辞めて、その一、前から夢であった、その一、マッサージのサロンを、オープンさせたんですね。
4. がん患者にとっての仕事の意味	
L 仕事 = 収入	
L-1 47歳(42歳)・女性 乳がん・会社員 (E-1に同じ)	そして、最初の、初発の治療は、切って、その後、術後の抗がん剤と放射線を行って、その間、3ヶ月間の、仕事の休職をしました。私は一人で暮らしていましたが、病気になったことで、病気になったから家に戻る、親のところに帰るということは考えていなかったで、「とにかく私には優先順位があります」と。 「治療は大事です。命は大事です。でも、それをするにはお金が要ります。だから、働きます。働いて治療します。さあ、どういう治療が考えられますか？一緒に考えてください」というふうにドクターにお願いしました。
L-2 42歳(38歳)・女性 乳がん・派遣社員 (G-2に同じ)	特に私のような派遣とか、ちょっと不安定な位置付けで働いてる人っていうのは、やっぱり会社に知られるとあの、契約できないんじゃないとか、そういうすごく不安もありますし、やっぱり、あの、治療を実際にするとなると、すごく経済的にも負担がかかるんですね。で、安定した収入があっても月々のその治療にお金がかかるとなると経済的にも精神的にも負担がかかるのに、そんな中であの、安定した収入がないってなると、それ以上の負担ってすごいんですね。で、もう、体以上に経済的に家計もひっ迫してくると、実際治療したいのにできない人も出てくると思うんですね。
M 仕事 = 生き甲斐・アイデンティティ	
M-1 50歳(48歳)・女性 乳がん・会社員(大企業)	その、休んでる間というのは8ヶ月間だったんですけども、何かすごくやっぱり不安だったんですね。ずっと仕事してきて、勤めてきて、いわゆる自分の立ち位置の一つがなくなってる、ぐらついてる、そういう感じがすごくあって。でも、やっぱり、抗がん剤のせいで、あのー、いろんなとこしびれたりだとか、気力が続かないとか、いろいろありますから、やっぱり無理もできない。いろいろあって。(中略)で、復職して1ヶ月ぐらいやっぱり、なんかこう、前の調子には戻れなかったんですが、で、前の仕事に戻るのは無理というのはみんなが判断、周りもみんな判断していて、ですから、24時間呼び出されるような仕事はまず無理だと思いますので、実際に夜中でもお客さまに駆けつけるといのはしゅっちゅうありましたので、ま、そういう仕事からは外してもらって、以前からやりたいと言ってたところの仕事に移していただいて、そういう意味ではすごく、その、恵まれてたと思います。(中略)しかも、8ヶ月間ずっとお給料出てましたし、それで前半のその年の休んだときも含めて評価が下がったわけではないので、普通の評価でいられたので、すごく周りに恵まれたというふうに思ってます。
M-2 34歳(32歳)・女性 乳がん・看護師	誰かに必要とされているということが、何か心の健康のためにはすごく大事なんですね。何か、家にその病欠中で休んでいるときも。家に1人でいると心の中がこう澁んでくってしまうという。自分だけの考えだけで、誰にもしゃべれず、こう何かしゃべっていても。何ていうか。誰か聞いてくれる人がいないとやっぱり張り合いがないし。ご飯を食べるのも1人だと寂しいし、やっぱり、人は1人では生きていけないんだなっていうのをすごくこう病気をして痛感したので、誰かのお役に自分が立てるんだったら、自分の生きているうちは、元気なうちは、そういうお役に立てるように半日でも何でも、行って話を聞くだけでもいいから。自分の健康のためでもあり、その患者さんたちのそのためでもあるっていうところで、すごく仕事は大切ですね。
M-3 41歳(37歳)・女性 乳がん・看護師→マッサージサロン経営 (K-2に同じ)	当時、私は看護師をやってたので、えーと、そうですね。まあ、あー、2週間で復帰をして、で、仕事に戻ったときは、あのー、何かすごく新鮮でしたね。うん。何だろう、あのー、今まで特別変わりはないんですけど、すごく、患者さんとのこの接し方が、こう、自分では、何て言うんですかね。柔らかくなったなっていうような、こう思ったりですとか、ちょっとしたことで嬉しいとか、こう、きれいだなとかって、普段、何気なく見過ごしてたことが、あのー、すごく輝いて見えたりとかっていうふうな感じはすごくありましたね。
M-4 46歳(35歳)・女性 乳がん・教員	中学校の教員をしています。えー、ちょうど中学校2年生ぐらいの、(中略)自分のしんどさで、自分が今、本当にどんだけこういろいろ恵まれていたり、ある面はしんどいけど、ある面はいい思いをしている、幸せな思いをしているっていうようなことが受け入れられない、そういう年ごろの子たちに、健康で、元気で、何でもできるとき、自分がしたいことをしようと思えば何でもできるときにあるっていうことを、何かうまい方法で伝えていければたらな。私自身を振り返っても、中学校のころ、高校のころ、自分のしんどさばかりで周りに八つ当たりもしてたし、そういう思いもあるし、自分が病気するまで、自分が本当に恵まれているとか、自分がこう...、何でもや

