

(独)労働者健康福祉機構  
「労災疾病等13分野医学  
研究・開発、普及事業」

勤労者医療研究

1

# がんの 治療と職業の 両立支援に向けて

## はじめに

独立行政法人労働者健康福祉機構は、「独立行政法人労働者健康福祉機構（平成14年12月13日法律第171号）」に基づいて設立された、厚生労働省所管の独立行政法人です。当機構は、働く人々の職業生活を医療の面から支えるという理念の下、予防から治療、リハビリテーション、職場復帰に至る一貫した高度・専門的医療の提供、及び職場における健康確保のための活動への支援（＝勤労者医療）を実践するとともに、その中核的役割を担うことを社会的使命として全国の労災病院に勤労者医療総合センターを設置して、職場・職業に深く関連する労災疾病等13分野について、各分野ごとにテーマを定めて全労災病院が共同して高度・専門的医療、モデル予防法・モデル医療技術の研究・開発、普及に取り組んでいます。

勤労者医療フォーラム（テーマ：がんの治療と就労の両立支援）の開催にあたり、当機構が平成21年度より実施している「勤労者の罹患率の高い疾病の治療と職業の両立支援」に関するがん分野のこれまでの研究成果や調査結果をとりまとめ、がん患者の就労と治療の両立支援のあり方の検討に活用していただくことを祈念して本書を作成しました。

本書が、皆様に活用され今後の就労と治療の両立支援のための研究・開発、及び普及事業の推進に資すれば幸いです。

独立行政法人労働者健康福祉機構

理事長 伊藤 庄平

# Contents

- 1 はじめに  
独立行政法人労働者健康福祉機構 理事長 伊藤 庄平
- 5 勤労者医療 労災疾病等13分野医学研究・開発、普及プロジェクトが  
明らかにした勤労者医療の課題  
独立行政法人労働者健康福祉機構 総括研究ディレクター 関原 久彦
- 9 「がん罹患勤労者の就労に関する研究・開発、普及」研究の概要  
独立行政法人労働者健康福祉機構 特任研究ディレクター 嶋田 紘

## 13 Part 1 パネルディスカッション 「がん等勤労者の罹患率の高い疾病の治療と 職業の両立支援について」より

日 時 ●平成22年1月8日（金）14時30分～17時00分  
会 場 ●(独)労働者健康福祉機構・第一会議室  
主 催 ●独立行政法人労働者健康福祉機構

- 15 パネルディスカッションの開会にあたって  
独立行政法人労働者健康福祉機構 理事長 伊藤 庄平

- 16 労働者健康福祉機構による研究の概要  
独立行政法人労働者健康福祉機構 特任研究ディレクター 嶋田 紘

- 19 *Focus 1* 「変貌する社会と企業のなかで疾病の治療と職業の  
両立支援はどうあるべきか」  
東洋大学経済学部総合政策学科 教授 今村 肇

- 24 *Focus 2* 「患者・医療者・地域の協働—がんの社会学の視点から」  
静岡県立静岡がんセンター 総長 山口 建

- 30 *Focus 3* 「産業保健の現状と疾病を有する労働者への支援について」  
産業医科大学 副学長 森 晃爾

- 34 *Focus 4* 「がん等勤労者の罹患率の高い疾病の治療と職業の両立支援に係る  
社会的効用とコストパフォーマンス測定について」  
立命館大学 総合理工学院 生命科学部 教授 下妻 晃二郎

- 40 *Discuss* **「がんの治療と職業の両立支援に向けて」**  
非正規労働者への対応—大企業の人事構成も限界状況／医療サイドの課題—個人情報保護法の考え方／「がん」という疾病の特徴を考慮する必要性／主治医からの情報発信が第一歩／個人の意識改革のためにも社会全体への取り組みを／QALYの活用とリレーショングッズの視点／情報発信の担い手への期待—MSW、ソーシャルワーカー等／がん罹患者の離職理由の解析を／化学療法の進歩に応じて変化する就労要因／医療コーディネーターの関与—情報処方、患者の組織化等／両立支援を必要だと考える新たなコンセプトを—日本文化度の問題にも／両立支援の必要性の発端—糖尿病性網膜症の事例から

- 55 総括 独立行政法人労働者健康福祉機構 東京労災病院 院長 野村 和弘

## 57 Part 2 「がん罹患勤労者の就労支援」に関する予備等調査

- 59 ① 主治医、産業医、各企業に行った「がん罹患勤労者の就労支援」に関する予備等調査の概要
- 62 ② 産業医及び主治医への「がん罹患勤労者の就労支援」に関するアンケート調査
- 66 ③ 企業への「がん罹患勤労者の就労支援」に関するアンケート調査（中間結果報告）
- 76 **特別資料** がん診療連携拠点病院相談支援センター調査（NPO法人キャンサーリボンス）

## 労災疾病等13分野医学研究・開発、普及プロジェクトが明らかにした勤労者医療の課題

独立行政法人労働者健康福祉機構 総括研究ディレクター 関原 久彦

勤労者医療とは、勤労者の健康と職業生活を守ることを目的として行う医療のことです。

しかし、勤労者の方々が、不幸にして病気に罹患された場合、現行の医療制度の下における一般の医療現場では、患者さんの仕事の継続について、特別の配慮を行いつつながら病気の治療を行うことは簡単ではありません。

病気になるれた患者さんが幸福な生活を続けられるためにはどうすればよいのかを考えると、病気に対する治療だけではなく患者さんの仕事への配慮が必要です。

そこで、勤労者医療では、患者さんの職業生活にも配慮し、仕事を継続させながら、病気の治療にあたります。

独立行政法人労働者健康福祉機構では、労災病院グループがこのような勤労者医療を実践するとともに、その中核的役割を果たすため、労災疾病等13分野の医学研究・開発、普及プロジェクトを平成16年4月からスタートしました。合計病床数約1万4千床、年間入院患者数約23万人、1日当たりの外来患者数約3万6千人の病院グループによる大規模臨床医学研究です。

5年間に及んだ第1期の研究は、平成21年3月をもって終了しました。研究対象となった労災疾病等13分野及び主な研究の成果は表1のとおりですが、勤労者の方々の職場での健康増進や不幸にして病気になるれた方の就労を継続しながらの治療や、速やかな職場復帰が主な研究テーマでした。我が国では、このような臨床医学研究は初めてであったこともあり、勤労者医療として取り組まなければならない多くの課題が明らかとなりました。

本プロジェクトの各分野の研究成果から、現在の勤労者医療推進上の問題点として、勤労者の方々が病気になるれた場合、仕事を継続しながらの治療や円滑な職場復帰が難しい現実を臨床データに

よって明らかにしました。原因の一つは、治療に当たる主治医と職場との協力体制が確立されていないことです。感覚器障害分野の検討から、優れた糖尿病治療薬が開発されており、糖尿病の勤労者の血糖コントロールは、医学的には可能なのですが、治療より仕事を優先するため治療に十分な時間が割けず不完全となり、合併症である網膜症が進行し視力が低下、視力が低下すると仕事の継続が不可能となり失職してしまふ。糖尿病の勤労者は、このような「就業と治療のジレンマ」に苦しんでいることが明らかになりました。

このような病気になるれた勤労者の抱えている「ジレンマ」を解決するには、どうしたら良いか。まず、主治医が診療についての情報を職場に伝え、一方、職場は患者さんの仕事についての情報を、主治医に伝えることが必要です。このような情報交換により両者の協力体制が確立され、十分な治療が可能となり、患者さんの仕事の継続や円滑な職場復帰も実現すると考えられます。診療側では、主治医に加えて、看護師、理学療法士、作業療法士、医療ソーシャルワーカーなどの協力体制を整える必要があると考えられますし、職場も産業医や安全衛生担当者を中心に、診療側との情報交換に努める体制を整える必要があります(図1)。

職業性外傷分野からは、勤労者の方が手指切断などの外傷に遭った場合、受傷時の状況を分析することにより、再接着後の機能回復の程度の予測が可能であることを明らかにしました。また、リハビリテーション分野の検討からは、勤労者が脳梗塞を発生した場合リハビリテーション開始時までの期間やリハビリテーション開始時の身体機能、全身状態などを詳細に検討することにより、退院後の職場復帰の予測が可能となりました。このように多くの分野で得られた予測について、主治医と職場との協力体制を整え情報交換を密にすることにより、現在よりも職場復帰率が向上する可能性が示唆さ



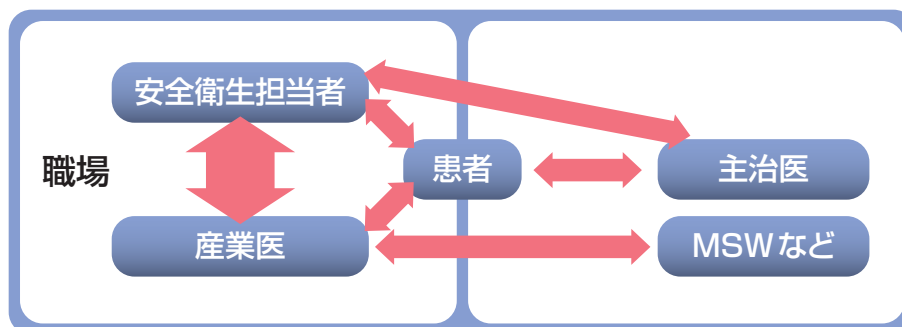
れました。

さらに、本プロジェクトの研究から、職場が様々な疾患の原因となつていくことも明らかとなりました。過労死分野の検討からは、勤労者のメタボリックシンドロームの原因として長時間労働が関与していることが明らかとなりました。筋・骨格系疾患分野の検討からは、勤労者の腰痛の原因としては、職場におけるストレスによる心理・社会的要因が関与していることが明らかとなり、働く女性のメデイカル・ケア分野からは、女性外来を受診した働く女性の多くの方が、受診の原因となつた症状の発症に、家庭でのストレスに加えて、職場でのストレスが関与していると考えていました。更に、物理的因子疾患分野からは、理・美容労働者の方々が職業性アレルギー性接触皮膚炎に苦しんでいる実態が明らかとなりました。これらの検討結果は、今後、主治医と職場とが協力して、勤労者の方々の苦しんでいる疾病についての原因解明や治療法を確立する必要があることを示しています。

このように現在の勤労者医療の抱える様々な課題を解決するには、医療現場の主治医と患者さんの職場との協力体制を確立することが必須であることが、第1期の本プロジェクトの研究から明らかになりました。

今後、平成21年度からスタートする第2期プロジェクトにおいて、第1期の研究成果から明らかとなつた疾病の治療と職業生活の両立などの課題にがんと糖尿病を中心に取り組むこととしています(表2)。

図1 病気の治療と職業生活の両立を実現させるために必要な患者さん、主治医、職場の協力体制



**表 1 労災疾病等 13 分野医学研究 第 1 期の主な研究成果**

分野	主な研究成果
① 四肢切断、骨折等の職業性外傷	○手指切断受傷時の重症度スコアから再接着後の機能回復の程度、復職の可能性の予測法を確立 ○手指切断後の異所性再接着 Wrap Around Flap 法での治療法の選択肢拡大
② せき髄損傷	○MRI 計測により日本人の頸椎及び頸髄の標準値を設定、高齢労働者での頸部脊柱管狭窄症の増加を指摘
③ 騒音、電磁波等による感覚器障害	○糖尿病に罹患した労働者の血糖コントロール不備の現状と就労の関係を解明
④ 高・低温、気圧、放射線等の物理的因子による疾患	○理・美容師の接触皮膚炎の原因となっている理・美容製品をパッチテストを用いて解明、陽性に出た製品を変更したら、手荒れが完治したとのアンケート結果 ○研究成果が、業務上疾病の範囲を検討する労働基準法施行規則第 35 条専門検討会の議題となる
⑤ 身体への過度の負担による筋・骨格系疾患	○労働者の腰痛の発症要因として、作業姿勢、作業動作、作業環境に加えて、心理・社会的要因が関与していることを解明
⑥ 振動障害	○振動障害の客観的診断を可能とする Finger Systolic Blood Pressure% 法を確立
⑦ 化学物質の曝露による産業中毒	○医療器具の殺菌消毒剤のオルトフタルアルデヒドによる中毒例を世界で初めて報告 ○問題となった有害化学物質の新たな曝露指標の確立
⑧ 粉じん等による呼吸器疾患	○最近のじん肺症例の胸部レントゲンをまとめた症例集の作成 ○経時サブトラクション法によるじん肺合併肺がんの早期診断法を開発 ○CT3 次元表示法による胸膜プラークと肋間静脈との鑑別診断法を開発 ○FDG-PET によるじん肺結節と肺がんとの鑑別診断法を開発
⑨ 業務の過重負荷による脳・心臓疾患（過労死）	○長時間労働がメタボリックシンドロームの発症要因になっていることを解明
⑩ 勤労者のメンタルヘルス	○労働者がいつでもどこからでもインターネットを用いてメンタルヘルスチェックを行うことを可能とした「MENTAL-ROSAI」の開発 ○脳血流 99m Tc-ECD SPECT を用いたうつ病の客観的評価法の確立
⑪ 働く女性のためのメディカル・ケア	○女性特有の月経痛、更年期障害が女性労働者の QWL を低下させていることを指摘 ○夜間労働時の光刺激が血中メラトニン濃度に及ぼす影響を解明 ○女性外来のモデルシステム構築には「総合性」が必要なことを発信
⑫ 職業復帰のためのリハビリテーション	○脳血管障害発症時の所見から、治癒後の職場復帰の可能性の予測法を開発
⑬ アスベスト関連疾患	○中皮腫の救命率を高めるため、Stage IとIIでの早期診断率（現在 29.6%）の向上が必要であることを指摘 ○胸水中の癌抑制遺伝子のメチル化を用いた中皮腫の早期発見・診断法の開発

**表2 労災疾病等13分野医学研究 第2期 研究・開発、普及テーマ**

分野	研究・開発、普及テーマ
① 四肢切断、骨折等の職業性外傷	○職業性の四肢の挫滅損傷及び外傷性切断に対する早期治療等に関する地域医療連携体制の構築に係る研究・開発、普及
② せき髄損傷	○せき髄損傷の予防法と早期治療体系の確立に係る研究・開発、普及
③ 騒音、電磁波等による感覚器障害	○職場環境等による急性視力障害の予防、治療法に係る研究・開発、普及
④ 高・低温、気圧、放射線等の物理的因子による疾患	○職業性皮膚疾患の診断、治療、予防のためのデータベース構築に係る研究・開発、普及
⑤ 身体への過度の負担による筋・骨格系疾患	○職場における腰痛の発症要因の解明に係る研究・開発、普及
⑥ 振動障害	○振動障害の末梢循環障害、末梢神経障害等の客観的評価法に係る研究・開発、普及
⑦ 化学物質の曝露による産業中毒	○産業中毒の迅速かつ効率的な診断法に係る研究・開発、普及
⑧ 粉じん等による呼吸器疾患	○じん肺に合併した肺がんのモデル診断法に係る研究・開発、普及 ○じん肺合併症の客観的評価法に係る研究・開発、普及 ○新たな粉じんにより発症するじん肺の診断・治療法に係る研究・開発、普及
⑨ 業務の過重負荷による脳・心臓疾患（過労死）	○業務の過重負荷による脳・心臓疾患の発症要因に係る研究・開発、普及
⑩ 勤労者のメンタルヘルス	○職場におけるメンタルヘルス不調予防に係る研究・開発、普及 ○うつ病の客観的診断法に係る研究・開発、普及
⑪ 働く女性のためのメディカル・ケア	○働く女性の月経関連障害及び更年期障害のQWL（Quality of Working Life）に及ぼす影響に係る研究・開発、普及 ○女性の深夜・長時間労働が内分泌環境に及ぼす影響に係る研究・開発、普及 ○働く女性のストレスと疾病発症・増悪の関連性に係る研究・開発、普及 ○働く女性における介護ストレスに関する研究・開発、普及
⑫ 職場復帰のためのリハビリテーション及び勤労者の罹患率の高い疾病の治療と職業の両立支援	○早期職場復帰を可能とする各種疾患に対するリハビリテーションのモデル医療に係る研究・開発、普及 ○疾病の治療と職業生活の両立を図るモデル医療及び労働者個人の特性と就労形態や職場環境等との関係が疾病の発症や治療、予防に及ぼす影響等に係る分野横断的研究・開発、普及
⑬ アスベスト関連疾患	○中皮腫等のアスベスト関連疾患の救命率の向上を目指した早期診断・治療法及び予防法に係る研究・開発、普及



# 「がん罹患勤労者の就労に関する研究・開発、普及」研究の概要

(独) 労働者健康福祉機構 特任研究ディレクター 嶋田 紘

現在は二人に一人が癌になるといわれています。そして、医学の進歩により癌にかかっても治癒したり、治療を継続することによって長期間生存することも可能となりました。

わが国では平成19年に施行された「がん対策基本法」により医療面での対策は着実に充実してきましたが、がん患者の社会的支援、とくに就労問題や経済支援はまだ手付かすの状態にあります。厚生労働省の「癌医療の適正化に関する研究」によれば、がん罹患勤労者の34・7%は依願退職していますが、そのほとんどが暮らしを維持する為に、生きがいの為に復職を希望しています。

しかし、現実には主治医と職場の医療連携は十分でなく、病院や職場の就労支援体制も整備されておらず、がん患者さんの円滑な職場復帰や就労を継続しながら治療を続けることは困難な状況にあります。

急激な少子高齢化が進行し労働人口の減少が予想され、また終身雇用制度の崩壊という雇用形態の変化など急激に社会が変容する中で、がん患者の就労支援の問題は喫緊の課題となっています。この問題は社会経済的問題にとどまらず、企業にとつても人的資源の損失を最小限に抑えるばかりでなく、社会的責任(CSR)や職場の信頼関係の構築のためにも重要となっています。

(独) 労働者健康福祉機構では本年度より「がん」に罹患した患者さんが、就労を継続しながら安心して治療を行い、また、解雇等の不安を抱かずに安心して入院治療を受け、その後円滑に職場に復帰して治療を続けることができる仕組み作りを目的とした研究をスタートしました。とくに癌に対する職場や社会の無理解、そして再燃、再発やその防止のための長期治療はがん患者さんに予想以上の身体的、精神的、経済的さらに、社会的な不安を抱かせています。そのことから、がん患者さんの就労支援については格別な配慮が必

要と考えています。

以下に具体的な研究概要をご説明します。尚、この研究の一環として行われた主治医、産業医、企業に対する就労支援の予備調査及び中間報告を、本冊子のPart2「がん罹患勤労者の就労支援」に関する予備等調査に掲載しましたのでご参照ください。

## 「がん罹患勤労者の就労に関する研究・開発、普及」の研究

●研究開発分野… 独立行政法人労働者健康福祉機構 労災疾病等医学研究・開発、普及事業に関する研究「労働者の

罹患率の高い疾病の治療と職業の両立支援」

●研究開発予定期間… 平成21年4月1日～平成25年3月31日

●研究開発組織…

復職・両立支援研究センター センター長

労働者健康福祉機構 本部 特任研究ディレクター 嶋田 紘

主任研究者 東京労災病院 予防医療センター 副部長 門山 茂

●乳がん分野

分担研究者 (分野主任\*)

\* 関西労災病院 副院長

共同研究者 横浜市立大学 臨床腫瘍科准教授 市川靖史

東京労災病院 外科部長 竹田 泰

●大腸がん分野

分担研究者（分野主任\*）

\*横浜労災病院 副院長

尾崎正彦

岡山労災病院 外科部長

大村泰之

共同研究者 横浜市立大学 臨床腫瘍科准教授

市川靖史

東京労災病院 外科部長

竹田 泰

●肝がん分野

分担研究者（分野主任\*）

\*千葉労災病院 第3外科部長

草塩公彦

\*千葉労災病院 消化器内科副部長

菰田文武

共同研究者 横浜市立大学 消化器内科教授

中島 淳

横浜市立大学 消化器内科准教授

斉藤 聡

東京労災病院 外科部長

竹田 泰

●アンケート

共同研究者（作成）

横浜市立大学 臨床腫瘍科学助教

川上ちひろ

（結果の解析）立命館大学 生命科学部教授

下妻晃二郎

●研究内容

1. 目的 がん罹患勤労者の就労の実態や主治医、産業医、企業の就労支援の実態から就労を阻害する因子を明らかにする

と共に、復職判定指標（クリニカルスコア）を作成する。

その後阻害因子に介入し、「がん」に罹患した勤労者が退職や長期休業の不安なく療養し、円滑な職場復帰を可能にする就労支援」の制度創りのためのエビデンスを提示する。

2. 方法

1) 後ろ向きアンケート研究（平成21年～平成22年）

患者（乳がん、大腸がん、肝がんの疾患ごとに3000名）、

主治医（150名）、産業医（150名）、雇用者（200

社）にアンケート調査を行い、職場復帰の状態や就労と治

療の両立の阻害因子を明らかにする。

○患者向けアンケートの内容（連結可能な匿名化）

(1) アンケート聞き取り調査：患者の社会的情報

（仕事、職場、職場復帰の現状など）

(2) 自記式アンケート：5つの既存のQOL、心理的尺度

(3) 主治医記入台帳：臨床的な情報（ステージ分類、治療方法、補助療法、患者の状態、合併症など）

○後ろ向きアンケート研究の解析

・就労と相関のある社会、制度的因子、精神・心理的因子、肉体的・医学的因子から多変量解析にて阻害因子

を明らかにし、介入すべき因子を検討する

・病院と職場の医療連携に際して情報の共用が可能となるような尺度（復職判定指標：クリニカルスコア）を開発する

開発する

【クリニカルスコア】

職場復帰能力に及ぼす因子より職場復帰の能力がどの程度あるかを明らかにするための尺度

$$\text{クリニカルスコア} = \sum \{ (an \text{ 身体的因子}n) + (bm \text{ 精神・心理学的因子}m) + c \}$$

・ an, bm, は補正係数, n,m, = 0,1,2...

・ 身体的因子：PS

・ 精神・心理学的因子：EQ-5D、FACT、和製WAI、UW Engagement Scale、HADS、ハミルトン（折騰割投与中）

### 【医療連携・クリニカルパス】

患者、医療側、企業側担当者が患者の治療経過や回復状態の情報を共有し、復職のためのプログラムを作成し、柔軟な労働環境とその管理法など就労支援に必要なツールを提示したもので、介入の際のルーチンワークをチャート様にまとめたもの。

#### 2) 前向きアンケート研究（平成22年～）

後ろ向きアンケート調査を行った症例のうち、経過観察が可能な症例に対して経時的に就労状態と身体、精神的回復状態の関連について追跡する。

#### 3) 医療連携のための前向き介入研究（平成22年～平成25年）

アンケートにあつた障害因子を改善すべく、患者、主治医と産業医又は企業側の連携や作業環境に介入し就労支援を行う。

- ・ 対象は病状や病名が企業の担当者（産業医、労務担当者など）に伝わることに同意が得られる患者とする
- ・ 患者、企業側に情報を提供、協議しながらクリニカルスコアによる職場復帰能力と就労状況から望ましい復職プログラムを作成し、そのプログラムを実施する
- ・ 復職状況を管理しながら必要に応じてプログラムの修正や患者への精神、心理学的なサポートを行う

### 【ガイドライン】

就労支援に向けて行うことが望ましいとされる具体的な方針や施行法を明文化したもので、先行研究を参考に根拠となったエビデンスを併記する。

なお、パス、ガイドラインは冊子、DVD等の媒体で提供される。

#### 4) モデル事業の為の提言（平成25年度）

介入試験の結果を解析して、啓発の為のDVD、クリニカルパス、ガイドラインをもとに大規模モデル事業の為に具体的な提言を行う。

### 3. 本研究の意義

がん罹患者に対して行われるべき医学的、社会的就労支援の内容を明確にし、これに基づいた大規模モデル事業が成果を収めれば、本研究による就労支援は勤労者の労働意欲を高め、人的資源の有効活用につながり、社会経済の活性化の一助となる。

# Part 1

## パネルディスカッション

「がん等勤労者の罹患率の高い疾病の治療と  
職業の両立支援について」より

本日は、勤労者の中でがんに罹患された方、またその治療を続けておられる方について、職業生活を全うしながら治療を継続できないかという問題意識のもと、また企業の側からみて人材を喪失しないで済む仕組の構築について、医療のほうからも貢献していけないかという問題意識のもと、先生方にお話をお聞かせいただきたく、お時間を割いていただきお集まりいただきました。

労災病院は、ご案内の通り約60年と

いう歴史になりますが、そもそも労働災害による外傷、あるいは典型的な意味での職業性疾病等に対応するための病院として、その始まりがあるものです。目下、そういう方面についてもしっかりとその碑を守りながら、それぞれの病院にそれなりの特徴を有しつつ、救急医療から、それぞれの地域での急性期医療を中心にした中核病院としての役割を果たしてきています。むしろそうした地域の急性期病院としての役割を果たしながら、数としては絶対的

には減ってきていますが、そうした労災医療というものの碑を専門的見地からもしっかりと守る役割を果たしている病院です。

ただ疾病構造の変化は、勤労者にとっても大きく変わってきています。少し前までは労働災害による死亡、あるいは職業性疾病による死亡者が数千人という時代がありました。平成に入ってから2千人前後で推移してきました。それが、おそらく今年あたりでは、千人をかなり下回る数字になっ

## パネルディスカッションの 開会にあたって

(独立行政法人労働者健康福祉機構 理事長)

伊藤 庄平

てくるのではないかと思っています。ただ私どもは新規発生があるかぎり専門的見地からの労災病因の碑というものは支え続けますし、アスベストのような、これからの課題もありますので、専門的見地から対応できる能力は常に維持していきたいという思いです。

一方で、私どもの労災病院における臨床研究等を通じ、現場の先生方から、例えば糖尿病による網膜症、そのことによる視力低下のせいで多くの勤労者

が辞めてしまうという状況があるとの報告がありました。その背景には、企業が非常に効率的な人事労務管理を進める中で、職業（仕事）と治療との間のジレンマに対応しかねるという思いで辞めておられる方が多くいらっしゃる。がんの問題になると、治療成果が見え始めてきていて、化学療法なり、放射線治療なりを受けながら仕事を続けたいという方の中にも、職業と治療のジレンマに悩む方がおられるのではないか。あるいはそれに耐えかねて多

くの方が職業生活を断念されている。逆に企業のほうでも人材を失っているという姿が相当数あるのではないかと思われました。

こうした問題について、「治しかつ支える」という意味での医療としての役割を果たしていく方向・仕組というものを見出すべく研究を始めたところ

です。

また、わが国は確実に高齢化が進み、人口減少の時代に入っているということがあります。2010年代の半

ばには就業者の数、社会を支える働きの数が400万を超えて減少する。2030年には1千万超減少するという推計が専門家の研究により指摘されています。優秀な人材、働き手しか資源を持たない日本にとっては、たいへんなダメージを受けることになると思われまふ。これは単に経済成長とか豊さが失われるということにとどまらず、将来の年金、医療等の社会保障の支え手がどうなるのかという問題でもあります。私どもは、1人でも多くの方が健康で、あるいは不幸にして病気になる場合でも、可能な限りそれを克服して、社会に支えられる側から、社会を支える側に回っていただくような流れを作らなければなりません。おそらく医療だけでは解決しない問題であり、経済政策、産業政策等々とあいまつての話であろうが、医療の側面からも研究し、仕組というものを作っていききたいと思えます。おそらく主治医、ソーシャルワーカー、ケースワーカー、産業医、人事労務担当者等の連携システムなど、幅広い連携の仕組も将来的には必要になるのではないかと思われまふ。

先生方のさまざまなご支援・ご指導を得ながら、こうした仕組の構築を期したいと思えます。



## Outline of Study

# 労働者健康福祉機構による研究の概要

嶋田 紘

労働者健康福祉機構

特任研究ディレクター

本日のパネルのテーマ「がん等勤労者の罹患率の高い疾病の治療と職業の両立支援について」は、私ども機構の研究テーマであります。現在、この「がん等勤労者の罹患率の高い疾病」のうち、「がん」と「糖尿病」の研究が昨年度よりスタートしています。

まず、本機構で行なわれつつある研究と予備調査の結果を交え、さらに本日のパネルに期待するものをお話しさせていただきます、概要説明とさせていただきます。

平成21年2月に、当時の舩添厚生労働大臣から、全国に展開している30の労災病院と、産業保健の相談業務・情報提供・産業医の研修等を行なっている産業保健推進センターを有し、勤労者の医療の中核を担っている当機構に対して、第2期中期目標として「勤労者の復職と治療の両立支援」という医療の研究について検討するよう指導を受けました。それを受けて平成21年4月より、東京労災病院の門山主任研究員をはじめとした11名の医師等を中心に研究班を結成し、5年間の期間でアンケート等による現状分析をもとに、医療現場と職場との医療連携を構築すべく介入試験

