がんと就労

（H22－がん臨床－一般－008）

厚労科研

平成 23 年度厚生労働省　がん臨床研究事業（H22－がん臨床－一般－008）
「働くがん患者と家族に向けた包括的就業支援システムの構築に関する研究」班
研究代表者　獨協医大公衆衛生学講座　高橋 都

【研究班本部】獨協医科大学公衆衛生学講座
321-0293 栃木県下都賀郡壬生町北小林 880 番地
e-mail. info@cancer-work.jp　URL. http://www.cancer-work.jp

「働くがん患者と家族に向けた包括的就業支援システムの構築に関する研究」班

研究代表者　獨協医大公衆衛生学講座　高橋 都

平成二十三年度厚生労働省 がん臨床研究事業（H22－がん臨床－一般－008）

がんと就労

H23

成果報告シンポジウム 報告書

目次

1. 本年度の研究成果の概要【獨協医大　高橋 都】…… 1p

2. 閉経前子宮頸がんの治療と患者の就労問題【東京医科歯科大　江川 京子】 …… 9p

3. 乳がん患者と夫の心身適応と就労問題【獨協医大　高橋 都】…… 15p

4. 患者と家族の就労実態インターネット調査【患者作業部会　鈴木 信行（患医ねっと）】…… 19p

5. がんサバイバーの就労問題の障害構造論による分析【障害者職業総合センター　春名 由一郎】 …… 25p

6. 小児がん治療終了者の看護の現状【東京医科歯科大　丸 光恵】…… 31p

7. がんと就労に関する産業看護職の支援の実際と課題＜第１報＞フォーカスグループインタビューより
【東京有明医療大学　吉川 悦子】 …… 37p

8. がんと就労に関する産業看護職の支援の実際と課題＜第２報＞質問紙調査より
【東海大学　錦戸典子、岡久ジュン】 …… 43p

9. がん患者の就労支援に関するがん専門医の意識と医療提供体制の現状に関する調査
【新日鐵名古屋製鐵所　田中 完】 …… 49p

10. がんと就労における産業医の視点ー日本産業衛生学会専門医・指導医の意識調査
【産業医大　田中 宣仁】 …… 55p

11. 産業医向け：がん就労支援マニュアルβ版の作成 ～産業衛生専門医・指導医のアンケートをもとに～
【産業医大 立石 清一郎】 …… 63p

12. 総合討論　…… 69p

「がんと就労」シンポジウムについて

このシンポジウムは、厚生労働省がん臨床研究事業（H22－がん臨床－一般－008）「働くがん患者と家族に向けた包括的就業支援システムの構築に関する研究」班の活動の一環として、平成 23 年度の成果を広く社会に報告するために開催されました。

「がんと就労」シンポジウム
日時：平成 24 年 1 月 28 日 (土) 午後 1 時半～（午後 1 時受付開始）
場所：主婦会館プラザエフ 7 階カトレア（JR 四ッ谷駅 麹町口前）
会場アクセス　http://www.plaza-f.or.jp/access_index.html

1. 平成23年度の研究成果の概要

高橋 都
（獨協医科大学公衆衛生学講座）

はじめに ― 本シンポジウムの構成について

本日のプログラムは盛りだくさんになっておりますが、最初のセクションはおもに治療を受けるご本人と、そのご家族に関する発表で構成されています。

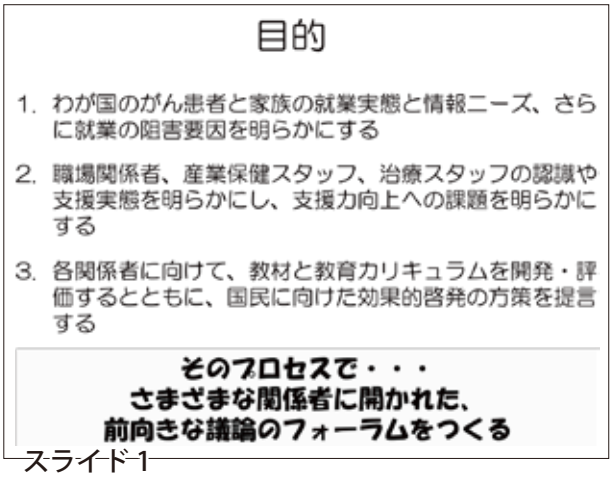
次のセクションでは産業保健スタッフあるいは臨床スタッフによる支援の実態ついてご報告いたします。

最後に、本日は本当にいろいろな背景の方にご参集いただきましたので、できるだけ時間を確保して、このプロジェクトを今後どのように発展させていったらいいのか、「がんと就労」全般についてみなさま方からのコメント、アドバイスなどを頂戴したいと考えています。よろしくお願いします。

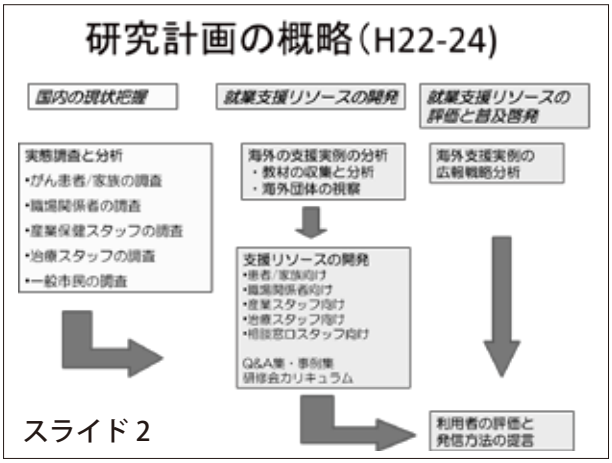
では最初に、この研究班の23年度の研究成果の概要について報告させていただきます。昨年（2010年度）の成果報告会でもお話ししましたが、この研究班は3つの目的を有しております（スライド1）。

研究班の目的・概要・経過・メンバー

第1に「わが国のがん患者と家族の就業実態と情報ニーズ、さらに就業の阻害する要因をさまざまな角度から明らかにする」こと。第2に「職場関係者、産業保健スタッフ、治療スタッフなどさまざまな立場の方の認識や支援実態を明らかにし、支援力向上への課題を明らかにする」こと。そして第3に「さまざまな各関係者に向けて、教材と教育カリキュラムを開発して、それを評価するとともに、国民に向けた効果的啓発の方策を提言する」ことです。教材を開発しても必要とする方の手に届かないと意味がありませんので、効果的な広報のありかたについてもぜひ考えていきたいと思います。研究が目指すのは以上の3つですが、研究班として活動するプロセスの中で、さまざまな関係者に広く開かれた前向きな議論のフォーラムをつくること



スライド 1



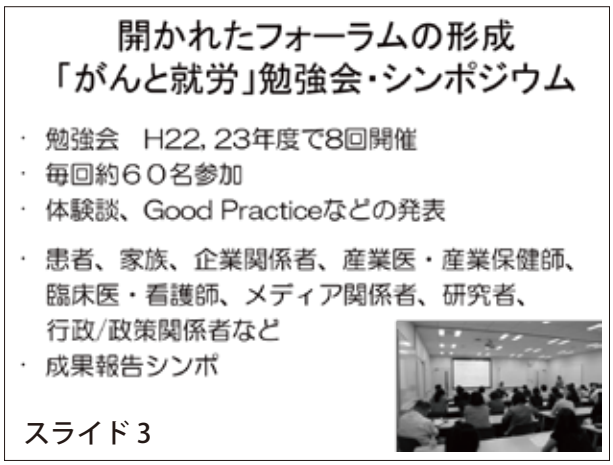
スライド 2

を重要視しています。

この研究班は平成22～24年の3年間のプロジェクトで、今年度は2年目ですが、大きく申しあげて研究計画には3つの柱があります（スライド2）。まず、さまざまな登場人物の実態調査を通じて、国内の現状を把握することです。そしてその結果にもとづいてさまざまな関係者に向けた就業支援のリソースを開発することが次の柱です。その開発に当たっては、昨年ご報告いたしました海外の支援教材の分析なども活かしていきます。そして、できたリソースについては想定される利用者の方々にβ版を見ていただき、コメントをいただき、そして発信方法についての提言もいただきたいと考えています。本研究班では、研究者だけが活動するのではなく、実際にがん診断・治療を受けた方が今よりも楽に、自分らしく働いていけるような世の中を創るためにはどうしたらいいか、さまざまな立場からインプットいただき、それを社会に発信していきたいと考えています。

勉強会については平成22年度、23年度で計8回開催させていただきました（スライド3）。毎回60名ほどの方がご参加くださり、実際に治療を受けた方の体験談あるいはさまざまな病院や企業のグッドプラクティス（好事例）の発表などをやってまいりました。最初は医療従事者や研究者の参加が多かったのですが、回を重ねるにつれて企業関係者の方、産業保健スタッフ、メディア関係者などさまざまな方が参加してくださるようになりました。明らかに仲間が拡がったという実感があります。毎回の勉強会、シンポジウムに関しては総合討論も含めてすべて報告書にまとめております。本日は見本だけ持ってまいりましたが、過去の報告書をご希望の方は、どうぞホームページの方からお申し込みください（http:www.cancer-work.jp/）。残部がないものからPDF公開をさせていただいています（スライド4）。

この研究班にはスライド5に挙げたようにさまざまな背景の者が集まっております。23年度には春名由一郎先生と錦戸典子先生に新たにご参加いただきました。春名先生は、（独）高齢・障害者雇用支援機構障害者職業総合センターで障害者の労働衛生、労働福祉行政などをご担当です。がん患者の就労を考えるについて、障害や難病を持つ方々の就労とどのような共通点、相違点があるかも含めて、貴重なコメントをいただいております。東海大学の錦戸典子先生は産業看護学のご専門です。研究班に、産業保健師・産業看護師の視点を新たに入れてくださっています。



さらに昨年のシンポジウムでは、ご参加の方から「研究者だけが頑張るのではなくて、当事者の声をもっと活かした方がいいというご意見をいただきました。そこで23年度からは、「患者作業部会」を立ち上げました。本日もご発表くださいますが、ネット調査についてたいへんご尽力をいただいています。

それから「医療ソーシャルワーカー部会（Medical Social Worker：MSW部会）はただ今立ち上げ準備中です。ソーシャルワーカーとして相談窓口で働いている方々に向けてネットワークをぜひ拡げたいと思います。

こうしたさまざまな背景を持つメンバーがざっくばらんに話し合って進めているのがこの研究班です（スライド6、7）。

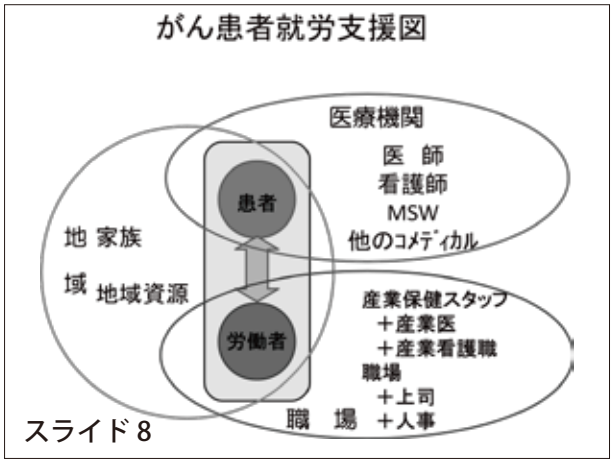
がん患者の就労支援に関係するそれぞれの立場

今年度の第２回班会議で話し合いをしていた時に、森晃爾先生（産業医科大学）が「本人をとりまく就労支援図はこんな感じではないか」と、アイデア図を描いてくださいました。それがスライド8です。治療を受けるご本人は医療機関にいるときには患者という立場です。しかし勤務先では労働者として働いています。お一人の中に二つの側面があるのですが、たとえば医療従事者はご本人の患者の側面についてはよくわかりますが、その方の働き方や、職場の上司や人事労務担当者はどういう方なのか、さらに産業

スライド５

さまざまな背景をもつメンバーが・・・
スライド６

ざっくばらんに話し合っています
スライド７



スライド８

保健スタッフがいるかどうかまでは見えません。

逆に職場単位で考えますと、その労働者が受けている治療の内容や治療スケジュールまでは、職場の人間にはなかなか見えにくいところがあります。

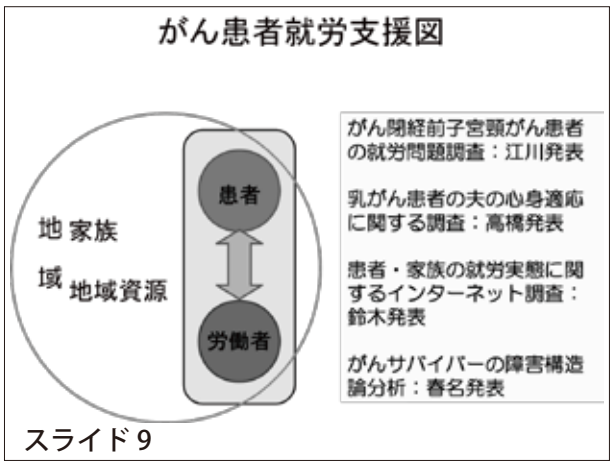
患者の側面と労働者の側面も持つその個人は、地域・コミュニティの中で暮らしているわけですが、そこには当然、支えるご家族がいます。またそのコミュニティの中のさまざまな資源があります。一口に資源と言ってもいろいろあります。患者会もあるかもしれません、人事労務の問題に詳しい社会保険労務士さんがいるかもしれません。また特定の医療機関を超えて相談に乗るがん診療連携拠点病院の相談窓口があるかもしれません。

治療と仕事を両立させようとするご本人の問題を考えるときには、いくつかの光の当て方をしないと総合的に見えてこないものがあります。研究班にはいろいろな専門家が集まっていますので、全体会議をして話し合いをすると、自分の背景で見えやすいもの、見えにくいものをかなり意識することができます。それがさまざまな背景の者が集まっている利点ではないかと思います。

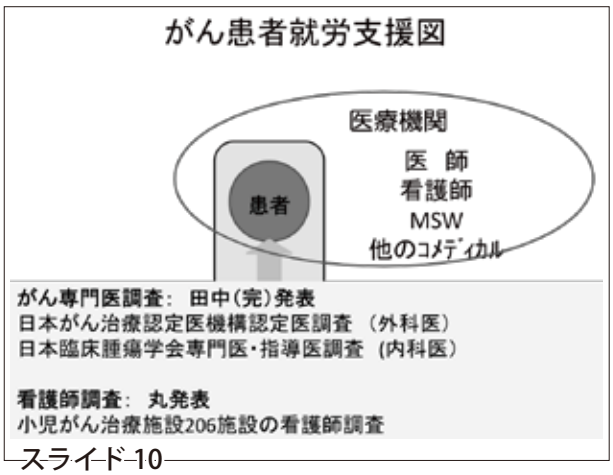
本日は23年度に実施したさまざまな実態調査と、今後考えている活動などについてひとつひとつご報告してまいります。

まず地域という視点からは「閉経前子宮頸がんの治療と患者さんの就労問題について江川京子さん（東京医科歯科大学）から、「乳がん患者の夫の心身適応と就労問題」について高橋から、さらに「患者と家族の就労実態インターネット調査」について患者作業部会の鈴木信行さん（患医ねっと）から、そして「がんサバイバーの就労問題の障害構造論による分析」について春名由一郎先生（障害者職業総合センター）からそれぞれご報告いたします（スライド9）。

次に医療機関に着目した切り口からは、がん専門医調査と看護師調査についてご報告します。昨年のシンポでは、がん専門医調査について、日本臨床腫瘍学会専門医・指導医調査をご報告しました。それはおもに内科医の調査でしたので、フロアから外科医の視点も知りたいというご意見が出され、今年度は外科医の調査も実施しました。本日はその２つをまとめて田中完先生（新日鐵名古屋製鐵所）からご発表いただきます。看護師調査についても丸光恵先生（東京医科歯科大学）からご発表があります（スライド



スライド９



スライド 10

10)。

職場の視点からは、産業保健スタッフについて、専属産業医のインタビューを通じた復職支援の調査、さらに産業医や産業看護職で構成されている日本産業衛生学会の専門医・指導医調査の結果を田中宣仁先生（産業医科大学）からご発表いただきます（スライド11）。また、産業看護職による復職支援活動の実態調査について、吉川悦子先生（東京有明医療大学）、錦戸典子先生（東海大学）、岡久ジュンさん（東海大学）からご報告いただきます。

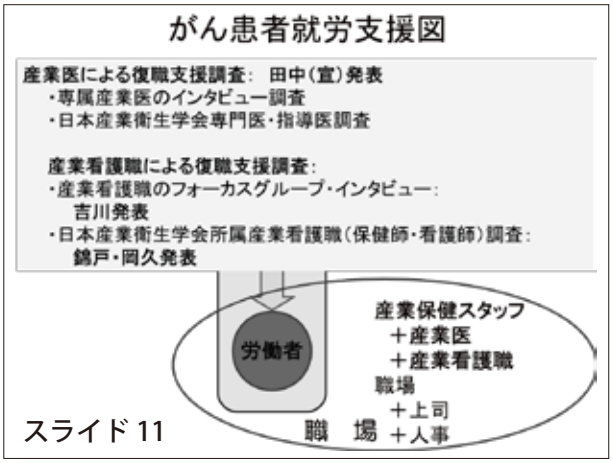
以上のように今年は多くの実態調査を実施しました。結果についても、ぜひコメントを頂戴したいと思います。

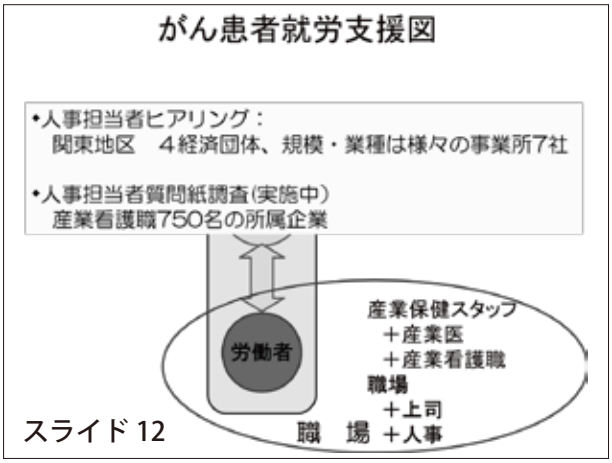
人事担当者へのヒアリングから

職場の上司、人事については、昨年度、関東地区の経済団体や会社のご協力をいただいて、人事担当者の方々へのヒアリングを行いました。加えて、産業看護職の調査を通じた人事担当者の質問紙調査が、現在進行中です（スライド12）。

ヒアリングについては昨年度ご報告しましたが、ごく簡単にまとめます（スライド13）。人事担当の方も色々なことに困っておられます。具体的には、従業員の様子が何かおかしいと思った時、病名や病状をどこまで聞いたらいいのだろうか、というコミュニケーションの問題があります。それからご本人の就労パフォーマンスに波がある時に会社としてどう対応するか。さらに就労のパフォーマンスが下っている時にカバーしてくれる同僚の不公平感にどのように対応したらいいか。またこれはとても大きいと思いますが、企業活動の質の維持と従業員の支援のバランスをどう考えたらいいか。そのような意見があげられました。

そして具体的にほしい支援として、他の会社がどのようにしているのか、あるいはこういう時にはどうしたらいいという『Q&A』集を、さらにそれではすまない時にどこに、あるいは誰に相談したらいいか。さらに人事労務担当や経営者、あるいは直属の上司が主治医とコミュニケーションをしたいと思った時に具体的にどう動いたらいいか。そのあたりについてのサポートがほしいという声をうかがいました。





さまざまな支援ガイドブックの作成

このように多角的に、今年度の活動を続けてきました。これらの実態調査にもとづき、現在、研究班では、さまざまな登場人物に向けた支援ガイドブックを検討しているところです（スライド14）。

たとえばご本人・ご家族向けには「Q＆A集」や「事例集」にするのか、そのかたちについて、現在、患者作業部会でネット調査の自由記述の分析などを通して考えています。

職場関係者の方々に向けての対応ポイント、事例、関連法規などをまとめた資料も検討中です。

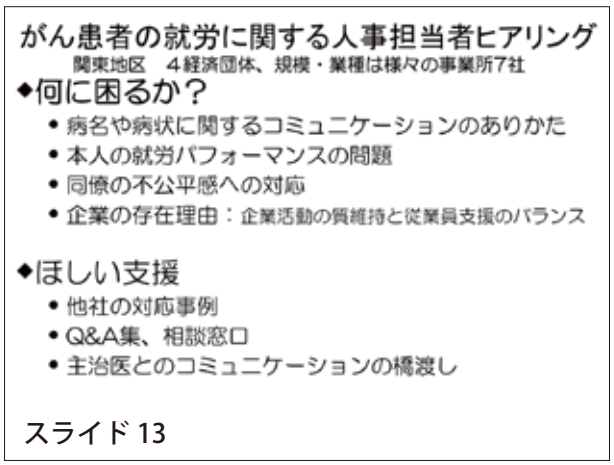
治療スタッフ向けについては、研究班のホームページですでに公開していますが、就労支援に向けてとてもいい実践をしておられるがん専門医の方たちにヒアリングをした結果をまとめた「実例に学ぶ：臨床医向け5つのポイント」を作成しました。これについては、田中完先生の方から後ほどお話をいただきます。

産業保健スタッフ、とくに専属の産業医ではなく、全国に8万人いると言われている、月に1回職場巡視に行くような非常勤の産業医向けのガイドブックについても現在検討中です。これは立石清一郎先生（産業医科大学）からご発表があります。

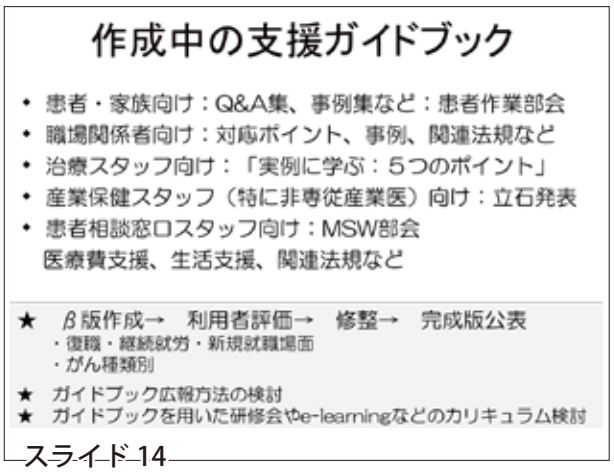
患者相談窓口の相談員の方々に向けたガイドブックもあった方がいいでしょう。それについてはMSW部会などでこれから検討を進めていく予定です。

これらについてはいずれもまずβ版をつくり、その後で、想定する利用者の方々に見ていただき、これが足りないとか、これは現実的ではないとか、具体的なフィードバックをいただきたいと思っています。フィードバックの集め方については、検討会を開くか、あるいはホームページなどで広くおうかがいするのか、具体的方法についても現在検討中です。できるだけ広い範囲の方々にコメントをいただきたいと思いますので、意見の集め方も含めて、本日みなさま方からアイディアをいただければ大変嬉しく存じます。そして利用者評価、修正などを経て24年度中に完成版の公表まで持っていきたいと思います。

ガイドブックと一言で言っても本当にいろいろあります。就労と言っても、たとえば休職から復職する場面、継続就労をしていく場面、あるいはいろいろな事情でいったん退職した後、新規就職をしようとする場面などで、事情はまったくちがってきます。



スライド 13



スライド 14

そして、その方がどのようながんで、どんな治療を受けられたのか、また、会社の業種、職種、事業所規模、ご本人の職位など、実に多くの文脈がありますから、これを全て網羅するのはなかなかむずかしいかもしれません。それでも、なにか手にとって読むことができ、ヒントになるようなたたき台があれば、そこから実践を広げていくことは可能だと思います。

この研究班ではさまざまな登場人物の方々に向けた支援ガイドブックをまず立てて、そして吟味していただこうと考えています。

あと1年のプロジェクトですが、ガイドブックの作製、広報、そしてその後、研修会やe-learningも含めてどのようなかたちで広めていくか、検討していく予定です。

以上概略についてお話ししました。

質疑応答

丸（司会）　高橋先生ありがとうございました。それでは会場のみなさまから、ただいまの「研究成果の概要」と次年度の計画等に関してご意見、ご質問をお受けします。

会場発言A　民間企業の機械メーカーに勤務しております。厚生労働省のがん対策推進基本計画の次年度の構成に「がんと就労」という問題が入ると発表されましたが、あの厚生労働省のがん対策推進協議会の構成メンバーとこの研究班の絡みについてはいかがでしょうか。先生も厚生労働省の協議会に出席されて発表をされていますが、どのような位置づけになるのかお教えください。

高橋　ありがとうございます。非常にだいじなポイントです。がん対策基本計画の重要項目の、24年度からの5カ年計画の中に「就労支援」という項目が入りました。それが具体的にどのような施策に結びついていくかについては、これからだと思います。本日もがん対策推進室のスタッフの方がご参加くださっていますが、どのように具体的な施策にこの研究班の活動あるいはこの後の活動が貢献できるか、厚生労働省とも密に連絡をとりながら進めていく予定です。

ぜひみなさまにお願いしたいのは、そういうパイプもあるのですから「こういうのはどうだろうか」といったアイディアを寄せていただきたいのです。ご指摘の通り、ぜひ密に、現実的なところを考えていきたいと思っています。

丸（司会）　それでは高橋先生ありがとうございました。

2. 閉経前子宮頸がんの治療と患者さんの就労問題

江川 京子
（東京医科歯科大学 大学院博士 前期課程2年）

子宮頸がんの特徴とわが国の現況

子宮頸がんは子宮の細くなった部分である子宮頸部にできるがんです。女性の0～39歳以下では乳がんに続いて第2位の罹患率となっています。子宮頸がんは、がんの拡がりによっては子宮頸部だけではなく子宮全体や卵巣摘出、また骨盤周辺のリンパ節郭清が必要になることがあります（スライド1）。
そして治療後に倦怠感、排尿障害、性機能障害、下肢リンパ浮腫、更年期障害などの合併症が何年にもわたって生じることがあります。

2010年の労働力調査によりますと、女性の15～64歳の労働力率は63.1%と8年連続で上昇しています。また雇用者総数に占める女性の割合も過去最高の42.6%と、こちらも３年連続で上昇しています（スライド2）。

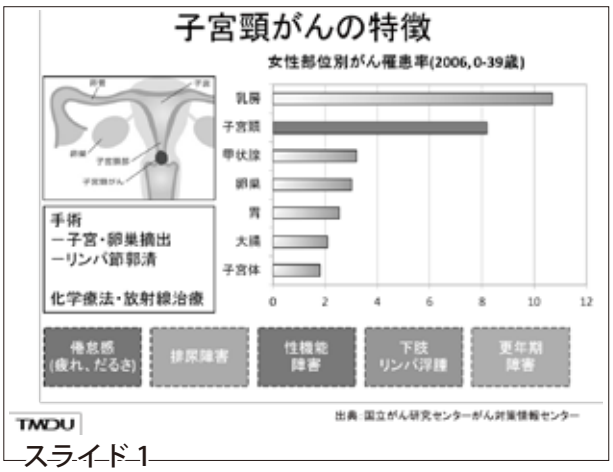
子宮頸がんは他のがんと比較すると20代から40代、50代での罹患率がとても高くなっていることが特徴です。

この2つのグラフを合わせると働く女性の多い世代と子宮頸がんに罹患する世代のどちらも20～40、50代で多いことがわかります。

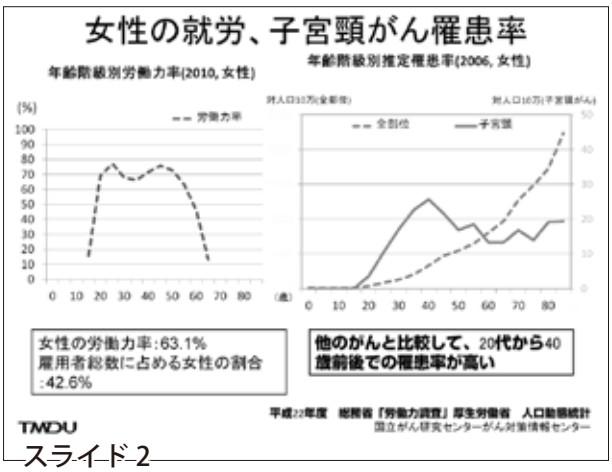
研究の目的・対象・実施手順

研究目的は、「閉経前子宮頸がん患者の治療に伴う身体・心理・社会的な影響と就労の特徴を明らかにする」ということです（スライド3）。

就労の特徴については、常勤、パートなどの勤務形態、現在の仕事の満足度、就労変更の理由、就労役割の満足度について、身体面では、倦怠感、下肢浮腫、排尿・排便障害、睡眠障害、心理面では、不安・うつ、ボ



スライド 1



スライド 2

ディイメージの変化、セクシュアリティの問題、社会面は、年齢、家族構成についてたずねました。

研究の対象は、「閉経前に子宮頸がんの告知を受け、治療を終えて、現在はがんに対する治療を必要としない者」としました（スライド4）。

進行の初期で子宮頸部の一部切除のみで治療を終了した上皮内がん、もしくは、骨盤より外側にがんが拡がっている場合、再発・多重がん・重篤な精神疾患患者・未成年者は、対象から除外しております。

調査は3ヵ所で行い、A大学病院では、産婦人科の外来主治医により、B病院では、研究協力者であるがんの専門看護師により、それぞれが外来に来院する方から対象を選定しました。

また関東・東海地方を中心に活動されている女性がんの患者会においてボランティアスタッフとして参加している研究者が条件に当てはまる方に依頼しました。調査用紙はその場で回収するか、持ち帰って記入後に郵送するかを対象者の方に選択してもらいました。