	ろうと思えばできるっていうことがありがたいなっていうことをこう感じるということがなかったの で、それが自分が病気になって、自分の 10 年後の命はとかいうことに向き合ったときに、あ あ、でも、仕事もできる。あの一、子育てもできている。こんな私でも、誰かの役に立っているっ て感じられたときに、すごく幸せだったんです。だから、そういう思いをなかなか、中学生ぐら いって、言うたら言うだけ反発するんだけど、何かいい方法で伝えていけることができないかな。 で、それをすることが、私のこの職業に就いた意味でもあるかな。こんなこと言ったらすごくこ うね、恥ずかしいんですけど、そんなこと思ったりもしています。
N 仕事 = ストレス	
N-1 60 歳 (57 歳)・ 男性 前立腺がん・ 社員 (H-1 に同じ)	お客さま相談室みたいなもの、まあもっと平たく言うとクレーム対応をする部署ということで、そ の仕事もしておりました。まあそれは、実はその発病にかかわりがきつとあるというふうと思う んですけども、精神的なストレスというのは、かなりやはり強い。まあ特に私の場合は現場でこ じれたクレームの話を全部もう一度今度こう解きほぐして、お客さまのところにまずおわびに行 って、お客さまの気持ちを全部受け止めて、そして、もう一度お客さまに会社としてどういうこと をして差し上げたらいいかというお話を、ゼロからもう一度するような形になりますので、まあ あの、本社に上がってくるというのは、やはり現場の対応が悪くて上がってくるようになります ので、まあ非常にこじれた件が実際上は多かったです。
N-2 79 歳 (56 歳)・ 男性 乳がん・会社 員	まず、がんになるような仕事をしておりました。小さい会社が急激に膨張しましたんで、ばか で、もちろんでも偉くなれたわけです。管理職になるわけです。ほんなら、やっぱり、能力のない人 間が、小さい器が大きな器に変わった場合、どうしていいかわからなかったわけです。数字と の追っかけっこですから。ですから、5時会社終わりますと、それから自分の部下を 20 何人ぐ らいおりますが、飲みに行ったり、ま、入れも変わりもマージャンをやって、それから、飲み に行って、それから、するもんですから、それがコミュニケーションと考えていました。で、家へ帰 るのが、大方 3 時ごろで、ご飯食べる日だけお母さんに、「本日はご飯を食べます」言うて(笑) 連絡します。そやから、朝 9 時に、あの、会社始まりますが、朝礼がありますんで、それも、何 かしやべらないかんから、牛乳 1 本飲んでそのまま走っていきました。不規則。それから、どう ですか。全ての面において、病気になって当たり前のような生活やとったような気がします。 まず、職業はそういうことで、営業管理職をやっておりまして、今考えてみると、当然がん になって然るべきような生活状態であったと思います。

大学病院外来化学療法室におけるがん治療と就労の両立に関する 調査研究

研究分担者 齊藤 光江 順天堂大学医学部乳腺・内分泌外科学研究室 教授

< 研究協力者 >

齊藤 有希 順天堂医院薬剤部

田口 良子 鎌倉女子大学家政学部管理栄養学科 准教授

研究要旨

がん治療と就労を両立に関する現状調査を外来化学療法を受けている患者 200 人を対象に実施、事業場の規模と就労形態が離職に影響を与え、両立に関する相談相手は、上司、主治医、院内相談室の順であり、産業医の役割周知は課題となった。

A．研究目的

がん治療を外来で実施中の就労可能年齢の患者の就労実態を把握することは、医療者にとり、治療設計上も重要なことである。しかしながら、これまでがん治療と就労実態の調査は、市中や職場で行われていた。医療者側からできる両立支援を立案する目的で、がん治療と就労の実態把握をし、これを困難にしている要因を探った。

B．研究方法

順天堂大学附属順天堂医院外来化学療法室で2017.3-2018.10 化学療法を実施中のがん患者(20-65才)200名を対象にアンケートを実施した。男女、癌種は問わず、診断時、就労していたことを条件とした。

（倫理面への配慮）

2017年3月病院倫理委員会の承認を得た。説明同意文書を用いて説明の後、書面で同意取得したケースのみに調査を実施。

C．研究結果

非退職者は89.5%、うち22%が休職していた。退職者は10.5%で、うち50%は診断後・治療開始前に退職していた。83%は依願退職し、29%が再就職を希望していた。がん治療と就労の両立につき医療機関で相談した部署はどこかという質問に対して非退職者の「主治医」が40.2%、退職者の「がん治療センター」が14.2%でそれぞれ最も多いが、非退職者の51.9%、退職者の57.1%は医療機関のどこにも相談をしておらず、

ハローワーク等、地域の就労支援機関で
相談した患者は3%未満であった。
職場での相談窓口は「上司」が非退職者
で66%、退職者で47%であり、「産業医」
への相談人数を大きく上回った。

D．健康危険情報 特になし

E．研究発表

1. 論文発表 Taguchi R,Y Okude,
M Saito. What cases patients with
breast cancer to change employment?: evide
nce from the health insurance data in a me
dical facility.
Industrial Health. 2019;57:29-39.
2. 学会発表 第59回日本社会医学会
シボゾルム過労死予防からディセントワークへ
癌と仕事の両立問題 齊藤光江 H30.7.2

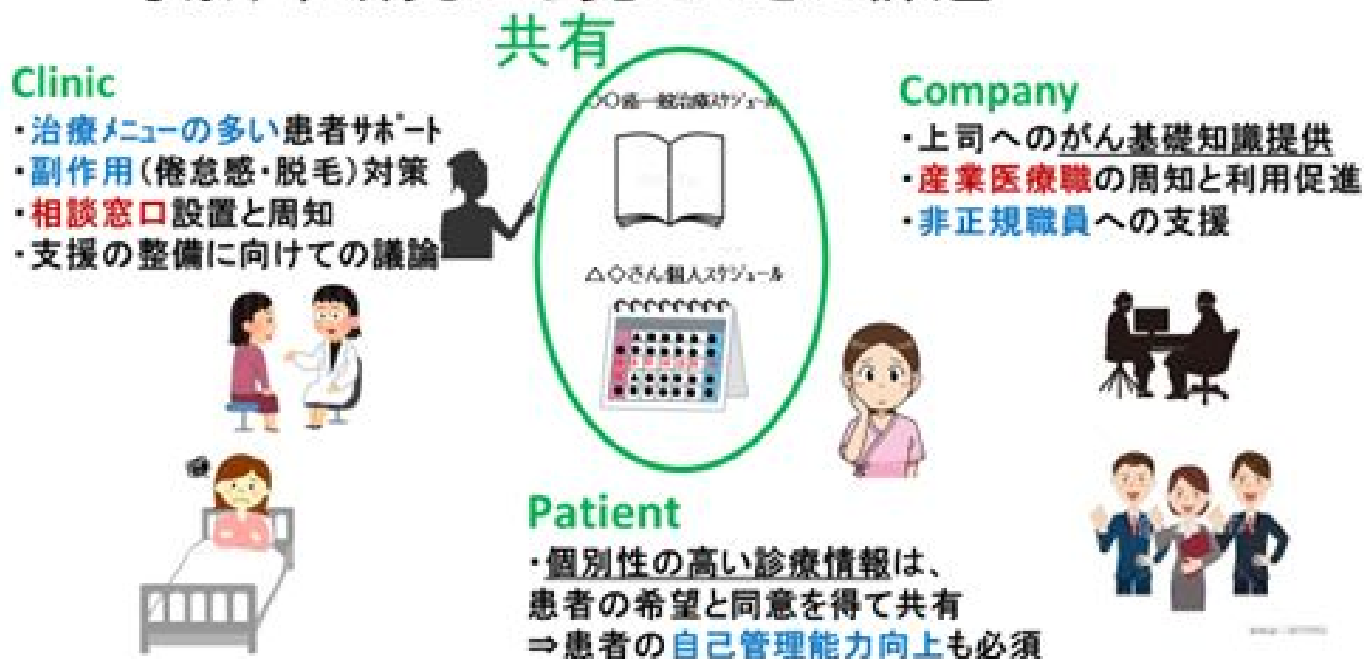
F．知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む。)