図 1

研究開発分野	独立行政法人労働者健康福祉機構労災疾病等医学研究・開発、普及事業に係る研究「就労と治療の両立・職場復帰支援医療」
研究テーマ	「がん罹患勤労者の就労に関する研究・開発、普及」
研究開発予定期間	平成21年4月1日～平成25年3月31日
研究開発組織	門山茂（主任研究者、労働者健康福祉機構東京労災病院勤労者予防医療センター副部長） 他11名
研究内容	<p>目的： 医療現場と職場の医療連携の構築を目指すと共に、がん罹患した勤労者が退職や長期休業の不安なく療養し、円滑な職場復帰を可能にするためのコーディネート、マネジメントの研究を行う。</p> <p>方法： 【アンケート調査・分析】 大腸がん、乳がん、肝がんの患者（各300名）、がん患者の主治医（150名）、産業医（300名）、企業の労務担当者（300名）にアンケート調査を行い、職場復帰と両立支援の現状と障壁を明らかにすると共に、職場復帰可能評価表（クリニカルスコア）を作成する。</p> <p>【介入試験（次年度、第3、4年度）】 クリニカルスコアを中心に医療現場と職場との医療連携（クリニカルパス）を行う。一方、患者と関連部署に就労支援に関する情報を提供すると共に、各部署の障壁に介入する。</p> <p>【モデル事業の為の提言】 介入試験の結果を解析し、大規模モデル事業の為の具体的な提言を行う。</p>
意義	円滑な医療連携によりがん患者の就労が可能となれば、勤労者の労働意欲を高めるとともに人的資源の有効的活用につながり、ひいては社会経済の活性化の一助となる。



を行ない、がん罹患した勤労者が退職や長期休業の不安なく療養して、円滑に職場復帰を可能とするようなコーディネート、マネジメントの研究を行なっています(図1)。

不治の病といわれたがんでも医学の進歩により治り、進行がんでも多くの長期生存者を得ることができるようになりました(図2)。

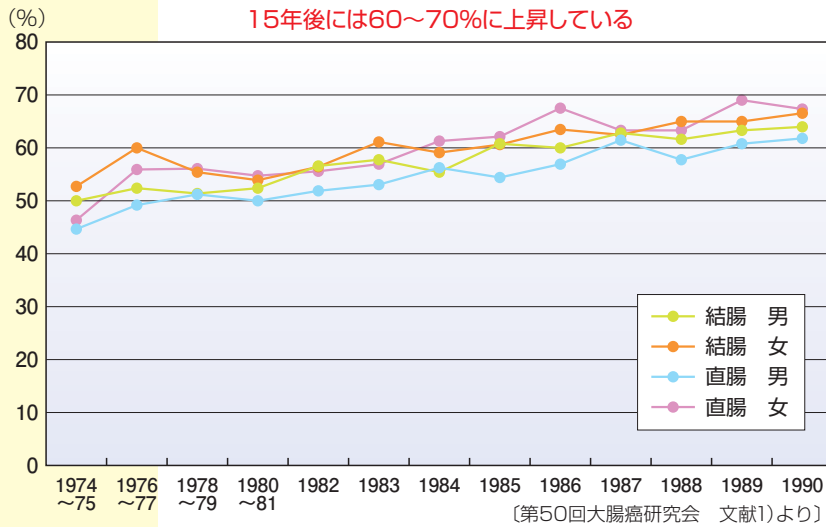
5 大腸癌、肝細胞癌、乳がんの生存率参照)。しかし先行研究によると、がん患者は長生きするだけでは満足度は低く、むしろ医療費がかさみ、家庭崩壊の危険すら生ずるといふ結果が報告されています。就労して、すなわち雇用されて社会に貢献することで初めて生き甲斐が生ずるといふような報告もあります(図6)

〔図6 職場復帰の理由参照〕。ということとは、活力のある社会を構築するには、治療をしながら、また治療後に勤労者の就労問題を考える必要があります。重要になってくるのではないかと考えられます。

就労する際には、患者の体力の回復、精神的な気力の回復度に応じた労働環境を提供しなければなりません。われわれの予備調査では、治療経過や回復度を知りうる主治医と適切な労働環境を提供できる産業界との連携が十分とは言えない結果が得られています。また、企業に対して行なったアンケートの予備調査によると、終身雇用制度のもとで医療、年金などの社会保障の一部を担ってきた企業が、グローバルゼーションによる競争の激化や、金融不安などの影響を受け、体力が消耗

図2 本邦における大腸癌治療成績の推移

大腸癌の5年生存率は1974年の45%から、15年後には60~70%に上昇している

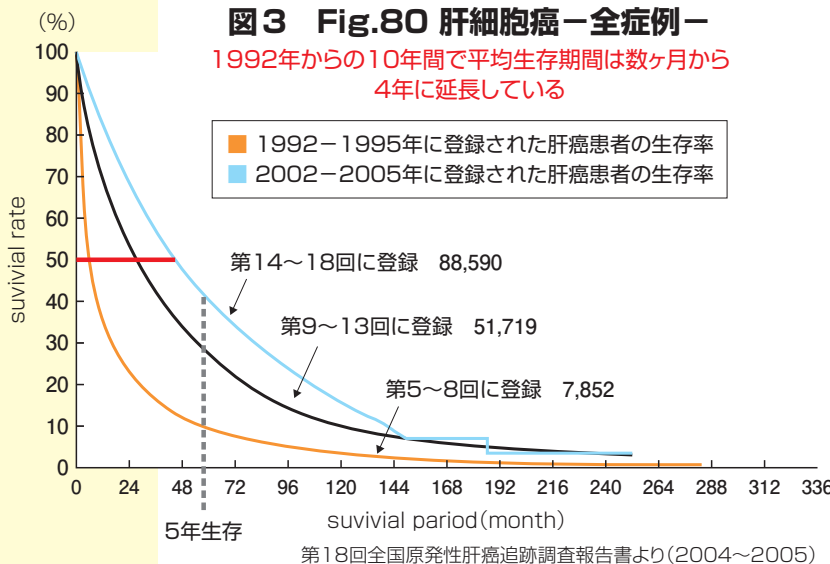


し、もはやがん罹患勤労者の復職や両立支援までを考える余裕がないという現状も明らかになりつつあります。

社会制度が疲弊し、格差や貧困の存在が報道され、また急速な少子高齢化を迎え、将来の労働力の確保のため、高齢労働者の就業率の増加が予想されています(図7) 日本の将来推計人口参照)。わが国においては、がん等、勤労者の罹患率の高い疾病の治療と職業の両

図3 Fig.80 肝細胞癌—全症例—

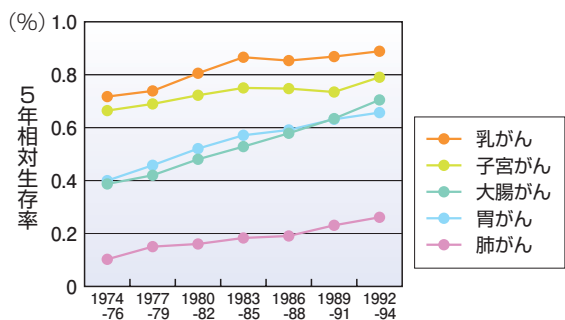
1992年からの10年間で平均生存期間は数ヶ月から4年に延長している



立や円滑な復職を支援する制度を考えることは、連帯感のある健全な国の再建には不可欠なことと考えます。

当機構の研究は純然たる医学研究ですが、本日のパネルでは社会保障の立場も含めて広くご議論いただき、将来の就労、すなわち雇用と社会保障の政策提言に対しての方向性を示していただけたいと考えています。

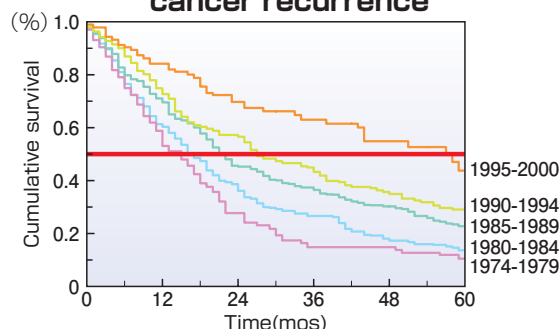
図4 主要がんの5年相対生存率の年次推移



MACR Monograph No.7 松田etc より

この傾向が続けば、現在、癌全体の5年生存率は80%近くまで上昇していると予想される。30年間で倍になった。

図5 Overall survival from time of breast cancer recurrence



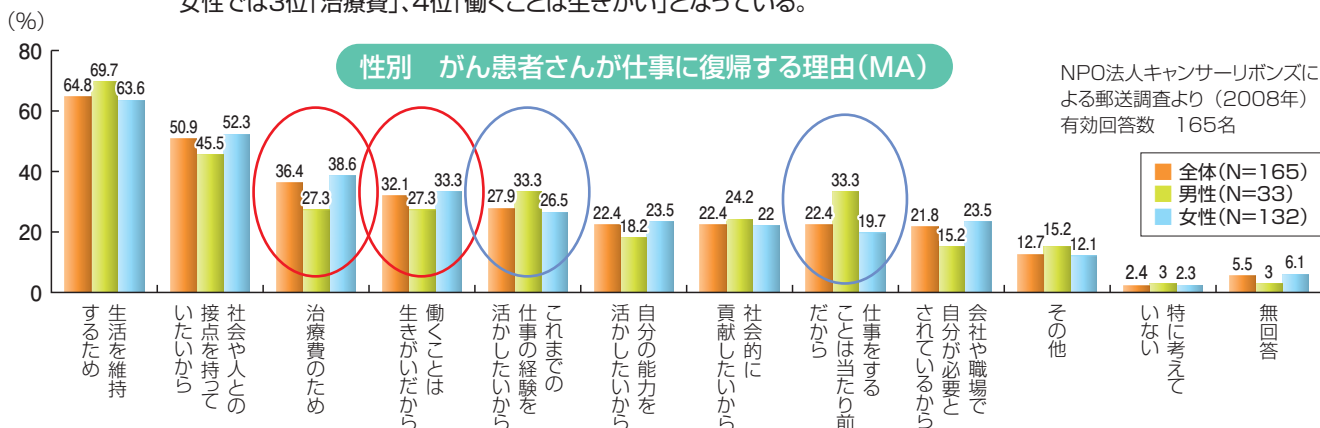
Cancer 2004, 10. 45 Giordano, SH

1974年からの20年間で、再発乳癌の平均生存期間は1年から5年に延びた。

図6 職場復帰する理由は、生活の維持と共に、社会との接点や生きがいといった自己実現のため。

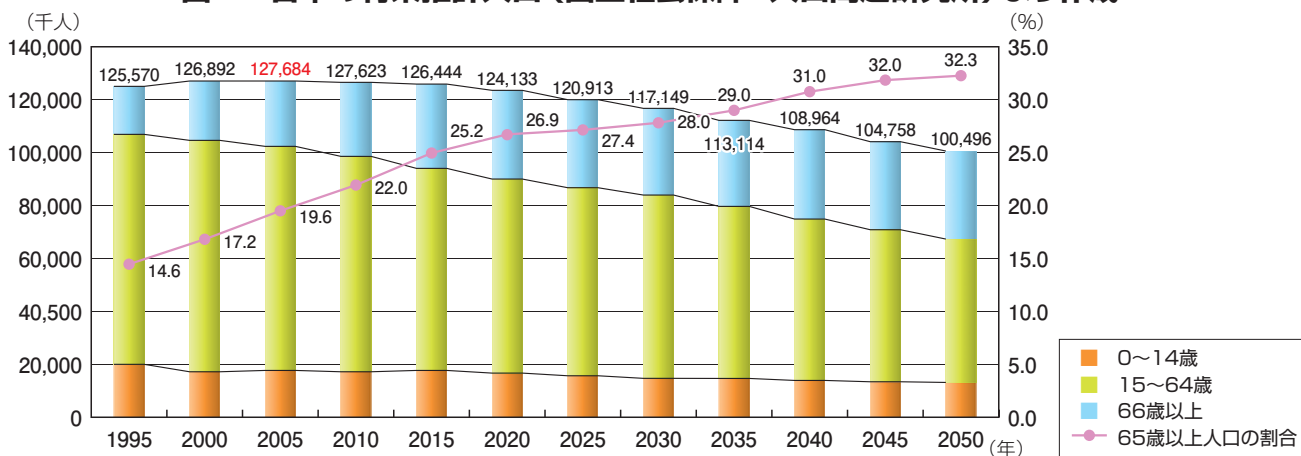
●がん患者さんが「仕事に復帰する」理由は、男女とも「生活の維持」と「社会や人との接点を持ちたい」が半数以上を占め、ほぼ同程度に挙がっている。

■男性では3位に「これまでの仕事の経験を活かしたい」と「仕事をするのは当たり前」(同率)、女性では3位「治療費」、4位「働くことは生きがい」となっている。



NPO法人キャンサーリボンスによる郵送調査より(2008年) 有効回答数 165名

図7 日本の将来推計人口(国立社会保障・人口問題研究所)より作成



現在、65歳以上の人口構成比率は22%であるが、40年後の2050年には32%に増加する。即ち、従来の働き手が減少する一方で高齢者の就労率が高くなると予想される。

# 「変貌する社会と企業のなかで疾病の 治療と職業の両立支援はどうあるべきか」

今村 肇

東洋大学経済学部総合政策学科 教授

私自身はもともと労働経済とか、職場の問題、雇用の問題、労働市場のことをやっており、そこから市民社会組織といわれる非営利組織とか、協同組合という組織の、とくに勤労意欲に注目して最近の研究を行なっています。

まず、とくに気になるのは、治療の問題だけではなく過労死等の問題を考える時に、その治療の現場や産業医の考え、すなわち疾病ごとの様々な細かい知識、治療に必要な休暇とか労働時間管理等の知識が、雇用現場の人事とか労務に十分にフィードバックされていないということ、資料等を見て強く感じました。労働者健康福祉機構の評価報告書を見ると、とくに雇用現場のほうで精神疾患、疾病治療に関する無知が指摘されていますが、ただそれがフィードバックに到っていないというのを強く感じます。

つまり、働く人にとって、ただ治療をすればいいということではなく、雇用の場とセット

でなければ治療を全うすることは不可能であるということ、これが私の第一の主張です。一方で医療の側のほうにも、もともと日本の働き方を知った上で、患者さんがより安心して治療に専念できる環境づくりというものをお考えいただきたい。今回のこのプロジェクトはそういう意味で非常に興味深く、そうした臨床医学と社会科学、現場の人事労務担当者のリンケージ、フィードバックの仕組が大切ということでお話しさせていただきます。

まず基本的な知識として、ひとつのキーワードは、昨今話題になっています「社会関係資本」(social capital)です。たとえば「信頼」だとか、「つながり」などが言われますが、そうした人と人を結びつけるものだということ、社会経済生産性本部メンタルヘルス研究所の調査によりますと、それが職場内でどんどん減っているということ。たとえば「信頼」については、「経営者に対する信頼」はピーク時よりも22%減っている等さまざま

## 医療現場から雇用現場への情報連携のポイント

- 雇用現場への必要な治療に関する知識のフィードバックを
- 雇用の場とセットで治療の全うを
- 医療の側も雇用の現場を知り治療に専念できる環境づくりを



## 社会関係資本

「調整された諸活動を活発化することによって社会の効率性を改善できる、信頼、規範、ネットワークと言った社会組織の特徴をいう」

(Putnam (2007))

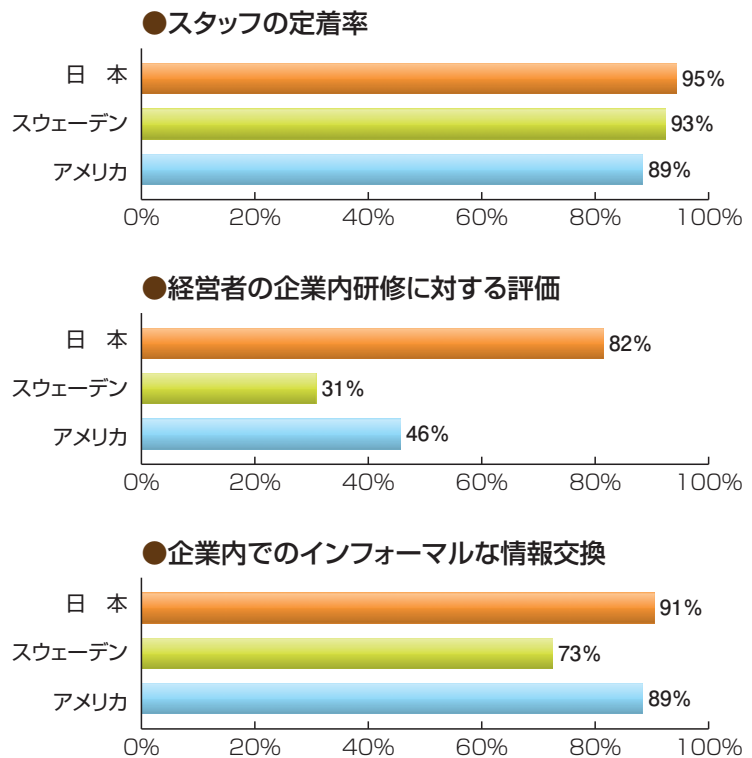


なデータが出ています。つまり職場の中で上司、同僚といった人に対する信頼が明らかに減っているということが指摘されています。

本日の問題を考えていく上で非常に重要なのですが、もともと日本の職場は、職場の中での帰属意識とか愛社精神という形の人間同士の結びつきで非常に高い生産性を維持してきたのです。簡単に言えば年功賃金、終身雇用、企業内教育訓練という形で、職場の中の結びつきを通じて人間関係を強固に活用してきたというところがあります。

それはひとつには、日本の経済成長が「ものづくり」が中心であったというところにおそらく起因しています。島田晴雄さんの著述『労働経済学』1986年、岩波書店)からの引用ですが、「日本の企業ではとりわけ高

## 高い水準を示す日本の職場内社会関係資本



(Westlund, Hans (2006), Social Capital in the Knowledge Economy, Springer)

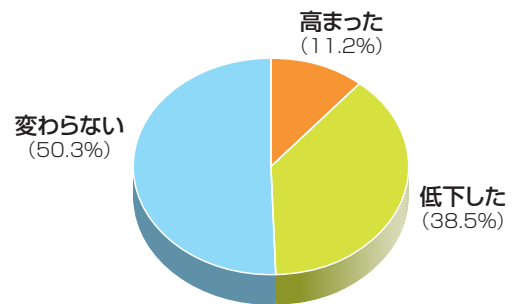
度成長期に、企業内部の仕事の経験を通じた知識・技能の習熟と熟練の蓄積」をしてきたということがあります。日本には企業内部で労働を分配する仕組みがありますが、そういう企業内部の労働市場が日本は非常に発達している、企業内部で訓練や人材育成をしてきたということなのです。それがだんだん中年化する、年を重ねていくことによってさらにそれが強化されていったという仕組みがありました。

その結果何が起こったかですが、最近の研究ですが、social capital という視点で Westlund, Hans が日本とスウェーデンとアメリカについて計算をした「職場内社会関係資本」を見ますと、スタッフの定着率(離職率の逆数)、経営者の企業内研修に対する評価、企業内でのインフォーマルな情報交換という指標が、日本は他国に比べると明らかに高いということがわかってきます。なぜそういうことになったかですが、日本のもので「摺り合わせ型」が得意な日本ということがあります。膝を突き合わせて、職



## 成果主義賃金の導入と労働意欲の低下

(賃金制度の変化を「成果・能力主義への変化」と答えた人に対して)



今村 肇 (2004) 「勤労者からみた賃金制度に対する意識と生活」

場の中で、みんなですべての情報を共有しながらやっていくという働き方をしてきました。一方で、最近では組立て型のコンピューターとか電気自動車等もそうなのですが、いろいろな部品を買ってきて、つなげればそれで何とか製品ができてしまうというやり方が主流になってきています。そうすると従来の「膝を突き合わせてやってきたものづくりのやり方」がグローバルな世界、市場では必ずしも通用しなくなってきた。あるいはその割合が減ってきています。

そういう中で日本の職場では成果主義賃金というものが導入されてきました。つまり職場の中の結びつき、チームワークでやってきたことが、個別に成果を評価して、それに対

して報酬を与えるということになってきたのです。これは私の行った2003年の調査ですが、成果主義賃金が導入された職場の労働者に聞きましたら、労働意欲が高まったという方は11・2%しかなく、逆に低下したと答えた方が38・5%です。つまり雇用制度の変更は、実はやむを得ず、年功賃金で高くなった中高年の賃金をなんとかしたいということで藁をもつかむ思いで、企業が労働コストの削減ということを表向きには伏せて行なってきたことです。それがこうした労働意欲の低下に結びついてきました。2008年の日経BP社の調査でも、やはり4割ぐらいの人が「やる気がなくなった」ということを答えています。

一方でまったく別の視点から、雇用と治療の仲介役としての役割ということで2つの事例があります。ひとつはスウェーデンのハーフェイハウスというものです。これはソーシャル・フランチャイジングで自治体と契約して自前で建物等を取得し、アルコールとかドラッグの中毒者の支援をしている組織です。それからもうひとつは佐久総合病院です。これは一言でいうとCo-Productionという言葉を使います。治療を受ける患者さんであるとか市民、すなわちサービスの受容者が、むしろ自分たちで医療サービスの供給者となる。つまり単なる消費者ではなく生産者として積極的に医療や社会サービスに関わっていくという仕組みづくりです。簡単に言えば、

Democratic Architecture」と言い、自分たちが主体的に参加することによって治療の現場とか医療サービスを変えていこうという動きが、スウェーデンとかイタリア等の進んでいる国だけではなく、日本でも起こっているということです。

ここでいったんまとめますと、嶋田先生からご指摘もありましたように雇用の現場が変わりきれていない。日本の企業が分担してきた福祉を放り出しているというご指摘がありました。それはどこが引き受けるのかという問題です。これは宮本太郎さんなどが盛んに言っていることです(『福祉政治 日本の生活保障とデモクラシー』2008、有斐閣)、従来は雇用レジーム、すなわち雇用を中心としてそこに福祉がついてきたという仕組みであったものが、福祉レジームへの転換ができていないということです。これはスウェーデンがひとつの典型ですが、本来は社会とか国家がもっと引き受けるところですが、日本の場合はそれが十分に引き受けられていない。そういうことですが、すべからず抜けてしまっている状態です。企業が放り出したものの受け皿が完全にできていない。日本はそういう過渡期にあるということです。つまり企業に対してどのように治療について理解をいたさかかというところでのフィードバックの役割として、たとえば先ほど申しました市民社会組織などがあります。それが育っていない。患者など自分たち

## 高い水準を示す日本の職場内社会関係資本

企業が抱えきれなくなった福祉の受け皿

市民社会組織  
(雇用と治療の仲介役)

### Bykupan の子育て親協同組合 (Reggio Emilia の教育理論に基づく)



### Byssbon の村にある協同組合 学童までの保育と高齢者介護



自身がこういうものが必要だというニーズを発言する仕組みが、日本の場合はまったくないということになります。

次はスウェーデンの子育てサービス供給組織です。自分たちに必要なサービスがなければ、自分たちで作れば良いという考え方で、これは保育です。親協同組合というものがあ

ります。親が自分たちで土地を取得したり、入手します。スウェーデンの場合、少し日本と違うのは85%の育児コストを政府が負担するので、

この親たちは自分たちが積極的に関わること、提供するサービスに満足しているということ、提供するサービスに満足しているという事です。「自分たちの影響力は非常に強い」と答えた方が88・7%ということ、非常に満足しています。働く側の人も、実は親協同組合の場合は、サービスの受容者が、自分たちのすぐ側において、直接発言してくれているので非常に満足度が高い。つまりサービスを受ける側も働く側も非常に満足度が高

いという、ひとつの典型的な例です。

写真ですが、まずは親共同組合の現場の写真です (Bykupan の子育て親協同組合)。高齢者介護の施設もありますが (Byssbon の村にある協同組合)、これも百数十人の部落ですが、銀行からローンを借りて自分たちでこの建物を造り、政府の補助を受けながら、協同組合として自分たちで運営しています。

そこでもうひとつの私の主張なのですが、私がかつてきた中部スウェーデンのエステルスンドの人たち (エステルスンドの社会的経済を支える人たち) ですが、こういう社会貢献意識を持った人材たちは、一生懸命にネッ



エステルズンドの社会的経済を支える人たち



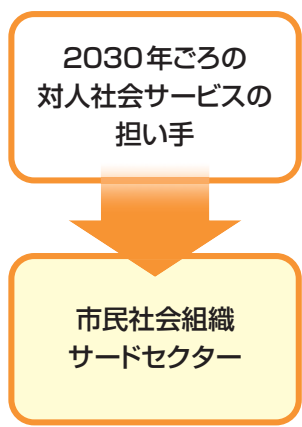
の特徵の中で、先ほど申しました市民、ユーザーが積極的に自分たちのニーズを反映できるように仕組みをどうやって作っていくかと

問題になっているように、企業と  
 いるのですが、終身雇用という仕  
 組み自体はそう簡単になくなりま  
 せん。そうすると、そうした日本  
 サービスの利用者ニーズにあった  
 供給をしていくかということ  
 です。日本の場合はやはり先ほど来  
 問題になっているように、企業と  
 いるのですが、終身雇用という仕  
 組み自体はそう簡単になくなりま  
 せん。そうすると、そうした日本

ということが課題になるとい  
 最後になります。2030年ごろにそ  
 した対人社会サービスを誰が担うかとい  
 時に、2つの選択肢があり、ひとつは市民社  
 会組織、サードセクターが担うこと  
 です。それともうひとつが日本ですと  
 きた完全な市場化というかたちで、営利企  
 が中心となって社会的サービスを担うとい  
 ことがあります。やはり私のひとつの主張は、  
 市民社会とか、市民社会組織、あるいは患者  
 を持った人たちの声により正確に反映される  
 組織は、おそらくサードセクターであろうと  
 いうことです。そうした形での取り組みが企  
 業の枠を超えて社会として、あるいは仕組み  
 としてできるようになることが必要なので  
 はないかということ。

トワークを作り、サービスを供給している  
 いうところが非常に印象的などころでした。  
 彼らから聞いた言葉は「Nothing is  
 impossible」ということです。つまり自分  
 ちが必要なものは自分たちで望んで行動す  
 ればなんとかなるのだという意識でやっている  
 ということです。そして「子育て親協同組合」  
 「介護協同組合」、「プライマリケア」、「麻  
 薬中毒による犯罪者の更正支援組織」その他  
 のさまざまな社会的組織を、積極的にネット  
 ワークを通じて拡大していくということ  
 です。  
 イタリアにおいては社会的協同組合とい

ものがあります。これはハンディキャップを  
 抱えた人々を社会的に包摂していく、包み  
 込んでいくという仕組みです。これも政府が  
 税制の優遇などを与えながら、そうした協同  
 組合組織に対して積極的に支援をしていると  
 いう例です。つまり、ある意味で積極的に不  
 公平な取り扱いをして、不利な立場にある人  
 をしっかりと社会に包摂していくという試  
 み  
 です。  
 ただ、スウェーデンやイタリアの例がその  
 まま日本に当てはまるかと言いますと、必  
 ずしもそうではありません。やはり日本独自の  
 治療と雇用を両立させる社会保障システムと  
 して、そのままの輸入は不可能で  
 であろうと思います。これはこれか  
 ら考えなければいけないこと  
 が、どうやって雇用の連携を維持  
 しなが、医療をはじめ対人社会  
 サービスの利用者ニーズにあった  
 供給をしていくかということ  
 です。日本の場合はやはり先ほど来



※市民社会や患者を持った人の声により正確に反映させる組織

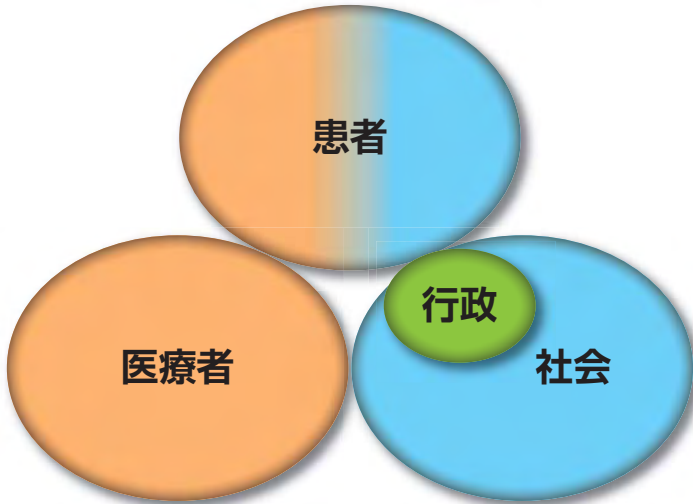
## 「患者・医療者・地域の協働

## —がんの社会学の視点から—」

山口 建

静岡県立静岡がんセンター 総長

## がんの社会学



私はがんの医者ですが、たまたま研究の中で、タイトルにも書きましたように患者と医療者と地域あるいは社会との協働というコン

セプトで、「がんの社会学」という理念的なものを、この十数年さまざまな場所で申し上げてまいりました。したがってその中でがん患者の就労というものをどのように取り扱つかということについて話させていただきま

す。  
まず、がんについて大切だと思えますのは、私どもの10年近く前の研究になります。2000年の段階で、日本全体で、ある瞬間にがんを体験した人が何人いるのかということ

を調べたことがあります。2000年の時点で298万人、将来予測の中で当時は2015年をとりましたが、534万人というのが、その時点でのがん体験者数です。糖尿病が当時は800万人と言っていたのですが、今はさらに増えていると思います。た