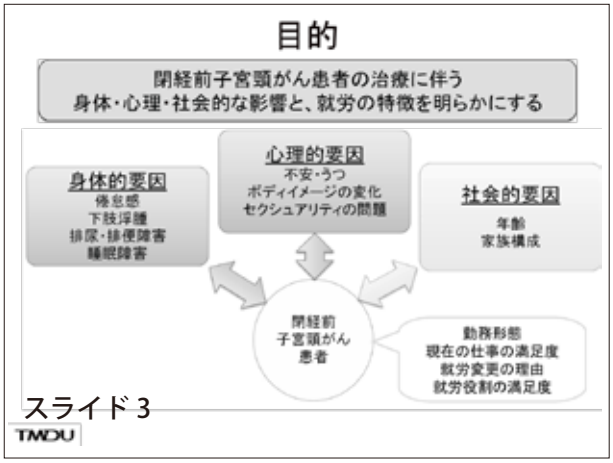
調査結果の概要

アンケートは29名に配布し25名から回収し、回収率は86.2%でした（スライド5）。

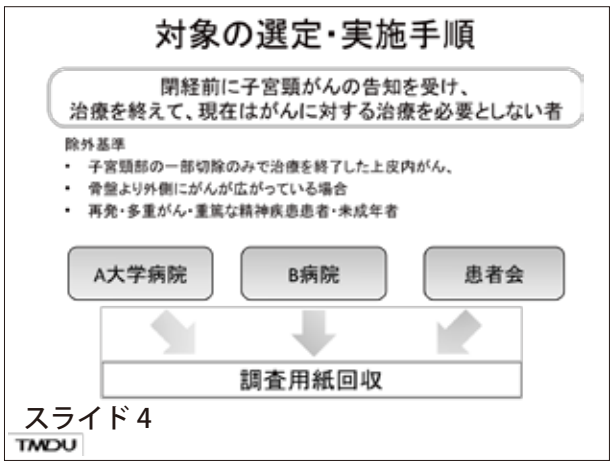
診断時の平均年齢は39.6歳、調査用紙の回答時は44.7歳、治療後の期間は、平均して63.4ヵ月で、約5年3ヵ月たっていました。

家族構成は「配偶者と子ども」が9名、「配偶者と2人暮らし」が6名、「三世代家族」が5名、「母子家庭」と「独居」の方が2名、「母親と同居」の方が1名でした。

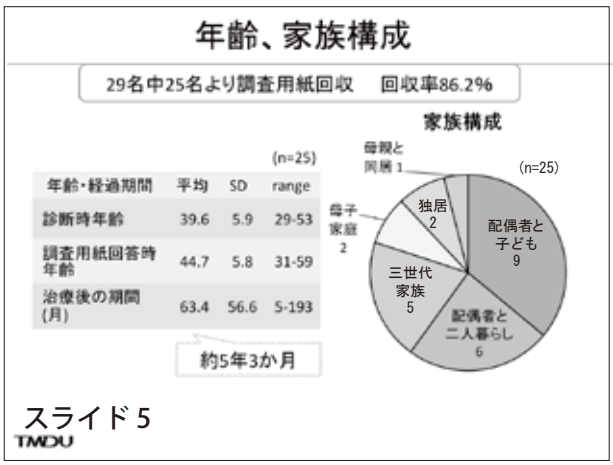
診断は扁平上皮がんがもっとも多く、13名。進行期は、Ⅰ期が13名、Ⅱ期が5名と、ほとんどの方が進行早期の状態でした（スライド6）。治療の手術内容は、「準広汎・広汎子宮全術」を20名の方、「リンパ節郭清」を19名の方が受けており、手術を選



スライド 3



スライド 4



スライド 5

択しなかった2名の方は放射線治療を希望した者が1名、もう1名は心疾患の既往があり手術適応がなく、化学療法と放射線治療を選択されていました。25名のうち23名が手術を受けており、治療内容はさまざまでした。

日常の活動が状況では、「通常の社会活動ができ、労働も可能であるが、倦怠感を感ずる時がしばしばある」方が10名。「倦怠感がなく平常の生活ができ、制限を受けることなく行動できる」という方が8名。「通常の社会活動ができ、労働も可能であるが、全身倦怠のため、しばしば休息が必要である」方が4名でした（スライド7）。

これらの方がたは合わせて22名ですが、研究対象の25名のうち22名は、通常の社会活動や労働ができているということでした。

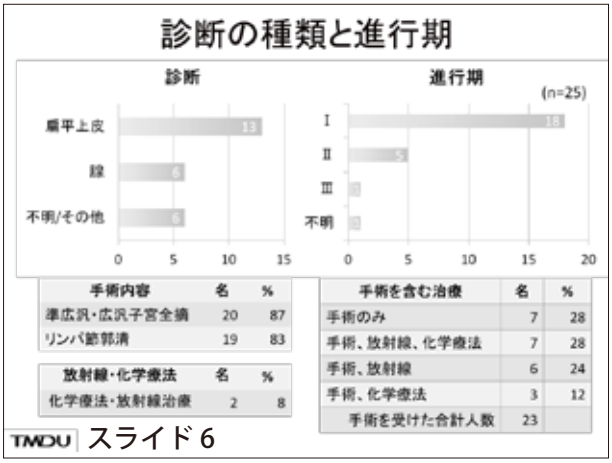
倦怠感の強度では、半数以上の方が重症、もしくは中等度の倦怠感がありました。倦怠感による生活での支障を感じる場面では、もっとも多かったのは「家庭内外の仕事」です。次に「生活を楽しむこと」、「対人関係」、「気持ち・情緒」と続きました。

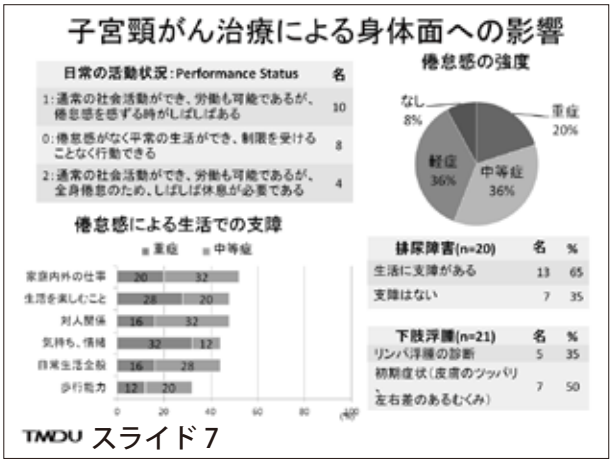
排尿障害は、手術により排尿障害のリスクがある方が20名、そのうち生活に支障がある方が１３名でした。

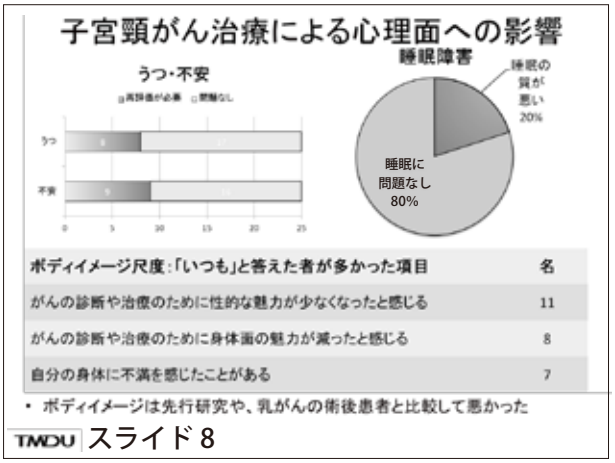
下肢浮腫は、手術や放射線によりリンパ浮腫のリスクを持つ方が21名、そのうち5名の方が、リンパ浮腫の診断を受けており、診断を受けていない2名の方も含めて7名の方がリンパ浮腫の初期症状である、皮膚のツッパリや左右差のあるむくみを報告していました。

心理面の影響では、うつでは8名、不安では9名が問題を抱えている可能性があり、再評価が必要であると判断されました（スライド8）。睡眠障害は20%の方が、睡眠の質が悪いという状況でした。

ボディイメージ尺度の得点は、先行研究の婦人







科がん患者や乳がん術後の患者よりも悪く、「いつも」と答えたものが多かった項目は、「がんの診断や治療のために性的な魅力が少なくなったと感じる」が11名。「がんの診断や治療のために身体面の魅力が減ったと感じる」が8名、「自分の身体に不満を感じたことがある」が7名でした。

就労状況は、治療前は「常勤・派遣」が10名、「パート・アルバイト」が8名、「自営業」2名を含めて、就労していた者が20名、「主婦・無職」の方が5名でしたが、調査時点では、就労している者は16名、「主婦・無職」が9名でした（スライド9）。

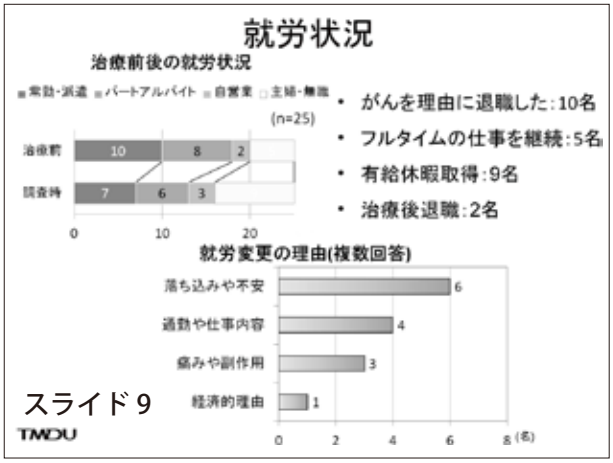
「がんを理由に退職した」者が10名、「フルタイムの仕事を継続」していた者が5名でした。「有給休暇取得」の者が9名いましたが、そのうち2名は「治療後退職」をしています。

就労変更の理由は、落ち込みや不安など精神的理由が6名、通勤や仕事内容による者が4名、痛みや副作用などの身体的理由が3名、経済的理由が1名でした。

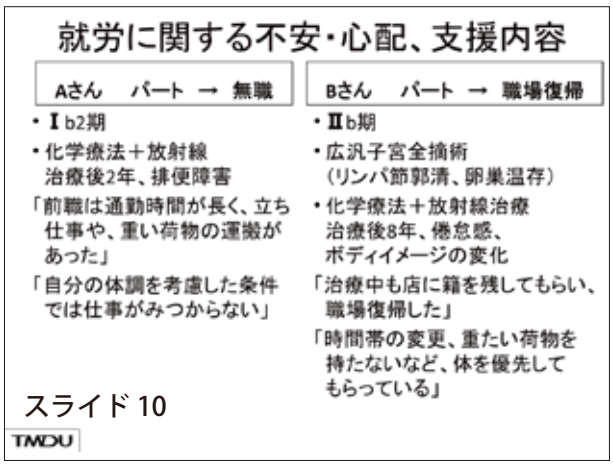
自由記載からみるがん治療と就労問題

Aさんは、診断時はパートの仕事をされていたということですが、治療をきっかけに休職をし、その後に退職をしていました（スライド10）。以前の職場では通勤時間や仕事内容により身体的負担があるため、治療以前のようには働けず、さらに体調を考慮した条件では新しい仕事が見つからないということで、就労できないことに不満を感じていました。

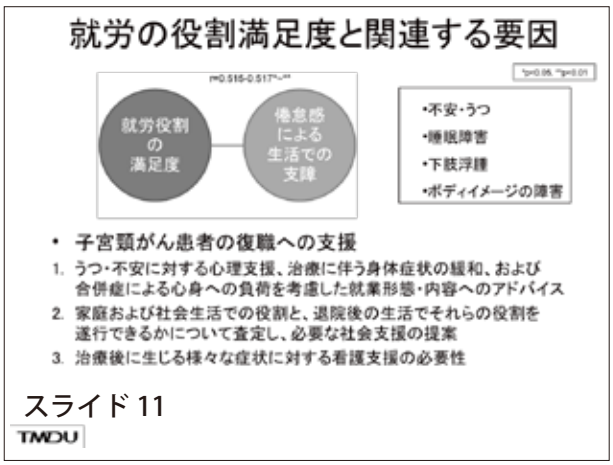
Bさんは、治療後パートの仕事に復帰した方でした。広汎な手術や化学療法、放射線で、手術には2週間かかり、化学療法で3ヵ月間かかったという、その間は休職ができていて、また復職後に時間帯の変更や仕事内容にも気をつかってもらっているということでした。またしかし一方で、本人は治療後に忘れやすくなったり、疲れやすくなったりしているために仲間に迷惑をかけてしまい、楽し



スライド 9



スライド 10



スライド 11

く仕事ができないという回答もありました。

本研究では「就労の役割満足度」が高い方が「倦怠感による生活での支障」が低いという関係がみられました。また「倦怠感による生活での支障」は、不安・うつ、睡眠障害、下肢浮腫、ボディイメージの障害との関連がみられました（スライド11）。

子宮頸がん患者の復職への支援としては、治療後のうつ・不安に対する心理支援、治療に伴う倦怠感や下肢浮腫など身体症状の緩和、および合併症による心身への負担を考慮した就業形態や内容に関するアドバイスが有用であると言えます。

また治療後の過程および社会生活での役割と退院後の生活で、それらの役割を遂行できるかについて査定し、必要な社会支援を提案することや、治療後に生じるさまざまな症状に対する看護支援の必要性が示唆されています。

以上で発表を終ります。ご清聴ありがとうございました。

常勤者のがん治療後の就労形態の変化

丸（司会）　江川さんありがとうございました。閉経前の子宮頸がんの患者さんにアンケートをとりまして具体的に就労等に関するいろいろな状況をご報告いただきました。会場の方から、なにかご質問、コメント等ございますか。私の方からひとつおうかがいします。ただいまパートの方の例をお示しいただいたのですが、常勤の方でどういう状況であったか、なにか具体例がありましたら、常勤の方の例もお教えいただきたいのですが。

江川　ご質問ありがとうございます。常勤の方も先ほどの例と同じように、常勤の方が無職になった例とか、常勤から自営業に変った方、あるいは常勤の方が元の職場に復帰されたという方もおられました。とくに職場に復帰できたという方に関しましては、治療後に１０年以上たっているのですが排尿障害があるという方でした。職場の産業医の先生が治療後には定期的に検査をしてくれているとか、治療のための薬を定期的に処方してくれることで外来に通う時間が最低限ですんでいるので非常に助かっているという話をされていました。

また常勤から自営業に変られた方では、治療をきっかけに自分のやりたいことをやるようにしようという気持ちの変化があったということを言われていて、勉強をされて資格を取り、自営業で、休憩なども自分の好きな時に取れるというようにして仕事をされていましたが、その方はやはりリンパ浮腫のせいで足が動かしにくいということで、このまま仕事を続けていけるのかという不安がたいへんあると言われていました。

丸　会場の方からはいかがでしょうか。

対象選択について

会場発言A　たびたび質問して恐縮です。データの中で、「ｎ数」の中に、再発多重がんを除くと書かれていたのですが、よくさまざまな方のブログを読みますと、再発転移をされても最後まで仕事を頑張ってやられ

ている方がたくさんおられます。そういう人たちの生きがいは、直前まで仕事ができるというように考えておられます。この就労問題のテーマは、やはり今出ている事例の中のひとつ「n」として、そういう方も入れないと本当の数値はわからない。おそらく困っている人というのはそういう人たちのはずです。その人たちは再発転移されて治療も受けながら、仕事もしなければいけないということで、いちばん困っていると思います。そこが抜けているのは、最初の労働力調査のところで、女性で働ける人はだれだという、ものがベースになっているから除かれているのかとは思うのですが、そのへんはどのようにお考えになられているのでしょうか。

江川　ご指摘いただきありがとうございます。まさにご指摘の通りというところもあるのですが、今回は、倦怠感が治療そのものの影響を受けているということもあり、たとえば化学療法の直後に何日間か非常に強い倦怠感でとても立ち上がれない方がおられるといった、そうした影響を考え、それを除くために、特定の治療を受けた方を除いたというかたちで、今回は対象の方を選択させていただきました。

ただ治療を受けながら働いているという方も、お 1 人、実はインタビューをさせていただいています。やはり仕事にどうやって戻るか、どうやって自分が現在治療を受けていることを話したらいいか悩んでいるということでした。体調がいつ悪くなるかもわからない中で仕事を続けるということがどれほどたいへんかもうかがっていますので、今後の研究でまた、どういう対象が現在、助けを必要としているかということも考えながら続けていきたいと思っています。ご質問ありがとうございます。

丸　それではこの演題は終了したいと思います。江川さんありがとうございました。

3. 乳がん患者と夫の心身適応と就労問題

○高橋 都（東京医科歯科大学国際看護開発学）（○は発表者）
武藤 孝司（獨協医科大学公衆衛生学講座教授）
多賀谷 信美（獨協医科大学越谷病院第一外科学）
角田 美也子（獨協医科大学病院第一外科学）
吉野 美紀子（東京大学大学院医学系研究科）
甲斐 一郎（東京大学大学院医学研究科）

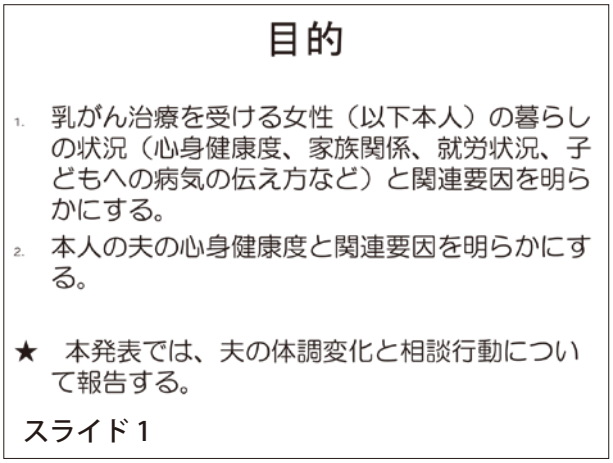
調査の目的と方法

この調査は、乳がん治療のため外来通院中の方と、その配偶者の方にご協力いただいたものです。本日の発表では配偶者の体調変化と相談行動についてご報告をしますが、調査自体は、第一に、乳がん治療を受けるご本人の暮らし全般（心身健康度、家族関係、就労状況、子どもへの病気の伝え方など）と、それぞれの行動に対する関連要因を明らかにすることを目的にしています。2つめの目的は、配偶者の心身健康度と関連要因を明らかにすることです（スライド1）。

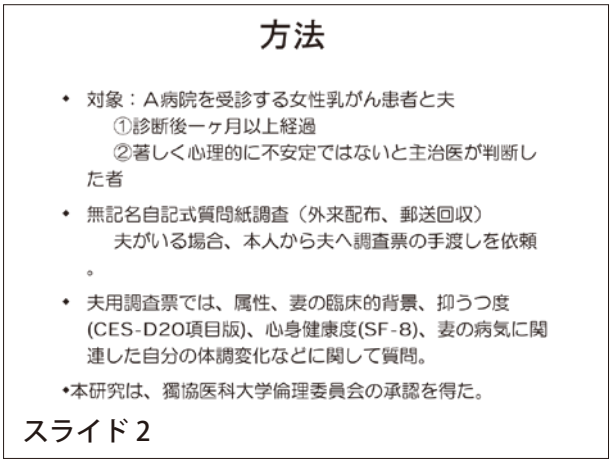
方法ですが、対象はＡ病院を受診する女性乳がん患者さんとその配偶者です。患者さんご本人につきましては、診断後1ヵ月以上経過して著しく心理的に不安定ではないと主治医が判断をした方に限定しております。無記名・自記式の質問紙調査票を外来で配布し、郵送回収しました。配偶者がおられる場合には、ご本人から夫の方に、夫用調査票の手渡しをお願いしました。夫用調査票では、夫の属性、妻の臨床的背景、抑うつ度の測定にはCES-D（Center for Epidemiologic Studies Depression Scale 20項目版）、心身健康度についてはSF-8（The MOS 8-Item Short-Form -Item Health. Survey）という尺度を使いました。妻の病気に関連した自分の体調変化などについても質問しました。獨協医科大学の倫理委員会の承認を得ています（スライド2）。

調査結果－抑うつ度と相談の実態

結果です。配偶者がおられる患者さん225名中137名の配偶者の方から有効回答を得ました。有効回答率は60.9%です。夫の平均年齢は62.6歳、結婚期間は約35年です。（スライド3）。



スライド 1



スライド 2

137 名中、実に 9 割近い 121 名の配偶者が、妻の病気に関連してなんらかの体調変化を自覚されていました。具体的には「将来への漠然とした不安」、「気分の落ち込み」が多くみられました。「仕事の能率低下」という項目もつくったのですが、そこをチェックした方は 16 名、13%程度で、「漠然とした不安」や「気分の落ち込み」ほどには多くなかったという結果です（スライド 4）。

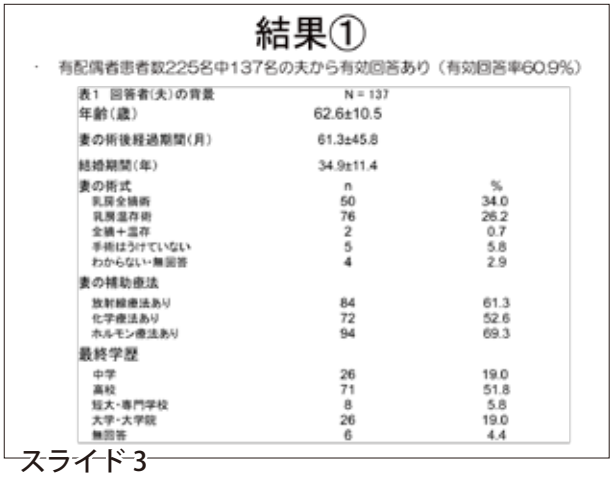
抑うつ度を表す CES-D 得点については、夫と妻の得点の間には有意な相関がありました。つまり夫婦の片方の抑うつ度が高ければ、もう一方の抑うつ度も高いということです（スライド 4）。

9 割近くの夫が妻の状況と関連して自分の体調変化を自覚していたわけですが、体調変化を自覚した夫のうち第三者に自分の問題を相談した人は 62%のみでした。残りの 4 割は誰にも相談していません。

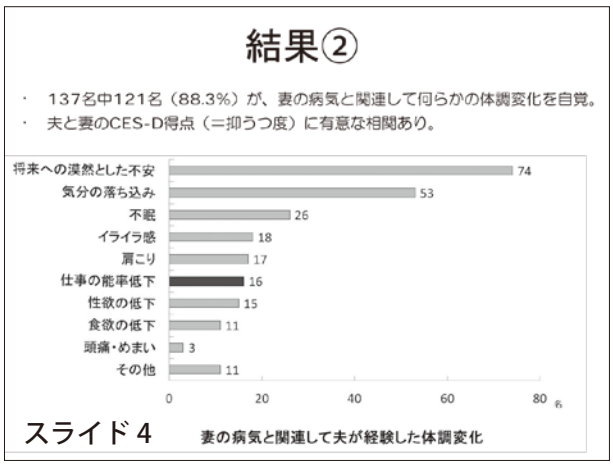
相談相手ですが、多いのは「家族」です。「親戚」、「友人」と続きますが、夫の「職場関係者」、「妻の担当医・看護師」、あるいは「ほかの医療者」に相談した方はかなり少数派でした。相談した方と相談しなかった方を比較しますと、自分の体調変化を誰にも相談しなかった夫は相談した方と比較して、有意に年齢が若く、学歴が高い傾向がありました（スライド 5）。

自由記述から ― 相談しない理由とアンケートへの感想

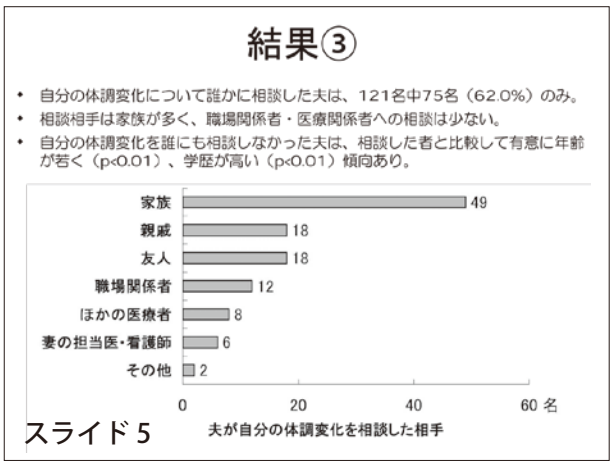
相談しなかった理由を自由記述で質問したところ、「自分で何とかできたから」、「とくに相談する必要性を感じなかった」という記載もありますが、「自分で解決しないと」いけない、「自分自身でクリアしないと」いけない問題だという記載もありました（スライド 6）。また、誰かに「相談してもどうしようもないことだから」、「妻の病気のことは誰にも話したくない」、妻が「病気の他言を極度に嫌うため」、「妻に心配をかけたくない」など、安全に相談できる相手がいれば相談したかもしれない状況も、少しうかがえます。



スライド 3



スライド 4



スライド 5

それから、この調査自体へのご感想も寄せられています。「アンケートに答えた以上に、ガンから受けるさまざまな影響が大きかった。本人はもっと大変なのだろうが家族もかなりキツイと感じました。」、「このアンケートでどの位自分の有様が形になる疑問です。」「質問と回答の言葉がアンバランスな気がする。」といったご意見もいただきました。

やはり自由記述でわかることも大きいです。調査研究では心理尺度を使って、いろいろな項目について「とても当てはまる」から「ぜんぜん当てはまらない」まで 4 段階や 5 段階で聞くことが多いわけですが、研究レベルでは統計的分析ができたとしても、なにか回答者の実感とずれていることがあるのかもしれません。

まとめ

まとめです（スライド 7）。9 割近くの夫が、妻の診断から現在までの間に、妻の病気と関連して何らかのご自身の心身の不調を自覚していました。「仕事の能率低下まで自覚した夫は比較的少ないのですが、「仕事の能率が低下した」というところにチェックを入れなくても、ほかの心身不調が間接的に仕事に影響しないとは言い切れないと思います。ただ、この調査からこれ以上のことは言えません。

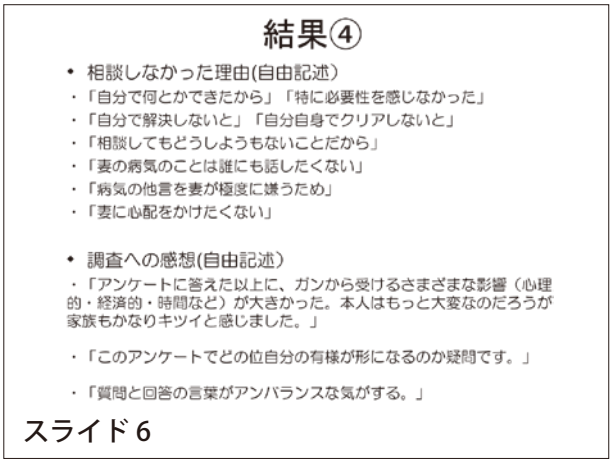
回答者の約 4 割は心身の不調を誰にも相談せず、残りの 6 割も相談相手は近親者に限定していました。とくに年齢が若く、高学歴の夫の方は相談しない傾向にありますので、そのへんの対応が課題です。ただ、相談しないことが直ちに問題だというわけではなく、相談するほどでもなかったという方もいらっしゃいます。そこをどのように考えるかです。

夫婦の抑うつ度には相関がみられました。治療を受けるご本人をサポートすることで、間接的に配偶者への支援にもなる可能性が、改めて明らかになりました。以上です。

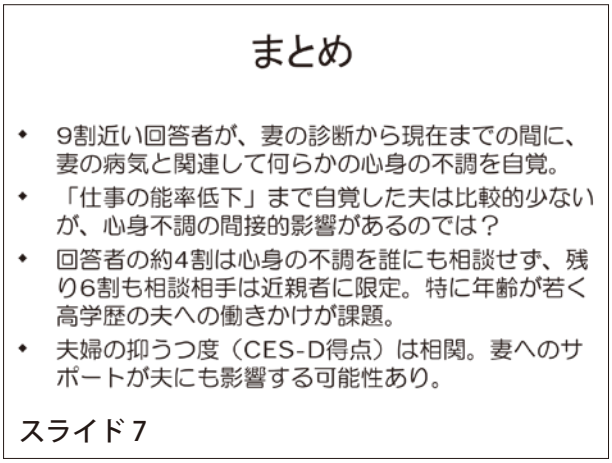
質疑応答

丸（司会）　高橋先生ありがとうございました。会場の方からご質問はございますか。

会場発言 B　病院の乳腺外科に勤務しております。一点だけ確認させていただきたいのですが、結果のと



スライド 6



スライド 7

ころの相談相手の中で、いちばん多いのは「家族」とありましたが、この「家族」というのは、病気になられた奥さんがいちばん多かったのか、それ以外の親などの他の家族であったのか、教えていただけますか。

高橋　家族の背景まではうかがっていません。選択肢としては、家族、親戚、友人と出ているので、おそらく回答者の中で、家族と親戚の一線は主観的に引いていると思いますが、それ以上はちょっとわかりません。

会場発言B　そうしますとこの「家族」は、病気である妻ではない。それは除かれているということですね。

高橋　はい、そうです。

会場発言B　逆に言うと、実際に妻と相談して、話し合って調子を回復したという人はいないということですか。

高橋　自由記述の中では、「妻と相談して云々」という記述はひとつもありませんでした。

会場発言B　ないのですか、そこに関心があったものですから。わかりました。ありがとうございました。

高橋　そうですね。ただそのあたりがこういう調査の難しいところで、本当にそこを明らかにしたいのであれば、「妻には相談しましたか」、「なぜ相談できなかったのですか」というところまで質問しないとわからないでしょうね。

丸　もうお一方どうぞ。

会場発言C　興味深くお聞きしました。ひとつ、プラクティスで、これでいいのかという部分がありますのでお聞きします。診断が決ったとか、治療が始まる時に患者さんだけではなくて家族を呼び寄せて病状説明をし、治療方針も決め、家族もチームワークで働くように誘導することが大切だというメッセージと受け取ったのですが、その解釈でよろしいでしょうか。

高橋　はい、やはり情報を共有するというのは非常に大事だと思います。この研究ではなく、これまでのいろいろなインタビュー調査などで個人的に感じることなのですが、配偶者の方は、妻を守ろうとか強い夫でいようという心理が働く場合には、ご自分の辛さを妻本人には見せない側面があるような気がします。お互いに弱みを見せ合うからつながる部分もありますが。その一方でご本人からは、「ウチの夫は完全にパニックになってしまい、私を支える力を今は持っていないから、自分の辛さを夫に言ってもしようがないのです」というような話を聞くこともあります。本当に夫婦のかたちによっていろいろだと思います。そこを医療従事者がコントロールするのはなかなかむずかしいと思いますが、基本線として、やはり何が起こっているのかを家族の中で正確にシェアするのが大事なのではないかと思います。