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

結果詳細

- 1) 治療内容が多い(化学療法以外に、手術・放射線治療も行っている)ほど、退職している人が多い。
- 2) 休職中が約2割、非退職者の中にも復職希望をしている人が1/4強であった。
- 3) 仕事に支障が出る症状は、共通して1位;倦怠感・体力の低下、2位;脱毛、他にしびれ、集中力の低下、重いものが持てない、悪心嘔吐、むくみが続き、非退職者に、外見の変化が多く、退職者に悪心嘔吐が多い傾向が見られた。
- 4) 病院内で両立に関して相談したのは主治医が一番多かったが、退職者では誰にも相談しなかった人が優位であった。
- 5) 職場での相談は、上司が一番多く、産業医に相談は極めて少なかった。
- 6) 自身の同意のもとであっても、主治医と職場の情報交換は望まない患者が過半数だった。(退職者も非退職者も)
- 7) 非退職者は、家族や職場の支援への満足度が高く、医療者への満足度はそれよりも低かった。
- 8) 職場は中小零細企業が多いが、退職者で3000人以上の大企業は皆無であった。
- 9) 非退職者は企業・団体の正社員が最多。退職者は非正規従業員が最多数であった。
- 10) 非退職者には、経営・管理職が多かった。
- 11) 非退職者は、過半数が産業医について知っていた。退職をした人は約1/4が知っていた。
- 12) 退職をした人の職場には産業医や産業看護師はほとんどいなかった。
- 13) 産業医がいても、癌に罹患後、産業医と関わらなかった人が過半数であった。
- 14) 産業医との関わりでは面談が最多であった。

考察;本研究から見えてきた課題



[illegible]

④ 病棟であることと 上層・事務用階が 異なるとは 異なりました。(1つだけ○)	1 人がいない 2 金庫にいない 3 がんはあらず、消毒が必要な 病棟であると誤り 4 がんという病名と治療内容など について誤り	1 人物用階と誤り 2 金庫にいない 3 がんはあらず、消毒が必要な 病棟であると誤り 4 がんという病名と治療内容など について誤り
質問 4-1-1 がんである ことをいかに 話し合っていますか。 (あてはまるものを○)	1 病棟を稼働し、上層上 の配室を受け入れず、 2 医師のみに、がんに関するつけ よりに注意を払いながら 3 注意を怠ることではないから 4 その他	1 病棟を稼働し、上層上 の配室を受け入れず、 2 医師のみに、がんに関するつけ よりに注意を払いながら 3 注意を怠ることではないから 4 その他
質問 4-1-2 話し合 いはよかったですか。 (1つだけ○)	1 よかった 2 どちらでもない 3 悪かった	1 よかった 2 どちらでもない 3 悪かった
質問 4-1-3 「よかつた」と誤解の方 にょかつたかなですか。 (あてはまるものを○)	1 話し合つてきませんでした 2 声をかけたり電話でもした 3 病棟を稼働し、上層上 の配室でもした 4 その他	1 話し合つてきませんでした 2 声をかけたり電話でもした 3 病棟を稼働し、上層上 の配室でもした 4 その他
質問 4-1-4 「悪かつた」と誤解の方 にょかつたかなですか。 (あてはまるものを○)	1 病棟を稼働し、上層上 の配室を受け入れなかつた 2 医師を呼んで、がん の診断を明に受けられなかつた 3 医師を動かした 4 その他	1 病棟を稼働し、上層上 の配室を受け入れなかつた 2 医師を呼んで、がん の診断を明に受けられなかつた 3 医師を動かした 4 その他
質問 4-1-5 病棟である ことを、聞いていない方 が、病棟であること ではまるいのですか。 (1つだけ○)	1 話す必要がないと思ったから 2 医師と深く話しあつた 3 がんが、いかに 4 必要を付けていないから 5 その他	1 話す必要がないと思ったから 2 医師と深く話しあつた 3 がんが、いかに 4 必要を付けていないから 5 その他
質問 4-1-6 病棟であつた ことはあつたですか。 (1つだけ○)	1 かつた 2 どちらでもない 3 悪かつた	1 かつた 2 どちらでもない 3 悪かつた
質問 4-1-7 「よかつた」と誤解の方 にょかつたかなですか。 (あてはまるものを○)	1 これでは医師に行き合い 中 仕事があつた 2 その他	1 これでは医師に行き合い 中 仕事があつた 2 その他
質問 4-1-8 「悪かつた」と誤解の方 にょかつたかなですか。 (あてはまるものを○)	1 病棟を稼働し、上層上 の配室を受け入れず、無 理して、 2 医師を 3 その他	1 病棟を稼働し、上層上 の配室を受け入れず、無 理して、 2 医師を 3 その他