だやはり病気の重みと申しますか、患者さんの考え方ということでは、がんのほうがはるかに強いインパクトを与えます。がんの患者さんお1人の周りに家族と友人等を合わせる  
と、たぶん5人ほどの方が、がんという病気を非常に心配しておられるはず。そうしますと、たとえばがん患者が500万人いるとして、その5倍の2500万人ぐらいの方が、自分の周囲のがん患者をめぐって、がんという病気に非常に強い関心を持ち、かつ心配をしているという状況があるのだろうと思います。このことは以前から、医療関係者のみならず政治家の方々へもお話ししてきました。そういうこともがん対策の推進には役立ちましたと思

います。  
きたと思います。  
医療費の観点から申しますと、日本の国民総医療費は33〜34兆円です。日本国民の1/3近くはがんで死ぬのですが、それにしても1年間のがん医療費は2・3兆円と比較的少ない。がんという病気は一瞬の勝負という部分があります。治ってしまえば後にはお金がかかりません。治せない、残念ながら多くの場合、長くても数年で命を落とすことになるので、慢性の病気で新薬を20年から、30、

40年使うような病気と較べるとがん医療費そのものは比較的少なくすんでいます。

がんによる死亡者で、社会がどれだけの損失を負っているかということでは、いろいろな計算方法がありますが、私どもが計算した限りでは6・8兆円の社会的損失が起きています。現在がんの治癒率は約50%とされていますが、今、がん医療費に3兆円を追加して、治癒率を75%に持っていければ、社会的損失と投資はほぼプラスマイナス0になります。がん医療費をもう少し増やして、がん患者を救命することは社会の損失という観点からは大きなメリットがあります。これが医療経済学的に見たがんという病気の位置づけです。なお、治療のため、一時的に就労できないことによる社会的損失は0・5兆円です。したがって、がんに限らず、「医療は消費ではない。国家・国民に対する投資である」という考えが成り立ちます。

そういう背景のもと、私どもが考えたのは、「がんの社会学」というコンセプトです。今まではがんを含めて、病気の治療というのは、医療者がすべてを握っていました。患者さんあまり発言することなく「お任せします」という言葉で済んでいました。それががんという病気の特殊性もあって、今、がんの分野では患者参加型医療がかなり強いウネリとなっています。1980年代から、告知、インフォームドコンセント、セカンドオピニオンなどが広がってきたのは、がんという病

気を中心です。私が国立がんセンターに入つた1970年代には、まったく告知はなされていませんでした。アメリカでインフォームドコンセントというコンセプトが始まったのが1980年代といわれていますので、それがやっと定着してきたのがここ10年あまりのことです。

がんという難病を相手に、医療者と患者のみならず、行政を含めた社会がそこにどう関わっていくのか、「がんの社会学」というコンセプトは、今後のがん対策の正否をおそらく決めるだろうと考えられます。

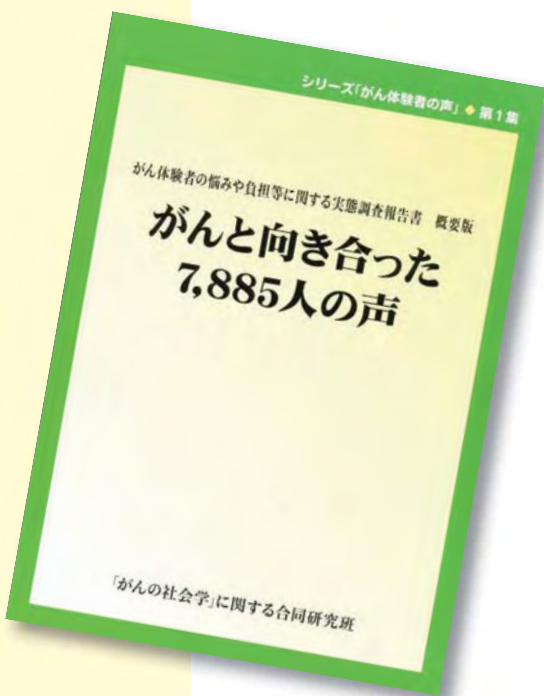
本日のテーマの「がん患者の就労」という観点からは、この社会の部分に雇用者としての企業などが加わります。この三位一体で進まない、がん医療はたぶん将来的には破綻すると思っています。

ひとつだけ批判めいたことを言つて恐縮なのですが、この研究班のコンセプトはたいへんすばらしいと思ひ、お手伝いさせていただいているのですが、一点ぜひお考えいただきたいのは、班員の構成です。この問題を解決するためには、いま申し上げたコンセプトからもわかるように、大学の教授が中心となつてやる仕事ではないと思ひます。したがつて今後さまざまな形で患者さんの声、雇用の声をしっかりと取り入れる研究にしないと、この研究は成り立たないはずで

す。ここからは、私どもがやった研究を中心に話したいと思ひます。先ほど今村先生が

おっしゃつた、患者の声がまったく拾えていないということ、その通りだと思ひます。

「がんの社会学」に関する合同研究班の仕事で、全国のがんの専門病院、患者会の方々にお願いをして、7885人というがん体験者の悩みや負担等に関する実態調査を行ないました。この時点では全国のがん患者の1%強に相当しますので、主な項目のほとんどが拾えているのではないかと思ひます。『がんに向き合った7885人の声』という、自由記載の項目を非常に多く設けたアンケート調査を実施した結果です。おそらく記入するのに2時間や3時間はかかっていると思ひますが、この数の患者さんたちが必死になつて書いてくださったものを集めて、1、2年かけて分析をし、患者さん自身がどういふ悩みを抱えているのか、家族がどういふ悩みを抱え





ているのかということをもとめました。集めたすべての悩みと負担の件数は2万数千件になっていきます。それを分析、分類をして、がん患者の悩み、負担の静岡分類というものを作りました。これはネット上で公開しています。

2万数千件を分類しますと半数が実は「心の問題」になりました。「就労・経済」は7・9%です。「経済」と書かれているのは、お金が足りないという話です。一方で「就労」の問題は数的にはそう多くはありませんでした。ここが医者の浅はかなところなのかもしれません、やはりがんの患者さんにとっての問題は「心」なのだ、医師の視点でいろいろなところでプレゼンをしてい

### 悩みと助言

全国7,885人のがん体験者の方々の悩みをまとめたデータベースを中心に、悩みに沿って助言を作成しながら公開しています。

悩みのデータベースや助言は、全体でみる他、いくつかのがんの種類に関しては、そのがんの種類だけのデータベースや助言を絞り込んで閲覧できます。

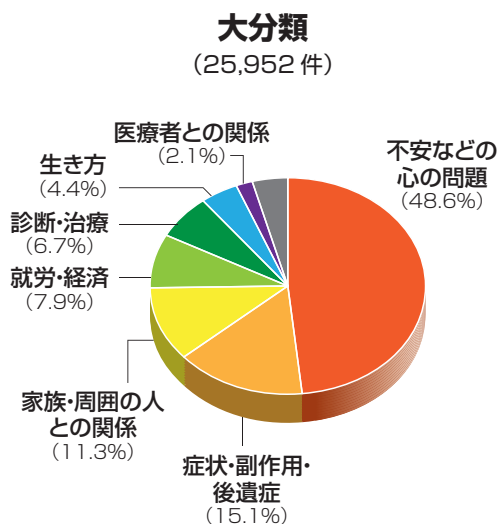
条件	乳がん	胃がん	大腸がん	肺がん	肝臓がん
	子宮がん	泌尿・泌尿がん	前立腺がん		

内容から探す	静岡分類から探す	新しい助言	経過にそった悩み	閲覧の多い悩み
1. 外来				
1.1. 病院・医師の選択				
1.1.1. 病院・医師の選択の難しさや迷い				
1.1.1.1. 病院・医師選択のための情報入手が難しい(10件)				
1.1.1.2. (術後) 病院選択が難しい(1件)				
1.1.1.3. 病院選択の条件(アクセス、設備等)(5件)				
1.1.1.4. 今後のがん検診のための病院選択(1件)				
1.1.1.5. 後遺症(リンパ浮腫等)に対応してくれる病院が探せない(4件)				
1.1.1.6. 特殊な治療(骨髄移植等)、先進医療を受けられる病院が見つからない(2件)				
1.1.1.7. どの病院・医師がよいのか選択に悩んだ(22件)				
1.1.1.8. 信頼できる医師に出会えるか(5件)				
1.2. 外来受診				
1.2.1. 外来治療				
1.2.1.1. 待ち時間が長い(7件)				
1.2.1.2. 外来での抗がん剤治療がづらい(4件)				
1.2.1.3. 婦人科受診で産科と一緒にできることが苦痛(1件)				

▲このページの最初に戻る

ました。

それが「あれっ?」と思ったのが次の点です。ほとんどのメディアの方に紹介させていたのですが、先ほどの「就労」に関するところは1つか2つの設問です(付問14-3)。勤め人の方も自営の方も約1/3ぐらいの方が仕事を辞めています。勤め人の方の数が解雇されているというデータがありました。30%が辞めていて、解雇が数%です。いろいろなプレッシャーはあったにせよ、勤め人の場合は、多くの方が自分で辞めているというデータです。医者としてはあまりこのメディアに注目しなかったのですが、多くのメディアの方が、この内容を記事にして紹介してくれました。毎日新聞は1面で「悩



付問 14-3 診断時点にお勤めしていた会社や営んでいた事業等について、下記のいずれかを選択して当てはまるものに1つ○をつけてください。

お勤めの方	実数	(%)
1. 現在も勤務している	1,249	(47.6%)
2. 休職中である	229	(8.7%)
3. 依願退職した	799	(30.5%)
4. 解雇された	111	(4.2%)
5. その他	237	(9.0%)
回答者計	2,625	(100.0%)

※ここでは、回答者数を母数として割合を示している。

自営、単独、家族従業者	実数	(%)
1. 現在も営業中である	694	(68.0%)
2. 休業中である	79	(7.7%)
3. 従事していない	58	(5.7%)
4. 廃業した	135	(13.2%)
5. 代替わりした	41	(4.0%)
6. その他	14	(1.4%)
回答者計	1,021	(100.0%)

付問14-3へは3,646人が回答している。そのうち「お勤めの方」の欄へ回答した人は2,625人、「自営業、単独事業者、家族従業者の方」の欄へ回答した人は1,021人であった。がんにかかったことが直接の原因になっているかどうかは特定できないが、「お勤めの方」の34.7%が「依願退職」あるいは「解雇」となっている。また、自営業等の30.7%が「休業」、「従事していない」、「廃業」、「代替わり」の状態となっていることから、がん罹患が職業の継続に影響を与えているものと推測される。

Web版がんよろず相談Q&A (<http://cancerqa.sccchr.jp>)

みの半数は心に」という非常に医師的な発想の見出しで記事だてにしており、静岡新聞は、同様に1面で、小見出しで「勤め人の3割強 依願退職や解雇」と仕事を失っている状況を伝えています。同じように1面ではないものの朝日新聞や日経新聞もここをかなり強くとらえて記事にされていました。ここで、メディアの視点は違うのだなということを強く意識しました。それが2004年の話です。

先ほどの患者さんの言葉が非常に大切だという話は、私もまったく同感なのですが、患者さんが、いったい誰にそういう相談ができるのかということ、間接的ですが3つの仕

組みから見えています（次ページの棒グラフ参照）。いちばん上が2万数千から集めた今申し上げているアンケート調査の結果です。次が「ウェブ版がんよろず相談」ということで、私どもがやっているインターネット上の悩みに対する回答をオープンにしております。まだ1割程度ですが、そこに訪れた10数万人の方の関心事です。いちばん下が病院に置いてある「静岡がんセンターよろず相談」のもので、これはおそらく今日本にある高度がん専門医療機関、がんセンター三百数十病院の中でトップの機能を持っている相談所なのですが、そこに訪れた方の関心事ないしは相談内容です。そのすべて

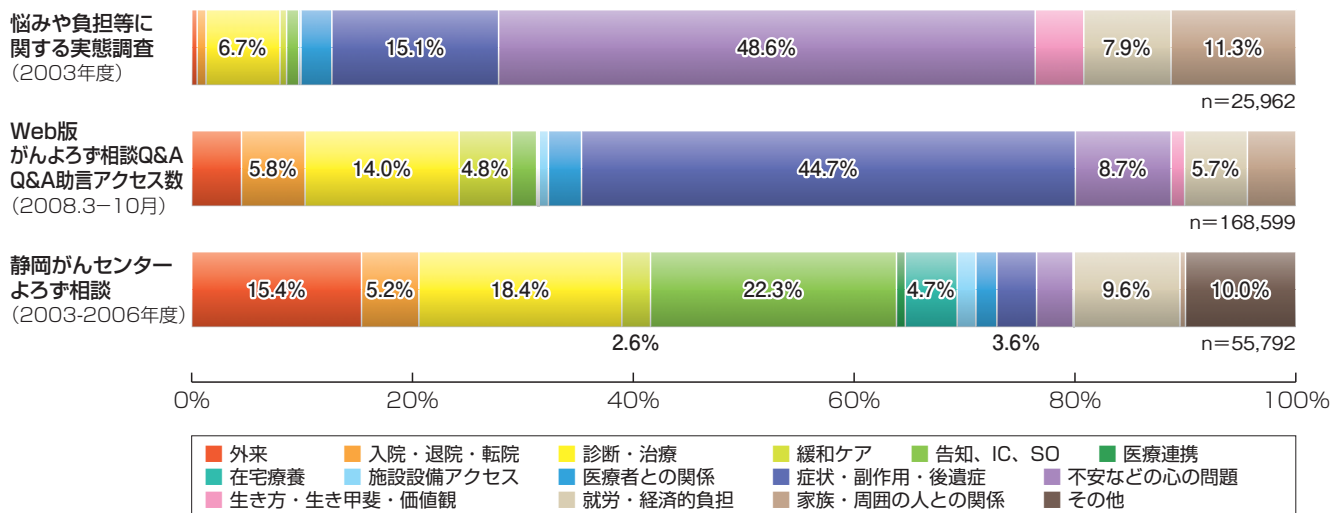
を同じ分類で見てもみますと、たいへん興味深い、あるいは厳しい現実が浮かびあがります。

アンケート調査で「悩みを書いてください」と聞くと、先ほどの不安という問題が出てきます。ところがネット上で訪れてくる人は、やはり医療に関することが中心です。病院で相談に乗ると、ほとんど「不安」という問題は消えてしまいます。それから「就労・経済的問題」も、ほとんどがソーシャルワーカーに対する経済的負担の問題で、就

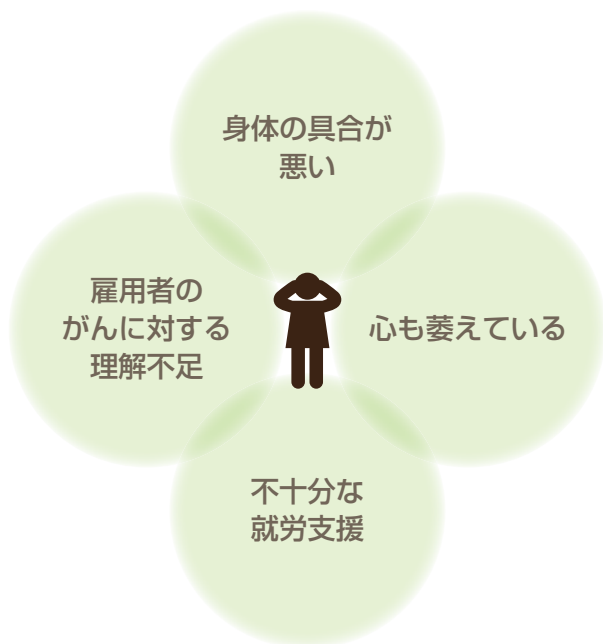
労の問題はかなり減ってきています。これは何を意味しているかと言いますと、患者さんのほうで、こんなことを病院の先生や病院の相談所で言っても、私の仕事がないといくら相談しても、きつと答えられるわけがないだろうと思われる、完全に自主規制をされているということであろうと思います。同じように「私はがんという病気が不安なのです」ということも、医者に言っても、看護師に言っても何も起きないと思っている。だから相談件数は少ない。しかし、「副作用はどうですか」という相談は医療機関としてきちんと聞いてもらえるでしょうから聞いているのだと思います。

すべての基礎となるデータは、2万6千件から17万件ですので信頼性は高いと思われる。こういうテーマは、患者さんが答えにくい分野です。安直にインターネットでアンケート調査を行う傾向がありますが、患者さんにとって答えにくく、積極的に回答しにくい深刻な問題について、信頼できるデータは安易な方法ではあまり期待できません。そもそもがん患者さんでインターネットを使える患者さんは、静岡がんセンターの統計では25%程度です。したがって若い人に偏った意見になってしまふ。それから〇×式アンケートは心の内面はほとんど出ません。もしこの研究班で将来そういうアンケート調査を実施する場合には、対面で行うことをお勧めしたいと思えます。少数でもいいと思えます。

## 悩みや負担等に関する比較（静岡分類）



### 身体と心の就労弱者



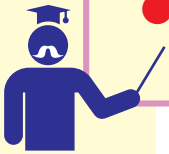
「がん患者さんの就労問題」に関しては、私は、「身体と心の就労弱者」という視点を大切にしたいと思っています。まず、「身体の具合が悪い」のは事実です。手術を終えても抗がん剤を何年かは服用することもあります。それから「心も萎えている」。手術が終わった瞬間にがんという病気が治ったとは言えません。5年生存をクリアしないと本当に治ったかどうかはわかりません。その間、がんの患者さんは「がん」という言葉に常におびえていきます。何かあればすぐに再発と考えてしまう。仕事も手につかないという状況

になります。また、いろいろ聞いてみると「雇用者のがんに対する理解不足」も非常に大きいものがあります。それから社会的にみても「不十分な就労支援」という問題があります。たとえばハローワークに行くと、がんの患者さんと若い仕事を失った人が同じ土俵で較べられます。そういうことにも今後の改善余地があるかと思えます。その後、NHKのクローズアップ現代という番組でこの特集があり、お手伝いをさせていただきますました。かなり立派な、1200名の自由記載型のアンケートをさせていました。その番組で紹介された「安心して働くに



## 安心して働くには

- 勤務時間の短縮 59.8%
- 上司・同僚の理解 53.4%
- 長期の休職制度 48.6%
- 柔軟な配置転換 42.8%  
(複数回答)



NHK総合テレビ、クローズアップ現代  
「がんとともに(2)“働き盛り”失業の不安」  
2009年7月28日放送より

は」という設問への回答では、がんになった後で勤務時間をできるだけ短縮して、体調が戻ったら元のように働きたいという「勤務時間の短縮」が59・8%。それから今村先生が言われたあたりではないかと思いますが、「上司・同僚の理解」が大きいというのが53・4%。そして「長期の休職制度」を望むのが48・6%、そして「柔軟な配置転換」が必要(42・8%)ということなのです。長期の休職制度というのは、だいたい病院は公的で、研究する大学の学者も教育機関として制度はしっかりしています。だからあまり気が付かない。ところが一般の私企業にいきますと、大企業でも患者さ

んが休職できる制度が不十分です。公的な組織と一般私企業はこの点かなり違います。このへんをしっかりと明確にする必要があると思います。

最後になりますが、がん患者さんの就労問題をどう取り扱っていくかということです。いちばんは、やはりがん患者さんの意識の問題です。やはり心が萎えてしまっています。たとえば手術直後は体調が非常に悪くなります。したがって私はいつも「3・3・7拍子ですよ」と申し上げています。3カ月は悪くなる、3カ月は横ばいになり、次の6〜7カ月で徐々に健康な時に近づいてゆくということです。このうち、悪化しているフェーズで就労問題を考え出すと、もう辞めざるを得ないという気持ちにどうしてもなってしまうです。そういう意識をしっかりと高めてあげる必要があります。

次に、雇用者に理解していただく必要があります。自分の同僚ががんになったらあっさり企業から辞めさせられたということは、従業員の企業に対する信頼を実はひどく悪くさせているはずなんです。そういうことも雇用者は理解すべきだと思います。しかし、経済不況下の社会ではそういうことが起きてしまいます。

社会保障的、福祉的問題はたいへん重要で、行動に移らなければいけません。

医療スタッフのアドバイスということも大切な課題になってくると思います。先ほどの

「3・3・7拍子」と同じです。

そして医療福祉政策をどうもっていか。このあたりのことをしっかりと今後議論をし、ぜひこの両立支援の研究の中で、こういう問題を解決、提言していくことが、望ましいと考えます。

# 「産業保健の現状と疾病を有する

## 労働者への支援について」

森 晃爾

産業医科大学 副学長

私は産業保健の分野からお話をさせていただくのですが、正直に申しまして、これまでがん患者の就労の問題が産業保健の側で話題になったことはほとんどありません。学会でもほとんどそのテーマの発表はされていません。つまり調査もあまりされていないという状況です。

産業保健の場、つまり企業の場にそういう課題がないのかというと、実はそうではないはずです。おそらく産業保健というわれわれの分野の限界を露呈しているテーマではないかと思っています。今回はがんという病気と職業という問題ですが、先ほど山口先生も言われていたように、どちらから見るか、医療者側から見るのか、企業側から見るのかで、違うものが見えてきます。私は11年間専属産業医をやり、嘱託産業医を含めるとトータルで約20年産業医をやっているわけですが、とくに専属産業医をやっていた当時に従業員にがんにかかった人がいなかったかと言うと、絶対

にそういうことはあり得ないわけで、かなりの方ががんになり、もちろん亡くなった方もかなりいらっしゃると思いますし、なんとか乗り切った方もいらっしゃいます。

ただその時にそれ自体が問題になったかと言うと、実はそれなりのケアができて必要な時には働いていただき、必要な時には休んでいたというような事例がほとんどです。多くの専属産業医にインタビューをしてみますと、そのような答をします。つまりそれは何を意味するかと申しますと、産業医とくに専門の産業医がカバーをしている事業場が大手企業に限られているということですが、この問題は結局、病気という健康状態をどのように就業条件とか就業配慮に翻訳するかという問題と、安心して休めるという制度的問題の2つが両立すると比較的うまく行くものだと思います。それがどちらかでも欠けるとうまく行かないというのが、先ほど山口先生がおっしゃられた最後の結論に近いもので

病気という健康状態を  
どう就業条件や就労に  
翻訳するか

安心して  
休めるという  
制度的問題

病気（がん）と  
就労の両立支援

す。そういう意味で産業保健がカバーしている範囲が非常に狭いということです。

逆に辞めてしまった後でも、医療の側では辞めてしまったかどうか、仕事をやっているかどうかに関わらず、患者さんをカバーできるのですが、産業医とか産業保健がカバーしている範囲は働いている、雇用関係があることが条件ですから、その方が辞めた後にどうなっていたかは、まったくわからない世界です。

そういう限界がある中で、われわれが問題にしてこなかったということではないかと思えます。そういうことから考えると現実的には十分な検討がされていませんが、この問題に産業保健にどこまで期待できるのかということがあります。私が「期待できるのか」と言うが無責任な言い方ではありますが、そうした考察をさせていただきたいと思えます。その時に、今の産業保健がどういう現状にあり、どのようなテーマを扱っているのかについて少しお話しした上で、3番目に「疾病を有する労働者への支援」の話をしてみたいと思えます。

産業医という仕事自体は、平成8年に労働安全衛生法が改正されて、平成10年から産業医をするためには最低50時間の研修を受けて初めて産業医として選任されるという選任要件が定められました。そういう産業医がすでに7万人以上日本にはいるわけですが、どこまでその先生方が機能しているかはよくわか

りません。ただ最近の大企業を見ると、連結決算を起因として、これまでは企業単位で、または事業場単位で産業保健をやっていたものを、企業グループですべてケアをしていくという産業保健チームがかなり出てきています。

それから千人以上の従業員がいる事業場では専属産業医が必要、50人以上の従業員がいる事業場では嘱託産業医が必要だということになっていきます。それが、本社がかなり小さくなってくると、本社も含めてどこの事業場にも千人の従業員がいない大手会社というのがかなり増えています。ただ後で触れますメンタルヘルスの問題をきっかけに、たとえば5人の事業場でも正規の従業員がうつになれ

## 疾病と就労の両立支援が産業保健の側で話題になってこなかった理由

### カバーしている範囲の狭さ

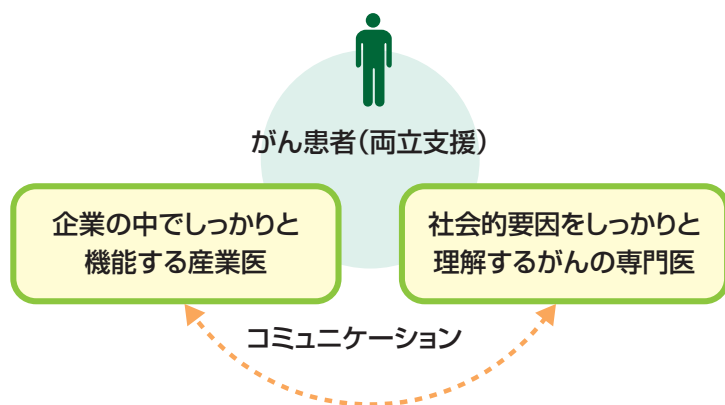
- 専門の産業医の関与が大手企業に限られている
- 中小規模の事業場では産業医の選任率が7割を切る
- 会社を辞めた後は追えない（雇用関係が前提ゆえ）

ば、会社は同じようなリスクを背負いますので、会社に所属する1名の専属の産業医を雇って、千人以上の従業員がいなくても、分散事業場を含めてカバーさせるといふケースが、大手企業ではかなり出てきています。つまり法律に関わらず専属産業医を選任するという状況になっていきます。

ところが中小規模の事業場はどうかと言いますと、ここには大きな格差があります。たとえば国が行なっている産業医の選任率の調査でも50〜100人の従業員の事業場は、法的義務があるにもかかわらず産業医の選任率が7割を切っているという状況にあります。そうしたサイズの企業と、さらにそれ以下の企業が非常に多いことを考えると、実際に産業保健が、そして専門的なトレーニングを受けた産業医がカバーしている範囲は、日本全体で見ると非常に小さいのだということになります。

メンタルヘルスの場合でも、われわれの間で常に議論になっていたのが、産業医と臨床医の間のコミュニケーションがうまくいかないということでした。これは今回の問題でもおそらく多くあります。企業の中でしっかりと機能する産業医と、社会的要因をしっかりと理解するがんの専門医が両方いれば、おそらくこのコミュニケーションはうまくいきます。あるがん患者さんをはさんで両方ともにそうした人材がそろおうというのが、確率的に非常に低いという問題があります。したがっ

## 産業医と臨床医の連携



て、できないわけではないのではなく、そうした人材がそろっていないということが大きな要因ではないかと思えます。

昔はどちらかというところ東京本社においては診療所があり治療も含めて診療を行なう、工場においては有害物があり、有害要因に対して対策を立てていくという非常にかけ離れた2つのことを産業保健という名のもとにやってきました。それが最近の産業保健活動は、職場環境の改善もあります、一方でメンタルヘルスの問題とか過重労働の問題が非常にクローズアップされていて、こういうも

のをわれわれは心理社会的健康障害要因と呼んでいるのですが、そういう面での仕事があるの事業所でも、業種に関らず中心になって、時間を非常にとられています。そういうことへの対応を臨床的要素から考えてみますと、臨床的要素を診断治療的要素ということからみると、産業医の関わる臨床的要素は非常に減ってきています。

ところが以前のように職場環境をどうしようか、あるいは集団をどうしようということではなく、メンタルヘルスの問題をどう扱うか、つまり発生した事例をどう扱うかということとか、長時間労働者に必ず面接して、その人にどのようなアドバイスをするか、または職場にどのようなフィードバックをしようかといった、個別対応ということを臨床的要素と考えると、産業医の機能としては、その部分は非常に厚くなっているということが言えると思えます。

そういう現状が産業医の、あるいは産業保健の現状ですが、その状況を疾病を有する労働者への支援という、本日の大きなテーマに交差させてみますと、われわれは産業医として就業配慮をやる、つまり何らかの疾病あるいはリスクを持った方に就業配慮をする時に、非常に困るのは、これはあくまでリスクに過ぎないので、どこまで制限すべきかという判断を常にしなければいけないという点です。どこかで話し合い、納得感を得るかたちで「エイ、ヤッ」とやる場合が多いです。そ

の時に、たとえば慢性疾患のような、制限がその人の職業人生に比較的大きな影響があるような疾患の場合は、制限をし過ぎないようにすることがとても重要な場合があります。一方で、母性健康管理のような、つまり一定期間、または周りに納得感があるような状況において就業配慮をする時には、できるだけ安全サイドに立った就業配慮を意見として出すことが、産業医としては多いと思えます。どうもがん患者の場合はその間にあるような感じがします。ただその部分のスタンスをどうしていくべきかという議論がまだざれておりません。

それから疾病を有する労働者への支援ということでは、支援状況に与える要因として、制度的要因、共感的要因、業務的要因の3つがあると思えます。

制度的要因としては、やはり復職支援というプログラムがこの病気の場合非常に重要なのですが、メンタルヘルス対策をきつかけとして、とくに「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」が厚生労働省から依頼、多くの企業でメンタルヘルスを中心に、職場に戻ってくる時にどういう手順を踏み、または情報を集めて就業配慮に結びつけていくかという制度がかなり整ってきています。これはとてもこの問題を考える時に有利なことだと思います。

もうひとつは、一度に戻れない方が非常に多くなっている中で、リハビリ出勤制度



があります。職場に戻るといことは「労働する」ということですが、これは会社によって制度上違いますが、「労働しない」ことを前提の制度も含めて、リハビリ出勤という制度を制度上設ける企業も増えていきます。これも支援状況にはプラスに働きます。