会場発言C　ありがとうございます。

丸　まだまだ質問も出そうですが、時間ですのでこれで終了したいと思います。ありがとうございました。

4. 患者と家族の就労実態インターネット調査

○鈴木 信行(患医ねっと)
内田 スミス あゆみ(アイ・ギーグ株式会社)
山田 裕一(オリンパスイメージング株式会社商品開発部)
渡邊 芳子(東京大学大学院医学系研究科)
高橋 都(獨協医科大学公衆衛生学講座)

患者作業部会のミッションと経過

最初の高橋班長の話（シンポジウム報告 1）の中で、2011 年度より患者を主体にした作業部会が始まったということに触れられましたが、そこでの中間報告というかたちで発表させていただきます。

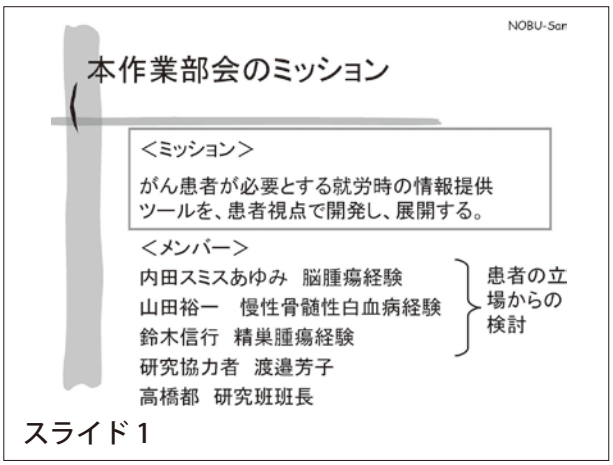
私たち作業部会のミッションは、「がん患者が必要とする就労時の情報提供ツールを、患者視点で開発し、展開」していくというところにあります（スライド 1）。メンバーは 5 名で、その内の 3 名にがん体験があります。

これまでの活動状況ですが、がん患者もしくはその家族の方を対象にしたアンケート調査に向けて、2011 年 3 月に作業部会を立ち上げ、その後、数回の部会を重ねてきました。獨協医科大学の倫理委員会を経た後、今まさにアンケート調査を実施中です（2012 年 1 月 31 日締切）（スライド 2）。

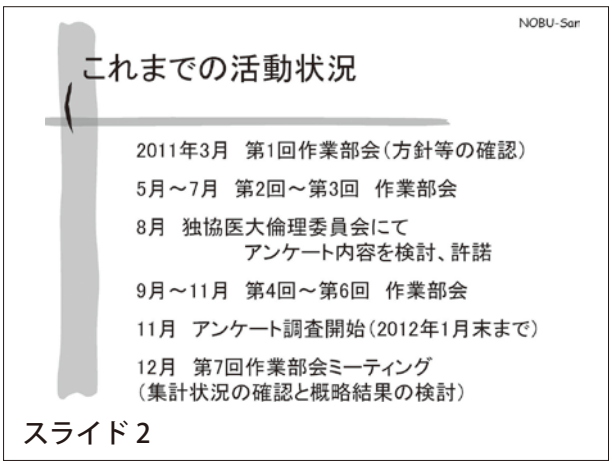
まだ調査を実施中ですから、今日の報告は中間集計報告というかたちになります。細かい集計、あるいはそこからの考察はできていませんので、数字は今後変化するという前提でお受け止めいただければと思います。

アンケート調査の目的・方法

このアンケート調査の目的は、がん治療を受けるご本人や家族が就労場面で体験されたこと、知りたかった情報などをうかがい、問題点を明らかにする、またそういう中から解決法が見えてくると思っています。調査方法としては、インターネットを使った調査を行ないました（スライド 3）。



スライド 1



スライド 2

アンケート結果の概要報告

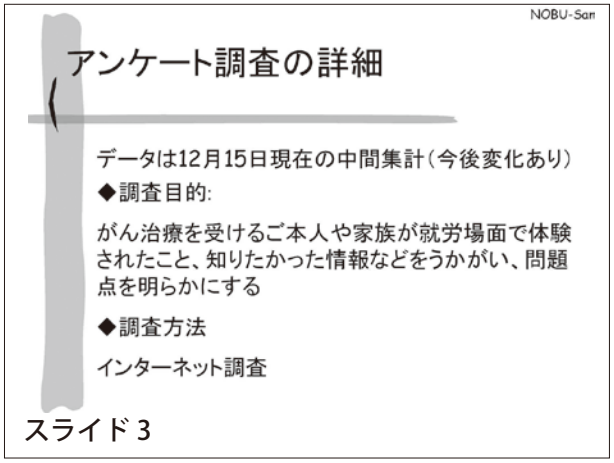
2011 年 12 月 15 日時点での結果概要です。なお、今日は治療を受けたご本人の結果だけをご報告します。ご本人からの回答数は 300 です。

基礎データ

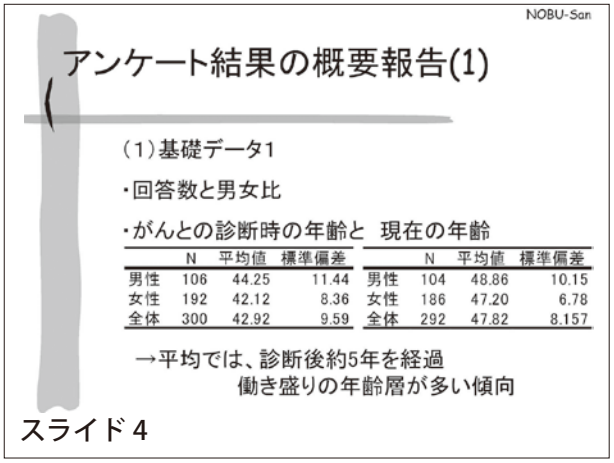
平均年齢で言うと、がんが発症したのは 42.9 歳。アンケート回答時の平均年齢が 47.8 歳ということで、がん診断後 5 年ほど経過していて、働き盛りの年齢層です（スライド 4）。回答者のがんの種類ですが、乳がん、悪性リンパ腫、GIST（Gastrointestinal Stromal Tumor: 消化管間質腫瘍）、大腸がん、精巣がんと続いています。日本人のがん種の割合とは異なっていますが、そのへんは、インターネットによる調査であること、あるいは「就労」というキーワードで調査をかけた影響があると思います（スライド 5）。通院頻度は 3 ヶ月に一度以上が 61.1%、半年に一度以上を含めると 73.1% です（スライド 6）。

就労状況について

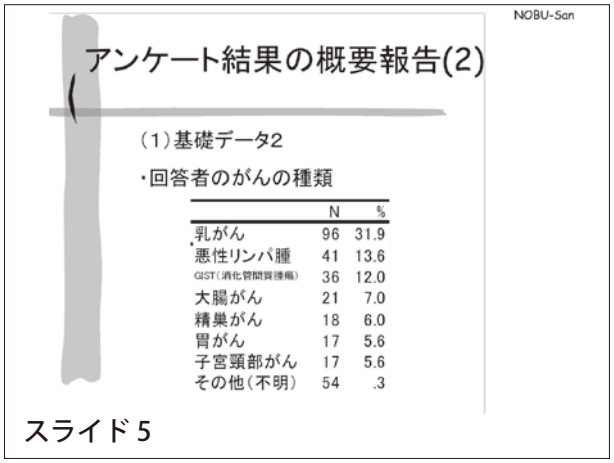
就労状況についてです（スライド 7）。それをグラフ化したものがスライド 8 です。全体的に、「正社員」が減少し、「自営業」、「派遣社員／契約社員」、「パート／アルバイト」属の方が増えています。



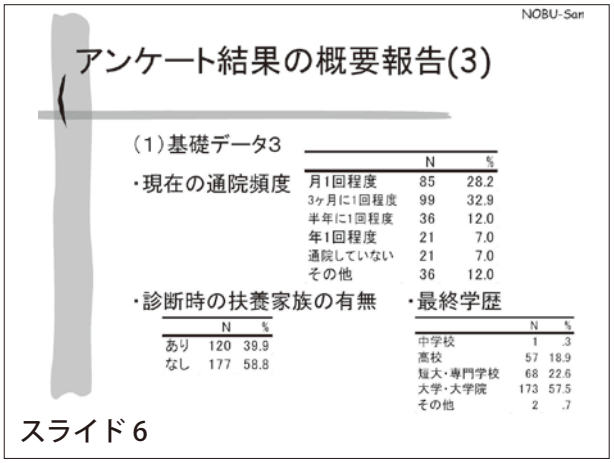
スライド 3



スライド 4



スライド 5



スライド 6

働き方の変化についてお聞きしますと、「退職して再就職した」という方、あるいは「退職して再就職していない」という方、あるいは「同じ職場のちがう部署に異動した」方などがいました。この 3 つのケースの方にその経緯を聞きますと「自分から希望」した方が半数、「会社からの指示に従う」という方も 1 ／ 3 ほどいました。(スライド 9)。

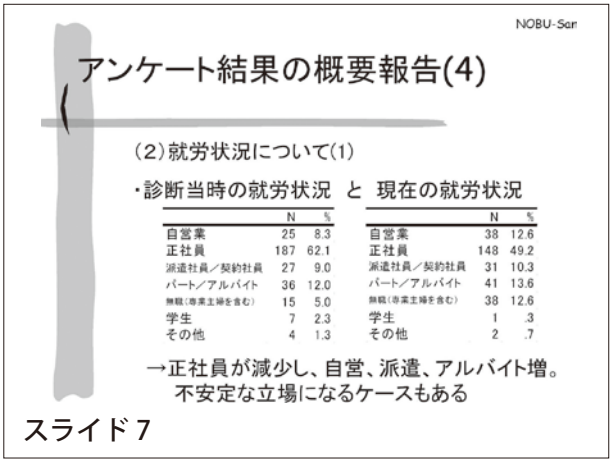
収入の変化

実際の収入について、個人の収入と世帯の収入とを質問しています。個人も世帯も収入が減ったという方が 4 割強いました(スライド 10)。

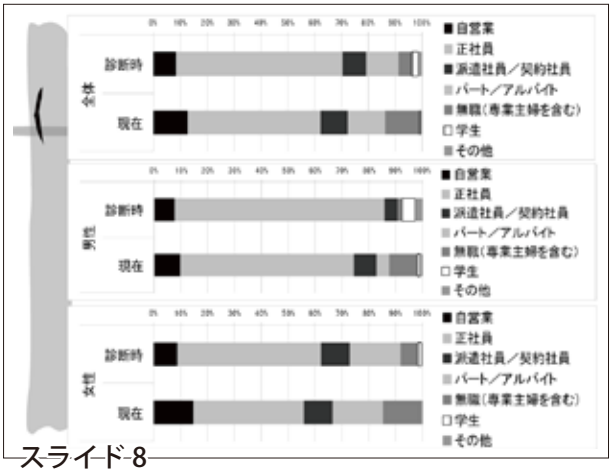
相談相手

就労の悩みについてどなたかに相談しましたかという質問をしました。相談相手としてもっとも多いのは「上司」で、そのあとに「家族」、「主治医」と続いています(スライド 11)。

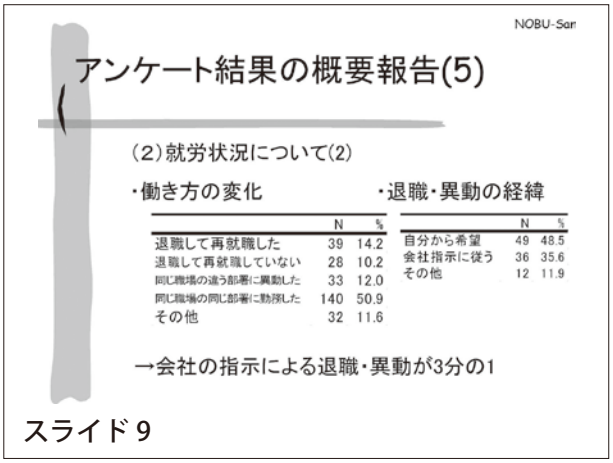
医療者に相談するケースもそれなりにあるということがわかりました。すなわち医療者も就労関係の知識や、ソーシャルワーカーへの紹介など相談窓口への橋渡しが求められるのではないかと思います。個人的意見としましては、医者に就労の問題を相談して解決できるとは思っていません。ただ重要なのは、医師が、



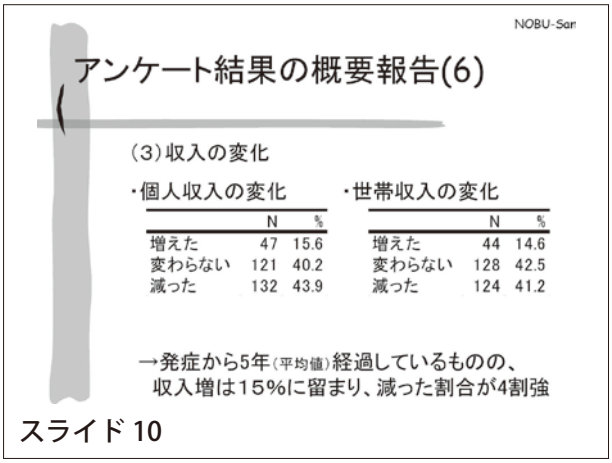
スライド 7



スライド 8



スライド 9



スライド 10

就労についてしっかり相談できる方へどうつなげてくれるのか、というところではないでしょうか。

自由記述から

自由記述からいくつか主だったものをお示しします（スライド 12）。

最初の方は、体調が戻らず、上司の理解も得られなくて退職したという方です。このように、体調だけでなく人間関係あるいはコミュニケーションの問題で退職するという方も複数おられました。

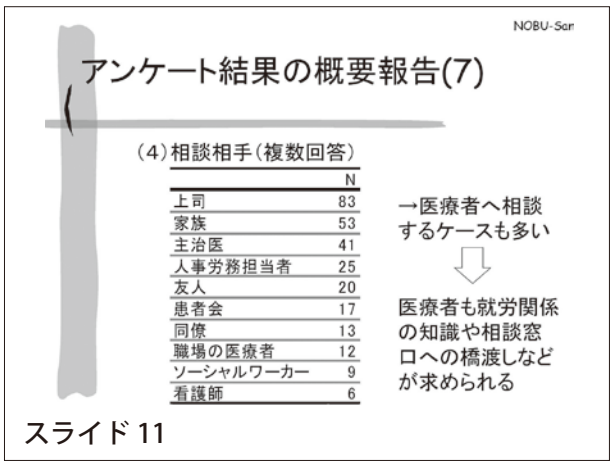
また採用面接時に病気に対する既往歴を話さなくてはならないのでしょうかという自由記述も数多くみられました。がんになったために会社は辞めた、再就職をしたいけれども、就職の面接の時に自分の病気を話さなければいけないのかどうか。話すことによって不採用になるかもしれないが、一方で、話さなければ通院ができない。そういうところでジレンマを抱えているということを書かれた方が大勢おります。また自営業の方は、収入減にそのまま直結するという不安定さが見えると思います。

反対にうまくいった例もあります（スライド 13）。「職場の上司や人事にマメに連絡をとり自分の状況を報告した。結局は人と人のこと」という意見もありました。「制度ありき」ではなく「人と人」といった人間関係が重要、ということが書かれていて、今までの発表にもあったように本当にケースバイケースだと思います。また、異動にはなっているのですが、それは自分の体調を気遣った異動なので、「就労面で困ることはない」と、会社に対して好意的なイメージを持っている方もいます。それから「きっちり治療に専念させてもらいました」というような記述もあります。

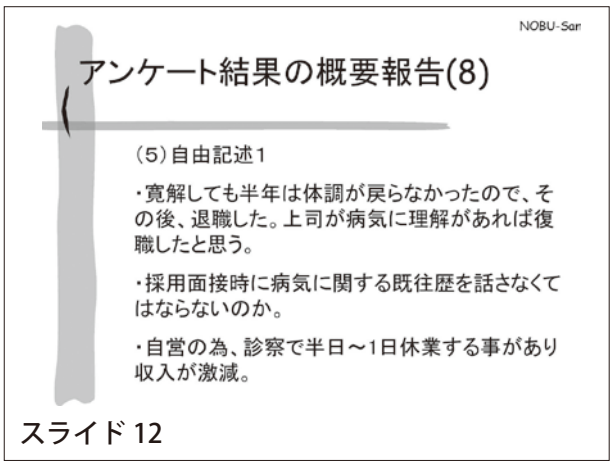
自由記述は、今、300 名分集まっていますが、それを読んでいるだけでも本当にさまざまな例があることがわかります。

中間報告として全体的に言えることは、正社員率は減り不安定な労働条件の方が増えること、4 割以上の方は減収傾向にあること、相談相手としては、上司・家族・主治医の順であるということです（スライド 14）。やはり、制度・権利をまず知ることは大事です。たとえば自分が働く会社の就労規則を知らない方も大勢いらっしゃいます。就業規則や、日本の保険制度を認識することは重要だと思います。

そして好事例を知ることも大事です。先ほどのスライド 13 のようないい事例を集めることによって、工夫



スライド 11



スライド 12

するべき点が見えてくれば、社会意識の変革にもつながる。ミッションとして最初にお話したとおり、患者視点でがん患者が必要とする就労時の情報提供ツールを開発、提供していきたいと思います。

今後のスケジュール

今後のスケジュールですが、最終的な集計をふまえて、Q & A集や事例集を作っていきたいと思います。まずβ版（試作版）を作りますが、その際にはぜひみなさまのご協力をいただき、実際にご覧いただいてご意見などをいただければと思います（スライド 15）。

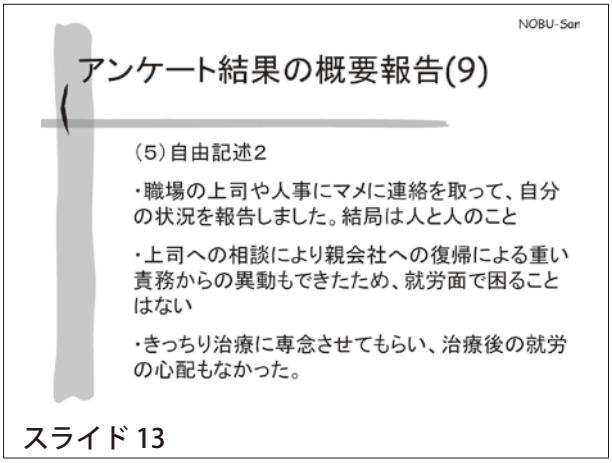
以上です。

質疑応答

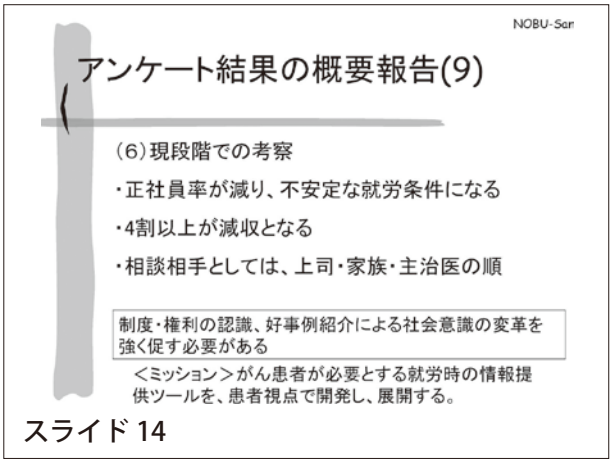
丸（司会） ありがとうございました。300 事例というたいへんなデータが集まっているという状況を報告していただきました。会場のみなさまいかがでしょうか。なにかご質問、ご意見、コメントでもけっこうです。

会場発言D この研究結果はまだ中間報告ということですが、既往の研究でもこれと同じような類似の事例はいくつか出ていると思いますが、そことのちがいはどのあたりに置いておられるのでしょうか。

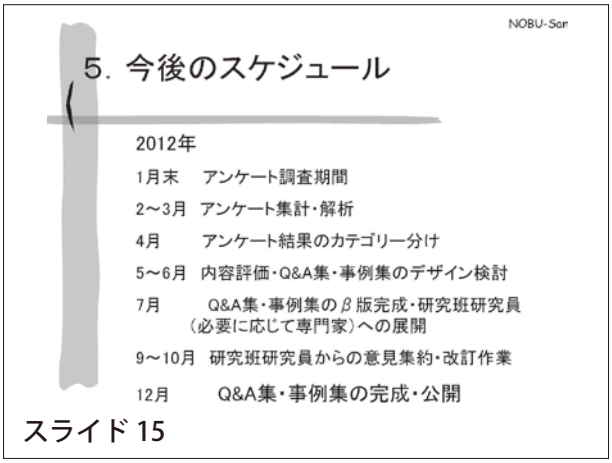
鈴木 ご質問ありがとうございます。今回、私たちが主にやりたいこととしては、実際にうまくいった事例を集めたいのです。それを好事例集として、こういうようないい例がありますよ、と紹介してボトムアップにつなげたい。したがってここの自由記述がまさにキーになるところです。書いている本人は自分がいい事例だとは思っていなかったりします。自分の事例は他の例と比較しないとよくわからないのですが、聞いていくと実はいい事例であったりします。そういうものをできるだけ集めて、いい事例に世の中をレベルアップしていく。そういうこ



スライド 13



スライド 14



スライド 15

とをしたいと思っています。

会場発言B　基本的なことを確認させていただきたいのですが、このアンケート結果の概要報告（スライド10）で、収入の変化で、増えた方が 15.6%とありますが、この数値はいわゆる一般の社会の中でも明らかにこれは少なくて、減収者が多いということなのでしょうか。たとえば自分を考えても自分の給料が 5 年間で増えたかどうかよくわからない中でいかがなのでしょうか。

鈴木　一般企業ですとベースアップという考え方がありますので、通常は勤続年数が増えるにしたがい収入も増えます。各事例少し話がちがってくるかもしれませんし、一般のデータと比較していく必要があるのですが、増えるのが一般的ということです。ただベースアップがない会社も最近増えていますので。

会場発言B　そうです。この不況で、そこをどう解釈したらいいか素人でわからなかったものですから、そこの解釈の仕方がもしわかればと思って質問させていただきました。

鈴木　今後は一般データとの比較もきちんとしていきたいと考えます。ご指摘ありがとうございます。

丸　その他いかがですか。

会場発言E　生命保険会社におります。具体的な数字をとられているかわからないのですが、4 割以上の方が減収ということでしたが、4 割の方が罹患される前に較べてどの程度の収入減があったか、その割合の平均値などがもし出されていれば、ご教示いただければと思います。

鈴木　収入額までは、聞いていません。

丸　高橋先生どうぞ。

高橋　非常に重要なポイントだと思います。他の団体の調査で、収入が 4 割減ったというデータもあります。ただこういう数字を解釈する時に気をつけなくてはならないのは、要するに代表性のあるデータはないということです。A 研究、B 研究、C 研究があった時に、対象者の男女比やがんの種類等で、単純集計のパーセントは変わります。ですから数字が一人歩きするのはどうかと思うことはあります。

ただそれを言っていてもしかたがないので、どういうがんならどうなのか、あるいは正社員だった方がどうなっているのかといった、文脈ごとの詳細な分析がこれから必要になってくると思います。その時にはやはり自由記述もとても大事になってきます。自由記述は、この調査では 400 字ですが、それに書ききれないことはたくさんあります。そこで調査の最後に「追加質問があったらご連絡してもいいですか？」と質問したところ、半分以上の方がメールアドレスを書いてくださいました。必要に応じて追加インタビューなどを検討していくところです。

丸　ありがとうございました。まだまだいろいろな報告や質問も出そうですが、時間がきましたのでこれで終了させていただきたいと思います。ありがとうございました。

5. がんサバイバーの就労問題の障害構造論による分析

春名 由一郎
（(独) 高齢・障害・求職者雇用支援機構 障害者職業総合センター）

障害構造論による分析の目的と方法

障害構造論とは、病気自体のことだけではなく、その病気が生命、生活、人生にどのように影響するかという「生活機能」に着目することで、そのネガティブな側面が「障害」と位置づけられます。

目的としては、がんで長期に治療を必要としている人の職業生活における困難状況と、その要因を構造的に整理することとしました（スライド１）。

資料としては、予備的な研究として、本研究班の勉強会での事例と、国内外の資料を使いました（スライド2）。

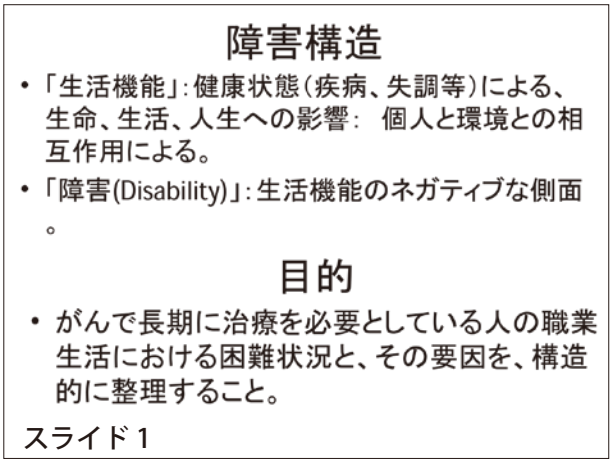
分析の枠組みとしては、WHOの国際生活機能分類（ICF：International Classification of Functioning, Disability and Health）のフレームワークを使い、健康状態、生活機能（心身機能・構造、活動、参加）、背景因子としての環境因子、個人因子の関係をみることといたしました。

結果

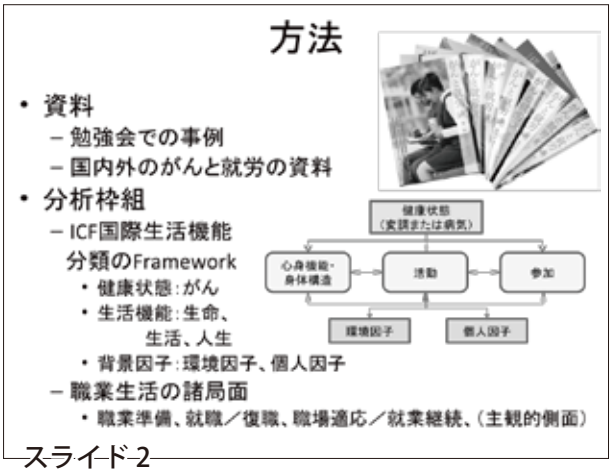
生活機能全般に関すること（スライド3）

がんの就労問題が、「生活機能」の問題であることは、がんの分野で「サバイバーシップ（Survivorship）」と言われているものが「病気とともに自分らしく生きること」であることから言えます。それは、「がんの治療とは独立した、生命・生活・人生の課題」や「自分らしく生きる」ことで、一般的な「障害」の概念より広い概念であることを示しています。

また、保健・医療の問題だけではなく、人権や法制度の問題も関わっていることや、いろいろな要因への



スライド１



スライド２

個別マネジメントが重要である、ということに「生活機能」の特徴が表れています。さらに、「生活機能」には様々な要因が関わるので、「がんでも働けるのか、あるいは働けないのか」とか、「支援は必要なのか、必要ではないのか」といった関係者の共通理解に課題もみられます。

健康状態（スライド4）

健康状態の特徴です。がんの就労問題が急速にクローズアップされてきた原因は、がん治療の進歩によりがんが慢性疾患化してきたことがあります。5〜10年は経過観察や治療・再発・手術の可能性があり、服薬や通院で寛解を維持しているとか、予防的対応が必要となっています。

さらに生存者が急速に増加していたり、働き盛りでの発病が多いということもあります。しかし、まだ、がん医療の急速な進歩については一般的な理解が非常に不足している状況もあります。

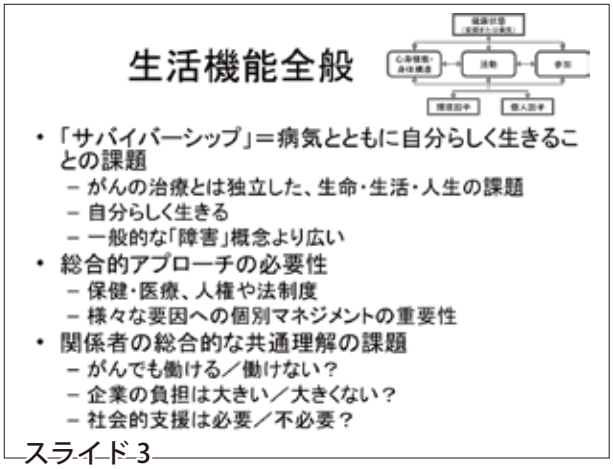
心身機能・構造（スライド５）

最も仕事に影響している心身機能・構造の問題は、薬の副作用でした。投薬後数日が激しく、それが数ヵ月繰り返され、その後もダメージが残る。吐き気であるとか頭痛、関節痛などさまざまなものがあります。投薬後３日程度がもっとも強いとか, 全身のダメージへのリハビリが非常に重要だということがあります。

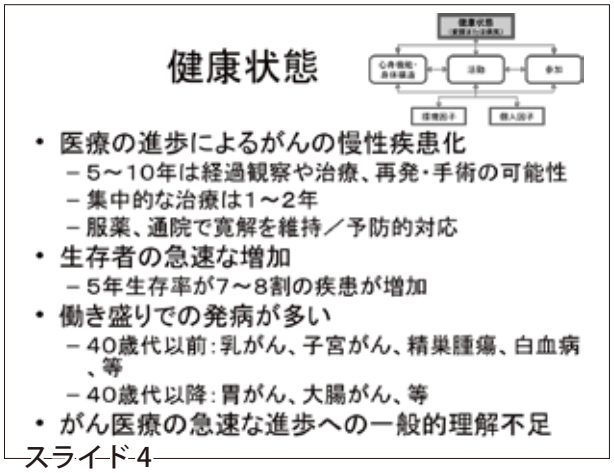
その他、部位によっては直腸・膀胱機能障害、下肢障害、言語機能障害といった障害認定の対象になる場合もありますし、障害認定以外の機能障害としては疲労感とか、性機能障害、浮腫、しびれなどが起こっています。