産業債、産業債権は 在籍してましたか。 (3つ以内を記)	2. 持っていた 3. なかった 4. わからない	2. 持っていた 3. なかった 4. わからない
新関 4-4-1 (産業債、産 業債権がいたる方)に ご記入ください。関 わりがありましたか。	1. 関わりがあった 2. 関わりがなかった	1. 関わりがあった 2. 関わりがなかった
新関 4-4-2 (産業債、産 業債権がなかった方) 関わりがなかった理由 としての理由をこの 欄に記入してください。 (※では不明の記入は○)	1. どうしても伝えることがない・意 図的に隠すかどうかが解らないから 2. 上司に相談できたので、関わりを 必要としなかった 3. どのような関わりをもちうるのかわ からないから 4. 自分から関わりを持ちたいと思うから 5. 自分から仕事上の見解などを関わり で共有したいと思うから 6. その他	1. どうしても伝えることがない・意 図的に隠すかどうかが解らないから 2. 上司に相談できたので、関わりを 必要としなかった 3. どのような関わりをもちうるのかわ からないから 4. 自分から関わりを持ちたいと思っ たから 5. 自分から仕事上の見解などを共有 で共有したいと思ふた 6. その他
新関 4-4-3 (関 わりがあった方) どのようなシグナルで関 わりが判りましたか。 (※では不明の記入は○)	1. 診断書 2. 依頼書 3. 依頼書 4. その他	1. 診断書 2. 依頼書 3. 依頼書 4. その他
新関 4-4-4 (関 わりがあった方) どのようなシグナルで関 わりが判りましたか。 (※では不明の記入は○)	1. 診断書などとの書類の提出 2. 担当者の報告 3. 医師・検察 4. どのような内容ですか。 5. 1. 依頼書 2. 依頼 3. 依頼 4. 依頼 5. 就業配置の内容 6. その他	1. 診断書などとの書類の提出 2. 担当者の報告 3. 医師・検察 4. どのような内容ですか。 5. 1. 依頼書 2. 依頼 3. 依頼 4. 依頼 5. 就業配置の内容 6. その他
新関 4-4-5 関わり がなかった理由 (3つ以内を記)	1. なかった 2. どちらでもない 3. よろしくない	1. なかった 2. どちらでもない 3. よろしくない
新関 4-4-6-1 (関 わりがあった方) 【あなたの勤務する方】 にどのような理由によ り関わりが判りましたか。 (※では不明の記入は○)	1. 自分の仕事に関与してもらった 2. 自分の仕事を受けながら他の社員 の持ち手を買った 3. 治療内容について相談できた 4. 就業・休養に関する情報を得 られた 5. 就業・休養に關して、納得でき る選択が可能になった 6. その他	1. 自分の仕事に関与してもらった 2. 自分の仕事を受けながら他の社員 の持ち手を買った 3. 治療内容について相談できた 4. 就業・休養に関する情報を得 られた 5. 就業・休養に關して、納得でき る選択が可能になった 6. その他

[illegible]

がん治療と就労の両立支援のモデルケースを募集 審査会 表彰、ホームページで紹介
<https://teambcc.jp/>

アフラック生命保険株式会社

85

地方独立行政法人 長野市民病院

【授賞理由】

両立支援NPO「バグ」が、企業向けの講座を開始後、更なる進化のために出前講座を実施するに至るというPDCAサイクルを廻している。疾患の認知が困難な企業を啓発するのが、病院の任務であるという強い使命感。診断から継続して仕事やお金のことを支援しているため、障害年金申請にも積極的。

企業部門賞

ライフネット生命保険株式会社

【授賞理由】

ナイチンゲールファンド；病気休暇の見直しを図り、未使用分の休暇を積み立て、がんに罹患した他の職員が使える、復帰後も応援金上乘せ支給などの制度開発を行っている。がんアライ部アワード；両立支援をする他社人事部を表彰する制度。開発商品と類似したネーミング（ライフ→来風、alive→アライ部など）のユニークさ。



がん患者の治療と職業生活の両立支援・がんとの共生をめざして
医療機関・職域で活用するツールや合理的配慮の在り方に関する研究

研究代表者 遠藤源樹 順天堂大学医学部公衆衛生学講座 准教授
研究分担者 武藤 剛 順天堂大学医学部衛生学講座 非常勤助教
竹田 省 順天堂大学 産婦人科学講座 特任教授
寺尾 泰久 順天堂大学医学部産婦人科学講座 前任准教授
林 和彦 東京女子医科大学がんセンター、化学療法・緩和ケア科 教授
西村 勝治 東京女子医科大学医学部精神医学講座 教授

< 研究協力者 >

齋藤 光江 順天堂大学医学部乳腺内分泌外科学
泉 博之 産業医科大学産業生態科学研究所人間工学研究室
横山 和仁 順天堂大学医学部衛生学講座
石井 理奈 順天堂大学医学部衛生学講座
木幡 布美江 順天堂大学医学部公衆衛生学講座
難波 美智代 一般社団法人シンクパール代表理事
佐藤 靖祥 東京大学大学院医学系消化管外科学

研究要旨

事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン（厚生労働省）や改正がん対策基本法を踏まえ、がんとの共生をめざし、長期にわたることが少なくない治療と就労についてどのように調和を図るか、がん患者自身へのエンパワメント、主治医の負担を増やさない形での医療機関での支援、そして企業での支援の在り方について、実用的かつ効果的な手法の開発が求められる。本研究では、がん拠点病院等医療機関のがん相談支援センターや職域で活用できる実用的な「がん健カード」「がん健カード作成支援ソフト」を開発した。さらに、国内外の医療機関での支援取組みの実態の調査や、今後増加が見込まれるがん免疫療法に伴う社会生活支援、就労がん患者の睡眠に関する実態調査を行った。

国内外の取組みとして、米国のがん拠点病院における支援の実態調査を行い、スタッフの負担を増やさない形でのコンテンツの展開を模索した。さらに免疫療法に伴う社会生活支援の留意事項、就労がん患者の睡眠時間が有意に短い可能性を明らかにした。