ところが一方でメンタルヘルスの問題は、もう一度再燃する可能性が非常に高い。先ほど言われた長期休職制度が私企業にはほとんどないということと少し違う感想を持っているのですが、大手企業の場合、けっこう休職制度は長いものがあります。私を知る範囲の産業医がいるところでは1・5年から、長いものでは4年というところもあります。その範囲内で、何度か休む場合に、休職期間をどのように延長するか、つまり通算するかということが問題になります。これまでは1ヵ月間、普通に働ければ、次に休んでも、一度休職期間はリセットされるとい制度が多かったようです。これがメンタルヘルスに当てはめると何度も何度も休み、そのたびに休職期間がリセットされるといことが非常に大きな問題になっていて、今は同一疾患に対してリセットをする条件が厳しくなっていく方向にあります。これはがん患者の就労支援ということに当てはめた場合、支援制度上、不利な方向に働く問題ではないかと思えます。

それから共感的要因というのは、先ほど職場の理解が得られるか、得られないかということが話に出ていましたが、病気という種類

からしますと、少なくともメンタルヘルスの問題よりもがんの問題のほうが共感的理解は得られやすいわけです。ただ翻訳がきちんとされていないと、その方に働いてもらって、もし本人に何かあったらどうなるのだろうかということ、過剰に考える方が出てきます。そういう意味で結果的に辞めるとい話が出てきてくるのかもしれない。

## 疾病を有する労働者への支援

### 制度的要因

- ・復職支援プログラム **+** プラス
- ・リハビリ出勤 **+** プラス
- ・休職制度の要件の締め付け **-** マイナス

### 共感的要因

- ・職場の理解 **+** プラス

### 業務的要因

- ・休んだり、出てきたりが困る  
→ 中小企業で特に厳しい **-** マイナス

業務的要因というのは、当たり前のお話ですが、今の日本企業はどこでも非常に人員が限られていますので、「いちばん困るのは、正直に言って、休んだり、出てきたり」ということを繰り返す方です」ということをみなさんははっきりと言われます。がんという病気の特徴からすると、ここはいちばん大きな課題なのだろうというように思っています。

そういうことでもがん患者の就労を産業保健の立場から見ると、大企業の場合は、きちんと手順を持ってやっていけば比較的うまくいくのではないかと思います。ところが中小企業の場合はそうではありません。とくに小規模企業のメンタルヘルスの調査をやったことがあります。社長があるところまでは非常に家族に対応するのですが、抱えきれなくなると、そこからは「辞めてもらう」ということが実際にしばしば発生しているわけです。そういうようなところに産業保健というサービスが、ほとんど手が回っていないことを考えると、この部分は産業保健にまず期待ができないところではないかと思えます。

さらに今は非正規労働者が非常に増えていきます。非正規労働者に対していうところまで考えると、産業保健がなんとかできる、期待を持てるという範囲が非常に限られてきます。この非正規労働者の問題はたぶんこのがん患者の就業という問題でも非常に大きな課題になってくるのではないかと考えます。

# 「がん等勤労者の罹患率の高い疾病の治療と職業の両立支援に係る社会的効用とコストパフォーマンス測定について」

下妻 晃二郎

立命館大学

総合理工学院

生命科学部

教授

私の話は、抗がん剤を中心としたヘルステクノロジーアセスメント、すなわち医療技術評価を行い、そこから得られたエビデンスを診療ガイドライン作りに生かした経験などから、研究方法論についてお話しします。効用の評価とコストパフォーマンスの測定法についてお話します。

今回の研究の一つの目的は、皆様方がお話しされたように、身体的・心理的・社会的実態調査の結果を産業医と医療ソーシャルワーカー（MSW）に有効に活用してもらえようにするかどうかだと思います。医療資源に限られた時代において、どのようなコストパフォーマンス測定が職場復帰の助けになるか、どのような医療資源の配分が必要であるか、という視点から研究デザイン作りに関らせていただいております。

従って、本日は、「効用」の意味と測定法、そして「がん等勤労者の罹患率の高い疾病の

治療と職業の両立支援」に関わるコストパフォーマンス測定法という、テクニク的なお話を少しさせていただきます。

まず「効用」(utility)です。経済学を正しく学んだわけではないので間違ったら申し訳ないのですが、効用というものは、「消費者が財やサービスを消費することによって得る主観的な満足の度合い」(大辞泉)と云われています。私が医療の技術評価研究の中で、どうしてこういう世界に入ったかと申しますと、抗がん剤の治療をやっている、患者さんが非常に副作用に苦しんでいる中で、癌治療学会とか臨床腫瘍学会ではカプランマイヤーのカーブのオンパレードで、それ以外は何も考えない、という現状、つまり多くの医師はアウトカム指標として生存期間のみしか考えていなかったのです。実際にそれに汲々としなければならぬほどがんの治療が厳しい状況にありました。これはどこかで立花隆さんもお話をされていましたが、私が医師になっ

た1981年頃は、21世紀までががんを克服できる治療法ができると思っていました。実際には非常に手ごわいのです。

したがって医師が生存期間を気にするのは職業として当然ですが、先ほどからお話がありましたように、患者さんや一般の方の視点に立てば、健康および生活アウトカムが非常に重要なのだということに、患者会の活動を通じて気づきました。よく考えてみたら、そういうものをしっかりと評価してエビデンスを出している研究者がいらないということに気づき、私がやることにしました。

さらに最近では、生存期間とQOLを掛け合わせたもの、必ずしも掛け算ではないと思いますが、両方を加味したアウトカムを改善するの、どれくらいのコストが社会的にかかっているのか、ということを評価する医療経済評価に私の研究の中心は移っています。医療経済評価の中では、「QOLに関する価値観や選好の度合」というものを、「効用値」



という指標で測ることが、実は長年にわたってされてきています。

「効用」は「QOL」より nearly equal と言われています。医療経済の先生方には、効果はQOLそのものであるという方がいらっしゃると思いますが、医療現場の視点では少し違うのではないかと思います。いずれにせよ、個人の効用をまず評価しなければいけないということですね。厚生経済学では、「個人の効用の合計が社会の効用になる」と仮に考えています。実際には皆さんご存じのように、個人の効用と社会の効用とは当然異なることも多いのですが、一応個人の効用の合計が社会の効用を構成するという前提のもとに、費用対効用、費用対効用の測定をするテクニックがあるということを紹介いたします。

効用値の測定法ですが、簡単に言えば「想定できる最低の健康状態あるいは死を〇〇、想定できる最高の健康状態を『1』とします。その場合にたとえば乳癌術後患者さんの効用値は0・8である、というように使います。臨床家から見たらけっこう粗い評価をします。身体面、心理面、社会面という少なくとも3つや、それに機能面などを加えた多要素で構成されるQOLなのですが、無理矢理一つの尺度に押し込めたやり方です。なぜそうするかと言いますと、生存期間、効用値(QOL)、コストを組み合わせた統合指標(代例:費用効用比 Cost/Quality-Adjusted Life Year [QALY])を、医療経済学や医

## Quality-Adjusted Life Year (QALY)

### 質で調整した生存年

ここでは、質  $\div$  QOL  $\div$  効用値

■費用効用比では、「効用」の一つの単位として「QALY」が用いられている



療管理学において、医療資源配分の指標として用いたためです

日本ではなかなか社会的にしっかりと費用調査そのものはありません。幸い乳癌では臨床試験の中などで評価されデータが積み重ねられつつありますが、他のがん種では私の知る限りそれほど調査がされていないと思います。そこで今回の研究では、実態調査をするだけでも意味がありますが、最終的には、最初に行う横断研究に引き続き経時的に調査を行うことにより、就労復帰を予測する式(最初に研究計画を作られた先生方はクリニカルスコア、と名付けておられます)を作りたいと思っています。それでハイリスク、アットリスクの患者さんをまず選び出す作業をし

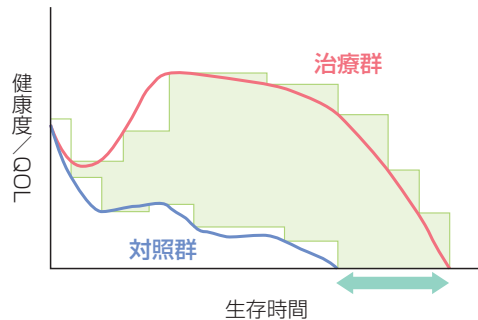
す。次に、アットリスクの患者さんにMSWの方や産業医が集中的に関わる効率のいい介入プログラムを作成し、その費用対効果、費用対効用を見たらどうかという提案をさせていただいています。

研究期間的に無理があるようでしたら、最初の計画のように経時的調査を省略していきなり介入調査もありうるかとも思うのですが、その場合は、後づけ解析にはなりますが、ハイリスクであった方とそうでない方とで、どのくらい費用対効果が異なるのか、というような見方をするかもしれません。

費用対効果は、実際には費用効用比あるいは増分費用効用比で見ます。増分費用効用比というのは、臨床試験などで見る場合には、対照群あるいは標準治療群と較べて、治療群で生存期間を完全なQOLでの1年間(1QALY)を延ばすためにいくらかかかるかということです。1QALYの延長にどのくらいのお金をかけることが社会的に許されるかということは、国によって異なるはずですが、ある程度のコンセンサスが出ています。Willingness to pay (WTP) (支払意思)という指標の調査を行って、カナダ、アメリカ、イギリスなどでは日本円に直して、約500万〜800万円というところが合意されています。日本の調査でも、私の共同研究者が同じような数値を出しています。限界のあるインターネット調査ではありますが、日本でもアジアの国々でもだいたい欧米とそう変わら

## 効用値は生存期間やコストと組み合わせて使うことが多い

### QALY の概念モデル



#### ●費用効用比

Cost-Utility Ratio : **CUR**

■ Cost / QALY

= 1 QALY 生存するためにかかる費用

#### ●増分費用効用比

Incremental Cost-Utility Ratio : **ICUR**

■ Incremental Cost / QALY

= 「対照群」と比べて「治療群」で生存期間を 1 QALY 延長するためにかかる費用

### QALY League Table - 治療間比較

	Cost/QALY (£ Aug 1990)
コレステロール検査と食事療法 (40-69才)	220
頭部外傷に対する脳神経外科的治療	240
GPIによる禁煙指導	270
クモ膜下出血に対する脳神経外科的治療	490
脳卒中予防のための高血圧治療 (45-64才)	940
ペースメーカー装着	1,100
股関節人工骨頭置換手術	1,180
大動脈狭窄症に対する弁置換手術	1,140
コレステロール検査と治療	1,480
冠動脈バイパス手術 (左主幹部病変、重度の狭心症)	2,090
腎臓移植	4,710
乳がんスクリーニング	5,780
心臓移植	7,840
コレステロール検査と段階的治療 (25-39才)	14,150
家庭での血液透析	17,260
冠動脈バイパス手術 (1枝病変、軽度の狭心症)	18,830
腹膜透析	19,870
病院での血液透析	21,970
透析患者の貧血に対するエリスロポエチン療法 (死亡率10%減少と仮定)	54,380
悪性脳腫瘍に対する脳神経外科的治療	107,780
透析患者の貧血に対するエリスロポエチン療法 (死亡率減少なしと仮定)	126,290

Maynard (1991)

ない値が出ています。そういうようなものを一つの指標として、わが国のMSWあるいは産業医による介入プログラムがどのような費用対効果、費用対効用を示すか、がこの研究でわかればいいと思っています。

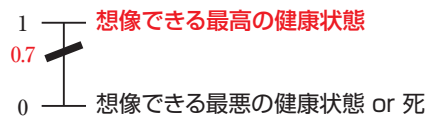
Quality - Adjusted Life Year (QALY) という考え方をもう少し詳しく説明しますと、生存年 x QOL あるいは効用値、というもので、たとえば効用値が 0.4 であれば、0.4 QALY、という単位で考えます。QALY の概念モデルとしては、生存時

間だけでしたら、対照群と治療群の差は生存期間だけを見ていたのですが、もし健康度や QOL が測れるとしたら、スライドにあるような面積で差を見ることができるといのが概念モデルです。

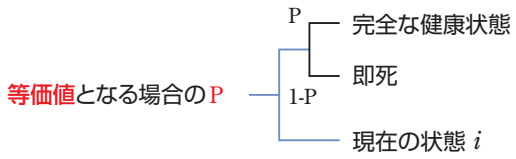
実際の臨床研究等でも応用されています。ここでは他の研究者のデータですが、単純に生存期間の差と実際の Cost / QALY でやった場合ではお勧めの治療法の優先順位が変わってくることもあり得るといデータも出ています。

効用値測定の3つの方法（直接測定法）

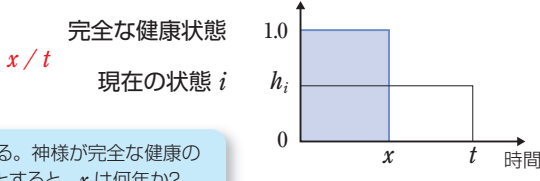
評点尺度法 (RS)



基準的賭け法 (SG)



時間得失法 (TTO)



$i$  で  $t$  年生かるとする。神様が完全な健康の  $x$  年と交換してくれるとすると、 $x$  は何年か？

EQ-5D による効用値の測定（間接測定法）

「移動の程度」、「身の回りの管理」、「ふだんの生活」、「痛み・不快感」、「不安・ふさぎこみ」の5項目に答えることにより、対応するTTOの値が算出できるようになっている。

■ EQ-5Dの他に、Health Utility Index (HUI) も世界的に良く用いられる。

以下のそれぞれの項目の一つの欄角に印をつけて、あなた自身の今日の健康状態を最も良く表している記述を選んで下さい。

**移動の程度**

私は歩き回るのに問題はない

私は歩き回るのにいくらか問題がある

私はベッド（床）に寝たきりである

**身の回りの管理**

私は身の回りの管理に問題はない

私は洗面や着替えを自分でするのにいくらか問題がある

私は洗面や着替えを自分でできない

**ふだんの活動（例：仕事、勉強、家族・余暇活動）**

私はふだんの活動を行うのに問題はない

私はふだんの活動を行うのにいくらか問題がある

私はふだんの活動を行うことができない

**痛み／不快感**

私は痛みや不快感はない

私は中程度の痛みや不快感がある

私はひどい痛みや不快感がある

**不安／ふさぎ込み**

私は不安でもふさぎ込んでいない

私は中程度に不安あるいはふさぎ込んでいる

私はひどく不安あるいはふさぎ込んでいる

EuroQoL Instrument  
(次のページにお読みください)

英国では、NICEという政府関連機関の組織があり、医薬品や医療機器の費用対効果・費用対効用の評価を行うとともに、それらが公的資金による償還に値するかについてのガイドランスを出しています。ここではQUALYに関するLeague Tableというものを作っています。実際の公的資金による償還にOKを出すかどうかは、主にこの値と実際に罹患している方の人数を掛けて考えます。単にこれだけではありませんが、このようなエビデンスを出して国民に説明をして医療政策を決

ています。日本でもこれからこういうような考え方がでてこないといけないでしょう。20年前に医療崩壊した英国がせっかくなのでテクニクを考えてやってきているのですから、参考にしない手はないだろうと思います。そのまま導入は全くできないと思いますが、今は、適正なvalue based pricingというものの日本版としてどういものができているのかを考えています。

効用値の測定について、本日はこれ以上詳しく説明しませんが、オリジナルとしては

評点尺度法 (Rating scale: RS)、基準的賭け法 (Standard Gamble: SG)、時間得失法 (Time Trade-Off: TTO) という3つの方法があります。なかなかこの方法を実際に患者さんにやることは難しいので、タイムボードなどを使ったり工夫されてきましたが、それでもやはり難しいので、実際にはEQ-5D (EuroQoL-5Dimension: 「移動の程度」、「身の回りの管理」、「ふだんの生活」、「痛み・不快感」、「不安・ふさぎこみ」の5項目に答えることにより、対応するTTOの値が算出で

## EQ-5D の回答の効用値への換算表 (Tariff)

表3 日本語版EQ-5Dの効用値換算表

5項目法	効用値	5項目法	効用値	5項目法	効用値	5項目法	効用値	5項目法	効用値
11111	1.000	12223	0.558	21112	0.711	22231	0.482	31113	0.318
11112	0.786	12231	0.557	21113	0.661	22232	0.419	31121	0.350
11113	0.736	12232	0.494	21121	0.693	22233	0.370	31122	0.287
11121	0.768	12233	0.444	21122	0.631	22311	0.587	31123	0.237
11122	0.705	12311	0.661	21123	0.581	22312	0.524	31131	0.236
11123	0.656	12312	0.599	21131	0.580	22313	0.474	31132	0.173
11131	0.654	12313	0.549	21132	0.517	22321	0.506	31133	0.124
11132	0.592	12321	0.581	21133	0.467	22322	0.444	31211	0.386
11133	0.542	12322	0.518	21211	0.730	22323	0.394	31212	0.323
11211	0.804	12323	0.469	21212	0.667	22331	0.393	31213	0.274
11212	0.742	12331	0.467	21213	0.617	22332	0.330	31221	0.306
11213	0.692	12332	0.405	21221	0.649	22333	0.290	31222	0.243
11221	0.724	12333	0.355	21222	0.587	23111	0.672	31223	0.193
11222	0.661	13111	0.747	21223	0.537	23112	0.609	31231	0.192
11223	0.612	13112	0.684	21231	0.536	23113	0.560	31232	0.129
11231	0.610	13113	0.634	21232	0.473	23121	0.592	31233	0.080
11232	0.548	13121	0.666	21233	0.423	23122	0.529	31311	0.297
11233	0.498	13122	0.604	21311	0.640	23123	0.479	31312	0.234
11311	0.715	13123	0.554	21312	0.578	23131	0.478	31313	0.184
11312	0.652	13131	0.553	21313	0.528	23132	0.415	31321	0.216
11313	0.603	13132	0.490	21321	0.560	23133	0.366	31322	0.154
11321	0.635	13133	0.440	21322	0.497	23211	0.628	31323	0.104
11322	0.572	13211	0.703	21323	0.448	23212	0.565	31331	0.103
11323	0.522	13212	0.640	21331	0.446	23213	0.516	31332	0.040
11331	0.521	13213	0.590	21332	0.384	23221	0.548	31333	-0.010
11332	0.458	13221	0.622	21333	0.334	23222	0.485	32111	0.376
11333	0.409	13222	0.560	22111	0.720	23223	0.435	32112	0.314
12111	0.795	13223	0.510	22112	0.657	23231	0.434	32113	0.264
12112	0.732	13231	0.509	22113	0.608	23232	0.371	32121	0.296
12113	0.682	13232	0.446	22121	0.640	23233	0.322	32122	0.233
12121	0.714	13233	0.396	22122	0.577	23311	0.539	32123	0.184
12122	0.652	13311	0.614	22123	0.527	23312	0.476	32131	0.182
12123	0.602	13312	0.551	22131	0.526	23313	0.426	32132	0.129
12131	0.601	13313	0.501	22132	0.463	23321	0.459	32133	0.070
12132	0.538	13321	0.533	22133	0.414	23322	0.396	32211	0.332
12133	0.488	13322	0.470	22211	0.676	23323	0.346	32212	0.270
12211	0.751	13323	0.421	22212	0.613	23331	0.345	32213	0.220
12212	0.688	13331	0.419	22213	0.564	23332	0.282	32221	0.252
12213	0.638	13332	0.357	22221	0.596	23333	0.232	32222	0.189
12221	0.670	13333	0.307	22222	0.533	31111	0.430	32223	0.140
12222	0.608	21111	0.774	22223	0.483	31112	0.367	32231	0.138

注) 持続期間10年の時間得失法に基づいて作成

池上直己、下妻晃二郎 他：臨床のためのQOL  
評価ハンドブック、医学書院、2001. p16

きるようになってい(る) というようなものを使います。一見プロフィール型のQOL尺度のように見えて、効用値へ変換できる換算表が開発されています。英国と日本でこの換算表があります。今回の研究でもこれを使わせていただけたらと思っています。

実際にあるセミナーでシナリオを提示して行った結果ですがSGという西洋が好む方法だけ少し値がはずれていますが、他のRS、TTO、EQ-5Dは同じような信頼性の高い値が出ています。こういう方法を今回も使わせていただければ、何かお役にたてるデータが出るのではないかとと思っています。

次にコストパフォーマンスのお話です。医療経済評価はまず、どのような視点で評価するかが大事なのですが、一般的には社会全体の視点での評価が最も望ましいと考えられています(スライド「医療経済評価・分析の視点」参照)。実はこの視点が医師に一番欠けがちだと私自身の反省も含めて思っています。現場が良ければそれですべて良い、という時代では今や全くないだろうと思えます。

そこで費用の計算です。基本的には費用の種類は、直接費用と間接費用に分かれます。直接費用というのは何らかの形で直接患者さま

### 医療経済評価・分析の視点

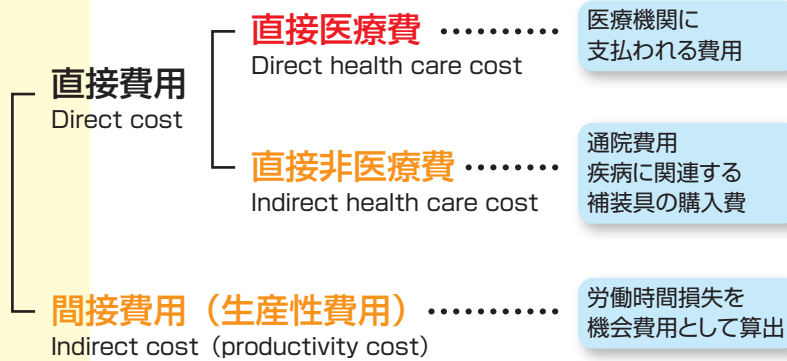
— 「視点」をまず明らかにして議論を行うことが重要 —

視点	目的	費用の範囲
国民・患者・家族	・ 個々の国民・患者・家族の臨床判断	・ 国民・患者・家族が負担する医療・ヘルスケア関連費用 (自己負担、OTC*、介護、健康増進・予防などを含む)
医療機関	・ 患者の代理としての個別臨床判断 ・ 医療機関経営における意思決定	・ 医療機関内の費用 ・ 他の医療機関での費用、保険システムの費用は含まれない
支払い者	・ 保険償還の決定、価格決定の参考	・ 保険システム内の費用
社会全体 (最も望ましい)	・ 社会的な医療政策の決定 ・ 理想的な医療システムの構築	・ すべての経済的費用が含まれる

\*Over the counter drug：医師の処方箋なしで購入できる医薬品



### 収集する費用の内訳と収集方法



■ 病院からレセプト（紙媒体、電子媒体）を回収

■ 患者へのアンケート調査により情報収集

んが支払っている費用です。その中には直接医療費と直接非医療費があります。直接医療費は日本の場合、実際の費用が病院から得られないことが多いので仕方なくレセプトから計算します。直接非医療費は、たとえば乳糖で言いますと、補整具であるとか、サプリメント、健康食品などに使っている費用、交通

### 分析法の種類

- ① 費用最小化分析  
cost-minimization analysis : CMA
- ② 費用効果分析  
cost-effectiveness analysis : CEA
- ③ 費用効用分析  
cost-utility analysis : CUA
- ④ 費用便益分析  
cost-benefit analysis : CBA

費などです。間接費用は、直接は払っていませんが今回の研究テーマに非常に関係していると思えますが、損失費用です。労働損失など機会費用です。仕事ができなくなったための費用とか、ご主人に送り迎えしてもらったためにご主人から得られたはずの収入が失われたというような費用です。これらをトータル

ルに評価しないと社会的には意味がないということですが。

われわれはある臨床試験グループで、こういう費用を算出する方法のノウハウを蓄積していますので、お役に立てることがあるのではないかと思っています。

費用分析法の種類としては、費用最小化分析、費用効果分析、費用効用分析、費用便益分析などがあります。費用最小化分析というのは、同じ効果であれば安いほうがいいという当たり前の話です。これはなかなか医療では使えないやり方です。費用効果分析と費用効用分析を使うことが多いです。費用効果分析は1単位の効果の指標を決めてやるということで、必ずしも先ほどのような生存期間でやるとか、QOLに規定する必要はなく、検査値などに意味を持たせてもいいということです。費用効果分析の内の一つのかたちとしてQOL x 生存期間というもので求めた費用効用分析が今回は使えないかと思っています。



Discuss

# がんの治療と職業の 両立支援に向けて

(発言順)

産業医科大学副学長 森 晃爾

東洋大学経済学部総合政策学科教授 今村 肇

静岡県立静岡がんセンター総長 山口 建

立命館大学総合理工学院生命科学部教授 下妻 晃二郎

(以下、独立行政法人労働者健康福祉機構より)

理事長 伊藤 庄平

東京労災病院院長 野村 和弘

総括研究ディレクター 関原 久彦

特任研究ディレクター 嶋田 紘

東京労災病院両立支援・がん分野主任研究者 門山 茂

司会  
進行

医療事業部勤労者医療課長 吉谷 真治



●吉谷 真治(司会) それではディスカッションに入りたいと思います。小テーマを挙げさせていただきます。

(1) 非正規労働者の増加や家族、会社の社会保障機能の低下といった社会の変容が、臨床の現場や産業保健の現場にどのような影響を与えているか。  
(2) がん治療の現状(医療技術の進歩等)と、治療と職業の両立

支援のための課題について

(3) 両立支援のあり方、具体的な方策について

(4) がんの治療と職業の両立支援に係る費用対効果と測定法について

(5) 今後の研究の方向性(機構に期待すること)について  
この5つについて先生方からお話をいただければと思います。

## 非正規労働者への対応 — 大企業の人事構成も限界状況

それでは1番目の「非正規労働者の増加や家族、会社の社会保障機能の低下といった社会の変容が、臨床の現場や産業保健の現場にどのような影響を与えているか」ですが、先ほどの森先生のお話の中でも少し出ていたように思いますが、いかがですか。

●森 晃爾 今回のテーマは、会社側の制度でどのくらいカバーできるのかということと、一般の社会資源がどうケアできるかという組み合わせの問題だと思えます

が、やはり非正規労働者というのは会社の制度によるカバーを受けられる範囲が非常に限られています。実際にメンタルヘルスの問題であっても他の疾患の問題であっても、企業でできることは、制度が定められて労働契約や就業規則の中にあるという条件において何ができるかということです。それ以上のことは企業ではできないし、産業医ももちろんできないという状況にありますので、その条件が整っていない場合は、ほとんどそこから先へは進めません。

産業医側とか産業看護職側からすると、自分たちのサービス対象はできるだけ同じレベルの、同じプログラムを誠実にやりたいと思っているのですが、最近では雇用条件が人によって違い、差を付けなければならぬ状況があります。あなたが受けられるサービスは何、制度は何ということ意識してサービスをしなければいけないということが、よく発生しています。そういう意味で健康な時は問題ないのですが、健康問題を抱えた場合にこの問題は非常に大きな影響があるということで、すでにそういう状態になっているということだと思います。

●吉谷 ありがとうございます。非正規労働者、あるいは中小企業については、会社側のカバーが非常にしづらいということですが、その点についてはどうですか。

●森 例えがメンタルヘルスばかりで恐縮ですが、リワークのプログラムがあります。あのような社会的資源によるプログラムができた時に、その情報をしっかり理解しているのはやはり大企業なのです。そうすると社会資源をせっかく作っているのに、いちばん恵まれている大企業が制度的に使い、そのような情報に対してなかなかアクセスできない中小企業が、その制度を使えていないということ



森 晃爾 (もり・こうじ)

産業医科大学副学長。  
1986年、産業医科大学医学部卒業。1990年、産業医科大学大学院博士課程修了。(財)西日本産業衛生会北九州産業衛生診療所健康管理部長、エクソンモービル(有)医務産業衛生部統括部長、産業医科大学産業医実務研修センター所長等を経て、2005年より現職。  
主研究領域：産業医学、産業医実務教育。

があります。そこでさらに格差が出てくるということが起こっている。その点も医療側から見ると、ぜひ情報提供のような部分に配慮しながらやっていただかないといけないのではないかと思います。

●吉谷 この第1の小テーマについて、先生方から何かご質問、ご意見はありませんか。

●今村 肇 ひとつだけ話させていただけます。大企業が整備されているという話が出ていますが、注意していただきたいのは、大企業というのは、今は当然株式会社とか営利企業を考えていると思

ますが、そういう企業で、グローバルな競争の中で勝ち残っていくためにどういうことが起こっているかということもちゃんと考えなければいけないと思います。整備されている中でも過労死をはじめ、いろいろな勤労状況が問題になっていきます。企業の持っている目的に対して、こういう疾病患者がコスト負担になっていると意識されている現状があれば、当然それは排除されていくのです。

先ほどの山口先生のご報告にあったように、ちゃんと投資をすれば、それが元をとって返ってくるのだという発想を、大企業においてもきちんと理解されていないと、完全な疾病患者の就労環境の



今村 肇 (いまむら・はじめ)

東洋大学経済学部総合政策学科 教授。同大学院経済学研究科経済学専攻 主任。1920年、慶応義塾大学経済学部卒業。1981年、医学博士号(東京大学)取得。1927年、同大学院商学研究科博士課程(計量経済学専攻)単位取得退学。東洋大学経済学部専任講師、同助教授を経て、1995年より現職。