活動（スライド6）

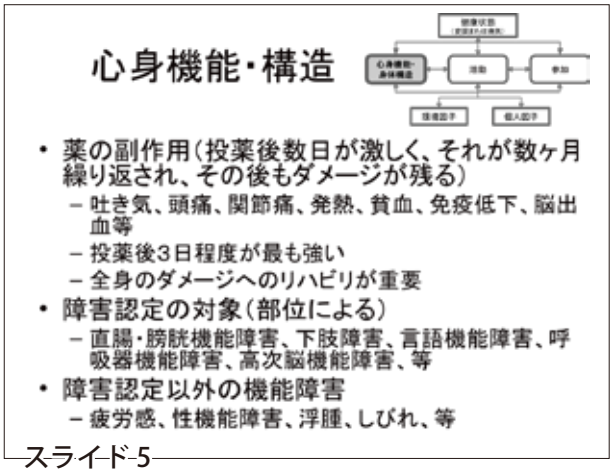
活動に関しては、いちばん仕事に影響してるのは業務上のスケジュール管理の課題でした。突然



スライド 3



スライド 4



スライド 5

の休職や症状の変化がありますので、厳密な工程がある仕事であるとかアポイントのある仕事、または中小企業や自営業などの仕事になりますと、仕事を休めないということがあり、休むのなら仕事を辞めなければし方がないといった影響が出てきます。これが企業経営にも影響してくる問題になります。

また疾患管理と職務課題遂行の両立という課題があり、疾患管理を優先させて仕事を犠牲にするか、仕事を優先させて疾患管理を犠牲にするかといった状態の人がたくさんおられます。一部にはその両立は図れている場合もあります。

また機能障害に特異的な課題としては、浮腫による立ち作業の問題などもありました。

病気のことについての職場でのコミュニケーションの問題、職場での人間関係などの問題もありました。

参加（スライド7）

また参加の問題としては、仕事に就く前の小児がんの方の教育場面の問題や、就職活動における問題もありました。フルタイムの週に5日は困難だが短時間の非常勤なら可能だとか、中小企業や自営業での職務要件の違いの影響、就業継続、処遇の問題なども出てきていました。

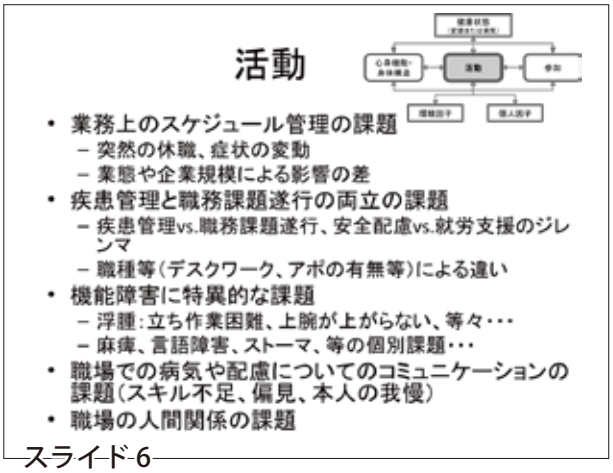
働く理由について、30代、40代で家族を抱え絶対に働かなければいけないという方と、生きがいのために働きたいという方で違いがあります。経済的なことだけではなく、生きがい、QOL、尊厳、社会とのつながりのために働くという方もおられます。また、治療費を稼ぐため、生活のためには働かざるをえないという事例もありました。

環境因子（スライド8）

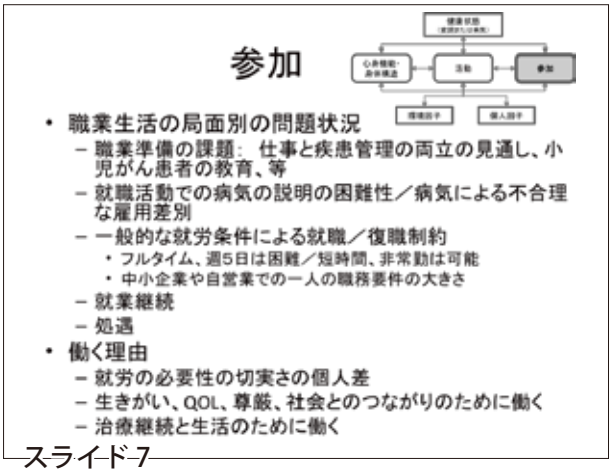
こうしたがんの人の生活、人生への影響にはさまざまな環境因子が関わってきていました。本人の直接支援者としては家族、友人の支えがあります。また職場や同僚、上司の理解や配慮について、これがすべてだという指摘もみられました。

またattitude（態度）については、病気・病歴によるレッテル貼りの問題もありました。

サービス・制度の問題も絡んできていて、社会保障に関しては高額医療費と収入減への支援不足の問題、



スライド 6



スライド 7

保健医療分野で言いますと医師や看護師による仕事についての相談や意見書、ソーシャルワーカーの取組、診療時間調整の問題などがあります。

労働分野で言いますと、業務調整等で企業と本人のWIN-WIN関係をどう創るかといった企業経営に関することであるとか、人にやさしい企業を創るという法令遵守の問題、産業保健職が関わる休職・復職支援の問題、障害者雇用に関わるような環境整備や合理的配慮のかかわりもあります。さらに、専門分野の枠を超えた、保健医療と職場のチームワークや情報共有が必要だという話、職場と入院患者をつなぐような支援が必要だということもありました。

個人因子（スライド９）

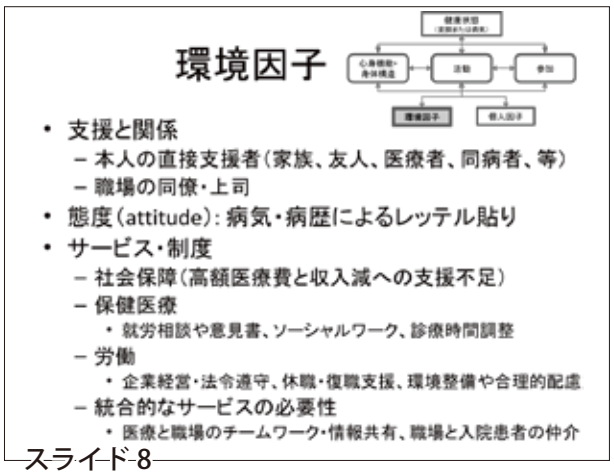
また病気のことだけではない、本人の職業場面での疾患管理能力の問題があり、病気や治療の正しい知識を持っているかどうかとか、「できること」や「できないこと」、「必要な配慮」についてのコミュニケーションのスキルの問題などもあります。このスキルがある人とない人では問題の起こり方がかなりちがっているようです。

がんでできないことを一般的に説明するのではなく、具体的な仕事内容に即した説明ができるかとか、あるいはストレスや人間関係への対処スキルのちがいも大きく影響しています。

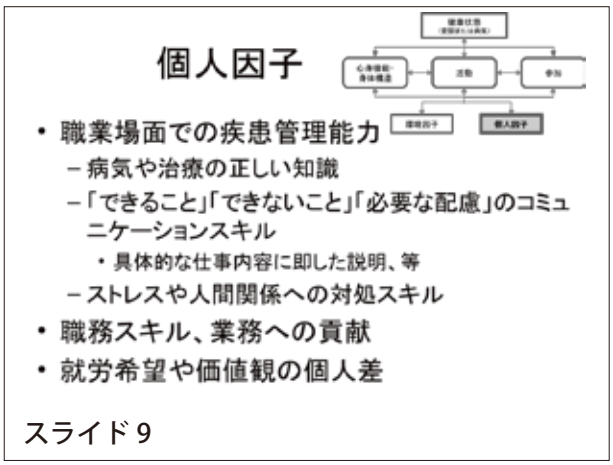
仕事の能力自体によって、仕事ができる人であるならば様々な配慮も得られやすくて問題も起こりにくくなることもあり、さらに、就労希望や価値観の個人差による職業問題への影響もあります。

考察：共通理解の目標（スライド10）

ただがんであるということだけで就労問題が起こっているわけではなく、環境因子との関わりとか、個人のスキルによって問題の起こり方がちがってきます。すべてがうまくいっている人については、がんであっても仕事内容や配慮が適切であり、職業人としてなんら問題なく働くことができ企業の負担も過大ではないという状況です。こういう状態の人は「『病気のせいで働けない』と思われたくない」ということで、がんによる職業問題は見えにくくなります。



スライド 8



スライド 9

の疾患管理と職業生活の両立が困難になりやすく、本人の生活や人生の問題、企業経営のマイナスが生じ、このような状況が強調されると、企業の人は「がんの人の雇用は難しい」と考えやすくなるでしょう。

したがって、「がんの人は働けない」「働けて支援もいらない」のいずれかの見方に偏ることなく、支援をすることによって働けるようにしていくということが大切ということが、関係者の共通認識の目標になるのではないかと思います。

結論（スライド11）

がん診断後の5～10年間、通院・服薬の継続による副作用による体調変動や再発・入院の可能性により、職場での業務スケジュールの調整、安全配慮、就業継続等の職業的問題に直面している人が増加しております。

ただその効果的支援と考えられる、保健医療と企業の経営・雇用管理の取り組み、本人の疾患対処能力や職業能力の開発支援等は、必ずしも一般に実施されていない。

そこで、今後、がんの治療と就労・企業経営の両立のためのさまざまな具体的取り組みを明確にしつつ、社会的取り組みと、共通理解を促進する必要があると思われます。

以上です。ご清聴ありがとうございました。

質疑応答

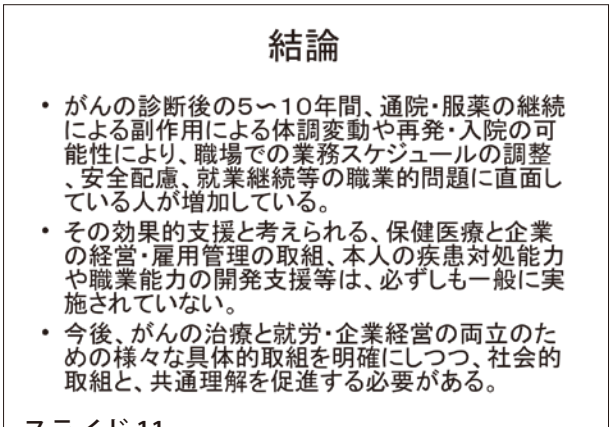
企業への疾患説明の両側面－いかに適切に行なうか

丸（司会）　ありがとうございました。がんの患者さんの就労に関しましてどういった要因が困難を引き起こしているのか、また支援をどういう側面から行えばいいのかということで、たいへん簡潔にまとめてご発表いただきました。ありがとうございました。いかがでしょうかなにかご質問、コメント等ございますか。

春名先生の方から、私どもの取り組みについてこういったところに力点を置いたらというアドバイスがございましたらお願いしたいのですが、いかがでしょうか。

春名　企業側に説明する時に、がんの人には問題があるということを強調したら、企業の方は雇用できな

スライド 10



スライド 11

いとか負担が大きいと思うでしょう。それなら働けるというところだけを強調すると、支援は必要ではないのかというところになってしまいます。企業での面接や、コミュニケーションの場面だけでなく、関係者への支援リソースの開発においても、その両面をどのようにうまく説明するのかというところがむずかしいと思っています。

丸　いかがでしょうか。会場の方からなにかございますか。それではありがとうございました。前半はこれで終了させていただきます。春名先生ありがとうございました。

6. 小児がん治療終了者の看護の現状

○丸 光恵（東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科国際看護開発学）（○は発表者）
富岡 晶子（東京医療保健大学）　前田 留美（東京医科歯科大学大学院）　小川 純子（淑徳大学看護学部）
吉川 久美子（聖路加国際病院）　野中 淳子（神奈川県立保健福祉大学）
中尾 秀子（東京医科歯科大学大学院）　村上 育穂（東京医科歯科大学大学院）
竹内 幸江（長野県看護大学）　大脇 百合子（長野県看護大学）　内田 雅代（長野県看護大学）
高橋 都（獨協医科大学）

小児がん患者をとりまく背景

めざましい小児がん治療の進展とコメディカルの充実によりまして、近い将来、若年成人の 400 ～ 1,000 人に 1 人が小児がん経験者、小児がんサバイバーになると予測されています。

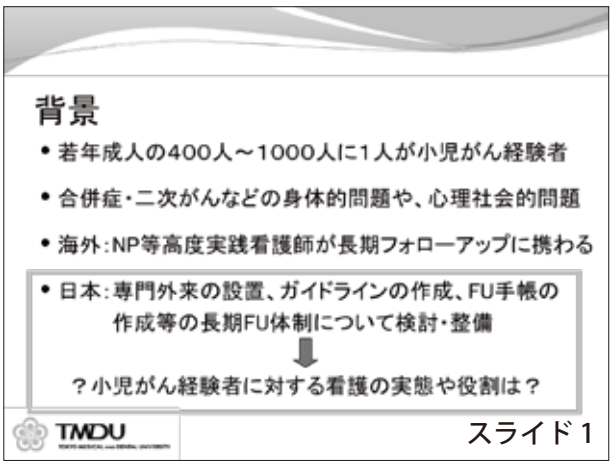
小児がんの領域では当事者の方がサバイバーという言葉ではなく経験者という言葉を使っていますので、「小児がん経験者」と呼ばせていただきます。小児がん経験者においては、小児がん治療の影響で、幼少期で発症していますので、合併症や二次がんなどの身体的問題や心理社会的問題が長期にわたって発生することが知られています。

こういう患者の問題はおもに心理社会面の問題や生活に関わることが非常に主要な部分を占めますので、諸外国ではNurse Practitionerというような大学院で教育を受けた高度実践看護師が長期フォローアップに携わっているという実態があります。わが国でも小児がんの専門外来の設置、ガイドラインの作成、小児がん経験者のためのフォローアップ手帳（ＦＵ手帳）の作製など、長期フォローアップ体制について検討、整備が進んできました。小児がん経験者に対する看護の実態や役割に関しましては、ほとんど調査報告がございません。私どもでは、今後増加すると予測されます小児がん経験者に対する看護を充実させるためにも看護の実態について調査することにいたしました（スライド１）。

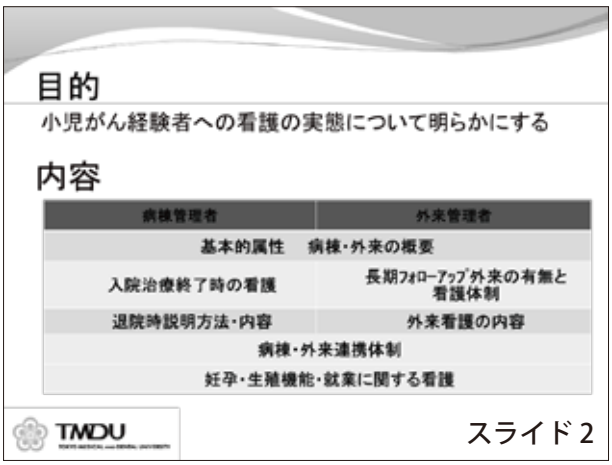
調査の概要 ― 目的・内容・方法

調査の目的は看護の実態を明らかにするということです。

病棟の管理者、外来の管理者いわゆる看護師長といった人々を対象として基本属性などを聞きました。病棟



スライド 1



スライド 2

管理者に対しては、長期フォローアップが始まるのはおもに入院治療の最後で、退院が決ったあたりからということがありますので、入院治療終了時の看護がどのようになっているか、退院時の説明方法や内容についてお聞きしました。外来管理者に対しては、長期フォローアップ外来の有無とその看護体制、外来看護の内容について調査いたしました。共通の項目といたしましては、病棟・外来の連携体制、妊娠、出産・生殖機能・就業に関する看護についてたずねています（スライド 2）。

調査は自作の自記式の質問紙で小児がん治療を標榜している 206 施設の看護部長宛に調査票を配布いたしました。看護部長より小児・成人混合病棟の看護師長または主任クラスの方、小児科外来の看護管理者に調査票を配布しております。

調査対象・結果

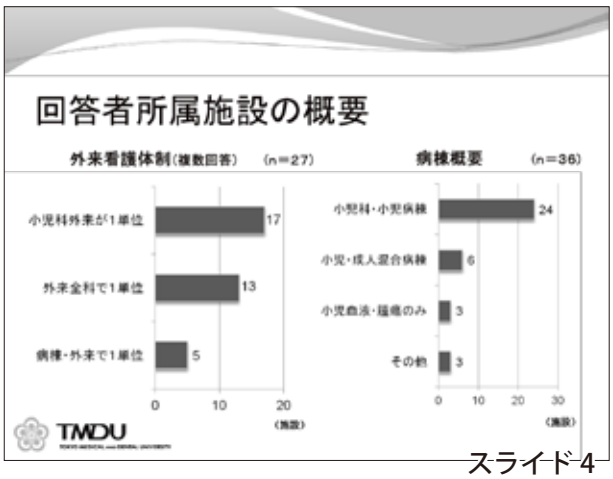
回収数は病棟が 36、外来が 27 施設となっています。1 年間の小児がんの治療者数が多い主要な小児がん施設からほぼ回収できたと考えています（スライド 3）。

所属施設の外来看護体制ですが、師長が 1 人にスタッフがいる状態を 1 単位と呼んでいますが、小児科の外来が 1 単位になっているところがいちばん多く 17 施設。外来で内科も成人科もすべて合わせてスタッフがローテーションで担当し、そこに師長がいるという外来全科で 1 単位という体制をとられている施設が 13 施設。小児科の病棟と外来のスタッフをまとめる師長が 1 人いるという単位となっている施設が 5 施設となっています。

病棟は、小児科・小児病棟がいちばん多く 24 施設、小児・成人混合病棟が 6 施設、小児血液・腫瘍のみといういわゆるセンター病院、子ども病院などの専門病棟が 3 施設、その他が 3 施設ということです（スライド 4）。

長期フォローアップ外来の看護体制・内容です。自施設に小児がん経験者のための長期フォローアップ外来があると回答した施設は 18 施設です。そのうち専任の看護師がそこにいると回答しているのは 2 施設のみになっておりました。その他は専任看護師がいない、ローテーションをしているという施設が 16 施設でした。

スライド 3



スライド 4

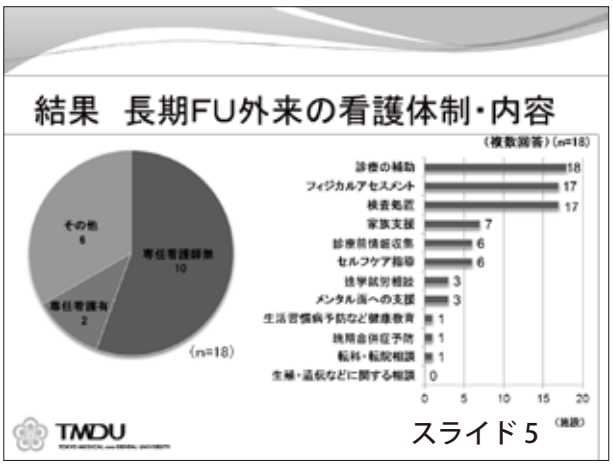
その長期フォローアップ外来の看護体制ですが、諸外国等では長期的スクリーニングであるとか、健康教育の計画を立てる、あるいは身体問題や社会生活問題に関して相談を受けるというようなことをしているのですが、調査した施設の中では、おもに通常の外来看護の内容である「診療の補助」ですとか「検査処置」の介助、身体計測等の「フィジカルアセスメント」といったものが主で、２次がん予防等の「健康教育」であるとか、「晩期合併症予防」のための情報提供ですとか、「転科・転院相談」、「進学就労相談」というところは非常に少ない回答になっていました（スライド 5）。

入院の方では病棟管理者に対するアンケート調査を行ないましたところ、入院治療終了時の退院後の生活に対する生活指導に関してパンフレットや冊子があるという回答をしたところは 36 施設中 19 施設で、とくに骨髄移植等の移植患者はさまざまな身体的合併症がありますので、そういう方がたに対して詳しく説明する冊子があると回答されているのは 6 施設、長期フォローアップ手帳があると回答し、それを活用しているところは 2 施設のみとなっていました（スライド 6）。

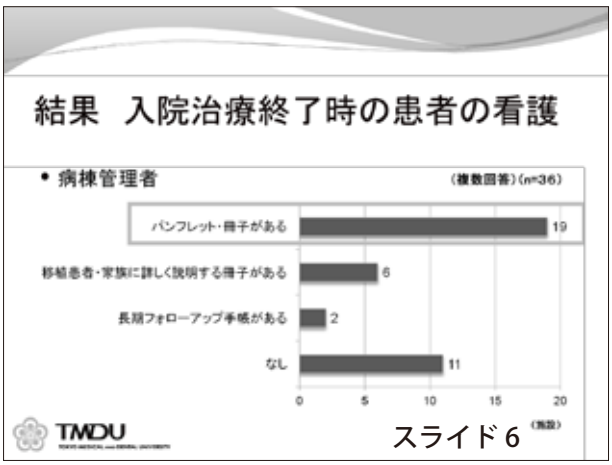
外来通院中の方が検査や治療のため病棟に入院したり、あるいはその逆であったりということで、小児がん経験者の場合は長期間にわたって外来・病棟の両方を利用する場合がありますのでそこでの連携体制は看護上非常に重要になっていますが、患者情報等に関しての申し送り方法は、病棟から外来に情報を送る際には、「サマリーと口頭」、「サマリーのみ」を合わせると 80%近くになり、文書に残したかたちで情報提供しているのに対して、外来から病棟に申し送る際には、「口頭のみ」や「その他」の方法で、主要なことのみかいつまんで話すということが多く行なわれており、やや一方通行のような印象になっております。

また申し送り内容ですが、病棟の方は全般にわたってほぼ 4 割近くがいろいろな情報提供をしているという状況でしたが、外来から病棟に申し送る内容は、「現在の身体状況」や「原疾患の治療内容」に関する看護が中心となっていて、患者の理解度や受け止め方、病気、治療などの説明内容等に関しましては少ないという結果になっていました（スライド 7）。

妊娠・出産・生殖に関する看護に関しましては、「医師や関連職種との情報共有」、「患者・家族の思いや考えを傾聴」、「患者・家族から相談を受ける」というところは、病棟も外来もほぼ同じであまり差がなかったのですが、「具体的な支援計画の策定」であるとか、「知識提供などの教育・指導」を行なう、「チームカン



スライド 5



スライド 6

ファレンスなどの開催」を行なうということに関しては、外来よりも病棟の方が集中的に行なわれているという状況でした（スライド 8）。

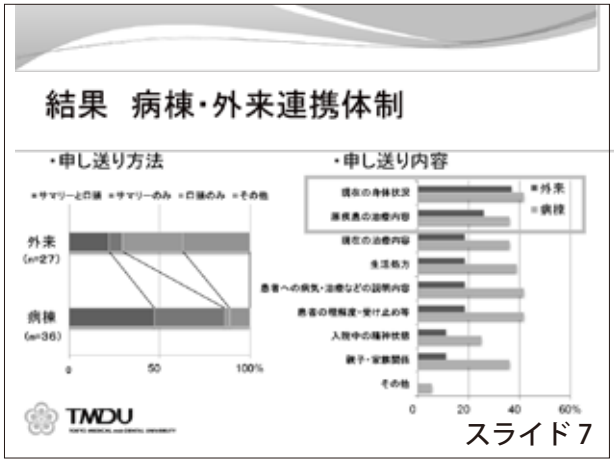
同様に就労に関する支援も「情報共有」や「考えや思いの傾聴」といったようなところは外来の方がよくやっているという回答だったのですが、「具体的な支援計画の策定」というところでは、なかなか実行に移せていないという状況になっておりました（スライド 9）。

結論

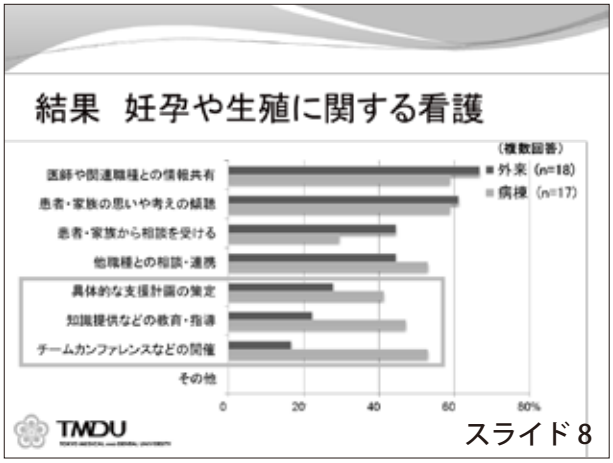
結論です。現時点では、長期フォローアップの外来に諸外国のように専任の看護師の配置を行うことは非常にむずかしいと言えると思います。患者・家族のニーズに見合った具体的な看護を計画的・継続的に展開するためには、そこに配置する専門職の育成とその固定配置を促すための働きかけが必要であると考えています。

また、長期フォローアップを行ううえで基盤となる「病棟・外来連携体制」は、患者・家族に関する情報の共有方法や内容の観点からはまだまだ十分とは言えず、充実が望まれると思います。

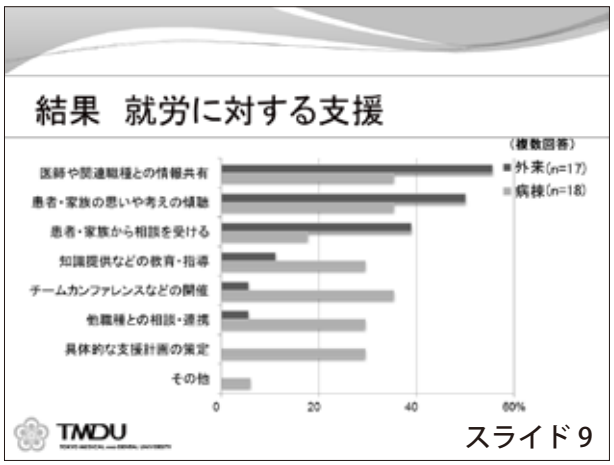
小児がん経験者へ長期的・継続的に支援を行うには、看護師の専門知識・支援技術をさらに高めることが必要であると考えています。そのために重点的に生涯教育等のプログラムを発展させたいと考えていま



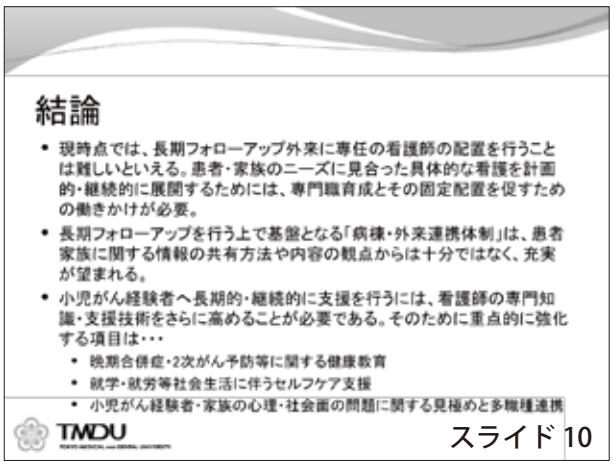
スライド 7



スライド 8



スライド 9



スライド 10

すが、晩期合併症・2 次がん予防等に関する健康教育やその支援方法、就学・就労等の基盤となる社会生活に伴うセルフケア支援、それから小児がん経験者・家族の心理・社会面の問題に関する見極めと多職種連携といったところがキーになるのではないかと考えています。

以上で発表を終ります。ご清聴ありがとうございます。

質疑応答

プライマリケアとの連携

立石（司会） 丸先生、ありがとうございました。小児がん患者の看護の現状についてたいへんまとまったスライドを提示していただきました。会場からご質問を受けたいと思います。

会場発言C ありがとうございました。ひとつ教えてください。小児がん経験者の方が、やがて成人して地域の医院で診てもらうようなシチュエーションが、たとえば進学であるとか就職である場合に増えてくると思うのですが、そういう小児がんの専門病院と小児がん経験者の方が転院された先とのやり取りはどのようにしているのかが疑問だったのですが、今回はその内容はアンケートの中に入っているのでしょうか。

丸 多職種との連携を行なっているかどうかというかたちで聞いておりまして、それがプライマリケアであるかどうかはがたずねていません。外来でも病棟でもそれをやっていると答えた看護職は非常に少ないという現況でした。このひとつの原因として、おもに看護師が関わっている事例とは、アクティブに治療を行っている小学生、中学生が多いために復学が目前の問題であり、就労は調査時点では問題にならない場合があるのではということです。

もう一点ですが、この調査では、「現在、看護で一番困っている経験者の事例」について尋ねています。外来でも病棟でも看護師が関わる事の多い事例として、骨髄移植後の患者さんのうち、身体的問題が残る方についてあげられており、現在の治療機関にとどまらざるをえないようで、プライマリーとの連携については回答が少ない結果となりました。したがって本来は長期フォローアップで復学・就学というところになりますと身体問題が少ないところで、むしろそうした医師ではなく専門知識を持った看護師が社会面とか生活面の調整に多くの力が割けるように配置することが医療経済的にも望ましいのではないかと思うのですが、今はまだそういう現状には及ばないところだと思います。

がんサバイバーではなく「経験者」と呼ぶ思い

会場発言F 内容の質問ではなくて申し訳ないのですが、冒頭に「小児がん経験者と呼んでほしい」と言われましたが、サバイバーという言葉を日本語に訳すのはなかなかむずかしいのですが、その思いを少し教えていただければと思います。

丸 これは石田先生の方がよろしいのではないかと思います。

石田（聖路加国際病院） 私自身はずっと小児がんサバイバーのことをやってきています。もともとサバイバーという言葉が今ほど、成人がんで市民権を得ていないころに、小児がんではもっと治るようになっていましたので、そのころにサバイバーという言葉のイメージがどうしても小児がんの方がたにとってピッタリこ

なかったということがあります。サバイバーと聞くとどうしても原爆などのサバイバーと重なったり、あるいは今現在治療中でやっている人たちが成功しないとそこにいけないというイメージでした。現在はサバイバーというのは、治療中の人も全部含めて広い概念で言うのが共通認識になっているので、そういうようになってきた現在ではおそらく以前ほど小児がんの治療終了者の方がたもサバイバーに関して抵抗がなくなってきているようですが、どうも 10 年、20 年前にそれを議論した時には、サバイバーという言葉に抵抗があり、われわれは小児がんを経験した人を、治療中の方も含めて全部仲間だから「経験者」という言葉で呼んでほしいという気持ちがあったように思います。だいぶそれは変ってきているようには思います。

丸　それに付け加えて説明させていただきますと、最近小児がん経験者の方と少しお話しする機会があったのですが、サバイバーという言葉もかっこうがいいかなと言われている方もおられました。やはり社会的なイメージが影響するのではないかということがあります。それからサバイバーとラベリングされるのではなく、今の自分の問題に対してみていただきたいというところが本音ではないかなと思いました。