A. 研究背景および目的

平成 28 年 2 月、厚生労働省より「事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン」¹⁾が公表された。これは、特にがんをはじめとする種々の疾病の医学的進歩に伴う治療予後向上や、日本社会の超少子高齢化に伴う労働力不足と高齢就業者の増加を背景としている。さらに健康経営や diversity & inclusion といった概念

の普及に呼応した企業の人材活用への取組みもこの追い風となっている。国際的にも臨床医学と予防医学（特に 3 次予防や産業保健）の協調と連携の機運がみられ、英国では 2010 年より、家庭医（General Practitioner）が The Statement of Fitness for Work（通称、Fit Note）を作成する制度が導入されており、医療機関と職域をつなぐ有用な連携ツールの一つと考えられる²⁾。英国の

この制度は、' Sick Note to Fit Note ' という言葉が象徴するように、医療機関の主治医が、患者の仕事に関して「病休診断書」のみならず「就業両立意見書」を作成するという大きな意識改革をもたらしつつある。このように患者の well-being の推進をめざした主治医による social prescribing (社会的処方) が近年、欧州を中心に注目されている³⁾。わが国では、ニッポン一億総活躍プラン(平成28年6月閣議決定)の実現へ向けた大きな具体的な柱である働き方改革の検討課題の一つとしてこの問題が提起され、働き方改革実行計画(平成29年3月働き方改革実現会議決定)では、企業の意識改革と受け入れ態勢の整備、医療機関と職域の連携支援体制の推進、さらに産業医や産業保健機能の強化が盛り込まれている。

このような両立支援の推進の対象として想定される最大の疾病が、がんである。超少子高齢化に伴う就労人口の高齢化や定年延長とあわせ、今後ますます就労中にがんと診断される労働者の増加が予想される。また、女性の就労率や若年女性のがん(乳がん・子宮頸がん)罹患率の上昇とあわせ、がん患者の就労(Stay at Work)継続支援の必要性が一段と増す。改正がん対策基本法(平成28年12月)では、「事業者はがんに関与した労働者の雇用継続に努めなければならない」ことが明記され、がん罹患社員の就労支援が企業の努力義務と定められた。がんとの共生をめざし、長期にわたることが少なくない治療と就労についてどのように調和を図るか、がん患者自身へのエンパワメント、主治医の負担を増やさない形での医療機関での支援、そして企業での支援の在り方について実用的かつ効果的な手法の開発が喫緊の課題である。

本研究では、がん拠点病院等医療機関のがん相談支援センターや職域で活用できる実用的な「がん健カード」「がん健カード作成支援ソフト」を開発し、そしてそれらを効果的に活用するために、医療機関の医療職両立支援コーディネータや産業保健スタッフが把握することが望まれる治療内

容・症状・病態の「疾病性」を「職場での合理的配慮内容」へ翻訳する役割の在り方を各種専門家の意見を聴きながらまとめてきた。

B. 研究方法

【1】支援ツール(がん健カード・がん健カード作成支援ソフト)作成

がん臨床専門医、公衆・労働衛生専門家(研究者・実務者)、産業保健実務家、患者団体代表からなる専門家パネル会議ならびにそれを補完する連携ディスカッションにより、ツールの素案となるたたき台原案(エキスパートオピニオン)を作成した。特にがん治療中の生活に影響を与えうる就業内容の分析については、作業管理ならびに作業環境管理の両者の観点を踏まえた労働衛生・人間工学の視点を導入した。がん治療中の就労継続に影響しうる症状や病態(疾病性)の分析については、現在のわが国における各がん種の治療別退院・就業可能レベル(主治医判断)の事例と、産業保健スタッフによるがん職場復帰支援実務事例^{4,5)}の両者のすり合わせによる分析を行い、これらの結果を踏まえ、さらに、「診断から治療、職場復帰、治療との両立のタイムコース」の要素を盛り込んだ「がん健カード作成支援ソフト」を開発した。各界の関係者を交えたパネル会議によるエキスパートオピニオン集約により、患者(就労者)・支援スタッフ(臨床医・産業保健スタッフ・医療職両立支援コーディネータ等)が活用できるがん健カードとがん健カード作成支援ソフトである。

「事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン」(平成28年2月、厚生労働省)では、医療機関(主治医)と職域(産業医等の産業保健スタッフ、あるいは職場の支援スタッフ)の情報連携に関する様式が提示されている。労働者の健康情報(患者の医療情報)は特に配慮を要する個人情報であり、両立支援を行う職場では、その疾病性情報を職場での配慮内容に翻訳した「事例性情報」が求められ、それを盛り込んだ

連携文書が実用的である⁴⁾。ただ先行研究により、自由記載形式の就労（復職・両立）意見書では、実際に患者やその上司にとって就労現場で役立つ意見書を得られにくい場合をみとめる⁴⁾ことから、実効性かつ主治医負担をできるだけ増やさない形での双方向連携ツール様式「がん健カード」の作成をめざす。

【 2 】がん患者の両立支援のために職域で求められる合理的配慮の在り方と、その推進のために医療機関支援スタッフ（がん相談支援センター等における看護師・薬剤師・臨床心理士・医学物理士・医療職両立支援コーディネータ）や職域の産業保健スタッフに望まれる役割の分析

上記【 1 】の開発ツールの実効的な活用のため、支援スタッフが果たすべき役割について、特に、他人に気づかれにくく支援の必要性が高いことが多い invisible symptoms（メンタルヘルス不調、睡眠障害、疼痛コントロール、倦怠感、ケモブレイン等の認知機能低下）について、文献検索とエキスパートオピニオンの集約をめざす。今年度は、がん患者の就業継続（Stay at Work）支援を医療機関で推進するための国内外の取り組み事例分析を実施した。米国マサチューセッツ州のがん拠点病院の Oncology Unit において、外来化学療法室を担当するナースプラクティショナーへのインタビュー調査を実施した（2018 年 5 月）。倫理的配慮として本研究は順天堂大学医学部倫理委員会承認（第 2017024 号）をうけた。