研究領域：社会経済システム設計における社会的経済・社会関係資本の貢献に関する日欧比較研究、各国の社会経済におけるソーシャル・キャピタル形成と組織のガバナンスの国際比較研究。



救済にはならないと思います。大企業においても問題があるということを考えなければいけないし、それが日本における就労の中のかりの割合を占めているということとは間違いないところですから、そこは注意していただきたいと思っています。

●伊藤 庄平 非正規労働者の労働と病気との両立という問題はもちろんあるのですが、同時に非正規労働者を入れて、コアの人材は、長期雇用、終身雇用と考える労働構成、人事構成というものがかなりギリギリに絞られている中で、その長期雇用、終身雇用になっている人の治療と仕事の両立にしても、企業にとっては相当ギリギリの状態です。判断することになります。ある意味ではその人の持つ人材としての価値と治療の兼ねあいで、治療がどのくらいの重みを持ち、人材としての価値をまったく喪失させないで維持する、仕事も大事な時には化学療法も医師が加減することができると言ってくれるということが必要かと思えます。企業の労働構成、人事構成がタイトになっている中で、この

人を残しても大丈夫ですと言うためには、人材としての質もありますが、こういう治療体系であればこの人を残せると企業が判断できるような情報提供をどこまでできるか、ということのかねあひもあると思います。

●山口 建 今ここで話されているのは正規にお勤めされている方と限られているようですが、非正規の場合はパートの女性がかかなり大きな影響を受けています。なぜかと申しますと、女性の代表的ながんである乳がん、子宮がんというのはピークが40・50代にきます。企業で正規労働者として働いている男性の病気である胃がん、肺がん等々はだいたい60代以降です。したがって女性に問題が非常に起きやすくなります。とくにパート女性に問題が大きくなるということです。現在の経済不況によって一般の非正規労働者に問題が起きているということは、がん患者の雇用に非常に大きな影響が及んでいるのではないかと現場では感じています。

それから病院に相談に来られる方が企業ですと労務の担当です。



山口 建 (やまぐち・けん)

静岡県立静岡がんセンター 総長・研究所長。静岡県理事も務める。1974年、慶應義塾大学医学部卒業。国立がんセンター研究所内分泌部長、同研究所細胞増殖因子研究部長、同研究所副所長を経て、2002年より現職。この間、宮内庁御用掛も務める。研究領域：乳がん治療、腫瘍マーカー、がんの社会学。

人事の担当と労務の担当は考え方がまったく違います。医師として対応するのはほとんどが労務担当者です。労務担当者には犠牲もやむなしという視点があります。大企業でも、厳しいことをいう方がいらつしゃいます。企業の考え方も含めて視野に入れておかないと、両立支援という問題はなかなか取り組みにくいだろうという気がしています。

3点目に1つだけデータを申し上げます。NHKのアンケートで、「がんと診断されたときに仕事について誰に相談しましたか」という設問に対して、やはり企業には話しにくいのでしよう、「主治医」「病院」というところが非常に多

く、「産業医」という項目も設けているのですが、たった1・8%しかありませんでした。「会社の上司・同僚」には36・5%の方が相談をしているというデータがあります。

●下妻 晃二郎 今のことに関連して気づいたことですが、医療経済評価のところ、社会的立場から見るのは大事だという話をしましたが、大事だという話をしましたが、企業側にとってのインセンティブという視点からも医療経済評価で見ないといけないのではないかと思いました。

## 医療サイドの課題 — 個人情報保護法の考え方



下妻 晃二郎 (しもづま・こうじろう)

立命館大学 総合理工学院 生命科学部 教授。  
1981年、山口大学医学部卒業。1985年、大阪大学大学院医学研究科博士課程修了。川崎医科大学外科講師、UCLA公衆衛生院留学、立命館大学理工学部教授等を経て、2009年より現職。  
主研究領域：臨床疫学、臨床腫瘍学、緩和医療学。  
日本乳癌学会乳腺専門医。

●吉谷 ありがとうございます。  
いま山口先生が2つめの小テーマの「(2)がん治療の現状（医療技術の進歩等）」と治療と職業の両立支援のための課題について」という

医療側からの観点にも触れられました。また「(4)がんの治療と職業の両立支援に係る費用対効果と測定法について」も少し入っていますので、どういう課題があるのか、また「(3)両立支援のあり方、具体的方策について」、どういうようなことをしていくのがこの研究の大きなテーマになるのか、何が課

題で、何をやるべきかということについて、ご意見等いただければと思います。

●嶋田 紘 (1)に遡るところもあるのですが、予備調査として30名の産業医の先生、がんの主治医の先生にアンケートをとらせていただきました。産業医の先生はほとんどが「がんの患者さんの復職」について相談を受けたということだと思います。しかし人事管理者、労務管理者とはほとんど相談していないということがあります。

もうひとつ、主治医は相談を受けているのですが、柔軟な労働環境を提供できる産業医の先生とはほとんど相談をしていません。そこでその方たちに「どうしてですか」ということを聞きましたら、ひとつは守秘義務でした。がんの患者さんのことをどこまで、どのように話したらいいのかということとです。また産業医の先生は同じ医師という範疇ですが、衛生委員会とか、新たな復職委員会というものを設けたらどうですかということも聞いたのですが、そうしたところ個人情報をどこまで開示していいかわからないということでした。そうしたところで少し

ネックがあるように感じたのですが、森先生などは個人情報保護と守秘義務ということで、どのような扱いをされているのか少し教えていただけないでしょうか。

●森 最近復職の制度が整ってきたという話がありました。多くの場合、適切な方法はやはり産業医が中心となるよりは、人事労務が中心となって産業医がそこに与し、職場を含めて意見を出し合って最終的に事業者が判断をす

るという流れです。その中でどこまで個人情報を出せるかということですが、最終的に職場の中に戻った時に、そのことに対して就労配慮をしなければいけない、あるいは安全配慮義務を負うのは事業者のほうなので、どうしたら逆に積極的に必要な情報を出せるかということ産業医は考えたほうがいいと思いますし、多くの産業医はそう考えています。

情報を出せるのは本人の同意があった時です。「守秘義務があるから情報は出せません」とつっぱね、その結果本人に適切な配慮がされないというのが、私は最悪だと思っています。むしろあなたが適切な配慮が受けられるためには、「あなたがきちんと自分の情報を職場に理解してもらうことが大事だから、それでどうでしょうか」という話をして同意を得て、適切に情報を共有して対応していくという流れに産業医がどうやってもっていかれるかということが大切だと思います。

メンタルヘルスの場合、最近はそのやり方が正しいのだろうと思って、話し合う場を持っています。ただこれはあくまで個人の



問題に対して、その人を配慮すべき複数の人間が集まり、情報共有し、その人たちも合わせて、何らかの守秘義務の自覚を持つということ。衛生委員会というような不特定多数の人が入るような場で個人名を挙げて言っただけでは絶対にいけないという線の引き方をしているのが普通です。

●**嶋田** 許可を得るということですね。個人の不利益にならないければどこまで話していいかということ。それからどの範囲にその情報を提供するかというところを、われわれもきちんと明確に制度として考えなければいけないということでしょうか。

●**森** 制度としてどこまでということを示すのは非常にむずかしいと思います。一人ひとりにおいて就労配慮する時に共有しなければいけない範囲というのは、本当は、病名は無しで、「こういう配慮をしてください」と言うだけでできないことありません。ただ先ほど共感的問題で職場の理解を得られるとか、得られないということについて話をされましたが、まっ

たく病気の名前も知らせずに、とにかくあなたはこの人を配慮してやっってくださいと言うのは、おそらく納得感が周りに生まれにくいと思います。やはり本人が自分の病気を周囲に理解してもらおうという気持ちにさせるということが、結果的に配慮されることにつながりますし、そういうことが言えるような職場の雰囲気がないとそれも成り立ちません。そこをどう作っていくかだと思います。

●**野村 和弘** 患者さんの就労支援をしようという時には、患者さんの情報をできるだけ開示できるというような環境を作っておかなければだめです。そうしないと同僚も、あいつは何もしないで遊んでいるじゃないかという話になってしまいます。そういう環境を作るということは、現状ではかなりむずかしいのではないかと思うのですが、それをどう解決していくかはこれからの問題かなと思っていますが、そのへんの工夫ということで何かご意見があればお教えいただきたいと思っています。

●**森** 先ほどソーシャルワーカー

の話も出ましたが、結局、病名だけが先に出ていき誤解されること、病気の場合は非常に多い。これはたぶん、がんもそうですし、メンタルヘルスの問題も、いろいろなものがそうだと思います。やはりきちんと病気という情報や、職場の中でどのような配慮をする必要があるのかということ、理由を含めて翻訳できる人が、職場には誰がいるのだろうかということ

## 「がん」という疾病の特徴を考慮する必要性

とです。そのようなことが、情報の出し手の立場としては非常に重要だと思います。産業界がいるところは産業界でいいでしょうし、保健師さんがいるところは保健師さんでもいいのですが、それでカバーできる範囲が非常に小さければ、社会的資源として、別なものが必要なのではないかと思えます。

●**山口** この研究を進める上で、「がん」という言葉で一括すると絶対に間違えるでしょう。本日ご出席の方も、私も含めて半分はいつかがんになります。それほど多い病気だということです。ただし意外に就労に関して気がつかれていない理由は、男性の60歳以上、退職した後にがんになっているからです。しかしいづれにしても非常に多い病気だということです。

2番目に「がん」はピンキリだと思います。胃がんに絞っても、早期胃がんとステージIVではまっ

たく違う病気です。

3番目ですが、「がん」というのは、実は治ってしまうとほぼ完全に職場復帰できます。まったく健康体に戻る代表的な病気です。

これくらいのことはいささか押しさえてやるべきだと思います。企業の労働担当者の方とお話すると2パターンに分かれます。1つのパターンはがんという病気の特徴を考えていない方です。「診断書に「3ヶ月で職場復帰可」と書かれていれば、100%すぐに働ける」と考える方です。もうひ

とつは、「がんですね。もうだめなのでですね」というパターンです。

もうひとつ重要な点は、たとえばメンタルヘルスがよく例に挙げられますが、かなり大きな違いがあると思います。同列では語れないと思います。やはり先ほど申し上げたように一時乗り切れば元に戻れますから、企業側もたいした理解は要りません。患者さんが、「今日は抗がん剤の点滴があるから休みたい」ということに対応できれば、この両立支援でほとんど役割が果たせるのではないかと思います。

あるいは再発してしまった場合

## 主治医からの情報発信が第一歩

●伊藤 私どももこういう両立支援を一種のシステムと言いますか、事業的なかたちに構築していく、それに向けて研究をしていきます。その際にも山口先生が言われるように、「がん」というものを一括りにして、あらゆるがんをすべて両立させるのだというわけにはいかないと思います。そうい

があります。後ほど問題になるかもしれませんが、先に、一言で申し上げてしまうとがんは治ってしまえばほぼ100%職場に復帰し、治らない場合は、一時、働いても、いずれ5年以内に死亡退職となってしまう可能性が高いのです。そこがメンタルなどとまったく違うところです。治る、治らない、いずれの場合でもそれほど長期化しない病気です。先ほどの医療費の話がちょうどそれに反映されていると思います。そのあたりを踏まえて両立支援を考えるべきだと思います。

う意味では、主治医の方が企業なり、産業医の方に対してある種のがんについて、ある治療計画を立てて、主治医としてはこういう治療計画でこの人に対応していくので、企業の理解さえあれば、両立していけるだろうと提言する。その時に治療計画も含めて企業側の、その人を残していく、がまん

しながらでも能力を活用していくというプラス思考を引き出せるような治療計画として、どのような情報提供をしていけるか。そういう治療計画のあり方と情報化が、まず最初にあるのだと思います。

それから、それを理解し企業側につなぐ人は誰なのかということに次に来ます。そこにはソーシャルワーカーのような人も必要になるかもしれませんが、同時に産業医の方の協力が必要になってくると思います。それ以上になると、病院側の臨床の場の研究の幅を超えてくるのですが、それは人事労務というところが出てくると思います。先ほど先生が言われたように、人事というのはどちらかというと本社で、工場ではない部分でデスクワークをやっている人たちで、こちらのほうが幅があり、労務の方はどちらかというと工場の方です。製造業派遣ではないですが、今の時代、労働力がコスト化されていて、人材としてよりも、ある意味でコストの一部としてとらえている面があるので、このへんをどう理解させていくかということになる、これは企業の人事労務政策に対する希望を、わ

れわれとして述べなければなりません。ただ人事労務政策のほうでも、「がん」に対して配慮するということであれば、人を残せる、能力も活用できるのだというアプローチを始めるためにも、主治医からの治療計画を含めた情報発信をまず整備したいということがあります。

先ほどの乳がんの場合ですと、女性が多い。パートの方もたしかに多い。パートの場合は、派遣などと違って有期雇用の場合が多いと思います。そういう方に対して、一定のがんについて、とくに乳がんの場合のように手術後化学療法なり、放射線治療が残るという場合についての知識が必要でしょう。またそれが企業にとっては、配慮していけば使っていける人材なのですよということ、ある程度広めていくことです。また機構についても病休制度等をきちんと整備して、対応をはかるといった制度的対応を提言して、役所の方で検討してもらおうようにする。そのつなぎを研究成果として世の中に出して、提言をしたいのですが、まず中心は主治医から治療計画を含めてどういう情報提供をしても

らうかだと思いません。すべては出せないでしょう。ただこの人なら企業に残れるし、企業にとつても何も辞めさせなくてもやれる人だし、私の治療計画を信頼してくれば企業に残せますということ

企業に印象づける、そしてプラス思考で両立支援をやってくれそうな形につながる治療計画を持ち、情報発信をしてける形が、まず第一歩と思っております。そのあたりはいかがでしょうか。

## 個人の意識変革のためにも 社会全体への取り組みを

●今村 少し乱暴な言い方ですが、やはり上からの発想で、企業の人事とか政策が変わらなければいけないということをやっている限りは、この問題は解決しないのではないかと感じます。つまり個人の側から、私のプレゼン

それでアリバイができて終わりだということが少なくないことだと思います。つまり誰を救うかということあまり関係ありません。規制の中で自分たち企業が生き残るためには、仕組みを作って、それで終わりという発想が非常に強い。

でも申し上げましたが、自分たちの側からやはり仕組みを作っていくのだという発想を、労働者一人ひとりが持つていくことを何らかのかたちで触発し、サポートしていくという新しい試みが必要なのではないかと思えます。

一方で特定拠出年金の401kの件で調査をした時ですが、中小企業の従業員で、自分で年金の運用を選択するのだと言っても、「そんなのおかしい、第一、退職金はみんな会社がめんどうをみてくれるはずだ」という意識の従業員が多いわけです。

私の2つの経験からです。これは医療ではなく法令遵守、コンプライアンスの問題で調査をしたことがあります。企業のあからさまな態度としては、仕組みを作れば

そういう中で、この治療の問題について、企業の現場の人事労務の意識と個人の意識がそういう状態ではなかなか一人ひとりのきめ

細かいニーズに対応して、働き方を変えていくという仕組みづくりは非常にむずかしい。非常に漠然とした言い方なのですが、個人の中にそういう意識をうまく持っているだけのような教育とか情報提供、あるいは個人の側からそういうサービスにアクセスして、こういうことがあり得るのだというような仕組みづくりのようなものももしかしたら必要だと思えます。そしてそれがまさにデモクラティック アーキテクチャー、民主的仕組み作りなのではないかと思えます。やや乱暴な言い方で申しわけありませんが、発想として申し上げました。

言いますか、そういうものをだいたいお払拭したいということがあります。実際に私が関わっている民間組織では、患者さんの声をビデオで撮り、ウェブで公開しています。がんで始めて、最近では統合失調症もやっています。そういうことができるようになってきた、実際に名前を出す人もかなり増えてきました。そういうようにウェブを通したり、マスクミを通した活動ということが必要でしょう。今言われましたように、会社のほうの意識だけが急に良くなることはないと思います。社会全体が変わるという点が必要だと思えます。こうした点は、提言していけると思えます。

●下妻 いま先生が言われたことと同じようなことを考えています。この研究でできるかどうかわからないのですが、やはり個人の意識を変えるのは、日本はなかなかむずかしい。参加型と叫んでも、参加したくないという人が多い類いの民族なのかと思ったりもします。個人の意識を変えるひとつのいい方法は、マスクミ等をうまく利用したりすることです。実際にいろいろな疾患のステイグマ感と

●山口 私はメンタルヘルスのうち精神科疾患に比べると、がんの両立支援は、はるかにやさしいというのが第一のスタンスです。自身の厚生労働省科学研究班で始めているのは、小さなことなのですが、企業の労務担当者向けのがんの説明書です。先ほど申し上げた「重篤ながん、軽症のがん」とか「種類によって違う」ということはすでに作製にとりかかっています。できればこの研究班と合同





でそういうものを作製させていた  
だき、私どもの配布先は患者さん  
が中心になりますから、こちらの  
班では企業を対象とするなど協力  
できるでしょう。またご相談させ  
ていただこうと思います。

●**嶋田** 抗がん剤を投与している  
場合、その日と次の日くらいは休  
まなければいけない。そうします  
と山口先生が言われたように「出

たり出なかつたり」が長いこと続  
きます。そうなると辞めてもらえ  
ないか、ということになります。  
あるいは本人が長い間、周りに負  
担をかけるからということでも自  
退職するという形のアンケート結  
果を見まして、やはり情報を共有  
しなければいけないと思いまし  
た。医学がどんどん進歩して、そ  
の治療により、今までは1年だっ  
たのが5年あるいは7、8年も生  
きる事ができるのだ  
という情報を共有する  
ためにDVDを作った  
りと、いろいろな計画  
はしています。ただ、  
いろいろなものをやっ  
ても企業や社会など周  
りの支援がないとなか  
なかむずかしいと感じ  
ています。

●**森** 他の分野の例で  
すが、体内植え込み型  
の除細動器を入れた  
方の就業支援に関し  
て、日本循環器学会が  
ガイドラインを出しま  
した。その前の段階で  
は、そういうものを植

えた方でも、運転業務などを除い  
て、多くの職業において就労上の  
問題はない場合が多い。ところが  
その分野でも3、4割の人が植え  
込みをした後に辞めてしまってい  
ます。その背景の中に、ひとつは  
医療者が健康とか生命というもの  
を重視するあまり、本人が不安を  
訴えた時に、「あまり無理をしな  
いほうがいいですよ」という一般  
的アドバイスをする事により、  
辞めていくという例がかなりある  
と聞きます。そのガイドラインは  
むしろ医療者側に対して、そうい  
う措置をしてもしつかり働けるの  
だという意識を与えるために作っ

たガイドラインであるということ  
を、そのガイドラインを作った先  
生は言っていました。おそらくが  
んの分野でも、そういう意識があ  
る先生も少なくなく、職業生活も  
なんとか両立できるように支援し  
ていこうということについて、お  
そらくそうではない立場の先生方  
もかなりいるのではないかと思  
います。伊藤理事長が言われたよう  
に、労災病院の多くの医療者が意  
識をもち、働くことに不安になっ  
ている患者さんを「がんばって仕  
事をしていきましよう」という  
支援をしていくことは、非常に重  
要なのではないかと思えます。

## QUALYの活用と リレーショングッズの視点

●**今村** 質問もかねてですが、少  
し視点を変えて、どういう研究を  
するかというひとつの可能性につ  
いてです。下妻先生のQUALYの  
中で、満足度ということですが、  
私も経済学をやっているのでよく  
わかるのですが、最近経済学の中  
で、とくにイタリアの人を中心に  
リレーションナルグッズというもの

を効用という満足度の選択肢の中  
に入れる。無差別曲線というもの  
がありまして、最初はリングとミ  
カンというようなものでやるので  
すが、所得ともうひとつの軸にリ  
レーションナルグッズとして、職場  
内の人間関係の満足度とか、組織  
における満足度のようなものをと  
ります。つまり所得はそう高くな



くてもリレーショナルグッズがた  
くさんあれば効用は高くなる。逆  
にリレーショナルグッズが低い  
と、お金をある程度もらわないと  
効用は高くないという研究です。

そうしますと企業のコスト意識  
との関係で言えば、リレーシヨナ  
ルグッズが高くなれば、安い賃金  
でもがんばって働くということに  
なるのです。したがって治療の環  
境をうまく整備して、疾病者も含  
めてこの会社では楽しく働ける、  
人間関係が非常にいいのだという  
環境を企業が作ることによって、  
そのコストがきちんと生産性に反  
映して返ってくるのだというよう  
な研究を、もし先生の研究の延長  
でできたらおもしろいなと思った  
のですが、いかがでしょうか。

●下妻 私は専門ではないのです  
が、こちらで使うことを決めてお  
られた就労に関する自記式調査票  
の中に、企業の中で人間関係に  
ついて聞いている項目がありま  
す。それが実際の尺度の中でどの  
ようになっているのか、重みづけ  
をされているのかわかりません  
が、そういう項目に注目をして関  
連の解析をしてみたいと思いま

す。いいアドバイスをありがとう  
ございます。

●山口 後ほど「効用」のところ  
で申し上げようと思ったのです  
が、今ちょうど話題が出ましたの  
で発言します。QUALYの仕事は  
かつて私も一緒にやらせていただ  
いたことがあります。その結果が  
あまり表に出ていないのは、ほと  
んどのがんでQUALYをみると、  
積極的に治療しないほうがいいと  
いうデータになってしまっている  
です。給与を得ることができると  
のがんの罹患年代はだいたい60歳  
以上ですから、生涯給与で出して  
いくと絶対に治療したほうがいい  
とは出ません。今のGDPではな  
くGHP的な発想が大事だと思  
います。新しいやり方でやったら、  
また別な結果が出ると思いま  
す。

●下妻 今言われたようにがんの  
患者さんに対して一律に同じよう  
な指標でやるとそういう結果が出  
ることがあると思います。医療経  
済学のQUALYの使い方の基本が  
少し違うのかと思います。治療効  
果がしっかりとあるものについて  
は、それは基本的には認めます。

そのところを治療効果のないも  
のまですべて一緒にしてQUALY  
の評価をすると、今言われたよう  
なことが起きうると思います。こ  
れはがんの患者さんに限らずお年  
寄りもみなそうです。したがって  
そこはやはりやり方、方法論を変  
えて比較しなければいけないとい  
うのは、今、山口先生が言われた  
通りだと思います。

●吉谷 費用対効果の話で、われ  
われの研究は、政府のほうからは  
費用対効果、どうやって測るのか  
ということを非常に強く言われて  
います。費用対効果のところをど  
のように測るのかということ、  
ただ今ご示唆いただいた点、そこ  
は門山先生のほうでご検討いた  
だき、下妻先生のアドバイスをいた  
だきながらやっているところで  
す。

これから数百万人規模で労働者  
が減るということが予想されてい  
ます。個々の企業で見れば確かに  
病気になった人を排除していくと  
いうことは、企業単位で見れば費  
用対効果があるかもしれません。  
しかし社会全体で見ると労働人口  
が減るのにどんどん排除していく

ということになりますと社会的効  
用というものが減っていくのでは  
ないかということが素人の考えで  
すがあります。そういう点でこの  
事業が社会的効用といえますか、  
個々のものを積みあげると誤謬に  
なるものでも、大きく見ると効用  
がある。それに社会的関係という  
ものを加味すると、単にこれだけ  
の治療費をかけて、その人の給  
与を見た場合のものとは異なる、  
もっと大きな効用があるというよ  
うな気もするのですが、いかがで  
しょうか。

●下妻 先ほど今村先生が言われ  
たように、ワークシェアリングで  
はないのですが、安い賃金でもア  
ウトカム指標に何を持ってくるか  
によって、あるいは環境の整備に  
よって、高齢者ばかりになったと  
しても社会的効用はあると思いま  
す。社会的効用と言ってもひとつ  
の指標ばかりではないと思いま  
す。もうひとつは先ほど言われた  
賃金等の関係で、安ければ必ずし  
も悪いということではないので、  
そこをどのような設定に持ってい  
くかという課題は残っていると思  
います。

## 情報発信の担い手への期待

## — MSW、ソーシャルワーカー等

●吉谷 ヘルスリテラシーと言いますか、メディカルリテラシー。

企業の労務担当者も知っていればそうしない、患者さん自身も「ああそうなのか、あと1カ月がまんすれば」、「2カ月がまんすればそうなるのだ」ということを知っていれば退職を選ばないということがあると思います。そこに情報を発信していく、そのための仕組みが今はないということですので、この事業の中で、たとえばMSW等を活用して、そういうものを発信していく。従業員が1千人以上でないと専属産業医はいない。99・7%が300人未満の中小企業ですから、そういう受け手もない、モデル事業をしています。そういうことをしていること自体を発信することにも非常に大きな効用があるような気もしているわけです。そのあたりで臨床の現場、もしくは産業保健の現場から何かご示唆をいただければありがたいのですが。

●下妻 私は、今の大学の前に社

会福祉士とMSWを育てるところにいました。そこに行ってまず驚いたのは、社会福祉士の方の私たちの職業の役割とか意義についてのアピールがいかにか少ないかということ。私も行くまではほとんど知りませんでした。みなさんきわめて控え目です。医師の世界とはまったく違います。そういう姿を見て社会福祉士の方とか、ソーシャルサポーターをされる方、あるいは産業医の方も含めてアピールが足りないな過ぎるというのは、言われる通りだと思います。情報をどんどん発信するというところでは、費用対効果ということを含めてエビデンスがなかなか出にくいとしても、何らかの形でアピールしていくこと自体が役に立つということはあるのではないのでしょうか。これは期待をするということしか申し上げられません。

●山口

先ほど少し触れましたが、

岡がんセンターのよろず相談は、数名のソーシャルワーカーで運営しています。ソーシャルワーカーの問題点は、病院ですと事務職になるのです。したがって給与的には医療職より低い。また、今まで病院では、ソーシャルワーカーは医事課長の下にいて、お金が払えなくなった人の時だけ出ていくというパターンになっていた。医学的知識は、医療ソーシャルワーカーと言えども、それほどでもないが、患者の訴えを聞く能力に長けており、これから新たなソーシャルワーカーの活用が始まる。

両立支援も含め、患者さんや家族への医療者側からの情報提供の場は非常に明確に決められています。全国で三百数十カ所ある診療連携拠点病院はすべて相談支援センターを持っており、ここが拠点になります。その半数はソーシャルワーカーが担当しています。したがってその方々に、先ほど出たわれわれが作ろうとしているような『がん患者のお仕事』といったわかりやすいパンフレットを提供するだけで、この事業における医療者側の役割はかなり進むと思います。

私が申し上げたのは、医療者側は簡単にそれができるのですが、企業側がそれをやっていたらかなければいけないので、そのパンフレットを作りますということをし上げていくのです。

やや話題がずれませんが、この研究全体で考えておかなければいけないのは、いずれ日本の定年は70歳ぐらいにたぶんなるだろうということ。そうせざるを得ない状況になってくる。そうしますと、がんの問題は大問題になってきます。その時点ではQUALITYでもいいデータが出るかもしれません。この両立支援の研究が実際にまとまった頃には、定年制は65歳どころか70歳に近づいているような気がしますので、そういう視点はぜひお持ちになるべきだと思います。

●嶋田

その点で、少子高齢化社会ということでは日本は世界のトップを切っています。そういう意味ではこの少子高齢化の社会構造をどのように活力ある社会に持っていけるのか、そのモデルケースを作ろうという意欲を持って、世界に発信できるものをつく

る。その組織づくりのためのデータをまずとるというところで進めていく必要があると思います。今は失業者が多くなって経済不況だという状況ですので、とてもがんの患者は雇ってもらえないというような考えではだめだと思えます。10年、20年後の高齢者が社会にあふれているというような状況では、がんが年間50〜60万人発生し、その半分は治ります。そうすると25万人ぐらいは治ります。その中で、静岡がんセンターのデータでは30%ぐらいが離職してしまうということでしたが、そうなる

てきますと25万人の30%ですから7〜8万人の人が離職しているのです。実際にその人は就業すれば働けるのです。たとえば今は出生率が22000人ほど毎年少なくなっています。それをカバーする力は、がんだけでもあるということ。そうした長期の展望を持ちながらこれをやっていくことが必要なのではないかと私は考えています。皆さんはいかがお考えでしょうか。

●山口 私も同じ考えです。

## がん罹患者の離職理由の解析を

●森 ここまで議論をしてきて、よくわからないのは、がんにかかった30%の方がなぜ辞めたのかということの本当の理由がきちんと分析できているかどうかということ。そこはどうなのでしょう。もう一度考えてみますと、パートさんが辞めた時に、パートを辞めて治った時にまたパートに戻るといふハードルが低ければ、

その間は仕事をしないでおこうと思おうのでしょうか。正社員の方が一度辞めると、また元のレベルの正社員に戻るといふのは非常にむずかしいわけ。そういうことも含めて一人ひとりが辞めた原因と必要因はどこまで分っているのかということがあります。もうひとつ先ほど労務の問題が出ましたが、私がいろいろな企業

と関わってきた感じでは、会社として初めから、この人は辞めさせるといふ意思決定をすることは、ほとんどありません。もちろん今リストラをやっているという時にどの人を辞めさせたいかという優先順位の問題の中で、たまたま病気を持っている人たちがリストにあがるということはおそらくあるでしょう。むしろ、職場とのコミュニケーションの中でも職場が抱えきれないという、たとえば上司などの個人的な意見が出てきて、個別に判断をすることのほうが、私は多いように思います。そういうことも含めてもう少しその辺りの分析はどうなのかということでお聞きしたいのですが。