立石　まだまだ議論が尽きないかと思いますが、時間の関係上ここで終らせていただきたいと思います。丸先生どうもありがとうございました。

7. がんと就労に関する産業看護職の支援の実際と課題＜第１報＞フォーカスグループインタビューより

○吉川 悦子（東京有明医療大学看護学部看護学科）（○は発表者）
渡井 いずみ（東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻地域看護学分野）
錦戸 典子（東海大学健康科学研究科看護学専攻）
岡久 ジュン（東海大学健康科学研究科看護学専攻）
佐々木 美奈子（東京医療保健大学医療保健学部看護学科）
伊藤 美千代（東京医療保健大学医療保健学部看護学科）

はじめに ― 背景

本日冒頭に高橋先生からお話があったように、私たち産業看護職班は、本年度より「がんと就労」に関する研究グループに参加しております。本日産業看護職班からは、「がんと就労に関する産業看護職の支援の実際と課題」ということで、私の方からは、フォーカスグループインタビュー調査の結果を、引き続いて東海大学の岡久さんから質問紙調査の結果を発表させていただきたいと思います。

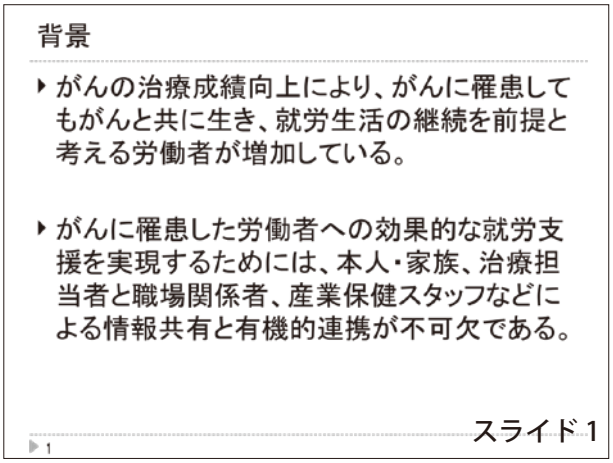
がんの治療成績向上により、がんに罹患してもがんと共に生き、就労生活の継続を前提と考える働く人々が増加してきています。がんに罹患した労働者への効果的な就労支援を実現するためには、本人・家族、治療担当者と職場関係者、産業保健スタッフなどによる情報共有と有機的連携が不可欠であると考えています（スライド1）。

研究の目的・方法

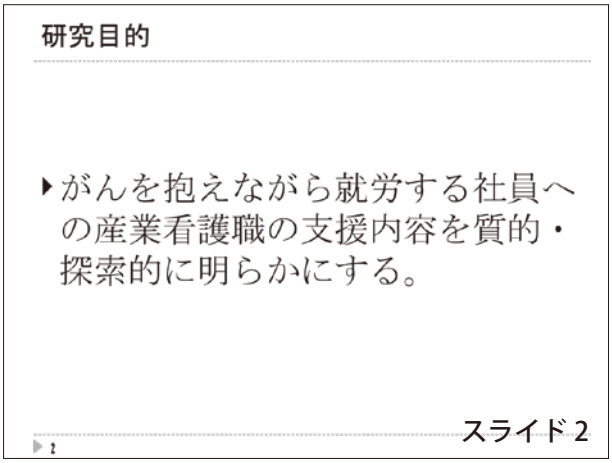
本研究では、産業看護職がどのようにがんをもつ労働者への支援を行なっているかを質的・探索的に明らかにすること、そしてそこから今後の推進方策の手がかりを得ることを目的としています（スライド2）。

研究方法として、産業看護職を対象にフォーカスグループインタビュー法を用いました。フォーカスグループインタビュー法とは、グループダイナミクスを用いて質的に情報把握を行なう科学的な研究方法のひとつです。フォーカスグループインタビューは2回実施しました。

1回目のフォーカスグループインタビューでは、実務経験が10年以上のいわゆるベテランチームで構成をしています。2回目は産業看護実務経験が5年以下で、それでも最低一事例はがん就労者への支援経験を持



スライド 1



スライド 2

つ産業看護職を機縁法でリクルートしました。

それぞれのフォーカスグループインタビューにご協力いただいた産業看護職の人数、平均経験年数、業種、所属企業などはスライド3をご参照ください。

インタビューで聞いた内容はおもに以下の3点です。

1. がんを持つ社員への就労支援における産業看護職の役割

2. 支援を行う上で工夫している点・困難な点

3. がんを持つ社員が就労継続を可能にしていくためのしくみやシステム

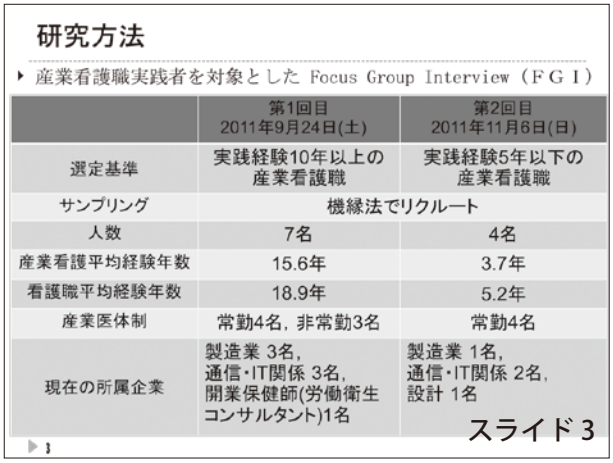
インタビュー時間は、1回あたり90分で、スライド4の写真にあるようにインタビュアーが2人いて、そこに複数の産業看護職の方に来ていただき、グループ形式でインタビューをしました。みなさんで他の人の意見を聞きながら、自分の経験を語っていただくという方式をとっています。

インタビュー逐語録とインタビューの状況を記録した状況メモの２つのテキストデータを質的に分析し、がん支援プロセス、具体的には、がん診断前・がん診断後・休業期間中・復職前・復職後の５つのプロセスに沿って内容を要約し、内容の類似性に基づいてカテゴリーとサブカテゴリーを整理しました。

分析結果

分析の結果、がん診断前から復職後の各支援プロセスにおいて、産業看護職がさまざまな働きかけを行なっていることが明らかになり、全部で8つのカテゴリーが抽出されました（スライド5）。

ひとつひとつのがん支援プロセスに沿って具体的な内容を話していきたいと思います。


研究方法

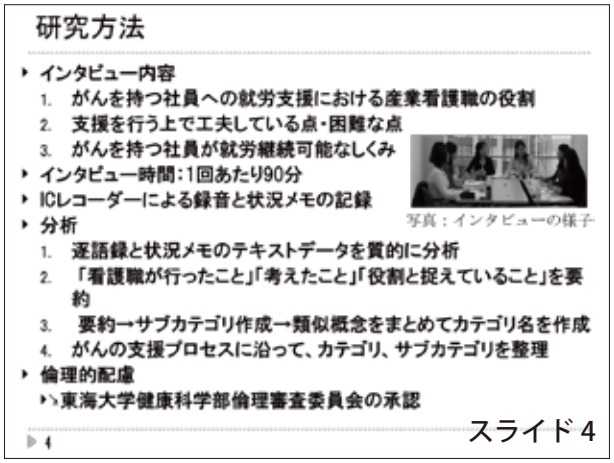
産業看護職実践者を対象とした Focus Group Interview（ＦＧＩ）

	第1回目 2011年9月24日(土)	第2回目 2011年11月6日(日)
選定基準	実践経験10年以上の産業看護職	実践経験5年以下の産業看護職
サンプリング	機縁法でリクルート	
人数	7名	4名
産業看護平均経験年数	15.6年	3.7年
看護職平均経験年数	18.9年	5.2年
産業医体制	常勤4名，非常勤3名	常勤4名
現在の所属企業	製造業 3名， 通信・IT関係 3名， 開業保健師(労働衛生コンサルタント)1名	製造業 1名， 通信・IT関係 2名， 設計 1名

スライド 3

産業看護職の支援内容 ― がん診断前

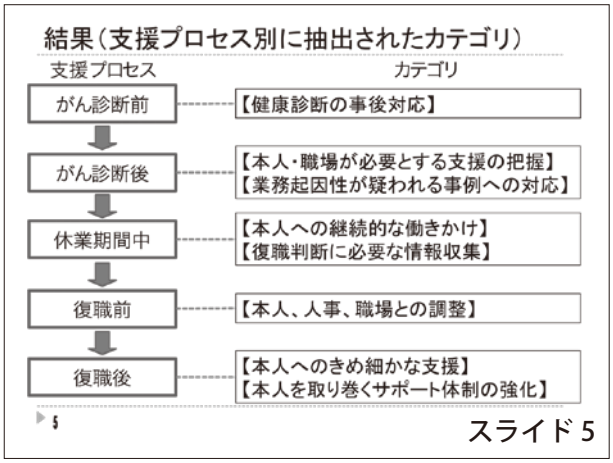
まずがん診断前です（スライド6）。がん診断前


研究方法

- インタビュー内容
  1. がんを持つ社員への就労支援における産業看護職の役割
  2. 支援を行う上で工夫している点・困難な点
  3. がんを持つ社員が就労継続可能なしくみ
- インタビュー時間：1回あたり90分
- ICレコーダーによる録音と状況メモの記録
- 分析
  1. 逐語録と状況メモのテキストデータを質的に分析
  2. 「看護職が行ったこと」「考えたこと」「役割と捉えていること」を要約
  3. 要約→サブカテゴリ作成→類似概念をまとめてカテゴリ名を作成
  4. がんの支援プロセスに沿って、カテゴリ、サブカテゴリを整理
- 倫理的配慮
  - 東海大学健康科学部倫理審査委員会の承認

写真：インタビューの様子

スライド 4


結果（支援プロセス別に抽出されたカテゴリ）

支援プロセス	カテゴリ
がん診断前	【健康診断の事後対応】
がん診断後	【本人・職場が必要とする支援の把握】 【業務起因性が疑われる事例への対応】
休業期間中	【本人への継続的な働きかけ】 【復職判断に必要な情報収集】
復職前	【本人、人事、職場との調整】
復職後	【本人へのきめ細かな支援】 【本人を取り巻くサポート体制の強化】

スライド 5

に関しては、すべての社員に対して行っていることなのですが、健康診断やがん検診への積極的な受診勧奨、精密検査や2次検査への受診勧奨などの事後措置を通して、がんの早期発見へのサポートを行なっていました。

産業看護職の支援内容 ― がん診断後

がん診断後は、がんと診断された社員本人が望む支援ニーズの把握、職場がその社員本人に対してどのように対応していくかに関する助言や相談など、本人と職場が必要とする支援の把握を行なっていました。

また、がんの種類や発生状況によって業務起因性のがんの可能性を考え、情報収集や産業医・会社等との情報交換を行なったり、がん発生と関連要因の同定、場合によっては作業環境改善の働きかけなどを行なっていました（スライド6）。

産業看護職の支援内容 ― 休業期間中

休業期間中には、社員本人への継続的な働きかけと復職判断に向けた情報収集をおもに行なっていました。本人への継続的な働きかけの具体的内容としては、休業中、メールや面談などを通して病状や治療状況の確認を行なったり、予後や治療状況の見通しなど、本人が職場にそうした情報をどのように伝えていけばいいのか、これは予後不良の場合も含めて、それをどのようなかたちで、どのようなタイミングで職場に伝えるか、これは本人が決断する部分が主なのですが、ご本人が今後の生き方や働き方に対してどのように決定し行動していくのか、ということを一緒に考えたり、側面からサポートしたりということを行なっていました。

休業期間中に行っている復職判断に向けた情報収集では、本人に復職の意思や体調の確認を行ない、産業医・主治医より医学的見解を確認し、職場や人事に対して本人の受け入れ状況の確認を行なう他、必要に応じて家族への働きかけも行ない、復職判断に必要な情報を多面的に収集していました（スライド7）。

結果（産業看護職の支援内容1）

がん診断前

重要カテゴリ	カテゴリ
健康診断の事後対応	早期発見へのサポート

がん診断後

重要カテゴリ	カテゴリ
本人と職場が必要とする支援の把握	本人のニーズ把握 職場の対応支援
業務起因性が疑われる事例への対応	業務起因性の可能性への対策 作業環境への働きかけ

スライド 6

結果（産業看護職の支援内容2）

休業期間中

重要カテゴリ	カテゴリ
本人への継続的な働きかけ	病状や治療状況の確認 今後の生き方や働き方決定への支援
復職判断に向けた情報収集	本人への確認 医学的見解の確認 職場・人事への確認 家族への働きかけ

1

スライド 7

産業看護職の支援内容 ― 復職前

復職前の就労可否の判断に関しては本人・人事・職場の調整役となることを重要な役割ととらえており、復職後の職場適正配置ーどういうところに本人が働けば就労継続ができるのかということに関する支援を積極的に実施していました。その中で本人への思いを汲んだ上での働きかけというものを大切にしていました（スライド8）。

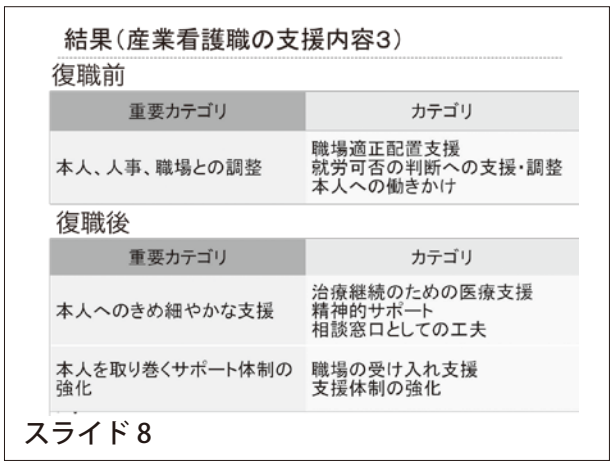
産業看護職の支援内容 ― 復職後

復職後は、ケースごとの体調や就労と治療の両立など就労継続に関する懸案事項に応じて、職場の受け入れ体制を整え、本人へのきめ細やかな支援、本人を取り巻くさまざまなサポート体制の強化を図り、スムースな就労への移行を支えていました（スライド8）。

まとめと今後の研究の方向性

まとめとして、産業看護職は、がんを持つ社員に対して、各支援プロセスにおいて、本人の思いや気持ちに耳を傾けながら、本人を取り巻く環境・資源の調整役としての機能・役割を重視していました。各支援プロセスにおいて、どのようなことが行なわれていたのかに関しては、先述の通りです（スライド9）。

今後の研究の方向性についても触れたいと思います。今回の発表では、フォーカスグループインタビュー（FGI）で収集させていただいたデータの中で、産業看護職が行なっている支援、つまりグッドプラクティスの側面を中心に分析をしていきました。すべての産業看護職がここで示した支援を何の問題もなく行なっているかと言うと、実はそうではなく、現実の中ではさまざまな困難や障壁に直面しながら、がんを持つ社員、上司や職場に対して支援を行っています。この点を明らかにするために、今回のフォーカスグループインタビューで、比較的経験の浅い産業看護職から得られた「支援における困難点」やよりよい支援を行うための「必要な知識・技術」の分析を引き続き行なっていきたいと思います。このデータ分析をさらに進め、がんを持つ社員が就労を継続していく上で、「必要なしくみやシステム」について明らかにしていきたいと思います。


結果（産業看護職の支援内容3）

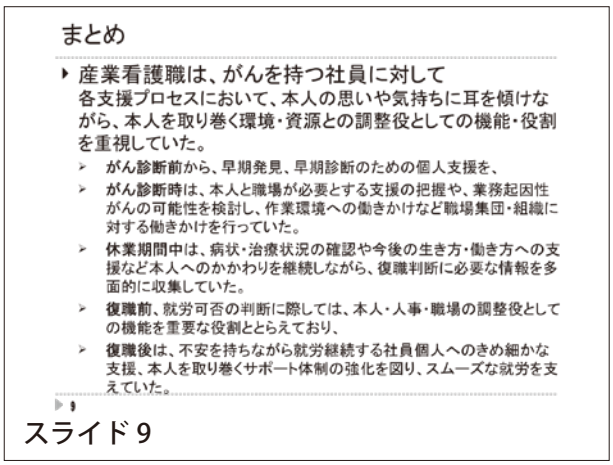
復職前

重要カテゴリ	カテゴリ
本人、人事、職場との調整	職場適正配置支援 就労可否の判断への支援・調整 本人への働きかけ

復職後

重要カテゴリ	カテゴリ
本人へのきめ細やかな支援	治療継続のための医療支援 精神的サポート 相談窓口としてのエ夫
本人を取り巻くサポート体制の強化	職場の受け入れ支援 支援体制の強化

スライド 8

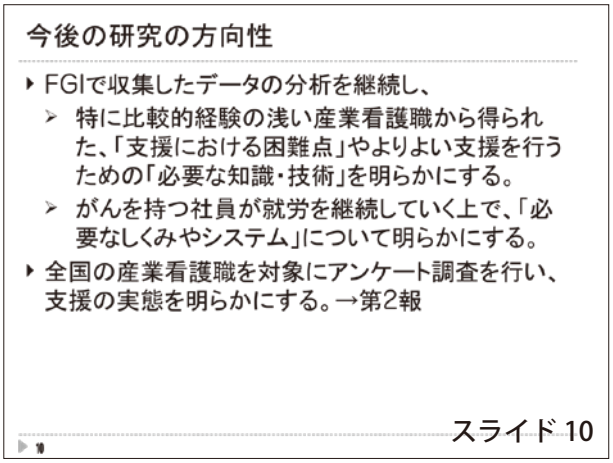

まとめ

- 産業看護職は、がんを持つ社員に対して各支援プロセスにおいて、本人の思いや気持ちに耳を傾けながら、本人を取り巻く環境・資源との調整役としての機能・役割を重視していた。
  - がん診断前から、早期発見、早期診断のための個人支援を、
  - がん診断時は、本人と職場が必要とする支援の把握や、業務起因性がんの可能性を検討し、作業環境への働きかけなど職場集団・組織に対する働きかけを行っていた。
  - 休業期間中は、病状・治療状況の確認や今後の生き方・働き方への支援など本人へのかかわりを継続しながら、復職判断に必要な情報を多面的に収集していた。
  - 復職前、就労可否の判断に際しては、本人・人事・職場の調整役としての機能を重要な役割ととらえており、
  - 復職後は、不安を持ちながら就労継続する社員個人へのきめ細かな支援、本人を取り巻くサポート体制の強化を図り、スムーズな就労を支えていた。

スライド 9

また、全国の産業看護職を対象にアンケート調査も行なっていますので、そのアンケート調査の結果については次の報告（8：岡久ジュン発表）をお聞きください（スライド10）。

私の方からの発表は以上になります。ご清聴ありがとうございました。



8. がんと就労に関する産業看護職の支援の実際と課題＜第２報＞質問紙調査より

○錦戸 典子（東海大学健康科学研究科看護学専攻）（○は発表者）
岡久 ジュン（東海大学健康科学研究科看護学専攻）
吉川 悦子（東京有明医療大学看護学部看護学科）
渡井 いずみ（東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻地域看護学分野）
佐々木 美奈子（東京医療保健大学医療保健学部看護学科）
伊藤 美千代（東京医療保健大学医療保健学部看護学科）

研究目的・対象・調査内容

それでは産業看護班の第２報の発表を始めさせていただきます。私は東海大学大学院修士1年の岡久と申します。

第1報のインタビュー調査の結果をもとに産業看護職の支援状況をより詳しくみていくための質問紙調査を行ないました。

まず研究目的です。がんと診断された労働者に対して産業看護職が行っている支援の実際とそれらに関連する要因および産業看護職が感じている支援上の困難点を明らかにすることです(スライド1)。

なお、インタビュー調査の結果から産業看護職ががんと診断された労働者本人だけでなく職場の上司・同僚や人事に対しても支援を行なっていることが明らかとなっています。質問紙調査にはそういうところも含めていますが、ここでは時間の関係もありますので　本人への支援と困難点に絞ってご報告いたします。

それでは研究方法をご説明します。

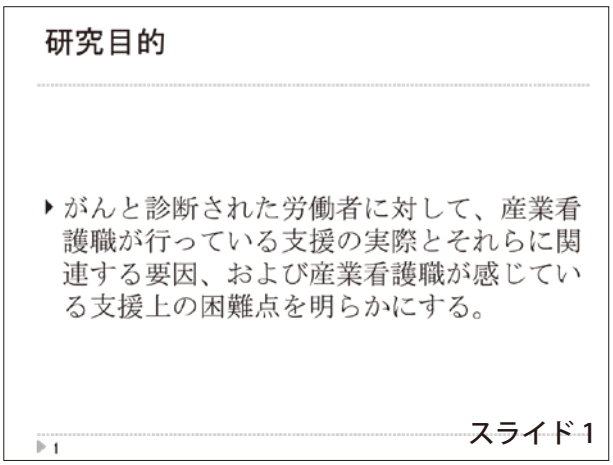
対象は、日本産業衛生学会の登録産業看護師のうち教育・医療機関の所属者を除く704名とし調査票を郵送しました。

質問項目は、経験年数や常勤産業医の有無などをたずねた回答者の基本情報、そしてがんと診断された労働者への支援状況35項目、産業看護職が感じている支援上の困難点11項目としました。

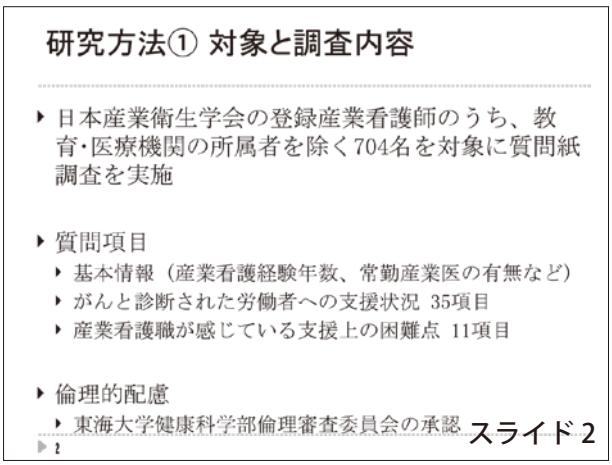
それぞれの質問項目は第1報のインタビュー調査結果と関連文献をもとに作成しました(スライド２)。

スライド３で実際の質問紙の一部をお示しします。

がんと診断された労働者への支援状況については、それぞれの支援項目について「実施している」、「か



スライド１



スライド２

なり実施している」、「あまり実施していない」、「実施していない」の4段階でたずねました。
分析の際にはこれらを4点から1点に置き換えて分析しました。

産業看護職が感じている支援上の困難点についても同様に、「困難である」から「困難でない」まで4段階でたずね、点数に置き換えて分析しました。

分析方法はスライド4の通りです。労働者本人への支援状況については、項目が35個項目ありますのでまとまりとしてみていくために因子分析を行ないました。類似する支援項目をまとめて、それぞれの平均点を「支援スコア」として算出しました。

「支援スコア」と産業看護の経験年数、常勤産業医の有無などの関連があるかについて相関分析を行ないました。

支援上の困難点については、項目が11個項目と労働者本人への支援とちがって多くはありませんでしたのでそれぞれの平均点を算出しました。

結果

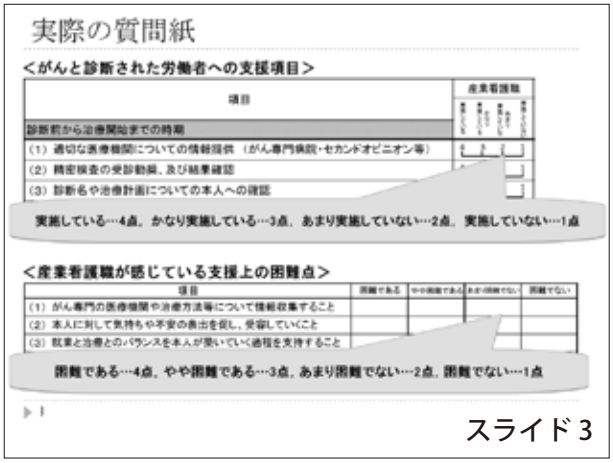
回答者の属性

まず回答数は225名で、このうち有効回答数は218、有効回答率は31%となりました。産業看護職としての平均経験年数は17.2年でした。

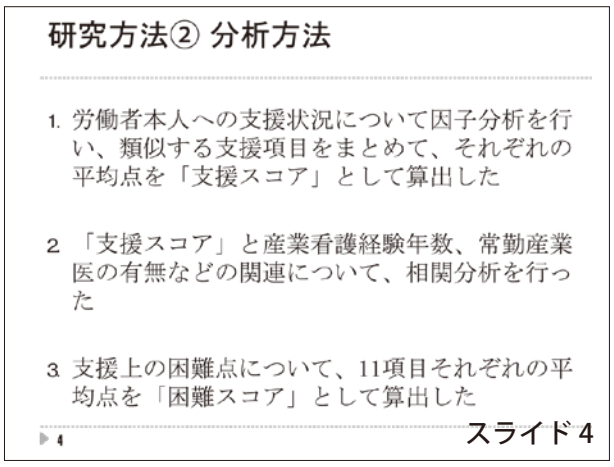
回答者の基本情報はスライド５の表にまとめています。おもな項目として、「保健師資格あり」が6割強、「常勤産業医がいる」が約半数との結果でした。

本人への支援状況

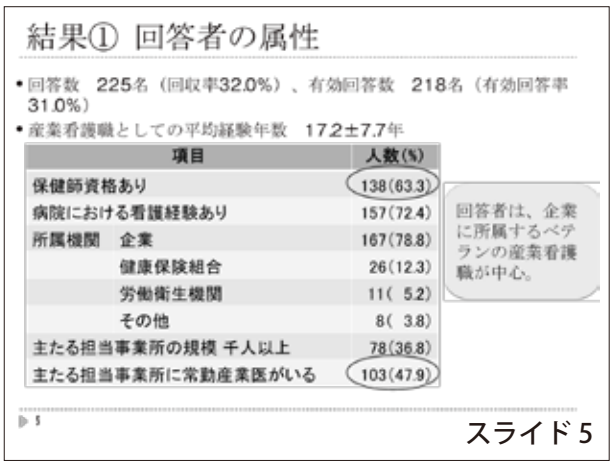
続いて、本人への支援状況についてお示しします。「がんと診断された従業員への支援経験あり」と回答したのが175名と全体の約8割（80.3%）で



スライド３



スライド４



スライド５

した。

ここでは、35項目すべてに回答した161名を分析の対象としました。

因子分析を行なった結果、本人への支援としてたずねた35項目が、6つの支援項目に分類されました。それがスライド6の表の左側です。「診断時の支援」、「基本的な確認と助言」、「復職に向けた支援」、「復職後の支援」ということで支援過程に対応したもの、そして「心理的支援」、さらに「社内外の資源についての情報提供」となりました。

6つに分類された支援スコアはスライド6のようになりました。全体の平均点よりも有意に高い項目は、「診断時の支援」、「基本的な確認と助言」、「復職後の支援」でした。

全体の平均点よりも有意に低い項目は、「復職に向けた支援」、「社内外の資源についての情報提供」 でした。

支援状況に関連する要因

次に支援状況に関連する要因をみるために「保健師資格あり」、「経験年数が長い」、「常勤産業医がいる」を関連要因として相関分析を行なったところ結果は次のようになりました。

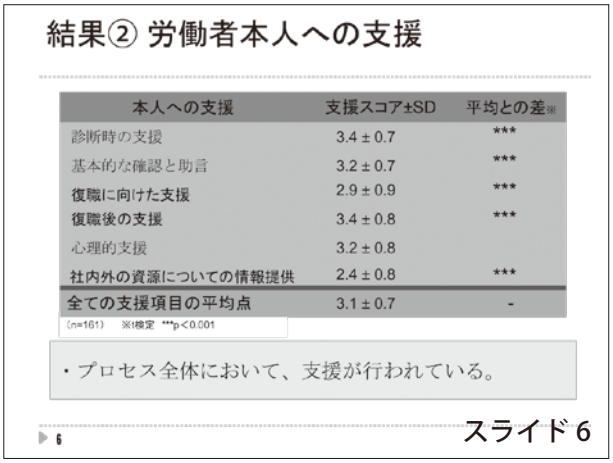
まず「保健師資格あり」についてみますと「復職後の支援」と「心理的支援」に関連していることがわかります。さらに「常勤産業医がいる」という要因に関しては、すべての支援項目と負の相関になっています。つまり常勤産業医がいない職場では、産業看護職の支援頻度が高くなるということと思われます。

常勤産業医がいる職場は少ないことから職場での産業看護職の一層の貢献が期待されると考えられました(スライド7)。

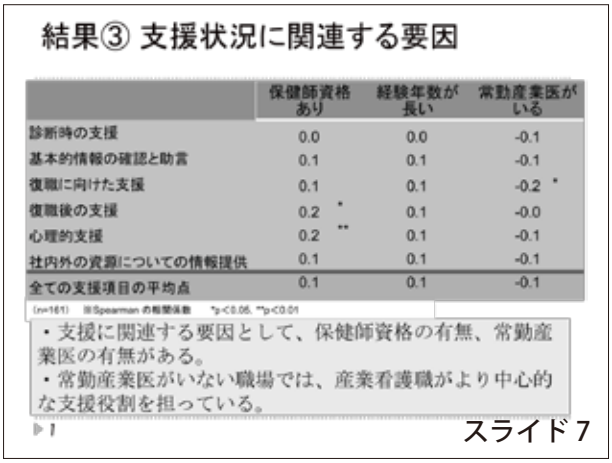
支援上の困難

続いて支援上の困難点についてお示しします。どの項目が困難と感じられているかを確認するため、まず11項目の困難スコアを算出しました。そしてスコアの高い順に並べたのが、スライド8の表になります。この数値が高いほど困難の度合いが高いということになります。

この平均点と比べて有意に高かったのが上の4項目で家族や医療機関といった「社外との連携や情報収集」、「がんを抱える従業員も働きやすい職場づくりの支援などとなりました。



スライド 6



スライド 7

平均点と比べて有意に低かったのが下の3項目で上司や産業医といった「職場内の連携に関するものでした。

さらにこれらの困難点と先ほどの支援状況の関連を相関分析により確認しました。全体的に負の相関をしていることが示されました。困難があればあるほど支援状況、支援頻度が低いということが明らかになりました。