C. 研究結果

【 1 】支援ツール（がん健カード・がん健カード作成支援ソフト等）作成

がん健カード作成支援ソフトを開発し、福井県済生会病院、那覇市立病院、順天堂医院等にて、がん健カード作成支援ソフトを用いたモデル事業を実施しており、フィードバックを重ねている。

【 2 】がん患者の両立支援のために職域で求められる合理的配慮の在り方と、その推進のために

医療機関支援スタッフ（がん相談支援センター等における看護師・薬剤師・臨床心理士・医学物理士・医療職両立支援コーディネータ）や職域の産業保健スタッフに望まれる役割の分析

（ 2 - 1 ）米国のがん拠点病院（医療機関）における両立支援へ向けた取り組み事例

今年度は、がん患者の職場復帰（Fitness for Work）・就業継続（Stay at Work）支援を医療機関で推進するための国内外の取り組み事例分析を実施した。米国マサチューセッツ州のがん拠点病院の Oncology Unit において、外来化学療法室を担当するナースプラクティショナーへのインタビュー調査を実施した（2018 年 5 月）。

がん患者への就労を含めた社会状況支援として、診断時・大きな治療方針変更時に、（希望制ではなく）全例に 1 時間の個別教育セッションをナースプラクティショナーが担当している。使用する抗がん剤の効果や副作用といった薬剤の説明はもとより、サバイバーのメンタルヘルスを支援するための患者会、経験者の集まり、マインドフルネス・ヨガや東洋医療等の情報提供が行われている。抗がん剤に伴う味覚障害に対処するためのクッキングテキストは、1)口内の痛み、2)便秘、3)体重減少予防、4)下痢、5)体重増加予防、6)好中球減少（感染予防）7)吐き気や嘔吐のカテゴリーごとに、それらの症状があっても美味しく食事摂取が可能となるレシピが 100 種類以上提示されていた。さらにこれらのレシピは動画による調理法説明も行われていた。患者の職業生活についてのサポートは、仕事の作業内容に影響する症状や治療関連事象がある場合、患者本人が望む場合、ナースプラクティショナーが本人の上司に対して、現状や今後の見通し、配慮の必要性を記載した意見書を作成することで対応されていた。

（ 2 - 2 ）わが国での現在のがん免疫療法に伴う治療関連症状とそれに関する社会生活支援

わが国で現在、切除不能進行・再発胃がんに対する治療として実施されているニボルマブ治療（免疫療法）は、2 週間隔で 1 回約 40 分の外来点

滴で可能となっている。副作用として、頻度（全体）は43%（重篤なもの10%）、内訳としては、皮膚掻痒症（かゆみ）9%、下痢7%、皮疹6%、倦怠感（だるさ）6%、食欲不振5%、悪心4%、肝障害3%等となっている。頻度は低いものの重篤な副作用として、間質性肺炎、横紋筋融解、1型（劇症）糖尿病などの指摘がある。また薬価等の費用について、3割負担でも2コース（4週）あたりで25万円強という高額さが課題であるが、高額療養費制度での対応となることが外来現場では説明されている。免疫療法については、まだ国内での使用実績は途上であるが^{13,14}、今後の拡大が見込まれ、両立支援における課題についての事例集積が望まれる。

昨年同様、パネル会議等によるエキスパートオピニオンの集約（暫定版）として、疾患特異的ではなく診療科横断的だが職場での作業生産性に負の影響を与えやすい症状に着目し、「invisible symptoms（他人に気づかれにくい症状）」を医療スタッフが積極的に評価して介入する重要性が指摘された。体力低下や倦怠感・だるさ（cancer related fatigue）、慢性疼痛（頭痛、腰痛、背部痛、四肢の痛み）、メンタルヘルス不調や睡眠障害⁸⁾⁹⁾、認知機能低下¹⁰⁾（集中力・記憶力低下）といった症状について、医療機関多職種支援スタッフを中心とした医療職が積極的にその有無を評価し、フォローアップや必要に応じた医療（担当医、主治医）へのフィードバック（連携）を行うことが重要と考えられた。

（2-3）就労がん患者の睡眠障害の実態調査

今年度はパイロット調査として、インターネット調査会社に登録されている20-60代の男女を対象に無作為に実施した質問紙調査の解析を実施した。IT関係職種で働く2,485名の回答者のうち、がんと診断後現在も就労を継続していると回答した25名の睡眠状況は、平日の平均睡眠時間5時間10分と、それ以外の方の平均6時間5分と比べて明らかに短いことが示唆された。これが治療関連症状（がん治療中睡眠障害）によるものか、がん

治療に伴う仕事やプライベート時間の減少によるしわ寄せによるものか、今回の調査では明確ではない。来年度以降の本調査でさらに実態を明らかにし、医療機関におけるがん患者両立支援に際して睡眠の評価と介入の必要性・有用性を検討していく。

（2-4）日蘭米がんサバイバーシップ共同研究
現在、オランダの「がんと就労の両立支援に関するガイドライン」を日本語に翻訳を、オランダ・アムステルダム大学との共同で行っている。

また、オランダ・アムステルダム大学・Boer博士が開発したThe quality of working life questionnaire for cancer survivors (QWLQ-CS)の日本語版、オランダ・フローニンゲン大学 Ute Bultmann 教授と米国・フロリダ国際大学 Amick III Benjamin 教授の Work Role Functioning Questionnaire の開発も行っている。その他、Tufts 大学 Debra Lerner 教授が開発した、CaregiverWLQ 日本語版の開発を実施予定である。

D. 考察

がん健カード作成支援ソフトは、支援スタッフが活用するにとどまらず、就労がん患者が自らのがんと共生にむけた empowerment として使用するツールをめざすことから、職業生活（作業事例性）・治療（疾病性）・タイムコース（治療見込カレンダー）の3基本要素を押さえつつ、がん患者の多様性に対応できるような実践ツールの開発をめざす。さらに、フォローアップが見過ごされがちであるが職場での生産性やがん患者のQOLに深く関連する invisible symptoms について、わが国における実態解明と、医療機関がん相談支援センターや職域の産業保健スタッフを活用した解決策の提案をめざしていく。