●嶋田 たしか山口先生のところデータをとったのが、依願退職で確か約34%程度でした。たぶんそれは職場を移っても、今の上司の関係とか同僚の関係から、なかなか気分的にやっていけないと思われて辞めたというのが多いのではないかと思います。休んだりまた出たりすると、もういい加減にしてくれよ、と言われるようなところもあるのだらうと思います。

先ほど話がありました。解雇されたというのは4%ぐらいです。●森 メンタルヘルスの場合でも、就労配慮をやり続けるというの、労務担当者とか産業医が、職場の上司に「まあまあもう少しがまんしてくれ」ということの積み重ねのようなものです。したがってそのところの人間関係がどうなっているかということ

●山口 私は、メンタルヘルスよりは、がんのほうがやりやすいはずだと申し上げたのは、そういう場面は少なく、期間も短いという点です。私の資料のアンケート調査でだいたい出ています。千人のアンケートで、がんになった患者さんの約半数が前と同じように働けるとは考えていません。半数は前と同じにできるだろう。半数は前と同じにはできない。30%が依願退職をしてしまったのは、周りの人があまりにも気を遣い過ぎるので、もう辞めようと思うとか、いい区切りだということ。年齢の問題も少しあります。2、3





いう方も当然出てきています。そのへんの分析がもう少し必要で、す。きわめて厳しく辞めさせられるというのはごく少数です。あとの半数は、支えてあげられればもう少しがんばろうという気になるでしょう。再発した方でもがんの場合は、いろいろな治療をしながら状況さえ整えてあげられれば、2、3年はちゃんと働けるのです。

●伊藤 糖尿病の網膜症の場合は、視力が落ちて辞めるという方

がいます。仕事と治療を両立させていくことに非常に負目を感じて、視力も落ちたので辞めるという形です。また手術してどこまで回復するかということについての知識がない。会社のほうも辞めてもらって当然、というような感じですが。ただ手術した結果、一定の業務ができるまで視力が回復する。この研究をされた大阪労災の先生からすれば、主治医からみると少し残念な、無念な気持が残るということでした。これは糖尿病の網膜障害のケースですが、そういうことが出ています。

●山口 私は糖尿病も専門なのですが、両立支援という観点から糖尿病とがんを比較するのは、かなり異なる面があると思っています。なぜなら糖尿病のほとんどの方、大部分の方は何の問題もなく治療と労働を両立している。両立支援の必要もありません。今言われたような特殊なケースでそういうことが必要になるのですが、今の視力の問題というのは本当に仕事ができなくなる身体的要件が入る場合

です。がんの場合は、ほとんど見た目ではまったく普通の人です。病院に行かなければいけないといった要因が加わっているところがあるので、がんの場合は少し問

## 化学療法の進歩に応じて変化する就労要因

題のありようが違うような気がします。まさにこの研究でそういう整理をしていただくといいのではないかと思います。

●下妻 今のことと少し関連があるのですが、今回の研究でわかるかもしれません。がんの場合、最近では外来化学療法が増えて、この10年ほどで入院期間の短縮がたいへん進んでいます。物理的なもので言えば、みなさんの意識は別にして、外来になったら周りも働けるのではないかと思うようになります。入院すると、日本はあの人はいもうだめではないかと思われ

院期間は減っています。それで職場復帰が促進されるということはあるのでどうか。そのへんを山口先生に教えていただければと思います。

●山口 私は糖尿病も専門なのですが、両立支援という観点から糖尿病とがんを比較するのは、かなり異なる面があると思っています。なぜなら糖尿病のほとんどの方、大部分の方は何の問題もなく治療と労働を両立している。両立支援の必要もありません。今言われたような特殊なケースでそういうことが必要になるのですが、今の視力の問題というのは本当に仕事ができなくなる身体的要件が入る場合

●山口 がんの化学療法は最近大きな変革が訪れていて、再発を防ぐための術後補助化学療法というものもがずいぶん伸びています。一方で再発がんに対する抗がん剤治療も、臨床試験的なものを含めて進んでいます。もともと補助療法というものは非常に少なかったのですが、この2、3年でいいデータがどんどん出てきているので、この部分が外来に非常に多くなっています。私はもしかしたら下妻先生が言われることと逆の効果が生きてくる可能性があると思っています。



か。

います。外来治療を受けている方は、ふだんは会社に行つて、週に1回や2回ぐらい病院に行き、1、2、3日ぐらいは働けないような副作用が出ます。そうすると、昨日は元気でいたのに今日は全然だめという繰り返しが起きます。しかし企業のほうに、これはあくまで1年間ですべて終わりになるのだということを引きちんと伝えられれば、周りもそうなのかと思います。そういう状況を起こしうると思いますので、やはり理解をしていただかないと、へたをすると外来化学療法の進んでいることが逆効果になるかもしれないという気が少ししています。

●**下妻** たとえば今分子標的治療など、非常に高額の治療法があります。もちろん高額療養費制度というようなものがありますが、高い治療費がかかるということは個人にとっては負担が多く、本当は働いてお金をもうけたいと思うのでしようが、企業にとつて、あるいは健康保険組合にとつては負担が大きいうことにもなるのでしようか。そのあたりのデータ、あるいは影響はあるのでしよう

いようにしてほしいと思います。

## 医療コーディネーターの関与 — 情報処方、患者の組織化等

●**山口** たとえば、乳がんですと術後補助化学療法で経口薬ですが、月に数万円の負担が加わります。そうしますとがんの患者さんにとつては三重苦、四重苦の世界が始まってしまいます。医療費は高くなる、しかし職は解雇された、あるいは辞めざるを得なかった、給与が減る。この繰り返しは今起きているのは事実です。また、企業、健康保険組合、国保で言えば市町村などの負担も当然増えます。

●**下妻** 健康保険組合側からの圧力というものは、今はもちろんないのでしょね。

●**山口** 立ちゆかなくなっている健康保険組合はたくさんありますが、患者や医療機関に対する圧力は聞いたことはありません。

●**下妻** 今後はあり得るのか心配です。メタボリックシンドロームの人を排除しようという動きがあります。高額のがんの患者さんは困るといふようなことが起きな

●**嶋田** コメントをいただきたいのですが、がんの患者さんは、糖尿病とは少し違うということ、私もそう思っているのですが、ひとつの違いは50%の人が、自分治らないと思ってしまうということです。これは非常に大きいと思います。資料1の7ページにも書きました。診断された時から、あなたはステージⅢあるいはステージⅣですからこういうような経過をたどり、再発することがありますが、その時はこうやるといふことをコンサルティング、カウンセリングをする。治療が終わりましたらリハビリテーションをやり、復帰プログラムを執行し、産業医と職場との医療連携をやりながら復職する。また再発したら治療をするというようにトータルコーディネーターが必要だと思えます。その時々やるのではなく、最初に診断した時から、医学が進歩し、だいたいの経緯がわか

るし、それ以下の、あるいは以上のこともある時はありますが、だいたいわかるということ、トータルのコーディネーターをした方が効率がよいと思つています。これはこの研究でできるのかなというところ、悩んでいるところです。いかがでしょうか。

●**山口** 理想像は言われる通りです。医療の全体像についての医療コーディネーターというのはオーストラリアを含めて世界中で養成が始まっています。ただ問題はたぶん2つほどあります。それだけの人材がいるか。医師はそこまでの時間はありません。医師の時間当たりの給与単価はソーシヤルワーカーの3〜4倍、看護師の2倍になりますので、医師にどれだけの時間を使わせるかというの、医療機関の経営の問題にかかってくるので、医師にすべてをさせられません。そうする

と誰がするのか。

もうひとつは患者さんのほうの理解度の問題です。手術が終わって治ったと思っている患者さんに「あなたの将来再発する可能性は、……」と言いますと、ほとんどの方が、私は再発するのだな、だから先生はそう言うのだなとなってしまふのです。嶋田先生は外科医ですから、そのあたりのことをずっとやってこられて、私は内科でしたので、外科で再発した人は、乳がんの場合、全部引き受けていましたので、そのころになると理解されていました。

やはり私はいつも申しあげているのですが、がんの診療過程のそれぞれのところでも適切な情報を提供する必要があります。今は情報処方という言葉ができていますが、患者さんは自分で探せということではなく、この時期のこの患者さんには、この情報をとにかく読みなさいと言って提供します。そこを明確にする考え方がこれかトするという議論は必要だと思います。

●嶋田 症状に応じて時間をとつ

てその患者さんといろいろ相談するのは、いわゆる中核病院の主治医がやるべきですか、それともかかりつけ医がやるべきですか、とアンケートで質問しましたら50%はかかりつけ医がやるべきだということでした。落ち着いた場合にはかかりつけ医でいいが、変化がある時は主治医でなければいけないといういろいろあると思いますが、主治医には病気のことばかりですが、余裕がない。専門性のあるのはかかりつけ医で、医療連携をやっている、かかりつけ医だとお考えの方が50%いました。

●今村 コーディネートの話で、社会としてコーディネートしていくという時のひとつの発想で、CSO市民社会組織をどう活用していくかということがあると思います。先日インドの社会的企業の研究者を招いて議論した時のことです。今の話を聞いていて、日本は本当に幸せない国だと思っただけは、インドでは公的サービスは医療にしても教育にしてもまったく信用がないので、民間と云いますか個人が自分たちでなんとかしなければならぬのです。政府が

提供するものはみんな質が悪いか自分たちでなんとかしなければいけないという意識が非常に強い。逆に彼らから指摘されたのは、日本は公的なものがある程度スタンダードになって、質の高いものが次から次と提供されるので民間のやるものに対する信頼があまりないだろうと彼は言っていました。

今話を聞いていて、このままだいけば日本は本当に幸せな国になるなと思いましたが、逆に言えば市民組織と言いますが、個人をどのようにコーディネートしていくかという発想をちゃんとしなければいけないということです。

逆にお伺いしたいのは、たとえば依願退職したがん患者さんは何をしているのかということです。もしかしてこの方たちをCSOのような形で組織化して、カウンセリングとかコーディネートに自分

の経験を活かすということができれば、そういう人材のソースとなることができるのかなと聞いていました。

いずれにしても労働経済の課題なのですが、リレーショナルスキルズと言うのですが、日本の企業とか組織はひとつの組織の中では非常にうまくやるのですが、組織を超えてコーディネートするスキルはあまりありません。リレーショナルスキルズと呼んでいるこのスキル、そういうものをどうやって作っていくかということが大事だと思います。そういうことで、医療情報が個人を媒介にしてどんどん伝わって行って、いろいろな前向きの治療計画というものが社会の中に伝播していくというコーディネートやり方も、もしかしたらあるのかなという気がしました。

## 両立支援を必要だと考える新たなコンセプトを——日本文化度の問題にも

●伊藤 今、私どもはがんや、糖尿病等も含めて仕事と治療との両

立支援について医療側からのアプローチを作りあげていきたいと

チャレンジしているところです。

これは人材確保ということで、これからの高齢化あるいは人口減少の中での人材確保、労働力確保というだけの視点であれば、たぶんたとえば保育所を作り、女性の就業率を上げたほうが、数的にも確実です。あるいは若年者の職業訓練をやるとか、先ほど山口先生が言われたように70歳定年を、奨励金を出してもやってみようということも考えられます。おそらく労働経済的に人の確保という意味では、この両立支援よりもっと量的に確実にできる方法があるのだろうと思います。したがってそういう観点からだけでは、病気と仕事の両立支援というコンセプトは作れません。

こういう仕事に対して、何か必要なのだろうと思います。本人の生き甲斐のためにも何か必要だという、もうひとつのコンセプトが事業化する時にはほしいという思いがあります。医療人として悩むところがあると思いますが、何かそのへんのコンセプトの作り方についてお知恵がありましたらいかがでしょうか。

●下妻 私はこの世界に入って初めてわかったのは、費用対効果とひと言で言うのですが、効果を何で見ると言うことが非常に大事なのですが、実はそこを皆さんあまり考えていません。今言われたように効果の指標を、これこそ価値があると思えば、それを指標として用いればいいのです。われわれが目指すような目標をうまく一効果のところに入れれば、いい結果が出てくる可能性は十分にあります。皆さんでまとめていただければと思います。

●山口 関連してですが、今の日本という国で「がん」にかかるということは医療者が考える以上に、その人にとってたぶん人生の最大の危機と考えるのです。しばらく前ですと戦争とか結核というのがありました。今はほとんどの方に聞くと「がん」というのが最大の試練と言います。半数の方はそれを乗り越えていくので、日本の文化度の問題になります。そういう方を社会で大切にすることというのは非常に重要だと思います。

小さな職場ですが、先ほど言い

ましたがんの相談支援センターにがん体験者がピアカウンセラーとして入り始めています。企業などでも労働担当などのところにそういう方が配置されれば、きつと非常にいい効果を生んでくると思います。そこはまさに一人ひとりの生き甲斐という観点からいきます

## 両立支援の必要性の発端 — 糖尿病性網膜症の事例から —

と、やはり職業というのは非常に大きな生き甲斐なのです。それを、治るがんなのに何となく諦めさせられてしまった、というのはいちばん勿体ない気がします。そのへんがひとつの重要なポイントかなという気がします。

●吉谷 関原先生、糖尿病の話が生まれて、失明した方について、それは失明なのでそもそも働けない。ただ失明するまでのコントロールが（医学的には）できるのに職業上の事情でコントロールできないというようなことが13分野研究で出ていたように思うのですが、何かコメントをいただけますか。

●関原 久彦 今日是非常に勉強になって、どうもありがとうございます。糖尿病ですが、先ほど伊藤理事長もコメントされましたが、そもそも両立支援が必要だということが出てきたのは、糖尿病

の患者さんについての第1期の13分野の研究からです。大阪労災を受診した糖尿病性網膜症の患者さんのHbA1cをチェックしました。これは糖尿病の血糖値の最近、1、2カ月の平均値を表わす指標です。これが7%とか8%という値を示したのです。正常値がいたい4〜5%なのです。現在のインスリンは遅効型、速効型、超速効型などの製剤も出ていますし、経口血糖降下薬もたくさんありますので、治療をやりさえすれば、だいたいHbA1cが4〜5%の間に収まってくるはずなのです。それが7〜8%という値が出ていて、われわれも驚いてしまったわ



けです。そういう状態を放置しますと、当然の成りゆきの結果として合併症としての網膜症が進展して視力が落ちてきます。一度落ちてしまいますと手術をすれば回復しますが、だいたい0・1ぐらいまで落ちたものが0・3ぐらいになるだけです。

それではなぜ糖尿病のコントロールが悪いのか検討しましたら、仕事が忙しくて非常に受診率が低いのです。労災病院以外の実地医家の先生のデータもありまして、やはり治療を中断した人たちの半数以上の方は仕事が多忙で治療ができないというコメントをさされています。そういうことから、糖尿病の視力低下とか失職する方が多いということに対応するためには、糖尿病の治療をきちんとやらなければだめなのだということがわかりました。そのために、現在でも、主治医は企業の上司の方に申し上げて、きちんと治療しましょうという形で、われわれはムンテラと言っています。そういうことをしていると思いますが、それでは効果がないのです。したがって、主治医と患者さんと職場の3つが連携できる、協力できる

ような体制を構築することが必要ではないかと考えて、がんと糖尿病について取り組むことにしたのです。治療ができていないということ、がんと違うのではないかと思えます。

●吉谷 それでは閉会の時間が近づいて参りましたので、両立支援のがん分野の研究センターである東京労災病院院長で、勤労者医療総合センター長である野村先生から、本日の議論を総括的にひとことご発言いただけませんか。

## 総括

●野村 和弘

(東京労災病院 院長)

本日のパネルを総括するというのは非常にむずかしい課題ですが、今、伊藤理事長のほうからお話がありました。「がんの就労支援によって労働力だけが補強されるということでは目標として弱いのではないか」ということですが、確かにその通りだと思います。実際には労働力を補強するという側面もあります。職場復帰に関する質問をがん患者にすると必ず元

の職に就きたいという気持が強い。これらの患者さんの社会復帰、職業復帰の門戸を開いてあげるといことが、個人にとつてのアイデンティティを確立させるとともに家族、社会へ非常にいい影響を与えるのではないかと思います。これだけ多いがん患者がいるのですから、そうしたがん患者の再就職、職業復帰ができるのだということを示すことによって、ぜひいふんとがんを経験した患者に対する社会の認識も変わってくると思います。そういう医療の必要性を訴える事によって、この医療の重要性が明確にされ、社会からも支援されるようになるのではないかと考えています。その意味では、ここではまだ明示されていませんが、患者さんの視点にたった調査が絶対に必要だと思います。これは研究代表者にお願しておきたいと思えます。

もうひとつは、企業側からすると、企業として、どういうことがあれば復帰可能となるかという視点からものを考えてほしい。それに対して産業医、そして主治医が、この調査を参考にして本当に社会復帰できるようなステップ、クリ

ティカルパスを作り、それを患者さん、企業サイド、産業医にもお見せして、こういうようにやれば復帰できるのだという指針を示す。これがいちばん大事ではないかと思えます。それによって支援そのものが効果のあるものになっていくであろうと期待しています。本日はどうもありがとうございました。

●吉谷 ありがとうございますました。

それではこれで閉会とさせていただきます。本日は本当に長時間ありがとうございました。



# Part 2

## 「がん罹患者の就労支援」

### に関する予備等調査

# 主治医、産業医、各企業に行った「がん罹患勤労者の就労支援」に関する予備等調査の概要

## ①～③まとめと執筆

労働者健康福祉機構 特任研究ディレクター 嶋田 紘

がん罹患勤労者の復職、就労と治療の両立支援研究 主任研究者 門山 茂

### 背景

本調査は、平成21年度より始まった独立行政法人労働者健康福祉機構の労災疾病等医学研究・開発、普及事業に係る研究「がん罹患勤労者の就労に関する研究」（主任研究者 門山茂）における主治医と産業医のがん罹患勤労者の就労支援の実態とその障壁、企業におけるがんの理解と就労支援についての実態を明らかにすることを目的にした予備又は中間調査の結果です。以下その概要を記します。

### 調査方法

主治医は関東近郊にある病院の主治医に対し、産業医は神奈川県内の産業医及び産業保健センターに所属する産業医に対し、自記式アンケートを実施し、記入後回収した。期間は主治医が2009年9月24日～10月19日、産業医が2009年9月12日～12月22日です。主治医の有効回答数は29名、産業医の有効回答数は25名でありました。これら主治医、産業医に対するアンケートは、本研究のための予備調査として行われたものであります。

企業の調査は北海道及び関東近郊の企業に対し、直接訪問して事前にアンケート回答者（経営者や人事・総務担当者等）に主旨を説明した後、調査した。その期間は2009年11月6日～2010年2月26日で、実施施


設数1380ヶ所中、有効回収数は212ヶ所（15%）でありました。企業に対するアンケート調査は、2月5日までの有効回収数137ヶ所を解析した中間調査として報告するもので、後日に最終報告を行う予定であります。

### 結果

がん罹患患者が利用できる相談窓口は半数以上の医療機関や職場において設置されていませんでした。主治医、産業医ともに復職の相談をうけていますが、どちらも転職・離職についてはあまり相談を受けていませんでした。また、産業医の半数は相談人数が年間5人未満と回答しました。産業医の64%が復職について主治医と相談したと回答しましたが、主治医のわずか7%が産業医と相談したとの回答でありました。産業医のうち会社の人事労務担当者とは就労プログラムについて相談したことがあると回答したものは33%にとどまりました。復職判定指標などがあれば活用するかという設問では、産業医の76%、主治医の80%が賛成しました。反対の意見では、両者とも守秘義務に不安があるという回答が多くありました。主治医の反対理由としては、責任に伴うインセンティブが見合わない、多忙である、負担が増えるとの意見がありました。がん患者の就労プログラムなどを検討するいわゆる復職委員会の設置に関して

は主治医の80%が賛成したのに対して、産業医は52%でありました。産業医が消極的な理由は守秘義務の不安や労働安全衛生法の範囲外、専門性の違いなどでありました。主治医の反対の理由は守秘義務の不安の他に、復職可能判定が困難であるなどでありました。主治医の55%が復職プランの作成等両立支援のために産業医と医療連携をするには特に病状が一定している時にはかかりつけ医がよいと答えました。その理由はかかりつけ医の方が患者の日常に接しているため、細かな相談や健康管理ができるとの意見でありました。

次に企業に対する結果をまとめました。産業医の設置規定が定められている従業員数50名以上の企業においても産業医の配置があると答えた企業は平成17年厚生労働省安全衛生基本調査結果では75.4%でしたが、本調査では52%でありました。病気休暇期間を認めている企業は51%で休業補償制度があると回答した企業は37%でありました。会社内で相談窓口を設置していると回答した会社は27%で、私疾病における上司の教育を行っている企業はほとんどみられません。安全衛生委員会が設置されている企業は平成17年の厚生労働省の調査結果では76.2%でしたが、本調査結果は50%で、産業医を設置している企業に多くみられました。上司と産業医が連携し、がんに罹患した従業員へ柔軟な雇用体制を提供している企業や病休した従業員への職場復帰を行っている」と回答した企業は20%に達しま

- 
1. 医療機関、職場とも就労に関する相談窓口の設置は不十分であった。
  2. がんに関することやがん罹患勤労者の就労支援の重要性について企業内教育は十分に行われていなかった。
  3. 病気休暇制度や休業補償制度は不十分であった。
  4. 主治医と産業医との医療連携、更に産業医と人事労務管理者との情報交換が専門性の違いや守秘義務不安のため円滑に行われていなかった。
  5. 衛生委員会などで柔軟な労働環境の提供(就労支援)を行っている企業は少なかった。
  6. 復職プログラムなどの就労支援(企業福祉)の具体策の作成や管理については大企業は企業内、中小企業は企業外で行うことが望ましいという意見が多かった。
  7. 福祉のための財源については、税金、社会保険料、自社利益の順であった。

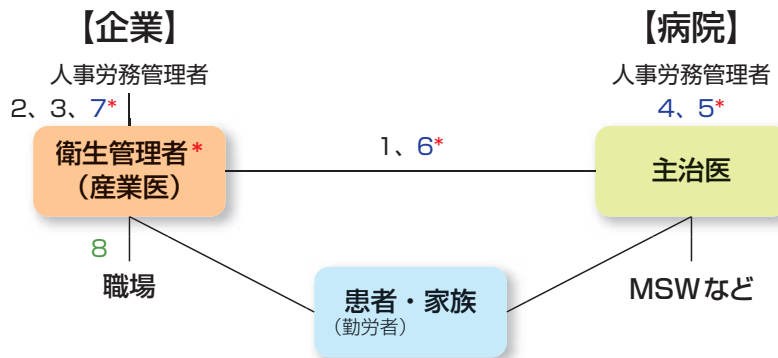
せんでした。多くの企業が主治医と産業医の連携は必須であると回答（56%）しました。主治医と産業医の連携が不十分な理由には「復職を求める事例がない」「産業医の責務外」「現場の処理能力に問題」「個人情報保護」「就労支援の考えがない」「産業医の専門性」でありました。復職プログラムの作成に賛成と回答した企業は38%にとどまりました。反対した理由は守秘義務不安、労働安全衛生法の範囲外でありました。柔軟な労働環境を整えることが重要であるかという設問では、社会全体としては62%、自社の将来としては51%が重要であると回答しました。企業福祉を充実させる理由は企業の人的資源の充実やCSR、ブランド力の向上でありました。しかし、がん患者に対する就労支援などの企業福祉の義務化には大企業に比べ、中小企業は体力などの理由で消極的であり、企業外での整備を望む意見も多くありました。企業福祉の財源として考えられるものは自社利益、税金、社会保障、大企業基金等でありました。企業の85%が病気になるものへの支援は必要と回答しましたが、既往歴のある勤労者を積極的に採用すると回答したのは6%でありました。

考察

がん罹患勤労者の就労支援の具体策としては、まず患者と主治医が十分に話し合える機会や病院と職場における機能の充実した相談

窓口を設置することが大切であります。次いで、がんやがん罹患勤労者の就労支援の重要性について企業内教育を行い職場の理解を得ると共に、病気休暇制度、休業補償制度や復職判定指標などの制度やツールを整備し、主治医と企業側との密な連携のもとに、柔軟な労働環境を提供することが重要であります。この実現の為に医学的、経済的、制度的研究と支援は欠かせないものと思われました。

予備調査から考えられた就労支援対策



【ツール、制度】

- 1. 復職判定指標
- 2. 病気休暇制度
- 3. 休業補償制度

【システム】

- 4. 主治医などとの時間をかけた話し合いの場
- 5. 相談窓口の設置
- 6\*. 主治医と衛生管理者(産業医)の医療連携 (復職支援プログラム作成)
- 7\*. 衛生管理者と人事労務管理者の連携 (復職支援プログラム実行・管理)

【教育、啓蒙】

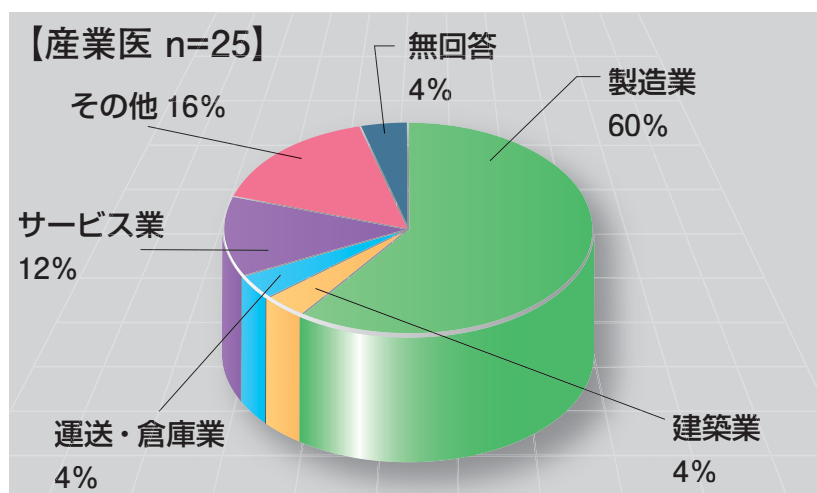
- 8. がんや就労支援の重要性の教育

\*衛生管理体制が不十分な企業が私疾患に対する就労支援などの企業内福祉を行う際には専門性を持つ企業外資源を活用しなければならないことが多い



# 産業医及び主治医への 「がん罹患勤労者の就労支援」 に関するアンケート調査

会社の業種について



**産業医**

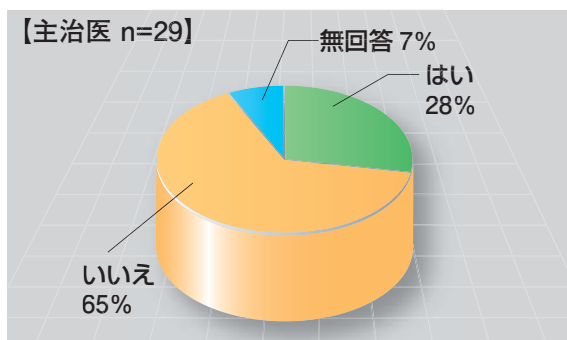
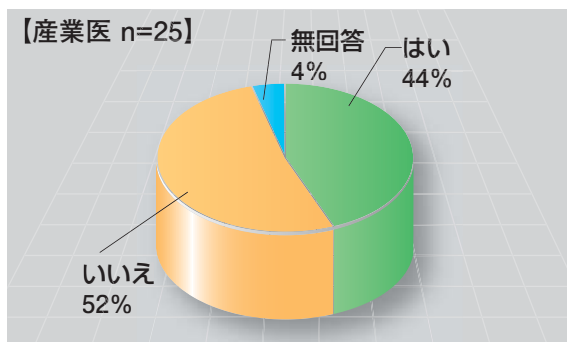
調査時期 2009年9月12日～12月22日

調査対象 神奈川県内の産業医及び産保センターに所属する産業医

調査方法 自記式アンケート

有効回答数 25名（専任7名、嘱託16名）

Q1 | がん罹患した患者さんが利用できる相談窓口を設けていますか？



**主治医**

調査時期 2009年9月24日～10月19日

調査対象 主治医のいる3病院

調査方法 自記式アンケート

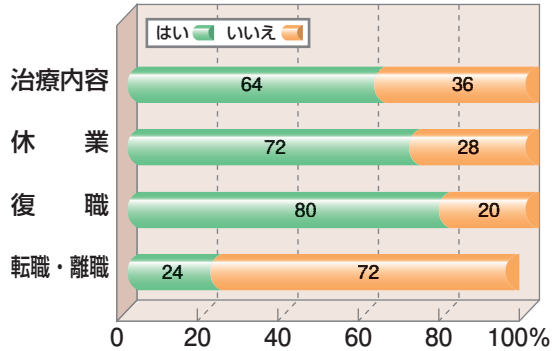
有効回答数 29名（内科医師12名、外科医師17名）



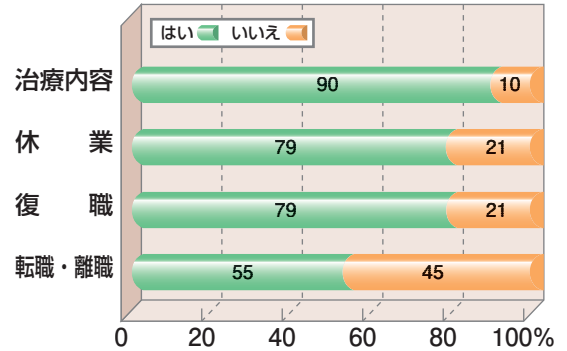
がん相談窓口は半数以上の医療機関、職場にも設置されていない

Q2 | がんに罹患した患者さんから今後の治療や休業、転職・離職について相談を受けたことがありますか？

【産業医 n=25】



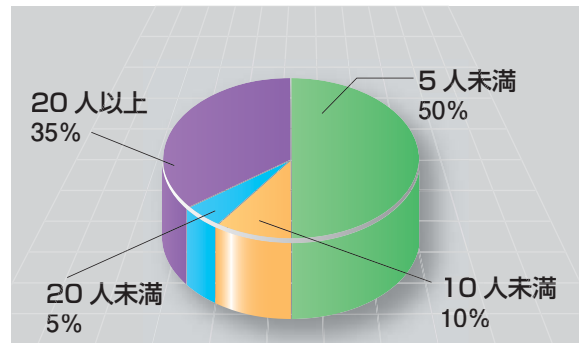
【主治医 n=29】



Q3 | 1年間でどれくらいの相談を受けましたか？ (産業医のみ)