それでは最後のまとめで産業看護班代表の錦戸先生からお話をお願いします。

まとめ

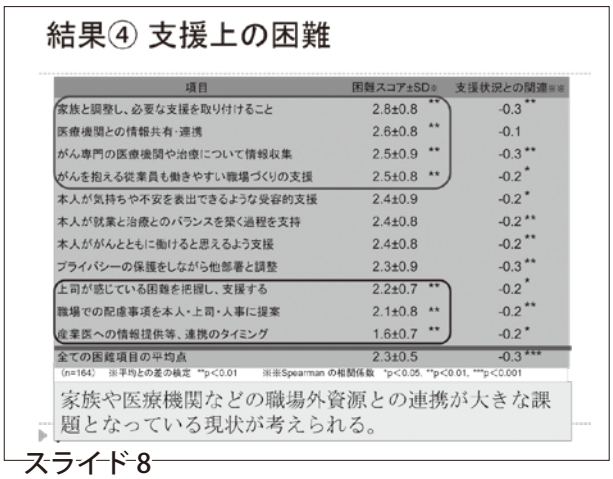
まとめさせていただきます(スライド9、10)。フォーカスグループインタビューの第１報と質問紙調査の第２報の結果下記のような産業看護職の活動の現状が明らかとなっています。

産業看護職はがんと診断された労働者本人、今回は結果をお示しできませんでしたが上司あるいは人事なども含めた多角的・継続的な支援を実施しております。本人への支援に関しては、診断時および復職後の支援頻度が高かったという結果です。

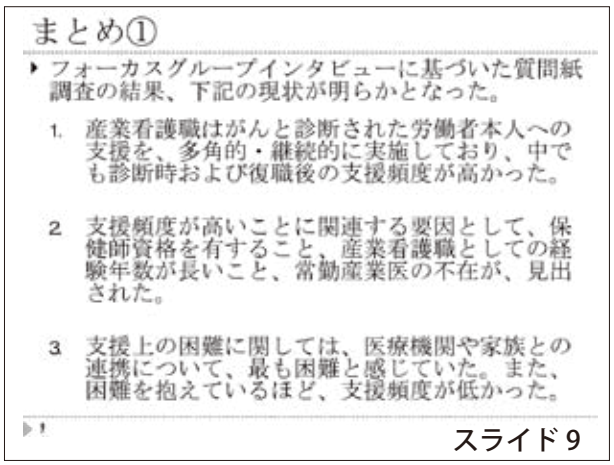
がんと診断された後だけではなく予防的なところ、あるいは職場風土づくりというところでも働きかけをしていることがわかりました。

支援頻度が高いことに関連する要因として、保健師資格を有すること、産業看護職としての経験年数が長いこと、常勤産業医の不在というところの方が、支援頻度が高かったというような結果でした。

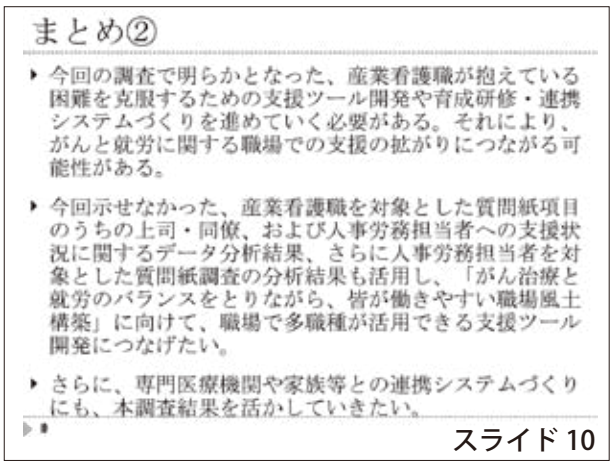
支援上の困難に関しては、何が一番難しいかと思っているかと言いますと、医療機関や家族との連携について、もっとも困難と感じているという状況と、困難を抱えている看護職ほど、支援頻度が



スライド8



スライド 9



スライド 10

低い。やはり難しくてなかなか支援ができないということかと考えられます。

今後に向けてですが、こういう困難を克服する支援ツール開発やあるいはさまざまな研修、連携システムづくりというものを進めていくことで、看護職からのがんと就労に関する職場での支援がもっと盛んに行なわれるようになるのではないかと考えています。

今後、「がん治療と就労のバランスをとりながら、皆が働きやすい職場風土づくりというものが非常に重要かと思っております。今回示せなかった、上司、同僚および人事労務担当者への看護職からの支援、そして人事労務担当者の方に直接アンケートをさせていただいていますので、その分析結果も活用し、職場でみんなで活用できる支援ツール開発がしていけるといいのではないかと思っています。

それから一番難しかったというところで外部の専門医療機関やご家族等との連携システムづくりも、本調査結果を活かしてつくっていければいいと考えているところです。

以上で産業看護職班の発表を終ります。ご清聴ありがとうございました。

質疑応答

産業医の有無と産業看護職の役割

立石（司会）　どうもありがとうございました。産業看護職が職場の中においてどのような支援をしているのかというレアな声をインタビューで聴いていただき、さらにそれをアンケートで数値として出していただいたという、1年でかなり内容が豊富な研究をされたと思います。ご質問をお受けします。

会場発言Ｇ　産業医をしております。先ほどのインタビューのところでは産業医の関わりのところが出てこなくて、その後の質問紙のところでは、産業医がいるところといないところでの関わりの違いがけっこうあるということでした。今後の支援ツールの開発をされる際に、産業医がいるのといないのとではやはり産業医の役割がだいぶ変ってくるという結果だったということですが、そのへんはツールを分けていくのか、どのように開発されていくのかお聞かせいただければと思います。

錦戸　ご質問ありがとうございます。そこは非常に大事なところだと思っています。この全体の研究プロジェクトで産業医チームもありますので、そこともいろいろディスカッション重ねながらご指摘のように、常勤産業医がいらっしゃる職場とそうではない職場で少しずつ連携のあり方がちがうかと思いますので、それぞれのバージョンなどもつくっていけたらいいと、今の段階ではそのように考えています。またみなさま方からご意見をいただき、こういう方が使いやすいという声がありましたらぜひお聞かせいただき、よりいいものにしたいと考えています。ありがとうございます。

立石（司会）　ありがとうございました。他にご質問はございますか。

会場発言Ｃ　たぶんまちがった解釈をしていると思いますが、データを拝見すると常勤産業医がいらっしゃる職場では、産業看護師はいらなさそうだというメッセージに受け取ってしまいがちです。これはおそらくまちがった解釈だと思いますが。それはいかがですか。常勤産業医がいらっしゃるところで、産業看護師がこういう働きをして、がん患者さんの就労に役立っているというのは、なにかお教えいただければ、スッキリする

のですが。

錦戸　今回の結果からも産業看護職がより、ご本人の立場に立った心理的なところの支援とか、よりきめ細かい継続的な支援というところをやっています。たとえば人事・労務の方に聞いた調査でも産業看護職への期待は、常勤産業医がいる職場の方も多かったのですが、本人の気持ちに寄り添って、きめ細かな支援をしてほしいということでした。常勤産業医と産業看護職の両方がいる職場では、それぞれの役割と連携をしっかりしながら、より職場のみなさんに役立つ支援をしていけるのではないかなと考えているところです。スッキリされましたでしょうか。

会場発言Ｃ　常勤産業医の先生がいらっしゃるところでは、産業医の先生が対外的なことをされていらっしゃるので、より、がんを患っている労働者の方に寄り添えると理解しました。ありがとうございました。

吉川　加えて、フォーカスグループインタビューの結果でも、あまり個々のデータに拠らなかったので常勤産業医の有無によっての支援内容のちがいは発表しませんでしたが、たとえばフォーカスグループインタビューの中で、みなさんがよく言われていたのは、産業医にしかできない仕事がある、その仕事は常勤であろうと非常勤であろうとやってもらう。それはたとえば復職時の就労可否の判断であったりで、そういうところは看護職の仕事ではなく産業医の仕事です。この復職可否の判断に関してさまざまな情報を多面的に収集するというのが常勤で働いている産業看護職の役割で、産業看護職にも産業看護職にしかできないことがある。そしてその中で重なっている仕事があるというところで、インタビュー調査でも、質問紙調査でもみなさんにわかりづらいところがあったかと思います。

錦戸　付け加えるなら、職場の風土づくり、みなさん問題が起こってからどうしようと言うのではなく、病気になる前からみんなで相談し合い、支えあう職場の風土づくりをつくっていく、そこをうまくファシリテートしながらやっていくところは産業看護職が非常に得意とするところのひとつかなと思います。

立石　ありがとうございます。他にも議論があると思いますが、われわれの方でも産業医の調査をしていますので、そちらの方ともあわせて総合討議の方でもこの話題を出していただければと思います。どうも先生方ありがとうございました。

9. がん患者の就労支援に関するがん専門医の意識と医療提供体制の現状に関する調査

○田中 完（新日本製鐵（株）名古屋製鐵所 安全環境防災部 安全健康Gr 医長（産業医））（○は発表者）
大津　真弓（パナソニック（株）HA社草津西健康管理室産業医、
産業医科大学産業医実務研修センター非常勤助教）
和田　耕治（北里大学医学部公衆衛生学講師）

研究目的・方法・回答数

がんを経験された方の就労支援に関して重要な役割を持っている医者と病院に関して、どのように思っていますか、どういうことができていますかということを聞いた調査と理解していただければと思います。

目的は意識と対応の現状を明らかにすることです。

さらに調査結果から、改善が可能で必要とされる対策についてツールを作成することとしています（スライド 1）。

方法は、すべての日本臨床腫瘍学会専門医・指導医の方 (内科系：453 人) と日本がん治療認定医機構の認定医で関東地方在住の医師（外科系：1,016 人）に対して 2010 年から 2011 年の間に郵送にて行なっています。

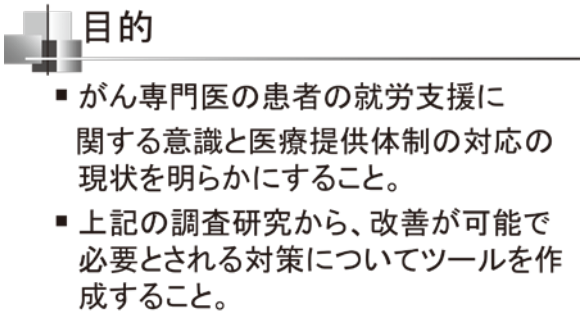
質問表では以下の内容を聞いています。意識と体制です。ただ調査で対象としたがん患者さんは、比較的就業を継続できる病状の人としています（スライド 2）。

回答数は、スライド 3 のようになっています。

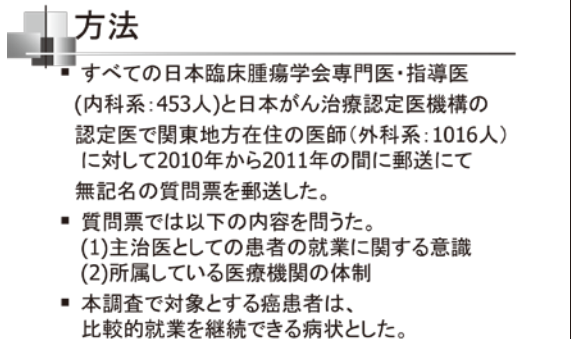
結果

結果については次スライド 4 からお示しします。前回とちがって今回は内科・外科と分けて調査した、そのちがいを表したかったのですが、実際にとってみましたらほぼ同様の傾向がみられました。そこでまとめて発表させていただきます。

「患者の仕事に関心がある」か、「患者の仕事の業務内容を聞くようにしている」か、「患者が仕事を辞めず



スライド 1



スライド 2

に治療できることは望ましいと考えている」かの項目について、「あてはまる」、「まああてはまる」を合わせますと 88.5%、86.4%、98.3%となっています。仕事を続けた方がいいということではほぼすべての医者がそう思っているという結果でした。

「患者が仕事を休まなくてすむように外来や検査の日にちや時間の設定に配慮している」というのも意外に高くて 82.2%の人が配慮をしています。ただこれを医療体制への質問と合わせて考えると、「配慮している」というのを「気にしています」という程度にとらえているようです。そう申しあげるのは、実際に治療で抗がん剤治療を仕事の予定に配慮してやっていますかということでは 41.9%、放射線治療にいたっては 28%しか実施できていないということだったので、気にはしているが実施できていないという現状かと思われます。

次の質問は「患者には、治療の過程で仕事を休まないといけない時期や仕事への影響を説明している」かということです。これは 93.1%がやっているということです。

「休職した患者に対して復職のタイミングについてアドバイスをしている」かということでは、78.1%がやっているということでした。

「患者が仕事を継続できるように副作用などを出来るだけ減らすよう心がけている」かということでは、86.0%でした。

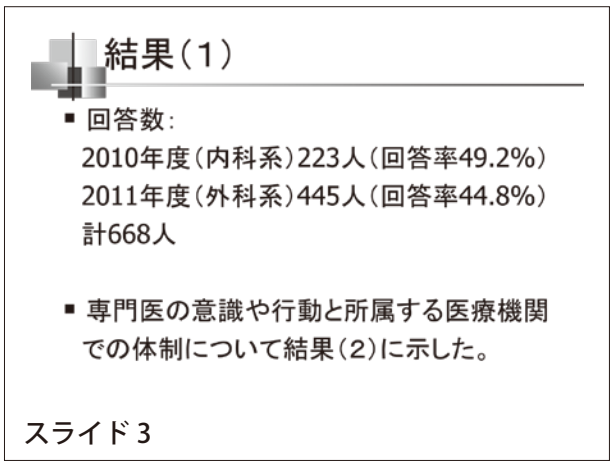
ほぼやはり就労に関して高い配慮・意識を持っているという結果になりました（スライド 4）。

「患者の職場の産業医とやり取りをした事がある」というのは非常に少なく 20.3%です。

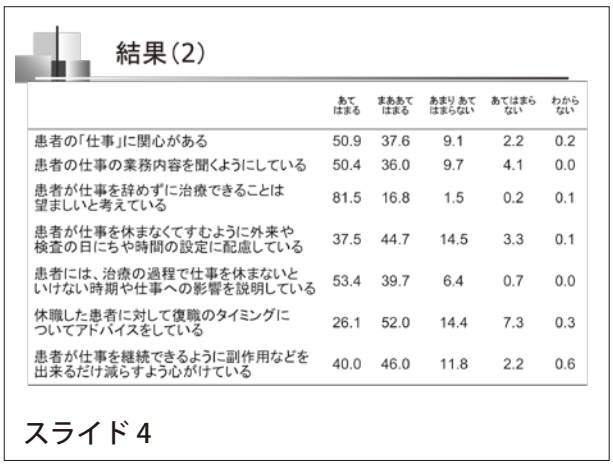
「会社の産業医から治療の見通しと必要な配慮についての意見書などを求められたら回答する」については、91.1%で、聞かれたら答えるという結果になっています。

さらに「主治医として、仕事の話までする時間的余裕はない」は、19.7%でした。これは逆に言うと 79%の人が仕事の話をする時間的余裕があるということでした。

「患者は治療期間中の仕事の継続についてもっと主治医に相談するほうがよい」と思っている人が 83%。同様に看護師さんに聞いた方がいいという、「看護師は患者の就業についての相談を積極的に受ける事が望ましい」というのが 77.1%でした。



スライド 3



	あてはまる	まああてはまる	あまりあてはまらない	あてはまらない	わからない
患者の「仕事」に関心がある	50.9	37.6	9.1	2.2	0.2
患者の仕事の業務内容を聞くようにしている	50.4	36.0	9.7	4.1	0.0
患者が仕事を辞めずに治療できることは望ましいと考えている	81.5	16.8	1.5	0.2	0.1
患者が仕事を休まなくてすむように外来や検査の日にちや時間の設定に配慮している	37.5	44.7	14.5	3.3	0.1
患者には、治療の過程で仕事を休まないといけない時期や仕事への影響を説明している	53.4	39.7	6.4	0.7	0.0
休職した患者に対して復職のタイミングについてアドバイスをしている	26.1	52.0	14.4	7.3	0.3
患者が仕事を継続できるように副作用などを出来るだけ減らすよう心がけている	40.0	46.0	11.8	2.2	0.6

スライド 4

ケースワーカーやソーシャルワーカーに聞いた方がいいという、「ケースワーカーやソーシャルワーカーは患者の就業についての相談を積極的に受ける事が望ましい」とするものが 95%です（スライド 5）。

もっともっと聞いてほしいと思っているようです。この点は前半に報告されたように相談相手としては上司・家族・主治医というように 3 番目であったのですが、主治医としてはもっと相談してほしいと思っているし、看護師やケースワーカーやソーシャルワーカーも活かしてほしいと思っています。しかしこの表にはないのですが体制の方で、実際にやっているかという評価では、看護師さんが相談に乗っているというのが 28.8%でしたので低い結果でした。ソーシャルワーカーに関しても 62.2%なので、まだまだ改良の余地があるのではないかというように思っています。

まとめと考察

先述しましたが、」内科系と外科系のがん専門医の意識、医療提供体制はほぼ同様の傾向でした。主治医の意識としては時間的余裕があると言っていました。ただし産業医とのやり取りが非常に少なかったり、もっと相談してほしいというメッセージを送っていました。そこで具体的な連携の方法については、実施できていなかったり、十分でないという意識があるという結果がわかりました（スライド 6）。

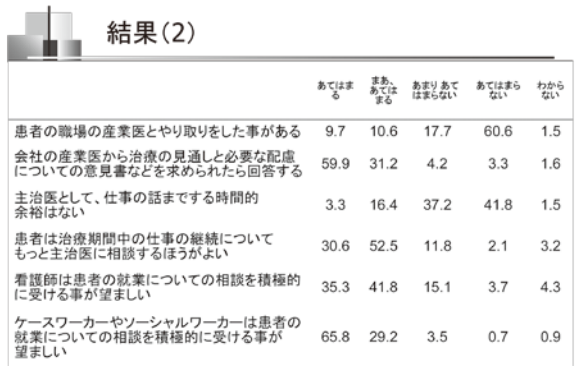
ただ良好な就労支援ができている医療機関もありました。今回この調査によって明らかとなった課題に対し、そのポイントを抽出し提示することがその改善、解決につながると思われました。それに対してポイント集を作成してそれを広めていこうということになりました（スライド 7）。

がん患者の就労支援に役立つ 5 つのポイント

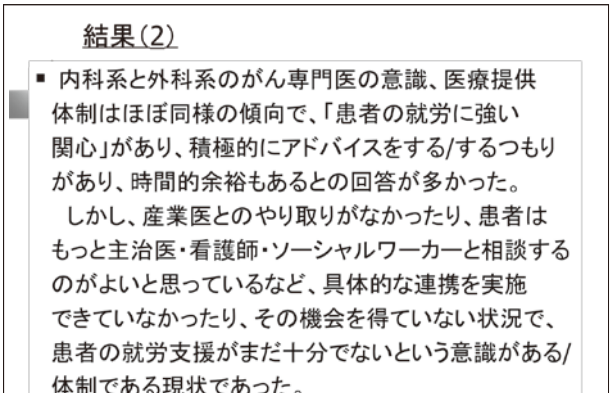
それでつくったのがスライド 8、9(『実例に学ぶがん患者の就労支援に役立つ 5 つのポイント』) です。この研究班のホームページ (http://www.cancer-work.jp/) に載せてあります。

ポイントとしてはスライド 10 にあげた 5 つです。

「患者さんの仕事に関する情報を十分に集めましょう。」、「患者さんの悩みに対して、医療職が幅広くサポートしましょう。」、「患者さんの希望に応じて受診や治療が出来るように配慮しましょう。」、「仕事を継続しな



スライド 5



スライド 6

がら治療ができるよう、治療による仕事への影響について十分に説明しましょう。」、「スムーズに職場復帰できるような工夫や職場（上司や同僚）の理解を得る為のアドバイスをしましょう。」というポイントを活かせばいい体制ができることがわかったのでこのポイントを紹介していく予定です。

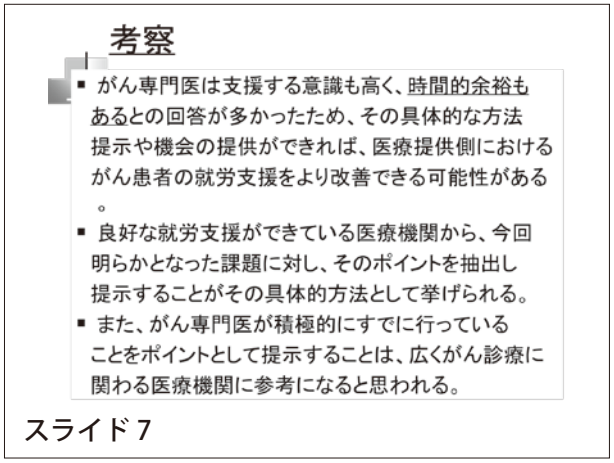
以上になります。

質疑応答

ポイント集の配布戦略

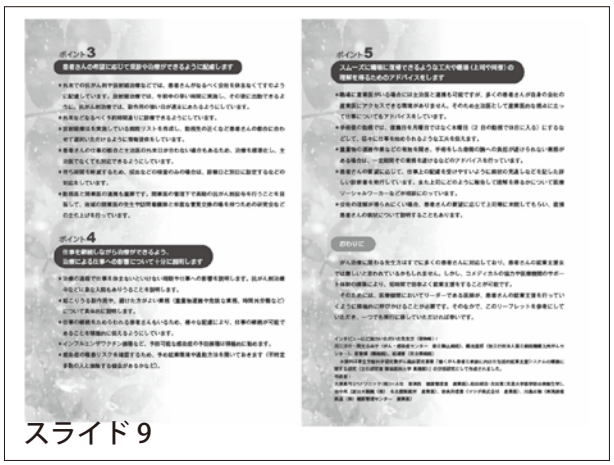
立石（司会） どうもありがとうございました。田中完先生にはアンケート調査と 5 つのポイントについてご解説いただきました。私から質問させていただきますが、5 つのポイントということでおそらくふだんがん治療をしている主治医の先生方にお渡しすることをイメージされていると思いますが、がんの治療をされている方がたは日本全国あまたおられます。この 5 つのポイントを使い具体的に産業医と連携することなどを想像してもらうようにされると思いますが、その場合、今の先生は、それをどのように戦略的に配っていくのか、配布する方法のようなものはなにかご検討でしたらご説明いただければと思います。

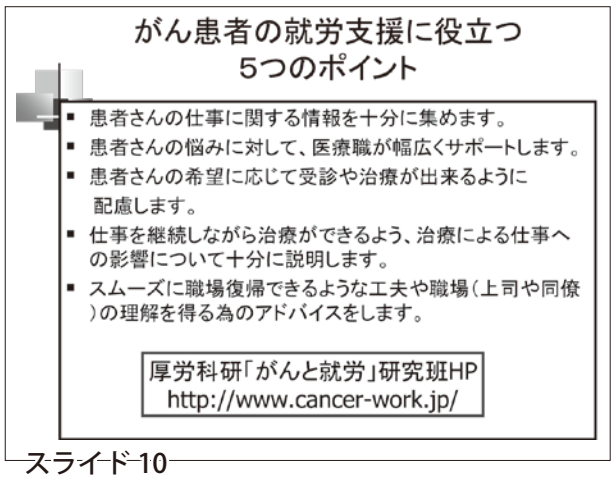
田中 完 やはり幅広くいろいろなところに置いておきたいとは思っているのですが、まずはその治療を専らとされている医者ー専門的・先進的に取り組んでいる医者を対象に広めていきたいと考えています。そ



スライド 7

スライド 8


スライド 9



スライド 10

のきっかけとして 2012 年夏に臨床腫瘍学会で発表させていただき、このパンフレットを広めていきたいと思っていま。また、追加でこの調査をもう少し分析していて、意識と体制に相関関係があるという結果も出てきていますので、その点についても意識を高く持っているところ、そこの医者がリーダーシップをとり体制をつくっていく。またその体制が私どもの意識を高めていくという逆の相関もあるので、この点を踏まえて広めていきたいと思っています。

立石　ありがとうございました。これで終わらせていただきます。

10. がんと就労における産業医の視点　～日本産業衛生学会専門医・指導医の意識調査～

○田中 宣仁（産業医科大学産業医実務研修センター）（○は発表者）
立石 清一郎（産業医科大学産業医実務研修センター）
平岡 晃（産業医科大学産業医実務研修センター）
森 晃爾（産業医科大学産業医実務研修センター）

はじめに ― われわれがめざすもの

私たち産業医大チームは、まず「がんと就労における産業医の視点」についてお話しさせていただきたいと思います。

この研究班の中でわれわれのチームがめざす成果物をまずお示しします。それはズバリ産業医向け就業支援ツールの開発です。すなわち産業医が会社の中でがん就労者の方を支援しようとする時に、産業医にとって有用なツールを開発することです。そのためにわれわれは2010年度に、まず現状把握と仮説の作成のためのインタビュー調査を行ない、2011年度に作った仮説の検証と数値化のためのアンケート調査を行ないました。次年度以降はそうして得られた情報をもとに産業医向けツールを実際につくっていくという流れになっています(スライド1)。

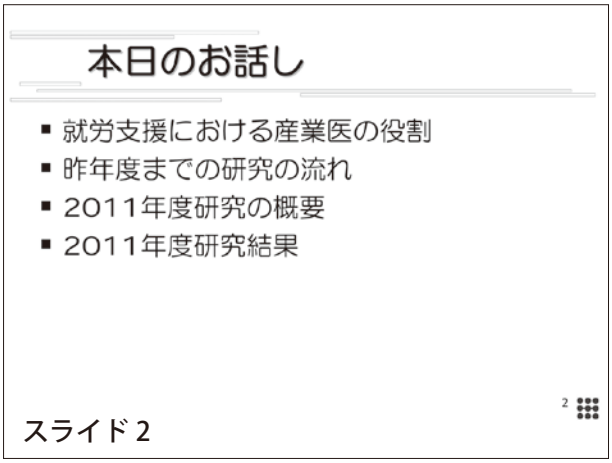
本日のお話の内容はスライド2です。

就労支援における産業医の役割

産業医という言葉を初めて聞いた方もおられるかもしれませんので、産業医が就労支援の場面でどういう役割をはたしているのかということを簡単にお示しします。

スライド3は、がん就労者を中心とした周囲の人々との関係図です。がん就労者は本人が働いている会社の同僚・上司をはじめとして人事・労務であるとかがん治療の主治医、そして産業医とつながっております。がん就労者が治療と仕事を両立させるためにはそれぞれの立場のキーパーソンの方が過不足なく必要な情報を共有することが不可欠です。しかしやはり会社の方がたにとって医学情報はなかなか理解しづらい。

スライド 1



スライド 2

一方で主治医の先生にとっては企業内の事情はなかなか見えにくい。

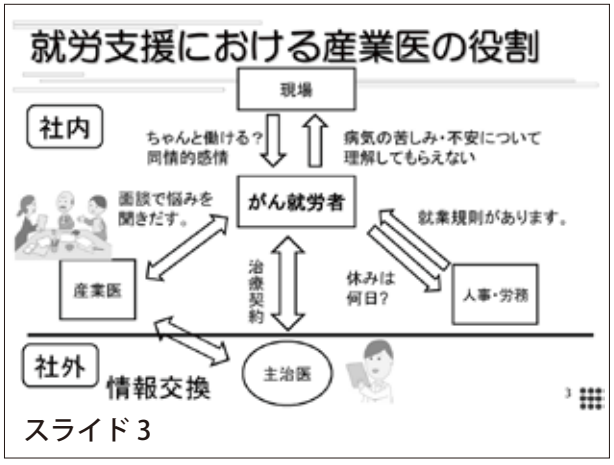
そこで産業医が重要な役割をはたします。産業医は医学と企業の両方に関する知識と理解を持つ者としてそれぞれの立場に対する翻訳者として機能します。そうすることによってがん就労者が治療と仕事の両立ができるようにすることが産業医の役割になります（スライド4)。

もちろんこれ以外にも産業医が果たしている役割はありますが、本日ここではこうしたイメージを持っていただければいいかと思っています。

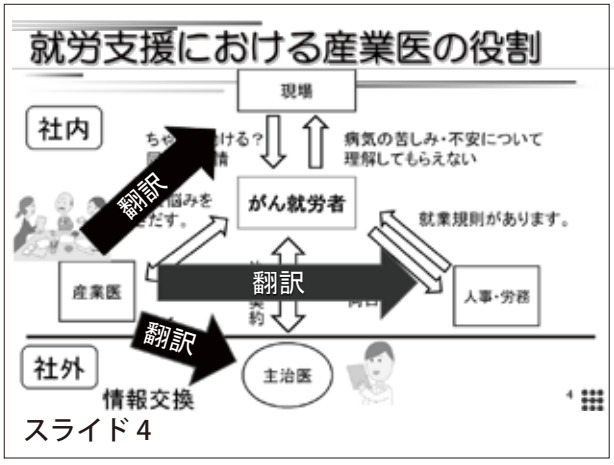
2010年度までの研究の流れ

2010年度までの研究の流れ、インタビューの部分を振り返ってみます。われわれが研究を開始した時点では、がん患者への産業医の就労支援の実態がほとんど不明でした。そこで日本産業衛生学会の指導医もしくは専門医資格を持つ専属産業医5名に対し、インタビュー調査を行ないました(スライド5)。

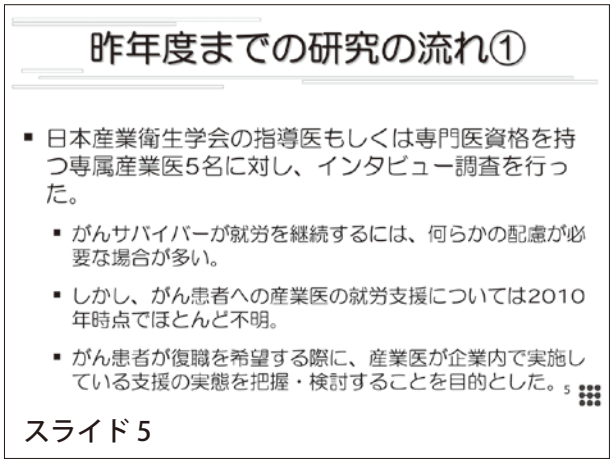
インタビューの中で見えてきた事項はスライド6にあります。2つめに注目してください。がんのような身体疾患であっても就労支援に関して類似なものとして存在している、「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き」(以下「メンタル復職手引き」)とほぼ同じ流れで対応がとられていることがわかりました。