がん患者の就労継続へむけた取組み分析として、今年度実施した米国の事例について、わが国の医療体制で実行可能性の高いものを取捨検討する必要がある。現在の日本のがん拠点病院のがん相談支援センターの体制において、米国のナースプラ

クティショナーが行っていた全患者への教育セッションを実施することは不可能であろうが、様々な支援コンテンツを IT 化（スマホアプリや動画）して提供すること、個別の就労現場への配慮等について、主治医意見書（産業医または職場の衛生管理者、所属長宛て）のひな形を自動作成できるソフトの導入といった工夫によって、医療機関においてスタッフの労力を増やさない形での支援拡充は可能であると考えられる。本年度のパイロット調査で示唆された就労がん患者の睡眠時間の短さが、がん関連症状としての睡眠障害か、治療に伴う時間的しわ寄せによるものか、平日と休日の睡眠時間の格差（social jet lag）の有無の評価も今後検討していく。

E. 結論

両立支援ツールとして、治療や病態に伴う症状である疾病性情報を職場での配慮調整事項に翻訳できる「がん健カード策支援ソフト」を開発した。

米国の医療機関での事例調査を踏まえ、わが国のがん拠点病院がん相談支援センターで、様々な支援コンテンツを IT 化（スマホアプリや動画）して提供すること、個別の就労現場への配慮等について、主治医意見書（産業医または職場の衛生管理者、所属長宛て）のひな形を自動作成できるソフトの導入といった工夫によって、医療機関においてスタッフの労力を増やさない形での支援拡充の可能性が示された。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

・Katagiri R., Muto G., Sasaki S.: Promoting and inhibiting factors for the use of validated dietary assessment questionnaires in health check-up counseling: from occupational health nurses and dietitians' perspective. Industrial Health 57: 90-98, 2019

・Muto G, Yokoyama K, Endo M, Fujino Y. Harmonizing work with diseases treatment and prevention. Ind Health 2019;9(1):e5.

2. 学会発表等

今後発表を予定している。

H. 知的財産権の出願・登録

特に記載するべきものなし

I. 参考文献

- 厚生労働省:事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン. 2016
- 久保達彦, 藤野善久, 村松圭司, 松田晋也. 英国の産業医制度と産業医アクセス確保政策としての Fit Note. J UOEH (産業医科大学雑誌) 2013; 35(4):299-303
- Loftus AM, McCauley F, McCarron MO. Impact of social prescribing on general practice workload and polypharmacy. Public Health 2017; 148: 96-101.
- 横山和仁. 主治医と産業医の連携の現状—連携の効果、非連携の不利益、連携行動に影響する因子と連携ガイドの提唱—.(平成 28 年度 厚生労働省労災疾病臨床研究事業. 主治医と産業医の連携に関する有効な手法の提案に関する研究)総括分担研究報告書 pp59-272, 2017.
- 齊藤光江. がん患者の治療と就労の両立支援に関する研究 - 医療現場・働く患者・職場の3視点から—.(平成28年度 厚生労働省労災疾病臨床研究事業. 主治医と産業医の連携に関する有効な手法の提案に関する研究)総括分担研究報告書 pp333-382, 2017.
- Endo M, Sairenchi T, Kojimahara N, Haruyama Y, Sato Y, Kato R, Yamaguchi N. Returning to work after sick leave due to cancer: a 365-day cohort study of Japanese cancer survivors. J Cancer Surviv. 2016 10(2):320-9.
- Endo M, Haruyama Y, Muto G, Kiyohara K,

- Mizoue T, Kojimahara N, Yamaguchi N. Work sustainability among male cancer survivors after returning to work. *J Epidemiol*. 2018 28(2):88-93.
8. Savard J, Villa J, Ivers H, Simard S, Morin CM. Prevalence, natural course, and risk factors of insomnia comorbid with cancer over a 2-month period. *J Clin Oncol*. 2009 27(31):5233-9.
 9. A randomized-controlled trial of an early minimal cognitive-behavioural therapy for insomnia comorbid with cancer. *Behav Res Ther*. 2015 67:45-54.
 10. Xu S, Thompson W, Ancoli-Israel S, Liu L, Palmer B, Natarajan L. Cognition, quality-of-life, and symptoms clusters in breast cancer: Using Bayesian networks to elucidate complex relationships. *Psychooncology*. 2017 Oct 20, in press.
 11. 職域疫学研究会. 労働者を対象とする定期健康診断の改訂に関する5つの提言. *産業医学ジャーナル*. 2017 40(4):21-30.
 12. 小児・若年がん長期生存者に対する妊孕性のエビデンスと生殖医療ネットワーク構築に関する研究班. 研究代表者: 三善陽子: がんと妊娠の相談窓口 がん専門相談員向け手引き (第2版)
http://www.j-sfp.org/ped/dl/teaching_material_20170127.pdf
 13. Naidoo J, Page DB, Li BT, Connell LC, Schindler K, Lacouture ME, Postow MA, Wolchok JD. Toxicities of the anti-PD-a and anti-PD-L1 immune checkpoint antibodies. *Annals of Oncology* 2015 26:2375-91.
 14. Postow MA, Sidlow R, Hellmann MD. Immune-Related Adverse Events Associated with Immune Checkpoint Blockade. *N Engl J Med* 2018;378;2 158-168.