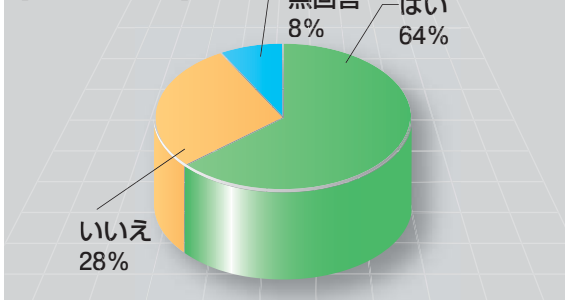


産業医の80%ががん患者の就労について相談を受けているが、その数は年間5人未満が半数を占めた

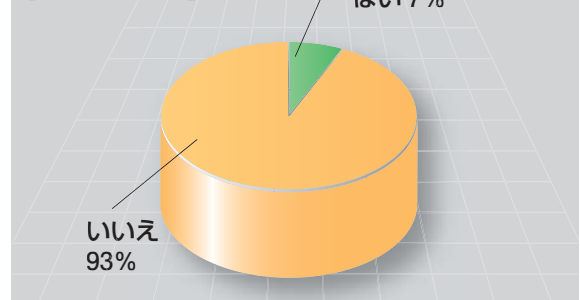


Q4 | 病気又はがん患者について産業医は主治医と、主治医は産業医と何か相談したことはありますか？

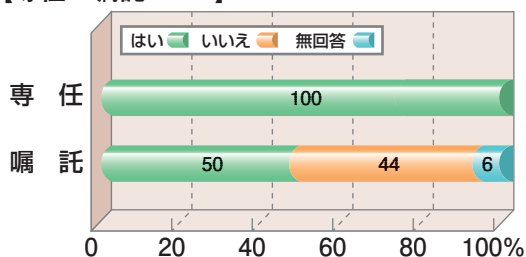
【産業医 n=25】



【主治医 n=29】

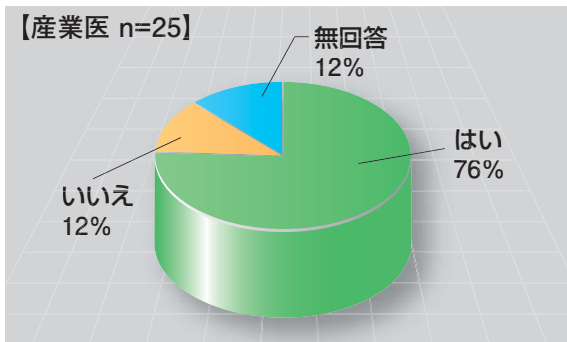


【専任・嘱託 n=xx】



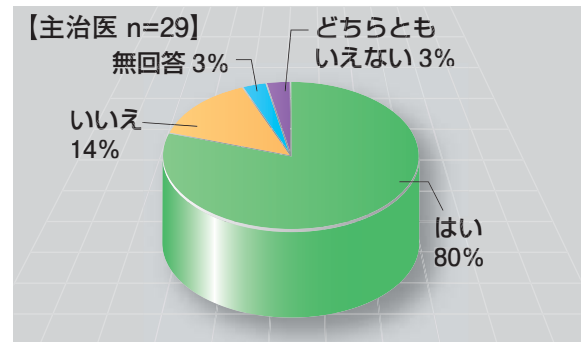
産業医の64%が主治医と医療連携を行っているが、産業医に相談した経験をもつ主治医は7%であった。

**Q5** 将来、病気又はがん患者への復職への意欲（評価表）や回復状態、治療内容、今後の見通しなどの治療状況を主治医により提出する制度ができれば、その制度に参加しますか？



「いいえ」（参加しない）理由

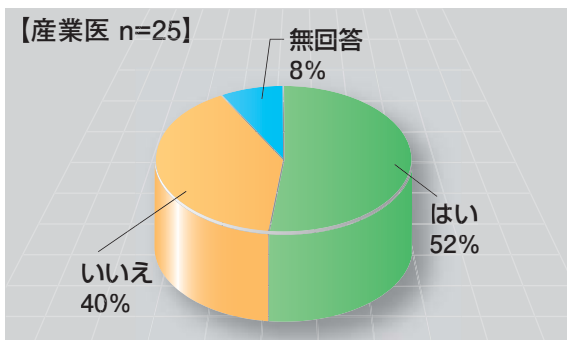
- ・ 守秘義務に不安がある
- ・ 労働安全衛生法の範囲外である
- ・ ケースが多すぎる



「いいえ」（参加しない）理由

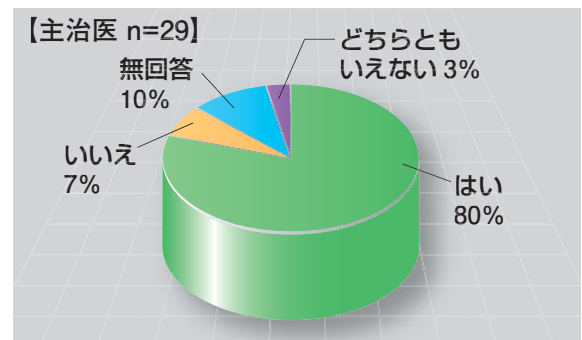
- ・ 守秘義務に不安がある
- ・ 責任に伴うインセンティブが見合わない
- ・ 参加したいが時間がない
- ・ 仕事量が増加し、負担である

**Q6** 患者の会社の衛生委員会で復職委員会を設けることは賛成ですか？



「いいえ」（参加しない）理由

- ・ 守秘義務上問題がある
- ・ 衛生委員会とは切り分けるべきだ
- ・ 意義がよくわからない
- ・ 個別対応でよい



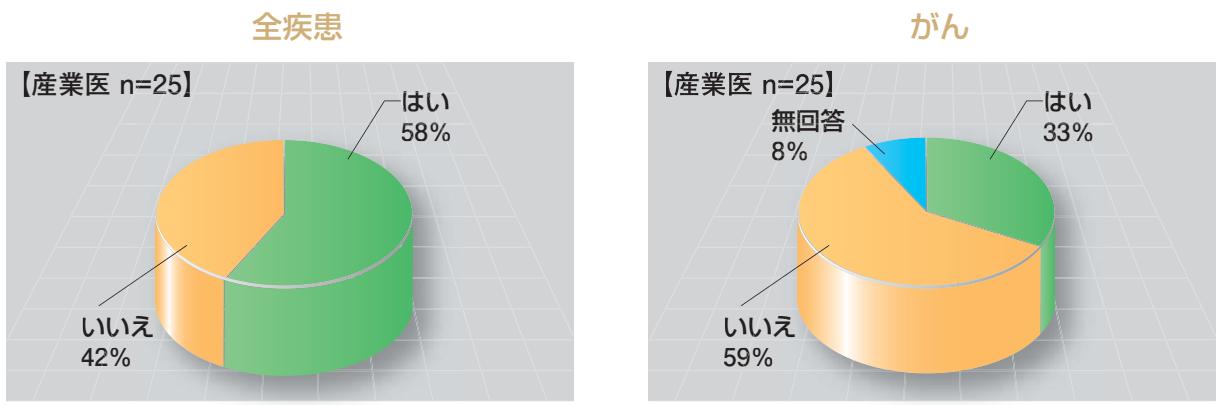
「いいえ」（参加しない）理由

- ・ 守秘義務に不安がある
- ・ 転職・離職に関することは難しい
- ・ 患者が現在の体力でどの程度の仕事がこなせるのか判断できないし、体力の判断なら、がんの治療医である必要がない



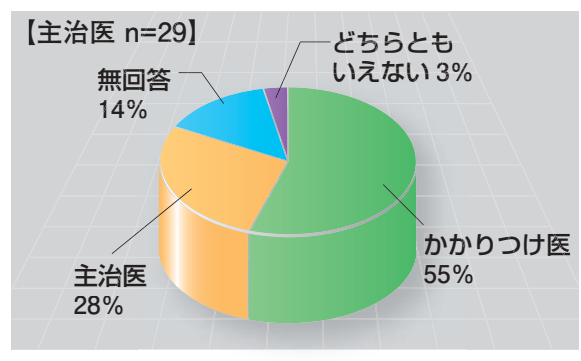
主治医の80%が復職委員会を設けることに賛成であったが、産業医では52%であった。

Q7 人事労務管理者と病気又はがんの回復度に応じた就労と治療の両立のための就労プログラムについて相談したことがありますか？（産業医のみ）



**check** 全疾患では疾患に罹患した患者に対し、58%の産業医が人事労務管理者と相談していたが、がんにおいては33%であった。

Q8 復職プランの作成や両立支援のために、産業医との医療連携をするには、主治医とかかりつけ医、どちらがよいですか？（主治医のみ）



**check** 復職プラン等の作成のために産業医と医療連携をするには、半数以上の医師が「かかりつけ医がよい」と回答していた。

- 「かかりつけ医がよい」理由**
- ・ 患者の日常に接しており、普段の状況もわかるため、細かなフォローアップができる
  - ・ 患者の全体的な視野に立ったプランが可能となる・・・など
- 「主治医がよい」理由**
- ・ かかりつけ医では病態ごとの治療経過計画や病状把握が十分把握できないから・・・など
- 「どちらともいえない」理由**
- ・ ケースバイケースである、医師同士やりとりできるコーディネーターが必要



# 企業への「がん罹患勤労者の就労支援」に関するアンケート調査（中間結果報告）

調査名「各企業における私疾病休職者（特に、「がん」患者）への対応に関する調査」

調査時期 2009年11月6日～2010年2月26日

調査対象 北海道及び関東近郊の企業

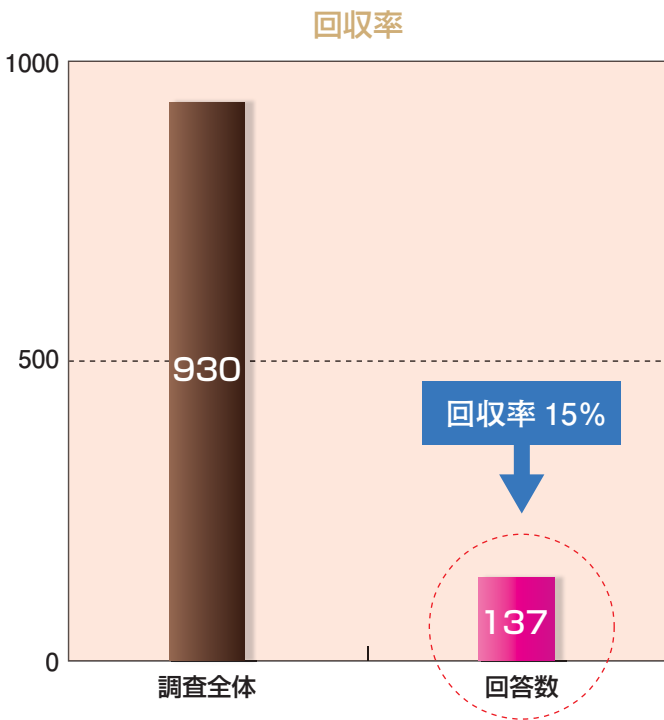
調査方法 訪問調査

調査主体 独立行政法人労働者健康福祉機構

調査協力 NPO法人次世代育成ネットワーク機構

回収状況及び  
標本バランス  
企業訪問数 930カ所 回収数 137カ所

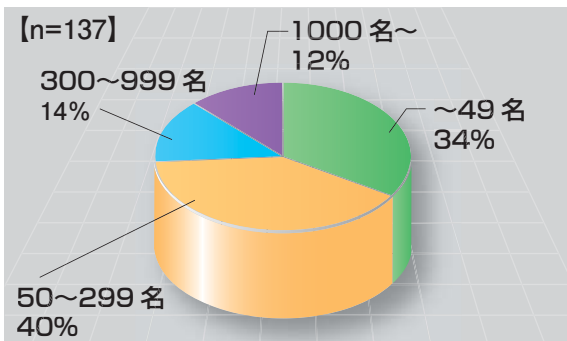
今回調査報告  
2009年2月5日までの有効回収数137カ所  
についての中間結果報告



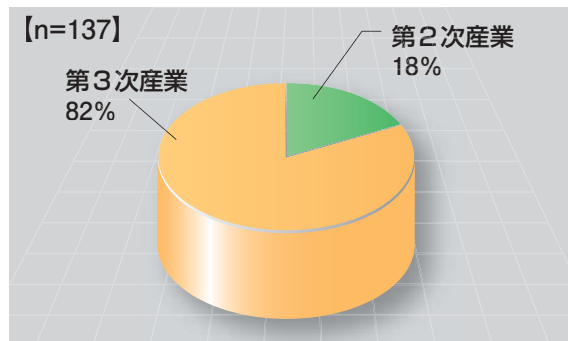
○アンケートに協力していただけなかった理由について

- 忙しい、今はそれどころではない…… 6割
- 質問が多すぎる、質問内容が難しい…… 3割
- その他…… 1割
  - ・協力する意義がわからない
  - ・義務アンケート以外は無理（1000名以上の企業）
  - ・会社規定などが調べられない（300名以下の企業）
  - ・会社が何もしていないと思われたら困る
  - ・情報漏えいが危惧されるため……など

規模分類バランス

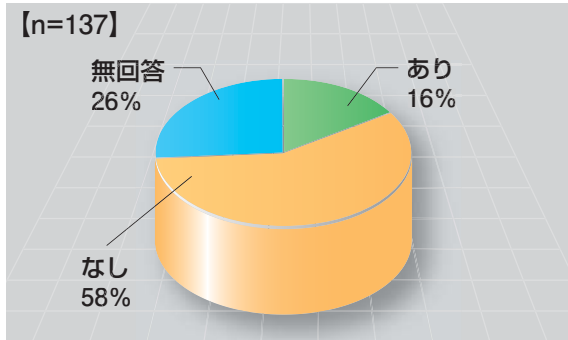


産業分類バランス

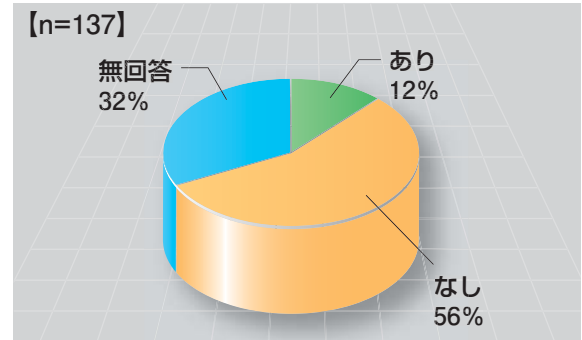


## Q1 | 1年間に病気休職者はいましたか？

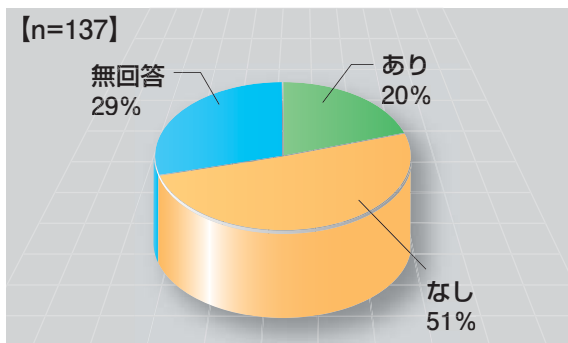
私疾病



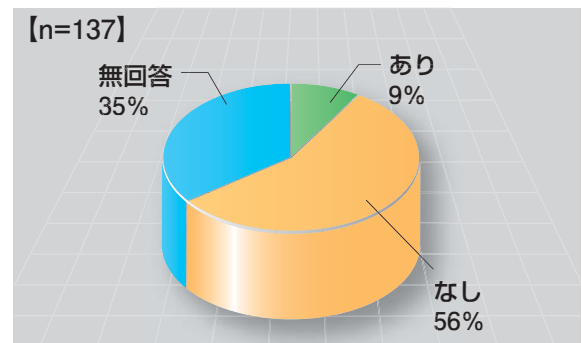
がん



メンタルヘルス不調



生活習慣病



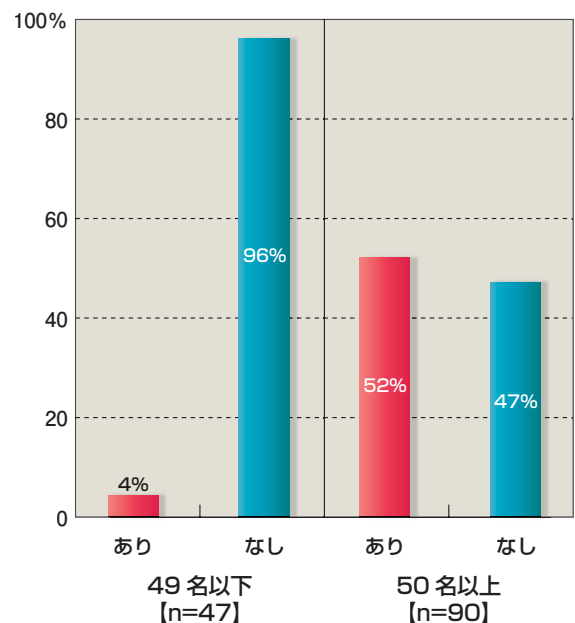
メンタルヘルス不調を原因として病気休職として扱った会社は20%であり、がんは12%であった。

## Q2 | 産業医またはそれに順ずるものを配置していますか？



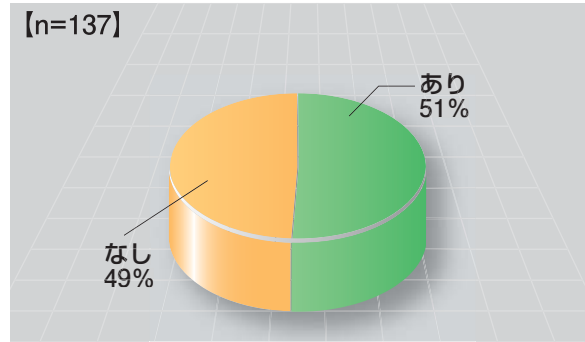
49名以下の規模の企業（産業医設置規定なし）では産業医またはそれに順ずるものの設置は4%であった。

50名以上の企業（産業医設置規定あり）でも47%の企業は産業医またはそれに順ずるものの設置をしていないと回答していた。

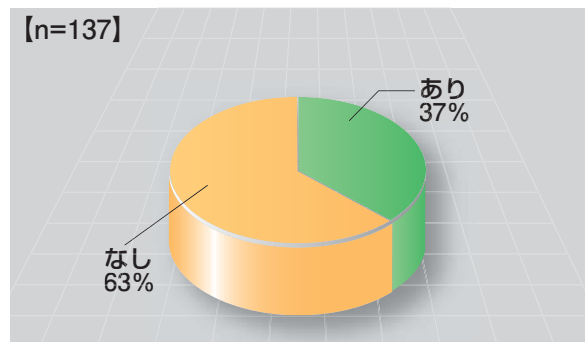


※パーセンテージは規模n数あたり

### Q3 | 病気休暇期間を認めていますか？

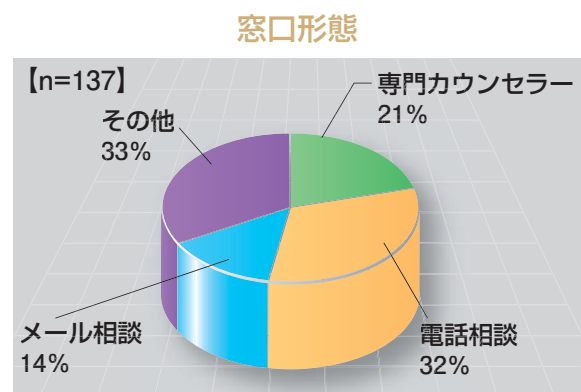
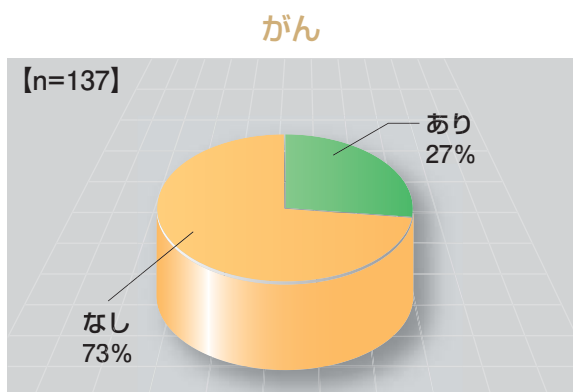


### Q4 | 休業補償制度はありますか？



病気休暇期間は半数の企業で認められていたが、休業補償制度は4割弱の企業しか導入されていなかった。病気休暇期間、休業補償制度共に第2次産業の方が割合として多く導入していた。(データは示さず)

### Q5 | 従業員の方ががんになった場合の相談窓口を設けていますか？



メンタルヘルス不調のための相談窓口の設置が最も多かった。(データ示さず)

相談窓口の形態としては人事・総務部などのその他の項目が多く、中小企業については社長自ら相談窓口となっているケースがみられた。

#### 窓口形態その他の記述

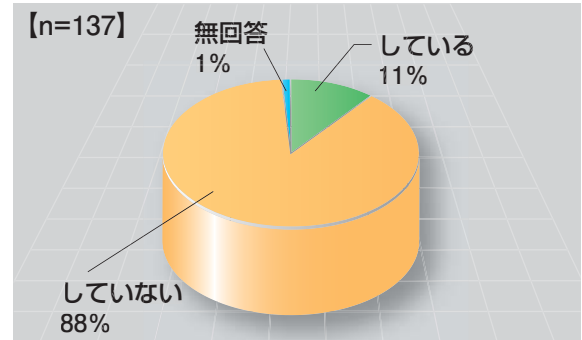
- ・ 人事、総務部
- ・ 産業医、社医
- ・ 社長
- ・ 外注
- ・ 安全衛生担当者・・・など

## Q6 | 各疾患マネージャー教育

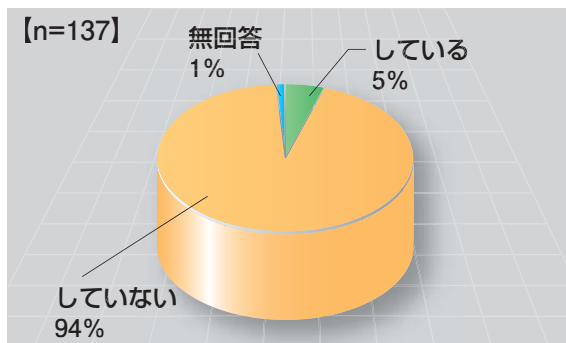
## 具体的な教育内容(多い順に記載)

- ・研修の実施(管理職向け含む)
- ・ガイドブック等の配布
- ・産業医、産業カウンセラーによる指導
- ・トライアル復帰
- ・こころの健康相談開催、セミナー開催
- ・ホームページでの案内

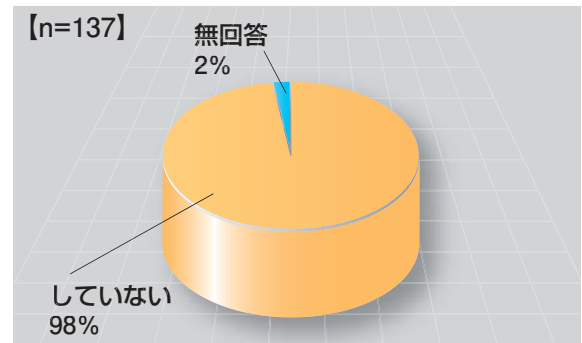
## メンタルヘルス不調



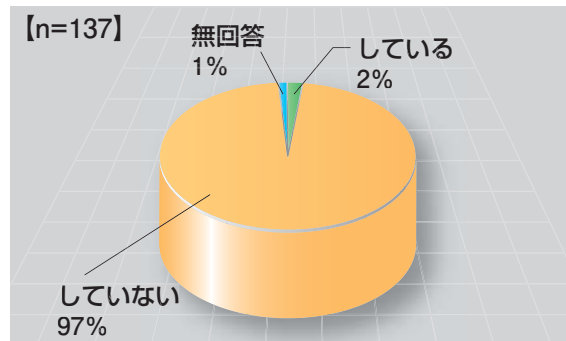
## 生活習慣病



## がん



## がん治療への配慮



## がん治療への配慮について具体的な教育内容

- ・面談によるヒアリングと対応法のアドバイス教育
- ・DVD学習



メンタルヘルス不調によるマネージャー教育に比べ、がんは全く行われておらず、治療への配慮をしている企業は2%であった。

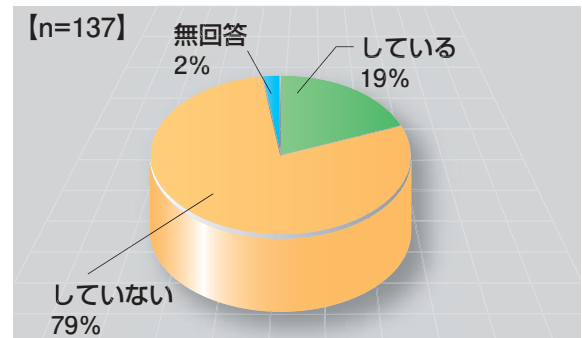
## Q7 | 柔軟な雇用体制の提示

## 具体的な内容

- ・時短勤務等勤務時間の変更
- ・雇用形態の変更、異動
- ・個別対応
- ・再雇用
- ・リハビリ出勤・・・など

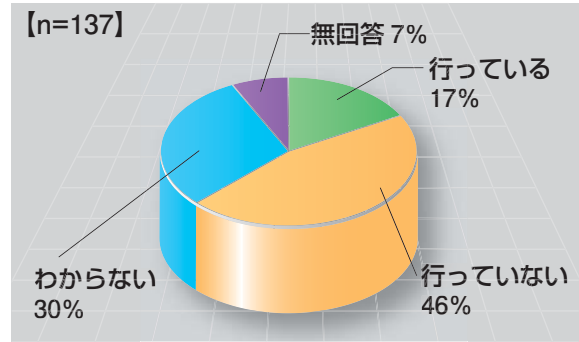


主に時短勤務等の対応であるが、柔軟な雇用体制の提示を行っているのは2割弱の企業だけにとどまっていた。

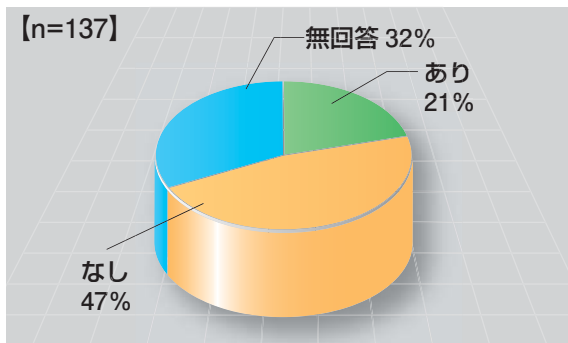




## Q8 私疾病等に罹患した従業員について上司や産業医が会社復帰にむけて連携をとっているか？



**check** 上司や産業医が連携をとり、従業員の会社復帰に努めている企業は17%であった。

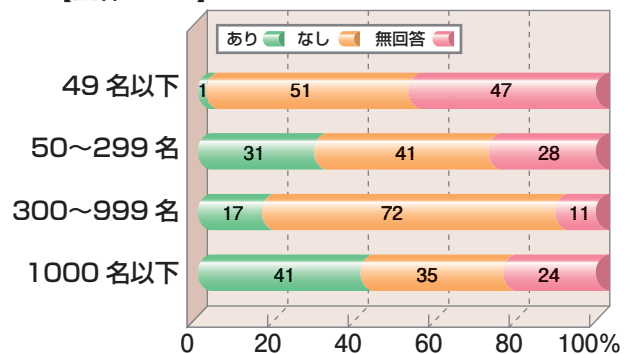


## Q9 産業医等ががん等罹患従業員の上司に対し、病気に対する配慮をするよう指導しているか？

### 具体的な内容（多い順に記載）

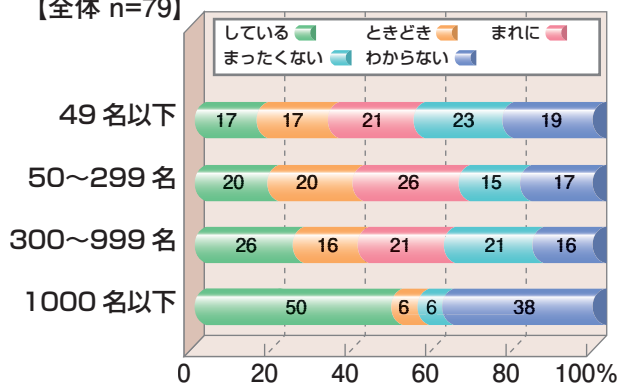
- ・時短勤務等勤務時間の変更
- ・無理をさせない指導
- ・面談式の知識教育
- ・外勤から内勤等への配置転換
- ・セカンドオピニオンによる就業上の配慮教育
- ・産業医によるカウンセリング・・・など