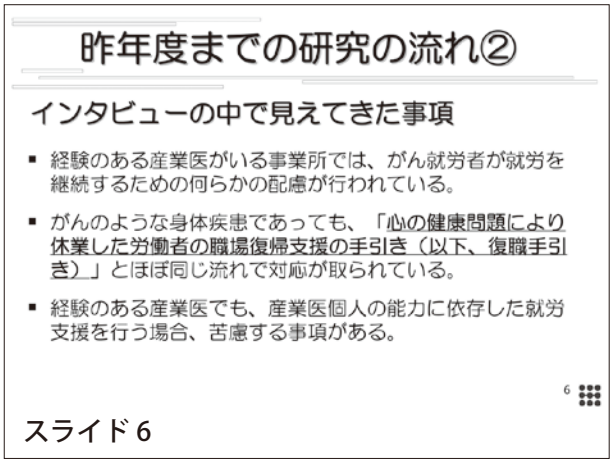
スライド 3



スライド 4



スライド 5



スライド 6

「メンタル復職手引き」とはどういうものかと言いますとスライド7のようなものになります。「メンタル復職手引き」では、第1ステップの「病気休業開始及び休業中のケア」に始まり、第5ステップ「職場復帰後のフォローアップ」に到るまで5つのステップを踏んで産業医であったりとか上司、あるいは会社の人事・労務が支援を行なっていくと良いということで、具体的にどういうことを行っていくと良いかということが述べられています。

これはメンタルヘルス不調で休業された方のための手引きなのですが、がんのような身体疾患であってもこの「メンタル復職手引き」とほぼ同じ流れで対応がとられているということがわかりました。ただし経験のある産業医の方々がそうしたステップに従って支援を行なった場合であっても、やはり苦慮する事項があるということがわかったということが2010年度までの流れになります（スライド8）。

2011年度研究の概要

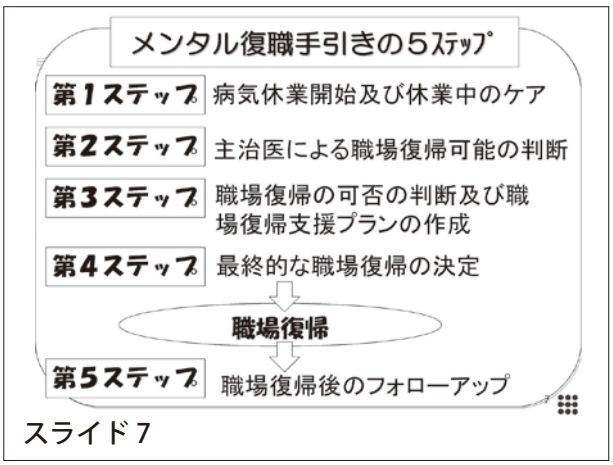
次に2011年度研究の概要です。2010年度のインタビューは5名というごく少数に行なったものでしたので、2011年度は日本産業衛生学会の専門医・指導医である425名に対し質問紙を郵送しました。回収数は188人（44.2%）ということで、この手の研究の中では比較的回収率はよい方であったと思っています。質問項目に対しては、「全くそうだ」、「まあそうだ」、「どちらでもない」、「まあ違う」、「全く違う」の5段階で答えてもらいました（スライド9）。

スライド10が実際のアンケートの具体例です。「病気休業開始および休業中の対応についてお聞かせください」というのは、これは「メンタル復職手引き」で言うところの第1ステップについてお聞かせくださいということです。

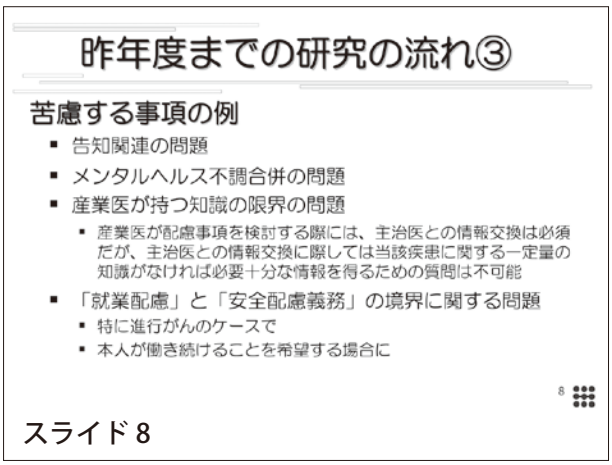
「1.治療を開始する段階で作業内容を主治医に伝えることは重要である。」という問いかけに対して「全くそうだ」から「全く違う」までの5段階で答えていただいたということです。

2011年度研究結果

その結果を見ていきたいと思います。アンケートの内容はスライド11の5つでしたが、ここではその中で



スライド 7



スライド 8

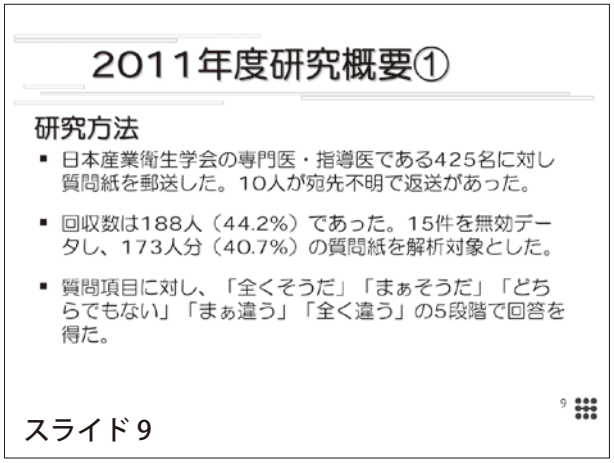
もとくに重要だと思われる2、4番目について見ていきます。

「復職手引き」における5ステップに対応した質問項目

まず2番目の「「復職手引き」における5ステップに対応した質問項目」です。5ステップに対応した質問項目は全部で43項目あったのですが、そのうちの34項目において「全くそうだ」あるいは「まあそうだ」に回答が集まりました。「回答が集まった」というのは、「全くそうだ」あるいは「まあそうだ」と答えた方が80%を超えたということです。その詳細な内容については資料1（章末に掲載）をご覧ください。だいじなことは、ほぼすべての項目において回答が集まったということで、産業保健専門家の意見はほぼ集約しているということがわかったということです（スライド12）。

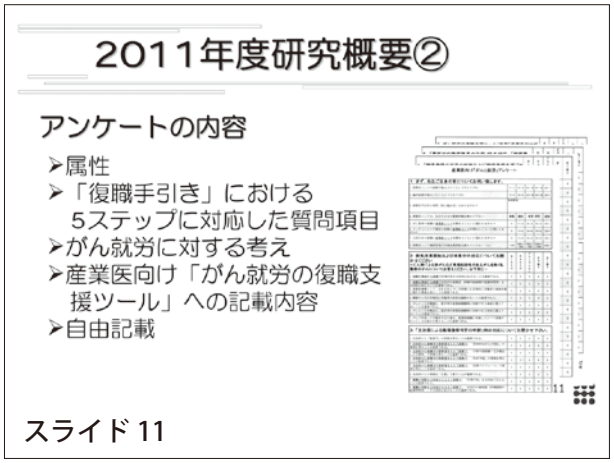
集約された産業保健専門家の意見を公表することで、産業医がどういうことに着目し、就労支援を行なっているかがわかりますから、産業医だけではなく、がん就労者本人であったり、会社の方々であったり、産業医以外の産業保健スタッフが復職に関して共通の理解を持つことができるという点で利用できると思います。

また、専門家の考え方を示すことで、産業保健を専門としない医師でもがん就労者に対して一定レベルの対応が可能となる可能性があります。

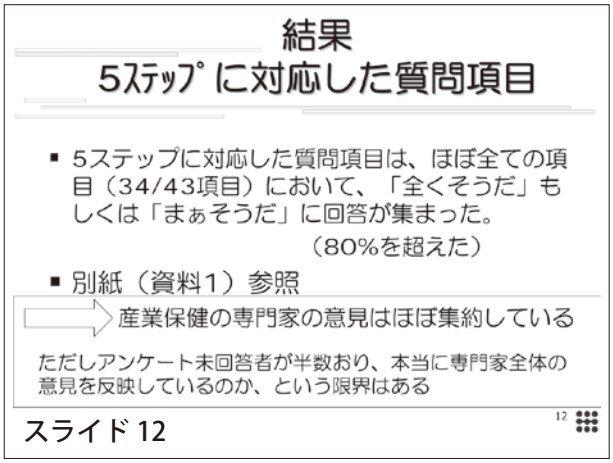


スライド 9

スライド 10



スライド 11



スライド 12

一方、産業保健専門家については、復職手順の5ステップについてはほぼ共通の認識がある。それなら専門家に対して何も示さなくてもいいのかと言うと当然そうではなく、今回のアンケート結果と自身の日頃の産業保健活動とを照らし合わせていただいて、アンケート結果と乖離（かいり）がないか確認していただくことは重要だろうと思います。

さらに専門家向けにわれわれが示す成果物には、より専門家に必要とされている情報を加える必要があるだろうと思います（スライド13）。

産業医向け「がん就労の復職支援ツール」への記載内容

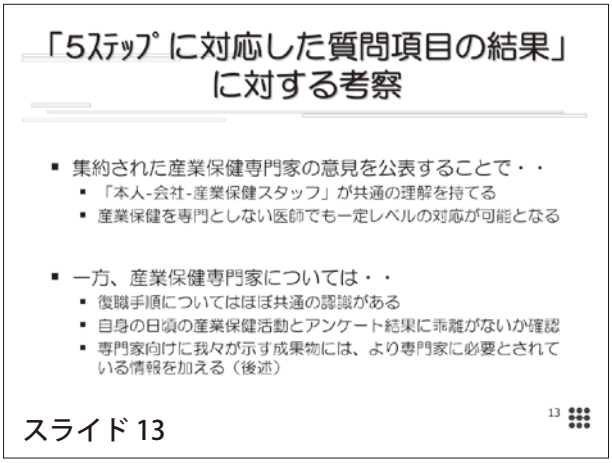
それでは専門家がより必要としている情報とは何かということですが、産業医向け「がん就労の復職支援ツール」を作るとしたら、どういうことを記載内容にしてほしいかたずねた部分（アンケートの4番目）にその答があるはずです。

その結果がスライド14になっています。「全くそうだ」、もしくは「まあそうだ」に80%以上回答が集中した項目のみ載せております。治療の副作用であるとか治療スケジュールもしくはがんそのものや治療による障害が就業に与える影響の記載といったところに回答が集中しました。

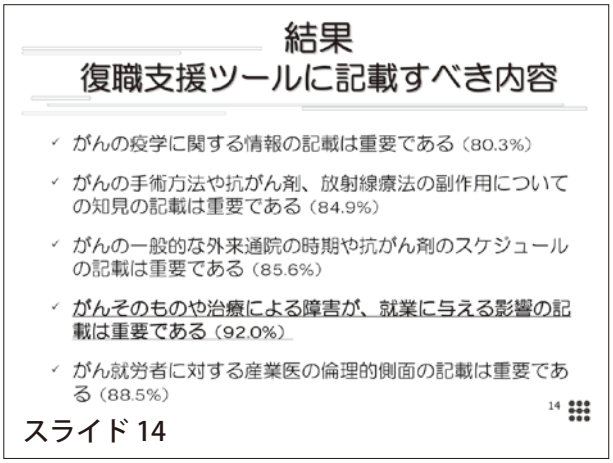
自由記載の内容から

さらに自由記載のところでは、他社の制度の例を載せてほしいとか、産業医による就労支援の成功例を載せてほしい、成功例だけではなく検討した結果、働くことが不適切だとされた事例なども載せてほしいという意見も出てきました（スライド15）。

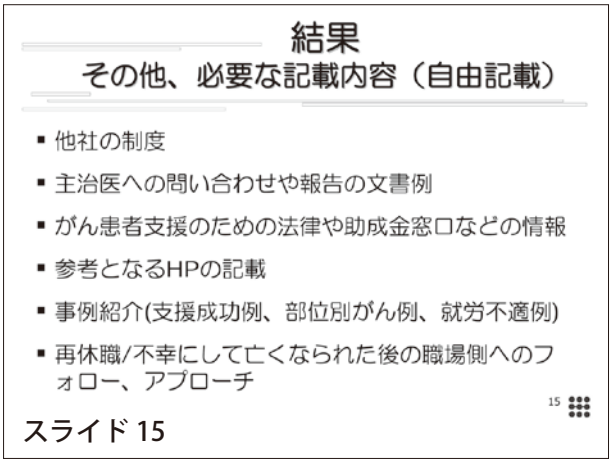
総合してみると「産業保健専門家が必要としている情報は、職場での配慮事項を考慮する際に有



スライド 13



スライド 14



スライド 15

用となる「治療スケジュール」、「障害（後遺症）」、「障害（後遺症）に対する配慮」、「事例」、「倫理観」などと考えられました（スライド16）。

まとめ

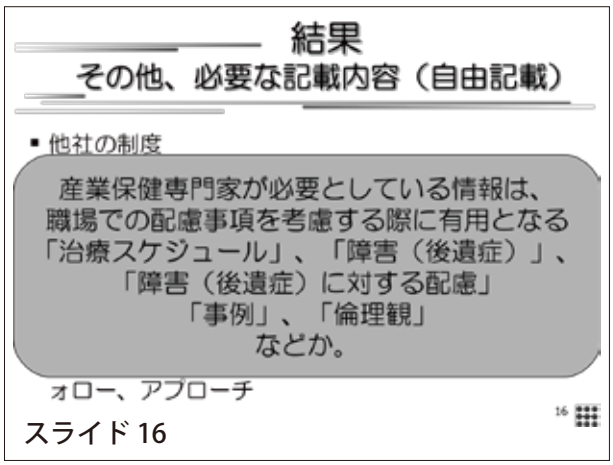
まとめですが、大前提として、「産業保健専門家はがん就労者に対して就業継続のためのサポートを行うことが望ましいと考えている。」ことは言うまでもありません。

今回のアンケート結果より、「産業保健専門家の中で、復職ステップに関する考え方はほぼ集約されている。」ということがわかりました。

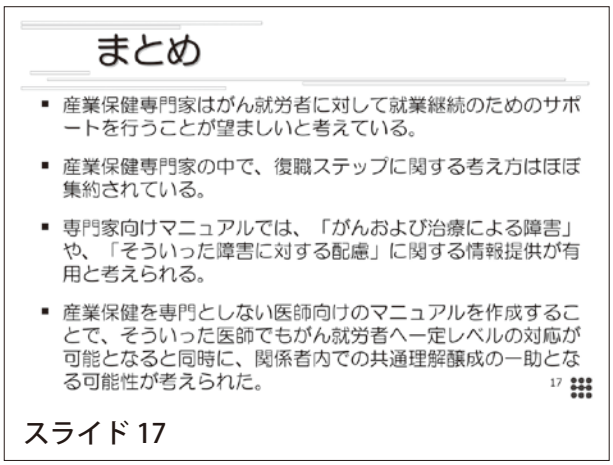
また同様にアンケート結果より「専門家向けマニュアルでは、「がんおよび治療による障害」や、「そういった障害に対する配慮」に関する情報提供が有用と考えられる。」ということがわかりました。

さらに、今回のアンケート結果を活用して「産業保健を専門としない医師向けのマニュアル」を作成することで、そういった医師でもがん就労者へ一定レベルの対応が可能となると同時に、関係者内での共通理解醸成の一助となる可能性が考えられました。（スライド17）。

以上になります。



スライド 16



スライド 17

資料 1

メンタルヘルス復職手引きの 5 ステップに対応した質問項目結果の抜粋

80%以上回答が集中していた項目（抜粋）	80%以上回答が集中していなかった項目（抜粋）
第 1 ステップ：休業開始および休業中の対応	
・がんで休業した労働者が出た場合、産業保健職に休業したという情報が入ってくる仕組みを整えることは重要である（94.2%） 計：3 項目	・治療を開始する段階で作業内容を主治医に伝えることは重要である（42.7%） ・治療を開始する段階で会社内の諸制度（休職可能期間や就業時間等）を主治医に伝えることは重要である（51.4%） 計：4 項目
第 2 ステップ：主治医による職場復帰可否の判断時の対応	
・主治医から復職可の診断書をもらう段階で、「手術や放射線・化学療法による障害」の情報を得ることは重要である（96.5%） 計：7 項目	・主治医から復職可の診断書をもらう段階で、「生命予後」の情報を得ることは重要である（71.7%） 計：1 項目
第 3 ステップ：職場復帰の可否の判断および職場復帰支援プランの作成時の対応	
・就業配慮に際して、作業に伴う病状悪化リスクの有無は重要である（97.7%） ・復職に際して、がん患者のメンタルヘルス不調合併の有無を確認することは重要である（97.7%） 計：21 項目	・復職可否の判断をする際に、労働者の実際の職場でシミュレーションを行い就業能力を判定することは重要である（63.6%） 計 1 項目
第 4 および第 5 ステップ：職場復帰の可否の判断および職場復帰支援プランの作成時の対応	
・がん患者が定期検査や抗がん剤治療等で受診できる環境を整えることは重要である（95.4%） ・産業保健職が定期的に治療状況・受診状況・健康状況などを確認することは重要である（94.8%） 計：3 項目	・いわゆる「仮出勤・出社（リハビリ出勤、試し出勤など）」はがんの復職に有用である（65.9%） ・「復職判定」委員会等の会合は重要である（64.8%） 計：3 項目

11. 産業医向け「がん就労」支援マニュアルについて

○立石 清一郎（産業医科大学産業医実務研修センター）（○は発表者）
田中 宣仁（産業医科大学産業医実務研修センター）
平岡 晃（産業医科大学産業医実務研修センター）
森 晃爾（産業医科大学産業医実務研修センター）

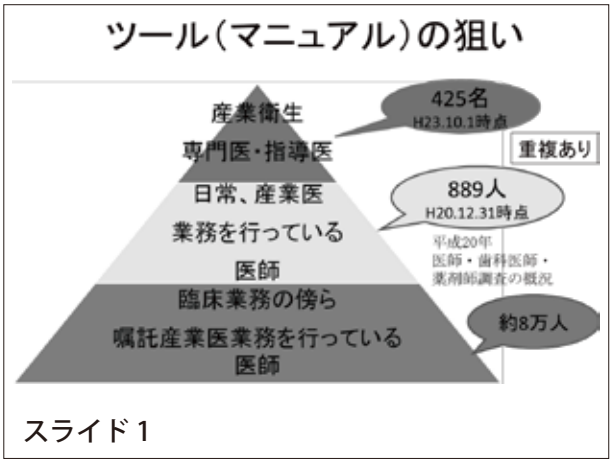
はじめに―ツールのねらいと内容

われわれは先ほどの田中（宣）先生の発表（報告 10）のアンケート結果をもとに産業医向けの支援ツールを作成することを目的としております。

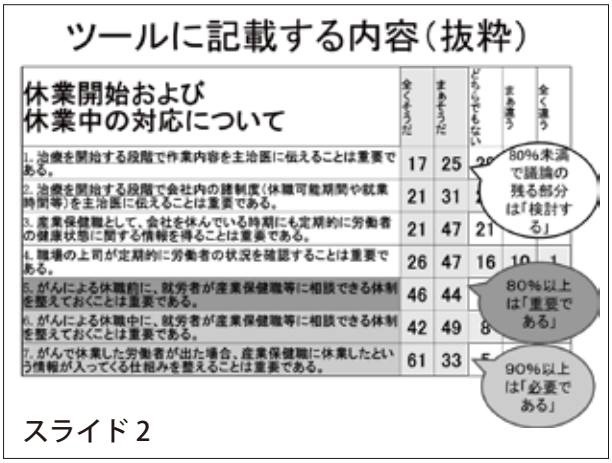
まずインタビューをしてアンケートを実際に数値化して、その数値をもとにツールを作成することがわれわれの当初の研究でした。

ツールのねらいですが、産業医と一言で言いますが、産業医を専門的にしているのは、スライド 1 の「日常、産業医業務を行なっている医師」以上の方がふだん産業医の仕事を継続的にやっている医師で、それ以外の方は産業医の仕事を「専ら」ではなく、ふだんは日常臨床をしながら産業医の仕事をされているので、産業医の専門職が非常に少ないという現状があります。産業医が千人未満であるということが医師の調査でわかっています。したがって専属の人たちは、アンケートの結果で同じような方法で支援をしているということがわかりましたので、どちらかと言うとスライドの図のいちばん下の、産業医の中でも数が多い８万人の人たちに使っていただけるツールを作ることがわれわれの目標ということです。

どういうようなことを盛り込んだらいいかということですが、やはりアンケート結果をそのまま載せるのが素直ではないかというように考えています。休業開始および休業中の対応についてという項目で 90%以上の産業医が重要であると答えたところに関しては「必要である」という記載にしたらいいだろうということです。80%以上なら「重要な項目」ですのでみなさん気をつけてやっていきましょう。80%未満の場合には議論の余地が残るのでいろいろと「検討」してやっていくことをお勧めしますということでマニュアルを作ろうと動いています（スライド 2）。



スライド 1



スライド 2

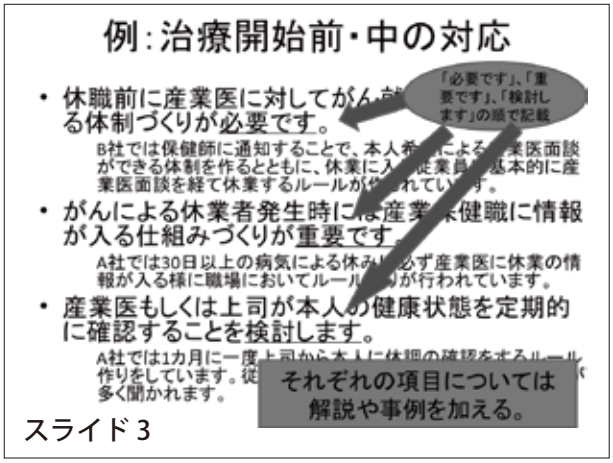
われわれが実際に作っているマニュアルの途中のものですが、重要であるという回答が、90%以上の場合は「必要である」という言葉に変えています。80 ～ 90%の項目に関しては「重要である」という言葉に変えて、80%未満のものについては「検討する」という文言に変えています。

それだけでは何のことかよくわかりませんので具体的な事例とか気をつけなければいけないポイントを少しずつ加えていくことによって、がん患者さんを復職させる時に職場の中で産業医という立場で見ていく場合どういうところをポイントにみていけばいいかというマニュアルを作ろうと考えています（スライド 3）。

主治医と職場をつなぐ情報共有ツール

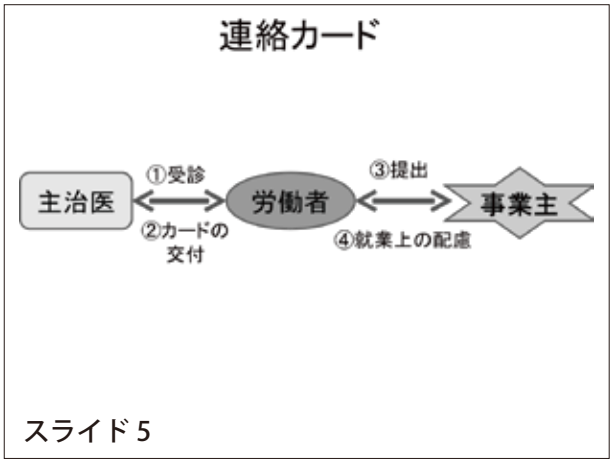
われわれはそれ以外に、専門職の産業医にも少々情報提供をしようと考えています。がんそのものや治療による障害が引き起こす就業に与える影響の記載は重要であるという回答が、専属産業医の調査でも92.0% であげられていました。これは何を意味するかと言いますと、たとえば乳がんの専門医は乳がんしかみません。しかし職場における産業医は乳がんの人は来るし、子宮がんの方も来る，胃がん、大腸がんの人も来る、めったにないようながんの方も来られたりと、すべての情報をその産業医が持っておくことは不可能ですので、そういうような情報にすぐにアクセスできるものを開発し、表示することで、みなさんがそうした情報にすぐにアクセスしながら、そこで気をつけるポイントはどういうところにあるかというものをお示ししようと考えています。

それに類似するものが職場の中に実際にあるのかということですが、ひとつあるとすれば「母性健康管理指導事項連絡カード」というものがあります（スライド4、5）。たとえば職場では、悪阻がある人は少し休みの時間を長くした方がいいというような1対1で対応するようなツールというものが母性健康管理の方ではありますので、こういうようなものをがん就労の場で応用できるものは何か



スライド 3

スライド 4



スライド 5

ないかということで、われわれは今検討をしています。ただがん就労と母性健康管理の決定的ちがいは、母性健康管理というのは、法律で定められている、企業が配慮しなければならない条項ですから、そういうところでがん就労は少しむずかしいところがあるのかと考えています。

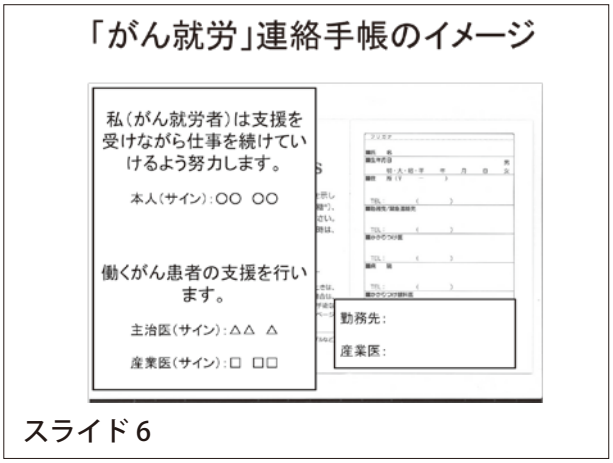
いずれにしても主治医の情報をいかに職場につなげるかということが重要になってきますので、1つの紙の中で主治医と産業医が同時にアクセスできる情報を提供できたらと考えています。類似の疾患としては、たとえば糖尿病というような疾患は、糖尿病の主治医以外にも眼科の先生が定期的に診なければいけない、心臓の先生が診なければいけない、歯科の先生が定期的に診なければいけないということで、さまざまな先生がひとつ書類の中でいろいろと書き加えていくことで、その人の体調的に注意しなければいけないことがひとつひとつ表されていることがあります。これを産業保健の現場でがん就労という復職支援の場において多少改変することで提供できたら、ガンサバイバーの方がたに非常に有用なツールになるのではないかと考えています。

「がん就労」連絡手帳の作製

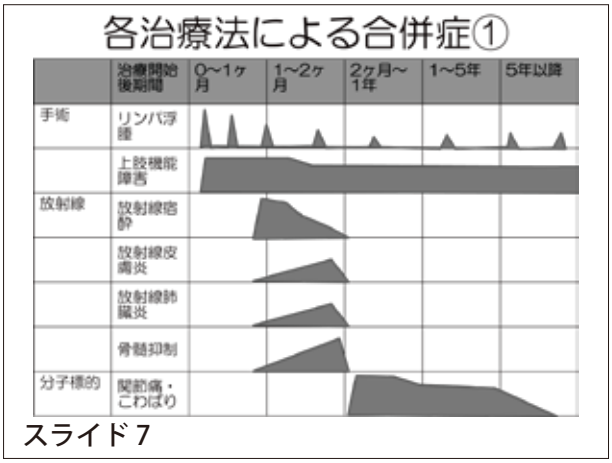
たとえばスライド6はその一部です（スライド6）。たとえば「私（がん就労者）は支援を受けながら仕事を続けていけるよう努力します。」ということでまず本人に書いていただき、それを支援する主治医とか産業医にも「働くがん患者の支援を行います。」ということでサインをいただき、その人を継続的に支援をしていく意思表明のページを最初に作らせていただき、ここに産業医ということで記名していただき、がんと闘いながらも働き続けられる環境を産業医の中で支援するのが当たり前ということを意識付けしていくことができればと考えています。

その具体的な中身については、出てくる障害とか合併症などを記載しておいた方がいいと思いますので、産業医などが見ても簡単に一目でわかるようなかたちで、だいたいこういう時期にこういう障害が出るということを入れておく必要があります（スライド7）。

それから実際にこういうような症状が出ているということを、簡単にチェックしてもらうことで、われわれはこういう症状があるのでこういう対応をしましょうという1対1のツールができればと考えています（スライ



スライド 6



スライド 7

ド８）。

マニュアル作成プランですが、先ほどのツール等をぜひ 2012 年度の産業衛生学会（5 月末予定）までにβ版として作成し、専門の産業医の集団に配布したうえでフィードバックを受け完成版をつくりたいと考えています（スライド 9）。

私の方からの報告は以上です。

質疑応答

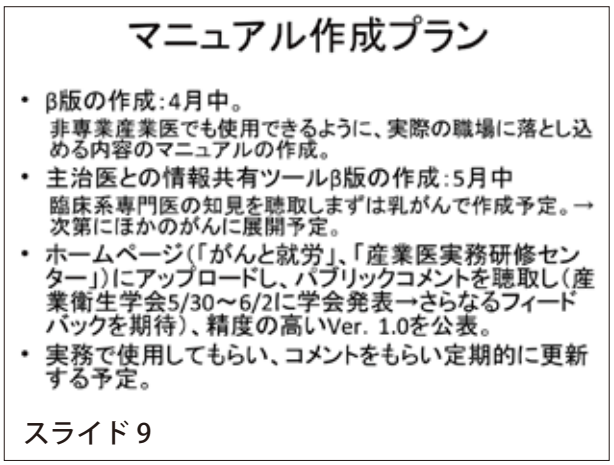
β版修正から病診・職場連携も視野に

立石（司会）　お 1 人だけご質問を受けます。

会場発言Ｈ　労災病院の腫瘍内科におります。がん患者さんの就労というシンポジウムに出てくるのは初めてなのでピントがはずれた質問になってしまうかもわかりません。私はがんの治療医なのでがん患者さんからの話は聞いておりますが、産業医とか産業看護師の方から患者さんに関して問合せとか情報開示の請求を受けたことはほとんどありません。仙台という地方のせいかもわかりません。そういうことでもし治療医にそういう問合せがきたら、患者さんの同意は個人情報保護という点からは必要でしょうが、これを会社に知らせたら患者さんが不利益をこうむってしまうのではないかと考えるのがほとんどの治療医です。したがって患者さんにとって不利益にならない、患者さんの同意を得ているというのが問合せの第 1 位の条件だと思います。先ほど問合せのマニュアルもほしいということが紹介されていましたが、そのあたりはきちんととらえられていると思います。また手帳の作製も非常にいいことだと思いますが、治療医とか、がん連携の方でご存じだと思いますが、いわゆる 5 大がんという患者さんの多いがんに関しては病院と診療施設との連携ということで、がん患者さんに持たせる患者手帳というものも普及し、作られていると思いますので、そこでまたダブるようなことがあっては馬鹿馬鹿しく、手間もかかりますので、そういうものとも連携してなるべくシンプルにお互いに仕事が増えないようにした方がいいのではないかというコメントです。