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ
遠藤源樹 (共著)	第4章：病気との共存	労務行政研究所	企業における健康対策の実務	労務行政研究所	東京	2018	p.58-p.91

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
遠藤源樹	産業看護職ができるがん治療と就労の両立支援	産業保健と看護	10 (3)	P44-50	2018
遠藤源樹	治療と就労の両立支援 本邦初の復職コホート研究からみえてきた両立支援のかたち	健康開発	22 (4)	P70-76	2018
遠藤源樹	がん対策推進企業アクション主催：職域におけるがん対策の現状と今後	第91回日本産業衛生学会産業医部会報 フォーラム参加体験記			2018

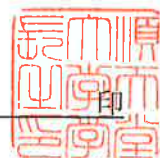
平成31年4月1日

厚生労働大臣 殿

機関名 順天堂大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 新井 一



次の職員の平成30年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 がん対策推進総合研究事業

2. 研究課題名 がん患者の就労継続及び職場復帰に資する研究

3. 研究者名 (所属部局・職名) 医学部・准教授

(氏名・フリガナ) 遠藤 源樹 (エンドウ モトキ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	☐	☒	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☒	☐	☒	順天堂大学	☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐	☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	☐	☒	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

2019年4月15日

厚生労働大臣 殿

機関名 順天堂大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 新井 一



次の職員の平成 30 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 がん対策推進総合研究事業
2. 研究課題名 がん患者の就労継続及び職場復帰に資する研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) 大学院医学研究科・教授
(氏名・フリガナ) 齊藤 光江 (サイトウ ミツエ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	☐	☒	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☐	☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐	☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	☐	☒	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容:)

- (留意事項)
- ・該当する□にチェックを入れること。
 - ・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

平成31年4月18日

厚生労働大臣 殿

機関名 獨協医科大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 吉田 謙一郎



次の職員の平成30年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 がん対策推進総合研究事業
2. 研究課題名 がん患者の就労継続及び職場復帰に資する研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) 医学部・教授
- (氏名・フリガナ) 小橋 元 (コバシ ゲン)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	☐	☒	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☒	☐	☒	獨協医科大学	☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐	☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	☐	☒	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

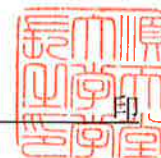
厚生労働大臣 殿

平成31年4月2日

機関名 順天堂大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 新井 一



次の職員の平成30年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 がん対策推進総合研究事業

2. 研究課題名 がん患者の就労継続及び職場復帰に資する研究

3. 研究者名 (所属部局・職名) 大学院医学研究科 特任教授

(氏名・フリガナ) 竹田 省 (タケダ サトル)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	☐	☒	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☐	☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐	☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	☐	☒	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

平成31年4月19日

厚生労働大臣 殿

機関名 順天堂大学
所属研究機関長 職名 学長
氏名 新井 一



次の職員の平成30年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 がん対策推進総合研究事業
2. 研究課題名 がん患者の就労継続及び職場復帰に資する研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) 医学部・先任准教授
(氏名・フリガナ) 寺尾 泰久 (テラオヤスヒサ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	☐	☒	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☐	☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐	☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	☐	☒	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

平成 31 年 3 月 4 日

厚生労働大臣 殿

機関名 東京女子医科大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 吉岡 俊正



次の職員の平成 30 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 がん対策推進総合研究事業

2. 研究課題名 がん患者の就労継続及び職場復帰に資する研究

3. 研究者名 (所属部局・職名) がんセンター、化学療法・緩和ケア科・教授

(氏名・フリガナ) 林 和彦・ハヤシ カズヒコ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査(※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	☐	☒	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☐	☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐	☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	☐	☒	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

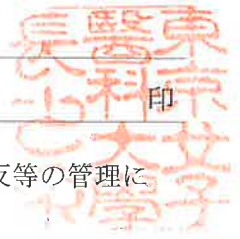
平成 31 年 2 月 15 日

厚生労働大臣 殿

機関名 東京女子医科大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 吉岡 俊正



次の職員の平成 30 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 がん対策推進総合研究事業

2. 研究課題名 がん患者の就労継続及び職場復帰に資する研究

3. 研究者名 (所属部局・職名) 医学部 精神医学講座 ・ 教授

(氏名・フリガナ) 西村 勝治 ・ ニシムラ カツジ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査(※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	☐	☒	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☐	☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐	☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	☐	☒	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由：)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関：)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由：)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容：)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

2019 年 4 月 / 日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立国際医療研究センター

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 國土 典宏 印



次の職員の平成30年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 がん対策推進総合研究事業
2. 研究課題名 がん患者の就労継続及び職場復帰に資する研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) 臨床研究センター 疫学・予防研究部 部長
(氏名・フリガナ) 溝上 哲也 (ミゾウエ テツヤ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☒ 有 ☐ 無	☒	国立国際医療研究センター	☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	☐ 有 ☒ 無	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

2019年 2月 27日

厚生労働大臣 殿

機関名 一般財団法人京都工場保健会

所属研究機関長 職 名 会長

氏 名 河原 耕嗣



次の職員の平成30年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 がん対策推進総合研究事業
2. 研究課題名 がん患者の就労継続及び職場復帰に資する研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) 一般財団法人京都工場保健会・理事、医療部長
(氏名・フリガナ) 森口 次郎・モリグチ ジロウ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	☐	☒	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☒	☐	☐	一般財団法人京都工場保健会	☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐	☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	☐	☒	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☐ 無 ☒ (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☐ 無 ☒ (無の場合は委託先機関: 順天堂大学)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

2019年 3月31日

厚生労働大臣 殿

機関名 帝京大学
所属研究機関長 職 名 学 長
氏 名 冲 永 佳 史



次の職員の平成30年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 がん対策推進総合研究事業
2. 研究課題名 がん患者の就労継続及び職場復帰に資する研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) 大学院公衆衛生学研究科 講師
(氏名・フリガナ) 桑原 恵介 ・ (クワハラ ケイスケ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	☐	☒	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☒	☐	☐	国立国際医療センター	☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐	☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	☐	☒	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

平成31年4月1日

厚生労働大臣 殿

機関名 順天堂大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 新井 一



次の職員の平成30年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 がん対策推進総合研究事業2. 研究課題名 がん患者の就労継続及び職場復帰に資する研究3. 研究者名 (所属部局・職名) 医学部・非常勤助教(氏名・フリガナ) 武藤 剛 (ムトウ ゴウ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	☐	☒	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☐	☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐	☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	☐	☒	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。