立石　ありがとうございます。われわれも最初に注目したのは実は病診連携のクリニカルパスのようなもので、ああいうもので何かできればと考えていたのですが、その中に組み入れてしまうと、まだその先にどうい

スライド 8



スライド 9

うように情報が回っていくのかわからなかったために、とりあえず別個に一度作ってみて、トラブル、エラー、あるいは場合によっては面倒くさいといったご意見があるようでしたらそれを修正し、そのうえで少しずつ病診、さらに職場という 3 大連携ができるようになったらそれはそれで最高のことだと思います。そういった世界をわれわれはめざしてやっていこうと思っていますので、またご指導、ご鞭撻のほどよろしくお願いいたします。どうもありがとうございます。

12. 総合討論

【シンポジスト】高橋 都（研究代表者、獨協医科大学公衆衛生学講座）
鈴木 信行（患者作業部会、患医ねっと）
立石 清一郎（産業医科大学産業医実務研修センター）
田中 完（新日本製鐵（株）名古屋製鐵所 安全環境防災部 安全健康Gr）
江川 京子（東京医科歯科大学大学院博士（前期）課程2年）
錦戸 典子（東海大学健康科学研究科看護学専攻）
【司会】森 晃爾（産業医科大学産業医実務研修センター）

採用時のがん既往告知の考え方とさまざまな課題

森（司会）　司会は分担研究者である森が担当させていただきます。私たちは2年間、1つの研究班の中で動いてきましたが、2012年度以降、何をめざしていけばいいのかという方向につき、ぜひみなさまからアドバイス、ご意見をいただきたいと思います。そのようなことを中心にしていきたいと思っています。

本日はここまでそれぞれの立場で話をしてきましたが、方向性に大きなずれはない、2年間で1つのベクトルの方にだいぶ向いてきたと感じています。しかし、まだまだすり合わせが足りない部分など、ぜひみなさまから忌憚のないご意見をいただきたいと思います。もちろんその中で前半の各発表の部分で「ここを確認したい」という質問でもいいのでよろしくお願いします。

会場発言Ｊ　がんセンターで乳腺の診療をやっています。鈴木さんの発表で採用面接時に病気に関する既往歴を話さなくてはならないのかというなかなかむずかしい問題がありましたが、このへんは建前と本音がちがうような気もします。法的あるいは企業側はどのように基本的に考えているのでしょうか。法的に決っているのでしょうか。会場の中でどなたかご存じでしたら教えていただきたいのですが。

会場発言Ｋ　もともと私は難病の新薬申請の安全性に関する仕事をやっていて、今はたまたま人事・労務の仕事をしています。難病患者さんもがん患者さんの就労と似たようなことがあります。１０年以上もお手伝いをしていますが、基本的に、「言うか・言わないか」ですが、その業務に関係のないことは言わなくてもかまいません。ただし企業は入社前に健康診断をして業務に耐えられるかどうかは調べます。その時に「言うか・言わないか」ですが、現実問題としては人事・労務の方で医師と話せる方はほとんどいません。したがって同じような人がいたら、どちらかと言うとリスクの低い方を採用します。そこで「言うか・言わないか」が大きな問題になります。もうひとつ障害者手帳を持っているかどうかということも非常に大きいです。企業はCSR(Corporate Social Responsibility) の関係もあり障害者を採用しますので、障害者手帳を持っているか、持っていないかも非常に大きいです。

わたしはずっと難病患者の会を支援していて、今が寛解期であれば、「腸が弱いのです」という程度でいいのではないでしょうかとお話ししています。

もうひとつ「言う・言わない」よりも大事なのは、その人が何ができるかということです。「言う・言わない」はシロクロですが、何ができるか、何に配慮してほしいかは重要です。企業というのはその人が企業にどんな貢献をしてくれるかを重要視しますから、そういう言い方をした方がいいでしょうと言って、ずっと就労支

援をしています。

もうひとつ、産業医の話ですが、本日ここにおられる産業医の先生は立派な方ばかりですが、現在８万人いるという非常勤の産業医の先生は臨床を引退されたような先生がわずかな研修を受けてやっている。しかも診るのはほとんど生活習慣病で、それも私から言わせると昔の知識をよく言うなという感じで、まったく勉強していない産業医がほとんどです。それをどう変えていくかです。私は産業医の資格を取る時にハードルを少しあげてほしいと思います。企業は選びたいのです。なかなかむずかしいのは、地域の医師会が推薦してくる産業医を企業は断りにくいことです。一度断ると次がなくなるので。

がんも専門医の先生ばかりですが、実はいろいろな副作用は、専門医ではない人が処方して引きおこされることもあります。いわゆるその他大勢の医師たちをどう啓発していくかということをぜひ考えてほしい。保健師さんもほとんど勉強していません。勉強するところまで連れて行けばみなさんが作ったツールは非常に活用できると思いますが、その他一般をどうするかということを考えていただきたい。

採用面接で「言うか・言わないか」についてはいろいろあると思いますが、いずれ会社には言わなければいけないと思っています。そうであれば、思い切って採用時に言って、そこで不採用であっても、その企業―寛解期というものをきちんと理解できていない企業とは縁がなかったと思って、またちがうことをやった方がいいのではないですか、とお話ししています。理解のある企業はきちんとあるので、そういうところを探してくださいと、ここ10数年お話ししてきています。

高橋　ありがとうございました。既往歴を言わなくてはいけない、あるいは言わなければ罰するというクリアな一線を引いている法律はないと思います。ただ本当に今ご指摘くださったように、私もこの2年弱プロジェクトにとりくんでみて、やればやるほど問題の複雑さが見えてきます。産業医も臨床腫瘍医も外科医も、やはり、本当にその道のプロで第一線でやっている人たちと、必ずしもそうではない人のバリエーションの大きさがあります。治療を受ける立場の方も、自分の状況を言葉でしっかり明確に説明する力がある人と、本当に真っ白になっている人との差など、いろいろな状況があり、千差万別です。何が論点かを明らかにしようとして、だんだん見えてきているかなという2年間だったような気もします。

あと、がんイメージについても日本の一般市民は現実的な疫学的データよりもがんをずっと治りにくいまれな病気だと思っています。これはこれまでの調査で明らかになっています。がんと診断された方は、そういう一般社会の中に戻っていくのです。その時にさまざまな登場人物の間のコミュニケーションの橋渡しを、誰がどのようにするのかが本当に問われていると思います。法的なことをひとつとってもそうです。いろいろな論点を出していただきありがとうございました。

森　私からひとつだけ付け加えます。みなさんが言われたことはその通りです。ひとつだけ健康診断のタイミングですが、法的には雇用時健康診断が義務になっていて、これは入社を決めるための健康診断ではなく、仕事への配置において健康状態を確認することが趣旨になっています。高校生の入社を決める時に健康診断を先にやろうとするとだいたい監督署からクレームがつきますが、本来は働けるか働けないかということを本人が証明し、もっと細かく個々の健康診断をやるのは、入社を決めてからやるというのが本来のルー

ルです。

それ以外に、「今の専門職がなっていない」というのは、真摯に受け止めたいと思います。たしかにそれを前提にツールを作らなければいけないので、たいへん貴重なご意見だと思います。その他も含めてご意見お願いします。

患者が主体的に取りエンパワーメント

会場発言Ｌ　本日はたいへん実りの多い会でありがとうございました。私はもともと血液内科医で産業医をしています。臨床もまだ続けていますが、今は数社の労働衛生のコンサルタントを受け持っております。キャンサーリボンズというNPO法人があり、そこでもずっと就労とがんの問題をとりあげてまいりました。高橋先生とも何度かお話しさせていただいています。誰がキーパーソンとしてさまざまなネットワークをつないでいくかということに関しては、私はやはりがん患者さんご本人がもっともメインのプレイヤーだと思っています。がん患者さんが主体的に主治医と、そして産業医とも関わる。ただ、今も話に出ましたようにさまざまな産業医がおり、現実的には人事・上司・同僚がもっともよく相談する相手になってきているというところもあります。そういうさまざまな人々と、ある意味ではどの情報を出し、どの情報を出さないようにするかということを患者さんご本人が判断をしながら、自分の心の整理、身体の整理を行なっていくための冊子をつい先日つくりました。「Work-Life Vision with Cancer.『がんと 働く」リワークノート』（発行 ：NPO法人キャンサーリボンズ／300円）という24ページのものです。この研究班のみなさまが、もし患者さん本人の力のエンパワーメントをもってさまざまなネットワークをかたちづくっていこうということがございましたら、ぜひ私どもNPO法人がつくりましたこの冊子を使っていただき、もしここにご参加のみなさま方の施設で、こういう冊子を使うことによってどういうかたちでリワークがうまくいくかの実証研究などをやっていただければ、そしてまたNPOとして、そういう活動を支援させていただけるようなことがあれば幸いだと思っています。ぜひ今後の研究活動に、こういうわれわれがやっているようなＮＰＯの活動をも含んでやっていただけたらと思っております。

森　ありがとうございます。がん患者さんを中心にそのようにエンパワーメントすることが重要だということでしたが、鈴木さんの方から何かございますか。

鈴木　まさにご指摘の通りです。それを否定するわけではないのですが、ただ、自分ががんになった時にそこまで余裕がないというのが実際のところです。がんの告知から入院までのほんの数日の間にそこまで情報を集め、自分が冷静になって会社とも折衝し、家族の説得をする。それがはたして患者本人だけでできるかと言うと、厳しいところがあります。やはり患者が中心という意味では中心ですが、本人が自覚を持ってやるためのツールをうまく活用するきっかけをどう作るか、そのきっかけ作りにはもう一段何か必要なのではないかと思います。

支援資源としての産業医・産業看護職の現状

森　ありがとうございます。他のご意見をいかがですか。

会場発言M　一点お教えいただきたい数字があります。産業医の先生方が就労問題について取り組んでいただけるということでは非常に力強く思いますが、今、日本で就労人口がどの程度で、その中で産業医との関わりが持てるような企業に属されている方が何%いらっしゃるのか。できましたらそれをお教えいただきたいのですが。

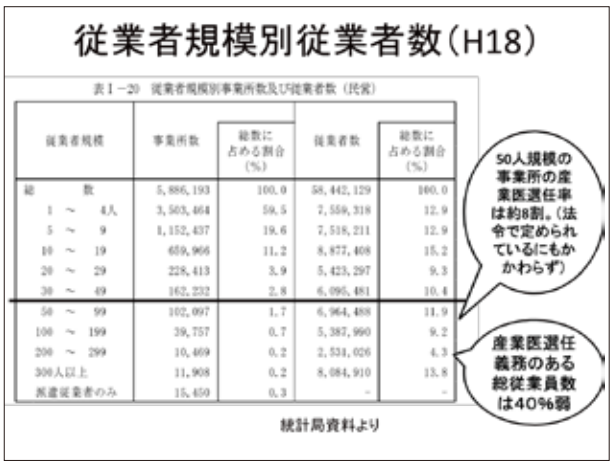
森　立石先生いかがですか。

立石　スライドをご覧ください。産業医選任の義務がある事業場は、実は50人以上の従業員と労働安全衛生法で定められています。50人以上と50人未満で線を引いた場合、産業医選任義務のある事業場の中にいる従業員数は全体で6千万人ぐらいの従業員総数の40%ほどとなります。ただ産業医が選任されているか、されていないかというところで言うなら、50人くらいの従業員数の事業場では、だいたい8割の選任率と言われているので、産業医が企業の中にいる数値が実際に出ているものはないのですが、おそらく全従業員数でみるなら30%、あるいはもう少し低いのかと推定しています。

森　あわせて錦戸先生にお答えいただきたいのですが、産業看護職、保健師などが企業の中にどのくらい関わっているかはたいへん重要な情報だと思いますのでお願いします。

錦戸　今、立石先生から50人以上であると産業医の選任はありますが、非常勤産業医の先生ということで、従業員数が1千人以上で専属の常勤産業医ということになります。常勤の保健師・看護師はもう少し規模の小さい、たとえば500人とか、300人以上の事業場に常勤の保健師・看護師がいたりします。もっと小さい会社、たとえば50人未満のところが問題になりますが、そういうところに健康保険組合などから保健師さんが派遣されて巡回するようなかたちもあるので、より事業場規模の小さい会社で働く方への接触頻度は，産業看護職の方が高い状況かと思います。

森　ありがとうございます。今の日本の労働安全衛生法は事業場単位、すなわち職場の大きさ単位で、企業の大きさの単位では言っていません。最近は、企業の中でメンタルヘルスを始めて就労の問題が起こると、やはり企業として解決しなければいけないので、分散事業場は本社の産業医などがカバーをする傾向がだいぶ強くなってきました。グループ企業でもそうです。そういう意味で法律を超えて少しカバー率を上げていこうという動きがあります。今のご指摘はたいへん重要だと思いますが、ただ残念ながら、それでは産業医とか産業看護職がいることが前提の連携を組むことにした場合に、それがマジョリティになるかと言うと、はなはだ心もとないという事実もあるということは、われわれも意識しておかなければならないということだと思います。



会場発言N　貴重なお話をどうもありがとうございます。私はがん1年目の者です。産業医と産業看護職の仕事の内容ですが、働く立場の人間としては、そういう支援をしていただけるととてもありがたいし、実際に、がんと診断されてから離職されたり、職場を変ってしまったり、収入が減ったという方が、現実には４割以上おられるという発表もありました。私もそのうちの1人です。そうした支援が広まっていけば、おそらくがんを持って働く人たちの労働環境はずいぶん変化していくと思います。産業医、産業看護職はまだまだ普及していないと思うのですが、これを普及させるような取り組みなどはやられているのでしょうか。

森　錦戸先生よろしいですか。

錦戸　産業医につきましては、労働安全衛生法で50人以上の事業場では選任して労働基準監督署に届けなさいという決まりがあります。ただ産業医の方でも非常に専門的な勉強をされて産業医をされている方と開業医を定年になった方がやるような場合もあり、そこには差があります。バリエーションがあるというのが現状です。保健師も同じですが、そこの質の向上と言いますか、そこをもう少し標準化して、せっかく選任されたら、本当に事業場で働くみなさまのためにも役に立つような、実質的支援ができるようなスキルアップをしていかなければならないということも一方であります。

産業医はそういうように一応法律の選任義務があるのですが、産業看護職については、実は日本の法律上は、そういう選任義務がありません。しかし実際に企業の方では雇用をかなりされています。それは法律で決っている雇用ではないのですが、やはり先輩たちの働きぶりから、いてくれると非常に役に立つということが広まり、規模が一定以上の大きさのところでは雇用をされています。意識の高い企業さんはそのようにされています。ただそれがすべてではないというところが問題です。もう少し専任の産業保健スタッフ、保健師等もいると社員さんのためになるというエビデンスや、良好実践の事例、グッドプラクティスのようなものが広まって、各会社が雇用すると一定のお金はかかるが会社の全体的な生産性アップ、あるいは職場風土を上げていき、社員さんが元気に働けるようになるといいと思っています。保健師の雇用をするとこういうようになるという社会的コンセンサスがつくられていくように、さまざまなメディアも含めて広まる働きかけができればいいと思っています。私ども専門職側でもいろいろとそういうことをやりたいと思っていたところです。本日のような機会をとらえて、みなさま方のアドバイスをいただきながらそういうような働きかけをさらに進めていけたらありがたいと思っているところです。

森　ありがとうございます。産業医側から言いますと産業医は8万人いて、勉強をしていないという指摘も先ほどされましたが、資格を取るためには維持研修を受けなければいけないことになってます。今回ツールができたものを、ただツールとして提供するだけではなくて、そのツールを使って何をやるのかという事例検討も含めての研修プログラムを作って、やっていくことも有効と考えています。現役の産業医の田中先生いかがですか。

田中（完）　産業医という立場のコメントよりも、私が研究担当しているところから発言させていただきます。主治医が時間的余裕があり聴いてほしいと思っている現状を鑑みるなら、主治医が産業医的マインドを持って、こういうことならできるということを職場につなぐというのも産業保健スタッフ、産業医の選任義務

のない事業場の労働者の方々にとっては重要なのではないかと思います。主治医の方の意識改革あるいはマインド醸成、もしくはツール、マニュアルの活用もひとつの手段だと思っています。またそのチャンスはあります。主治医の方の意識の高さをみればチャンスはあると思っています。

がん診断前からのがん教育プログラムの可能性

会場発言G　産業医です。先ほど高橋先生が言われた、がんの患者さんに対する理解がないというところで、あちらの世界に戻って…という言い方をされていたと思いますが、世の中のがんに対する理解がないことが、うまく回らないひとつの大きな要因だと思います。診断された時に頭が真っ白になってしまうこともあると思います。東京大学の中川先生などは、これだけ大勢の人ががんになるのだから、がんになる前の小さいころから、がんになったらこうなるとか、がんに関する教育をもっと普段からしておいた方がいいのではないかということを、著書の中で述べられています。世の中全体が変るのは、なかなか難しいと思いますが、たとえば産業医の立場で会社の中で何かできるかと言いましたら、ふだんからそういう社員教育をすることだと思います。そういうことをしておけば、人事の人の理解も変ると思います。社員の方々もがんに関する理解とか診断された時の行動も変ってくると思います。

私も複数の会社を担当していますが、私自身ががんサバイバーなので、私が担当している会社では、私ががんサバイバーであることを公表して、がんでもこのように普通に働けるということ、逆に元気で働いていても突然、がんと診断されることがあるということを、ある程度教育をしています。そうすると疑いがある時点から相談に来たり、逆にがん検診のメニューをどう組むかというところから相談に来られる方もいます。すべてのプログラムががんと診断された時からどうかということでマニュアルもスタートしていると思いますが、世の中全体の意識が変らないにしても、就労環境の中でのがんに関する意識改革などもプログラムの中に入れていただくと、より問題が整理できるのではないかと思います。そのへんで今後の展望として何かありましら教えていただければと思います。

高橋　ありがとうございます。日本人のがんイメージ調査をやってみた後に、これは1、2年で変るのではなく世代単位の問題だと思いました。学校教育、職場教育でやっていく必要があることを認識しました。それをこの研究班のメインにすることはできません。しかし、その重要性を強く認識したので、今後、そういうことを推進する研究班や事業が必要であることを厚労省にも働きかけたいと思いますし、実際にそういう認識はすでに持ってくださっているようです。

本日は多くの企業の方もたくさんご参加くださりありがとうございます。企業のみなさまにもぜひお教えいただきたいのですが、がんあるいはがんに限らずなんらかの働きづらさを抱えて働く人たちとどのようにいっしょに働いていくか、といった社員研修というのは現実的なものなのでしょうか。あるいはそういう経験があるとか、こういうかたちでやったらどうかといったアイディアがありましたら、ぜひ教えていただきたいのですが。

森　いかがでしょうか。

会場発言K　がんに特化した社員教育というのはなかなかむずかしいと思います。セクハラ、パワハラなどのメンタルではかなり進んでいるのですが。今後企業はISO-SR26000（社会的責任）などに対応していかなければなりません。環境とか人権ですが、入れ込めるとしたら人権かなと思っています。人権教育というのは、企業がやらなければならないのですが、ある意味で、がんになって対応をまちがえると人権問題だということです。もともと人権問題は部落差別問題から始まっていて、今はどちらかと言うとパワハラとかセクハラがメインになっています。そういう重大な病気になった人を阻害するのは人権侵害とするぐらいしかイメージがありません。パワハラ、セクハラ、ハンセン病などの人権問題は、わりにやられていますので、そこでどうか、という程度だと思います。

ただもうひとつ、今回不幸なことに放射能のことがかなりあったので、人権意識がかなり高まっていることは事実だと思います。

森　他にご意見がある方はいらっしゃいますか。

錦戸　職場の意識改革、がんになってからではなくて、その前から職場で働きかけをというところでは、私どももたいへん重要だと思っています。なんとか人事・労務あるいは職場の上司・同僚の方、もちろんご本人、社員さんといっしょに、いつがんに罹るかもわからない、明日は自分かもしれないという中で、いざがんになった時にどのように周りに接してほしいかとか、どう支えられるかというところをお互い様でということでやっていけることはないかと思っています。どうすればいちばんバランスがとれ、ガンを抱えても働いていけるのかというところで、何かツール、あるいは研修会などが考えられないかということです。独立してやるのか、他のものとドッキングしてやるかは、運用上の問題でまた工夫が必要だとは思いますが、そこをつなげたツールとして、みなさんにわかりやすいものができるといいと思っています。

メンタルヘルスについては職場で予防的なこととか、いざ不調になった時に周りの方がどう接したらいいのか、そういうことに関する啓発などが進んでいます。これだけみんなが罹り、働きながら治療が行なわれるようになってきているがんというものに対しては、そこが不十分です。周りの方は腫れ物に触るような感じで、聞いてはいけないと思われたり、逆に心配して聞きすぎてしまうということがあり、ご本人も困っていますし、周りの方もどうしたらいいかわからないという状況もなんとなく見えますので、そこをどうしたらいいかというツールが考えられるといいと思います。

完全にいいものをと思うと次年度1年でどこまでできるかわかりませんが、試作版でもできればいいと思っています。

森　先ほどの高橋先生の質問に対して、メンタルヘルス対策で、現在、行き詰っているのは、医学モデルで不調者をすべて支援するというスタンスでずっとやってきたことにもあるように思います。復職の成功はもう一度能力を発揮することができるということを前提にしないと厳しいという議論を、実は昨晩もあるところでやっていました。がん患者さんの場合は治療の途中の段階とか、いろいろな段階で仕事ができない、仕事に配慮しなければいけないということがあるのですが、長期に見るとやはり個人の生活においてもそうですが、企業においても、充実した職業人生を営む人材に戻れるよう、どうやってその時期を乗り切ってもらうか

という考え方はとても大切だと思います。なので、企業からするとやはりそこの部分もあわせて考えてほしいということです。ただ保護するのではないという考え方を上手にどう織り込んでいくかが、企業のなかで教育をする時に重要なのかと思います。

高橋　この2年弱やってみて強く思ったのは、事例の大切さです。私たち研究班は何らかのツールを提示して、成果物を出さなければならないさだめにありますので、それは出します。しかしやはり自分が学ぶ立場になった時に、何かパラパラとブックレットや教科書を読むことである程度わかる部分と、それだけでは自分の中にストンと落ちない部分があるような気がします。「こうしましょう」と提言をするときも、それができれば苦労はないでしょうが、現実にはいろいろなバリアがあります。しかし世の中にはそのバリアをうまく乗り越えたご本人、会社、産業医もいます。そういうケースを蓄積するのもいいなと考えましたし、そういうケースについてみんなで勉強するミーティングを数多くやることもいいのかなと思いました。

主治医にかけてほしいこの一言

会場発言B　本日非常に勉強にはなりました。高橋先生からもお話を聞き、2年間で情報がいっぱい出てきて、課題が山積みというところで、僕は臨床医ですので、臨床医は何をしたらいいのか、どういうアプローチをしたらいいか現実にはまだつかめていません。先ほど田中先生の方から冊子の紹介があったので、今、インターネットで拾って読んでみたのですが、それで何ができるのかというのが正直な感想です。産業医にもいろいろいるという話もありまして、その通りだと思いましたが、私たち臨床医がまずどういうアプローチをやってみてどういうように動けば、はじめの1歩が始まるのかというところでサジェスチョンがいただければ、明日からの臨床に少し役に立つと思うのですが、いかがですか。

患者さんの立場から主治医がこういう動きをしてくれるといいというキャンサーリボンズの方の話題も出ましたが、何か具体的に動けるような一言があるといいと思うのですが、そのへんはいかがですか。

森　一言何かある方はどうぞ。

高橋　主治医の先生には、ご本人あるいはご家族に向かって「早まるな」と言って頂きたいと思います。「ああ、私はもう仕事を辞めた方がいいかしら」とご本人が思う時に、「今決めなくてもいいですよ。早まらなくていいですよ」と、一言ってほしいですね。

鈴木　それ以前に、そもそも患者には主治医に仕事のことを聞いていいという考えがないので、「仕事の方はどうなっていますか」と一言聞いてもらえればいいですね。相手がどのくらい主治医に求めるかは千差万別ですが、医師に仕事のことを聞いても良いのかという気持ちにさせていただけるとよいかと思います。

立石　私も高橋先生と実は同じで、ここにいらっしゃっている臨床の先生もかなり関心がある方は多いと思いますが、実はわれわれ産業医の立場で何か病気を抱えている方と面談をすると、主治医の方に、「あなたはこのまま仕事を続けていると身体が壊れるよ」という話をされている方も実際におられます。したがってそういうような病気の初期の時点でどうなるかもわからない状態の時に、病気のことだけ考えればいいといった感じのメッセージを与えてしまうと、少し本人がミスリードされてしまうことがあるということを、臨床

の先生に伝えたいと思っています。

田中（完）　治療が仕事より優先するという概念を少し変えてほしいと思います。「仕事よりも治療を優先しなさい、当然でしょう。」と治療優先だけで考えてしまうのはいけない、就労継続の大きな妨げになる場合、そこは考え方を変えて対応してほしいと思っています。

江川　私は女性のがんの研究でしたが、やはり女性も仕事を辞めたくなかったとか、辞めてしまってから先生に相談をしたという方もおられたので、診断の時に患者さんが何を優先したいのかということをゆっくり聞いてもらえる時間があるといいと思いました。

錦戸　企業と本人の生活面ということでも、働く人の場合、職場、仕事ということに関しても主治医の先生から「そちらはどうなっていますか」という一言がほしいと思います。それからぜひ聞いていただきたいのが、職場での支援体制です。たとえば産業医、産業保健師、あるいは上司・同僚からのサポートがあるとか、こういう人がいるということです。連携がたいへん重要で、ご本人を中心に主治医の方と職場の支援体制がうまくつながるとよいと思います。職場からも聞きますが、主治医である臨床の先生からもそこを聞いていただけると、つながりやすいと思いました。

研究の方向性―ツール作成の先も視野に入れて

森　こちらがただ一方的に一言言っただけですが、なにか少しでもヒントになればということで、本ディスカッションはこれで終わります。

われわれは2年間ずっと議論をしてきて、今「がんと就労」というテーマはけっこう複雑だと思っています。たとえば今の話ひとつにしても小児がんの場合や、親がどうだとか、末期の時に働きたいという人をどう配置するかということなど、また異なった視点があります。そのように非常に多様性があるのががん患者さんの就労という問題だと理解をしています。ただ支えるスタッフとしてはやはり地域と医療機関と職場という3つがあり、これが患者さんの頭越しに情報交換をするということはありえないので、あくまでも中心にはご本人がいます。たいへんでしょうが、やはりなんらかのかたちでそこがエンパワーされないといけないのだということも共通の理解として持っています。

さらにこれを今後どう普及するのか、ツールを普及していくのかということです。たしかに産業保健スタッフが職場を非常に理解をして、臨床医も全員理解をして、地域も非常に支援ができてという状態が理想なのでしょうが、職場の方のスタッフは世の中で10%が理解をした、臨床医の人たちは３０%理解した、地域の人が50%理解をしたという時に、全部で90%、まあ90%にはならないと思いますが、少なくともある部分の理解している支援者が、支援の仕組みを理解して、主治医にはこういうことを話した方がいいということでアドバイスできるようになると良い思います。

われわれのツールづくりも主治医の先生は100%理解しているから産業医としてはこうあるべきだ、保健師としてはこうあるべきだという話にはなりえないと思います。それぞれ本人を通じて働きかけていくようなことも前提におきながら、次年度はツールづくりをしていくことが必要なのだと、本日の議論も踏まえながら

考えていたところです。

本日はたいへん貴重なご意見を多くの方々からいただきました。疑問点もお話しいただきました。そういったことを踏まえてぜひ残り1年でこの研究班の成果を出すとともに、次につなげていくような取り組みにしていきたいと思います。

最後に高橋先生から代表して一言お願いいたします。

高橋　本日は長時間たいへんありがとうございました。ようやくほぐれてきて言いたいことがでてきたところで終りになってしまいましたが、これからまた継続的に、こうしてご意見をいただくミーティングを積み重ねてまいります。今、森先生のお話にあったように、おそらく底上げをめざすというよりは、良い実践事例を積み重ねる方が現実的なのかもしれません。そういう事例をまねて少しずつ変化が広がっていけばいいと思うのですが、ここ4、5年の国内外のがんと就労に関する動きを見ていると、大きな変化が起きる直前の、夜明け前のようなうっすら朝日がさしてきたようなものを感じます。就労問題は平成24年度からのがん対策推進基本計画の重点課題にも入りましたが、具体的な支援のあり方について、ご一緒に考えて、提言していければと思います。

ひとつだけ、企業の方からのこのチームへのご参加がまだそれほど多くありません。勉強会には継続的にいらっしゃっているのですが、人事のプロはこう考える、社長はこう考えるものだというインプットもぜひいただきたいと思います。

どうぞこの研究班にこれからもご支援よろしくお願いいたします。本日はどうもありがとうございました。

森　それではこれで今回の研究発表会を閉会にしたいと思います。どうもありがとうございました。

がんと就労　H23成果報告シンポジウム報告書

平成 23 年度厚生労働省がん臨床研究事業（H22－がん臨床 - 一般 -008）
「働くがん患者と家族に向けた包括的就業支援システムの構築に関する研究」班

発　行　日　　平成２４年３月 18 日

装　　丁　　(株) インフォ
印刷・製本　　江俣印刷

Copyright (C) 2010 The Grant-in-Aid for Cancer Research (H22-Ippan-008). All Rights Reserved.