【全体 n=79】



**check** 大企業（産業医の設置が多い）の方が病気に対する配慮指導がなされている傾向が見られた。

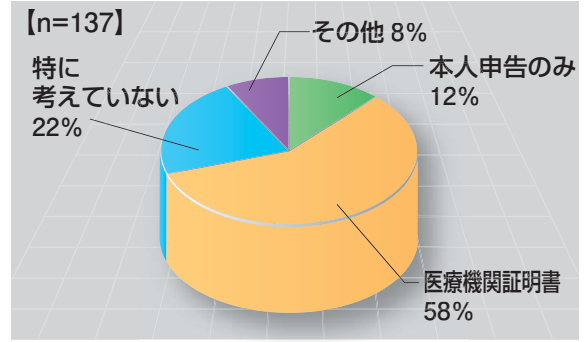
【全体 n=79】



## Q10 経営者と従業員が健康対策について話し合っていますか？

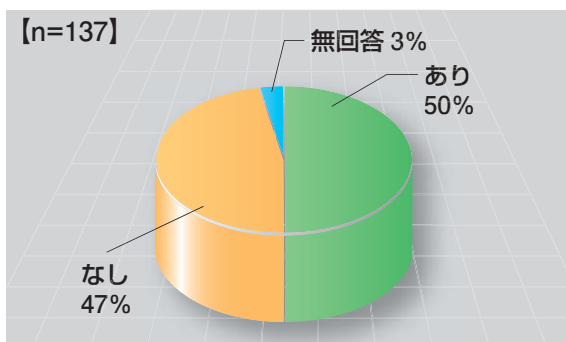
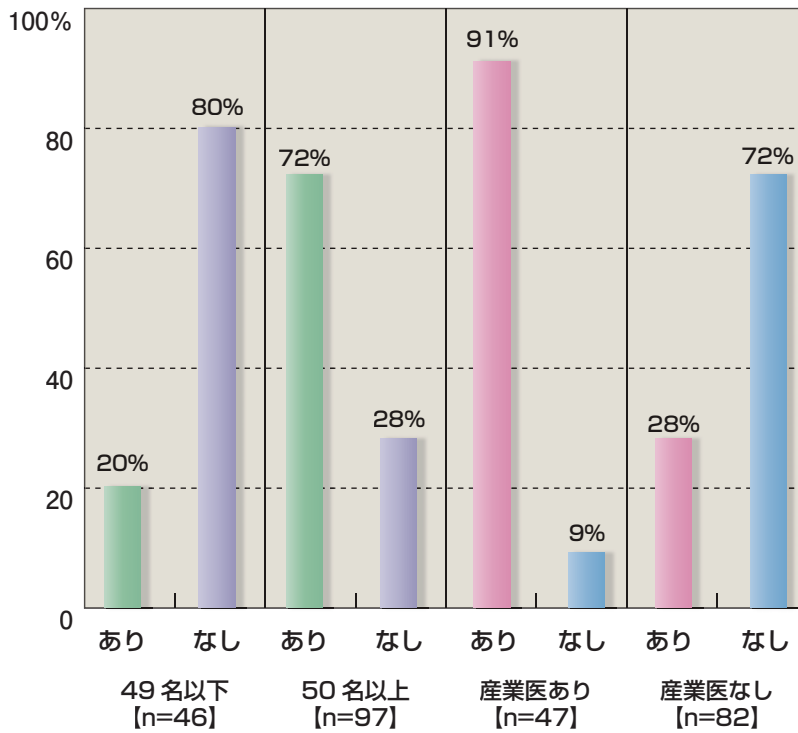
**check** 大企業の方が経営者と従業員が健康対策について話し合っている傾向がみられた。

Q11 | がんに罹患した従業員が職場復帰できるかどうかの判断はどのようにしますか？



半数以上の企業が職場復帰には医療機関の証明書が判断材料であると回答していた。

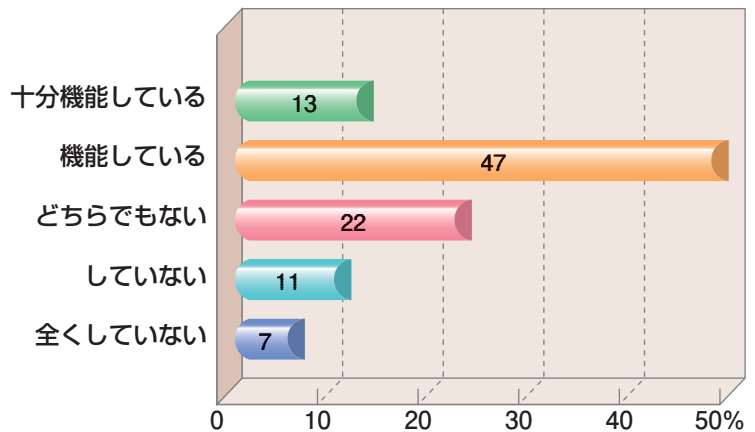
Q12 | 衛生委員会は設置されていますか？



衛生委員会の有無は規模及び産業医の有無に比例する傾向が見られた。

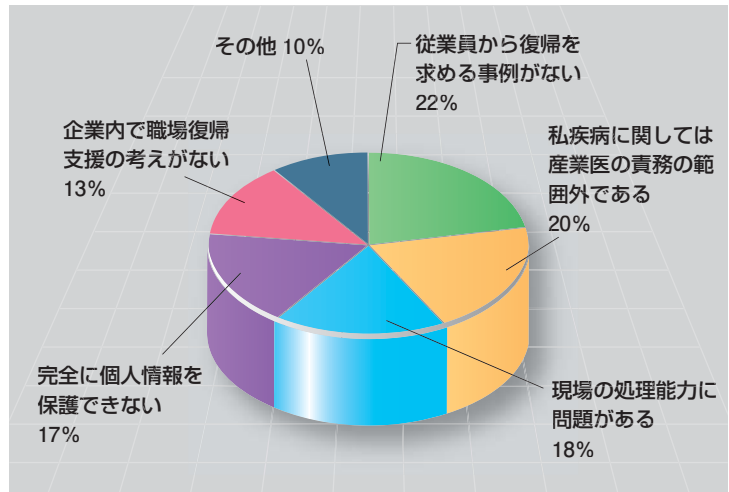
### Q13 衛生委員会は機能していますか？

【全体 n=xx】



**check** 「機能している」との回答が47%と最も多かった。

### Q14 主治医と産業医の連携が不十分であると言われる理由は何だと思われますか？（複数回答可）

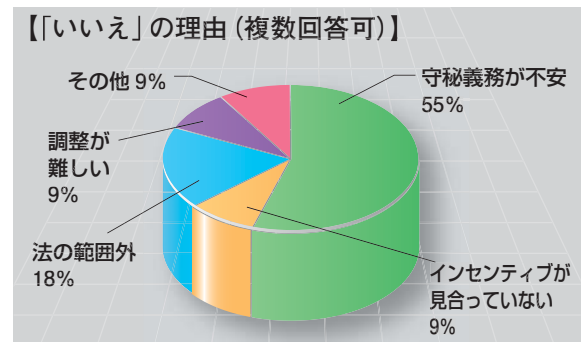
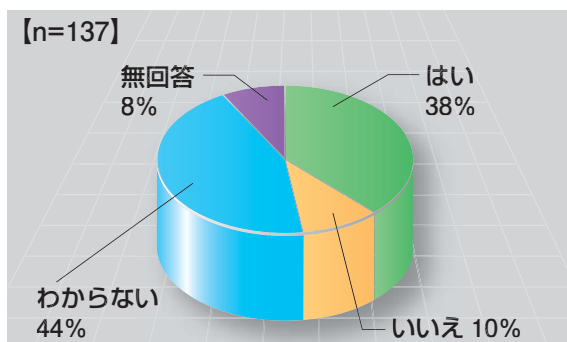


#### その他の記述内容

- ・主治医の非協力と産業医の専門性の違い
- ・医師のコミュニケーション能力の問題
- ・主治医と産業医の価値観の違い・・・など

**check** 職場において、医療連携や就労支援の復職体制が十分でないことが推測される。

### Q15 衛生委員会で復職プラン等を立てることに賛成ですか？



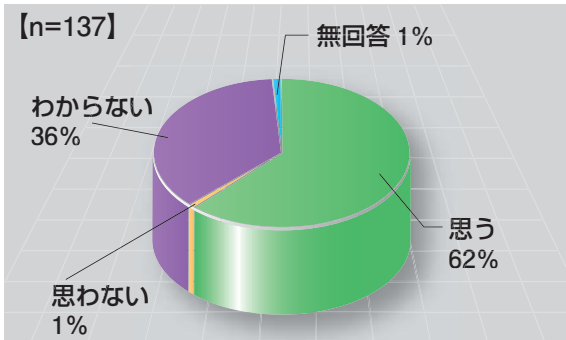
**check** 復職プランの作成に賛成した企業は38%にとどまった。反対した理由には守秘義務不安、労働安全衛生法の範囲外である、などであった。

#### その他の記述

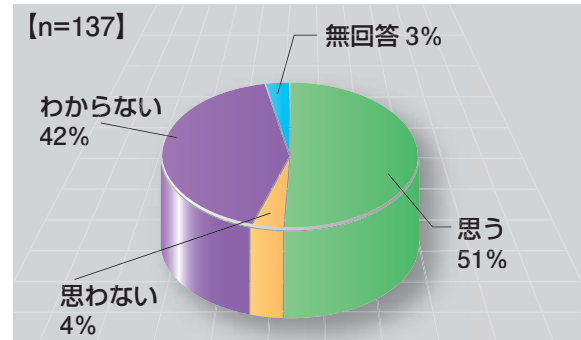
- ・衛生委員会でやることではない

## Q16 | がん罹患勤労者でも回復度に応じて柔軟な労働環境を整えることが重要ですか？

社会全体として



貴社の将来として



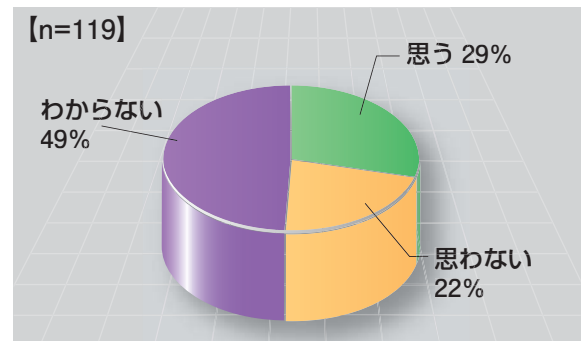
### 義務化は必要ないと思う理由

- ・負担となる、義務化には体力が必要
- ・業種等により様々で義務化である必要がない
- ・形骸化、有形無実になるだけ
- ・本来の労働環境を整える主旨と異なる
- ・障害者ほど弱者ではないから

### 義務化は具体的にどのような取り組みを行うべきか

- ・生きる意欲のエネルギー源となる支援
- ・意識改革の啓蒙
- ・企業の受容能力に応じた給付制度が重要
- ・どのような病気であっても働く意思を持つ人材は会社にも社会にも重要

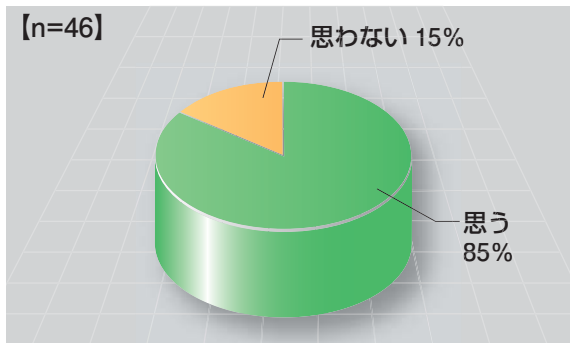
### ○がん罹患勤労者の回復度に応じた柔軟な労働環境の整備の「義務化」は必要ですか？



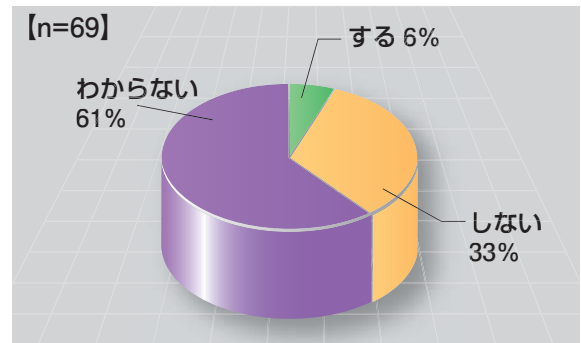
19%の企業が現在は柔軟な労働環境を整えている（問17）が、将来は51%の企業が労働環境の整備が重要と考えていた。しかし、「義務化」に賛成した企業は29%であった。



○病気になった人へのサポートは必要か？



○既往歴のあるものを積極的に採用するか？



**check** 病気になった人へのサポートは85%の企業が必要と回答したが、既往歴のある人を採用したのは6%のみであった。

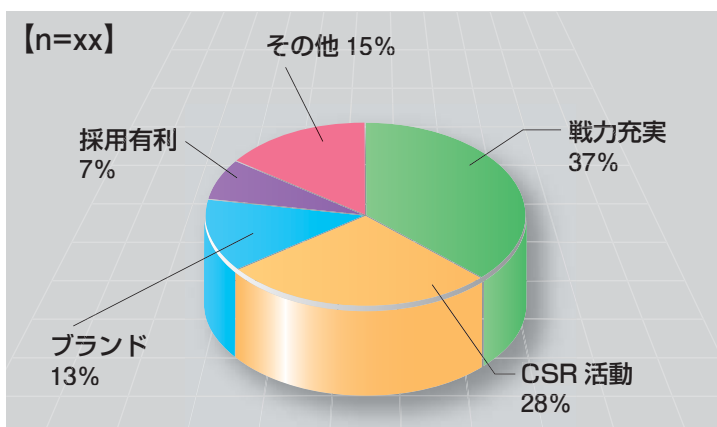
○病気になった人に対するサポートはどのように行うことが望ましいと考えますか

- ・生活支援、所得保障などの経済的・金銭的な支援
- ・労働時間の工夫などその人にあったサポート
- ・社会復帰のための意向や希望をかなえることができる体制づくり
- ・専門的なカウンセリングなどを行える機関の設置
- ・行政と企業の連携
- ・単身者のケアステーション
- ・周囲の理解と協力
- ・主治医との連携システム
- ・十分な時間をかけた復帰へのプロセス
- ・無理をさせない環境づくり

○がん罹患患者などに対して今後どのような対応を取る予定ですか

- ・現状ではまったく考えていない
- ・本人との話し合いにより各当事者ごとに最善の対策をする

○企業の福祉を充実させる理由はなんですか？（複数回答可）

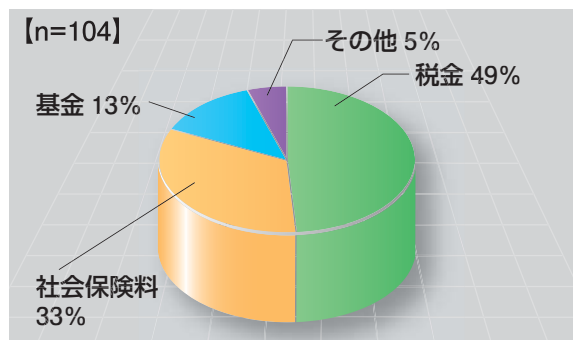


その他の記述

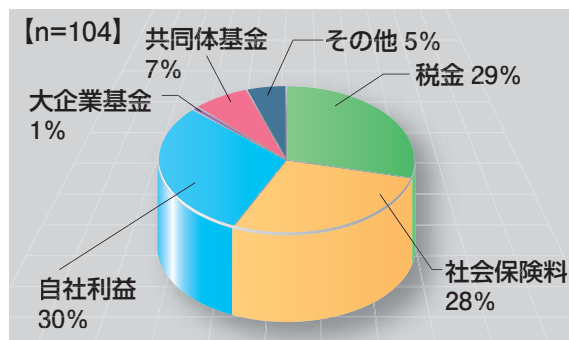
- ・働きやすい職場づくり
- ・人員不足解消
- ・雇用の安定のため
- ・ES向上
- ・幸せになるため

**check** 企業福祉を充実させる理由としては、企業の人的資源の充実や企業の社会的責任（CSR）、ブランド力の向上であった。

○「公共サービス」充実のための財源はどこから徴収することが妥当ですか？

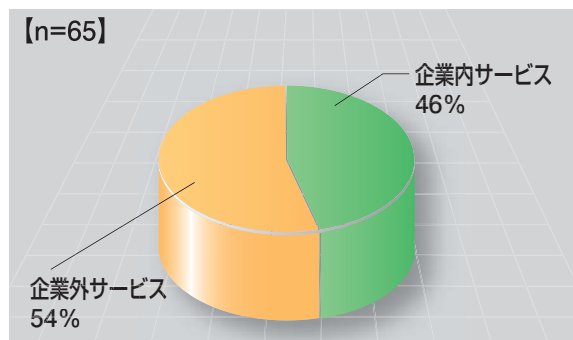


○「企業福祉」の充実のための財源はどこから徴収することが妥当ですか？



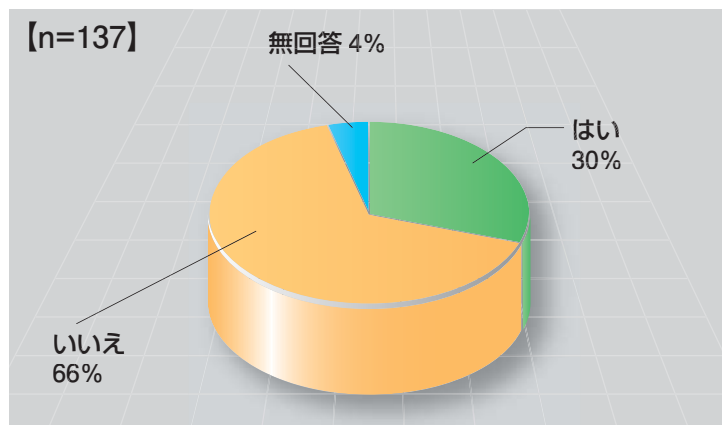
福祉の財源としては税金や社会保険料、企業福祉としては自社利益が多かった。

○柔軟な労働環境を整えるためには企業内福祉と企業外サービスのどちらが適していると考えますか？



柔軟な労働環境の提供のためには、企業内福祉と企業外サービスがおおよそ半数ずつであった。中小企業の方が企業外サービスが適しているとの回答が多かった。

## Q17 | 産業保健センターをご存知ですか？



産業保健センターを認知していると回答した企業は30%であった。

# がん診療連携拠点病院相談支援センター調査

\*今回、当機構と連携して調査研究活動を行っているNPO法人がんセンターリボンスより、貴重な調査結果をご提供いただきました。

調査名 がん患者さんの「働くこと」に関する相談支援実態調査

調査時期 2009年10月19日(木)～11月30日(月)

対象 全国の全てのがん診療連携拠点病院 相談支援センター375カ所(実際に相談に当たっている専門職の方に記入いただいた)

調査方法 相談支援センター宛に調査票を郵送し、複数のスタッフから回答を得られるよう依頼。

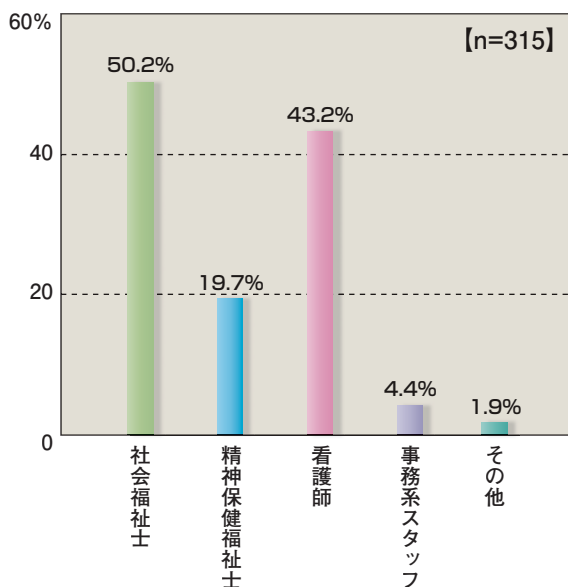
回収状況 回答者ベース 有効回収数 315名

施設ベース 病院名が判明しているのは 193カ所(51.4%)、病院名無記名 20カ所

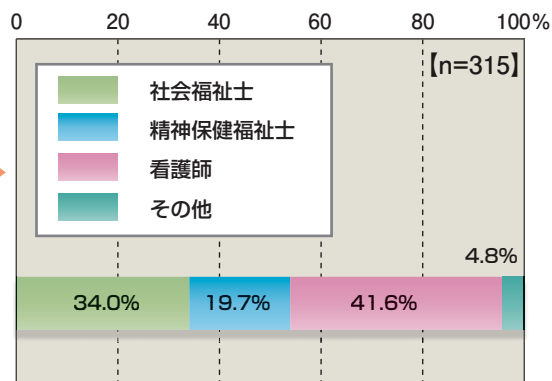
調査主体 NPO法人がんセンターリボンス就労支援プロジェクト

調査協力 独立行政法人労働者健康福祉機構

## 1. 回答者の資格 (Q1: MA)



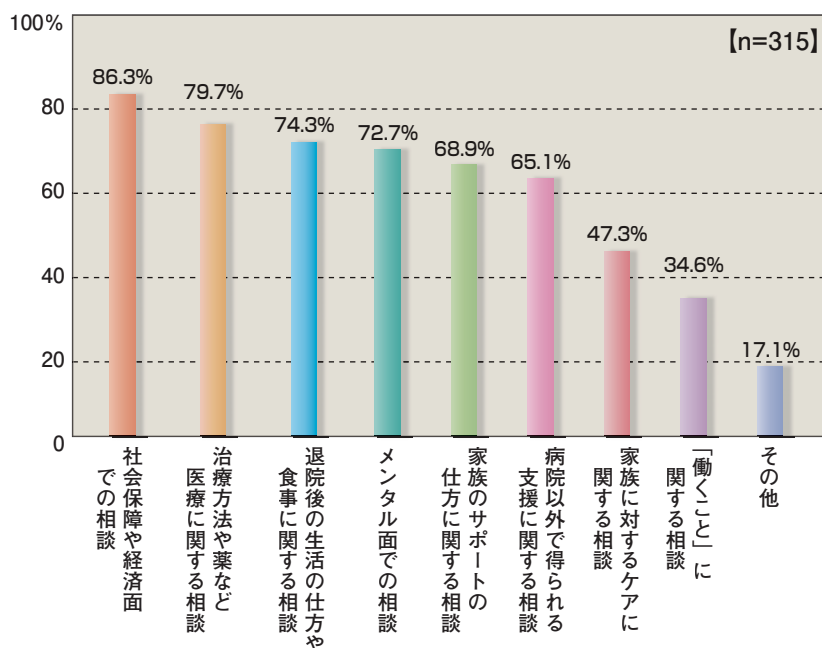
[分析軸として複数資格を整理した場合]



※「精神保健福祉士」「社会福祉士」「看護師」の順に優先して整理。

・回答者の半数は「社会福祉士」や「看護師」の資格がある。「精神保健福祉士」も2割近い。

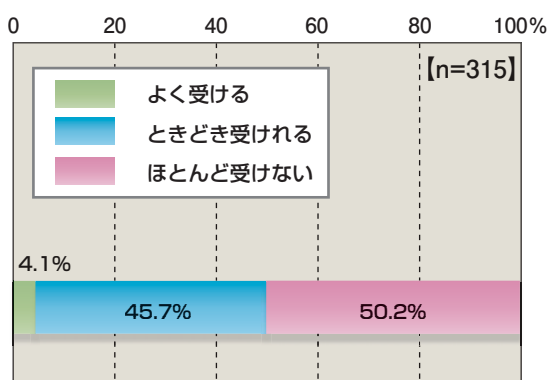
## 2. 相談支援センターで受けている相談の全体像 (Q4 (1) : MA)



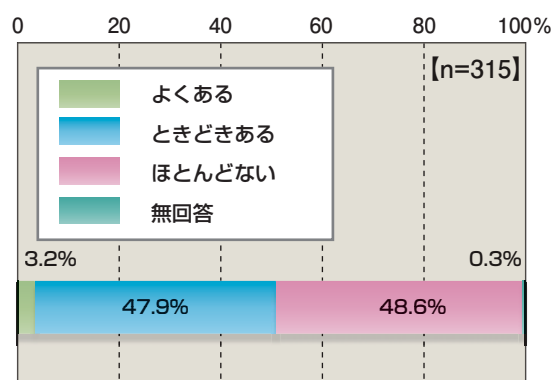
- ・センターに寄せられる相談全体の中で、「『働くこと』に関する相談」は34.5%。
- ・相談を受けている患者数は、月平均 63.5人。

## 3. 「働くこと」に関する相談や話が出る頻度

①「働くこと」に関する相談を受けるか？ (Q5)



②「働くこと」以外の相談の中で話が出るか？ (Q6)



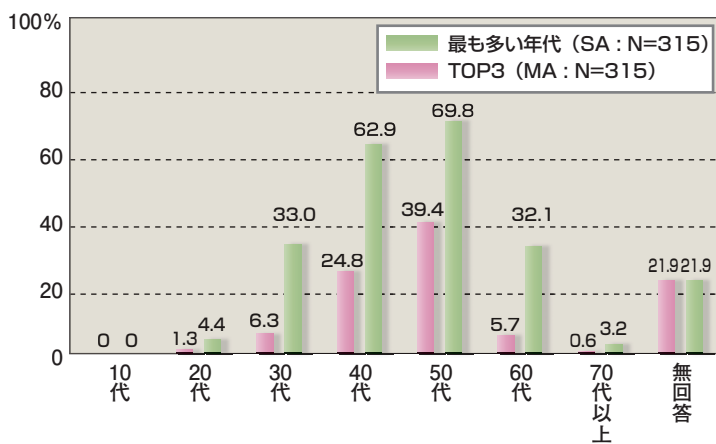
- ・回答者の半数が「働くこと」について相談を受けたり、他の相談の中で「働くこと」に関する話が出たと答えている。
- ・「働くこと」に関する相談を受けている場合 (N=157)、相談を受けている患者数は 月平均 5.9人。



## 4. 「働くこと」について相談や話が出た時に支援をしたがん患者さんのプロフィール

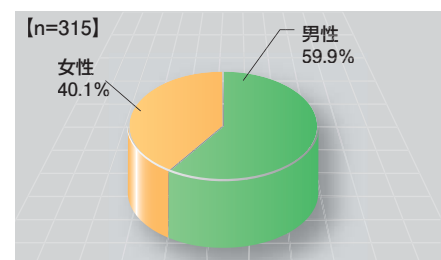
- ・「働くこと」について支援をした相手は、30代から40代、50代にかけての働き盛りの年代が中心で①、男性に対する支援の方が女性を上回る②。
- ・職業面から見たがん患者さんの平均像③④はほとんどが有職者で、その大半が「民間企業」(52.8%)を中心とする勤め人。勤め人の場合は7割が「正規社員」。

①年代 (Q9(2)) \*



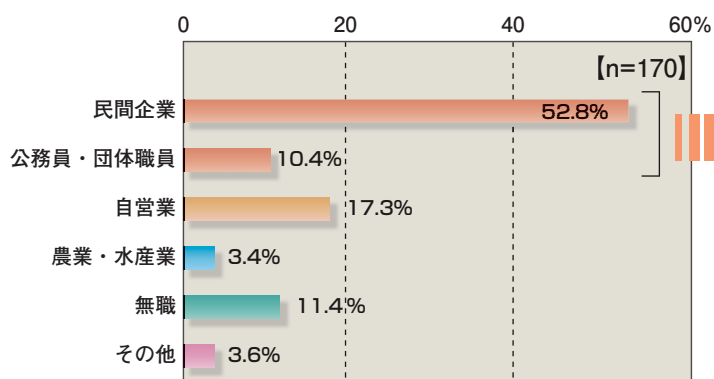
\* 支援をしたがん患者さんの年代について、多い順に3位まで回答。

②性別 (Q9(2)) \*\*

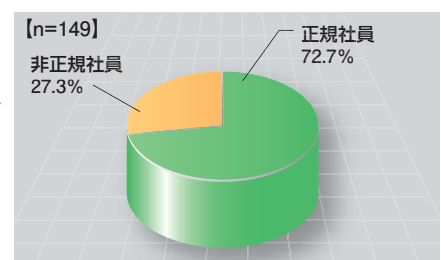


\*\* 回答者の印象としての構成比を回答。

③就業状況 (Q9(3)) \*\*

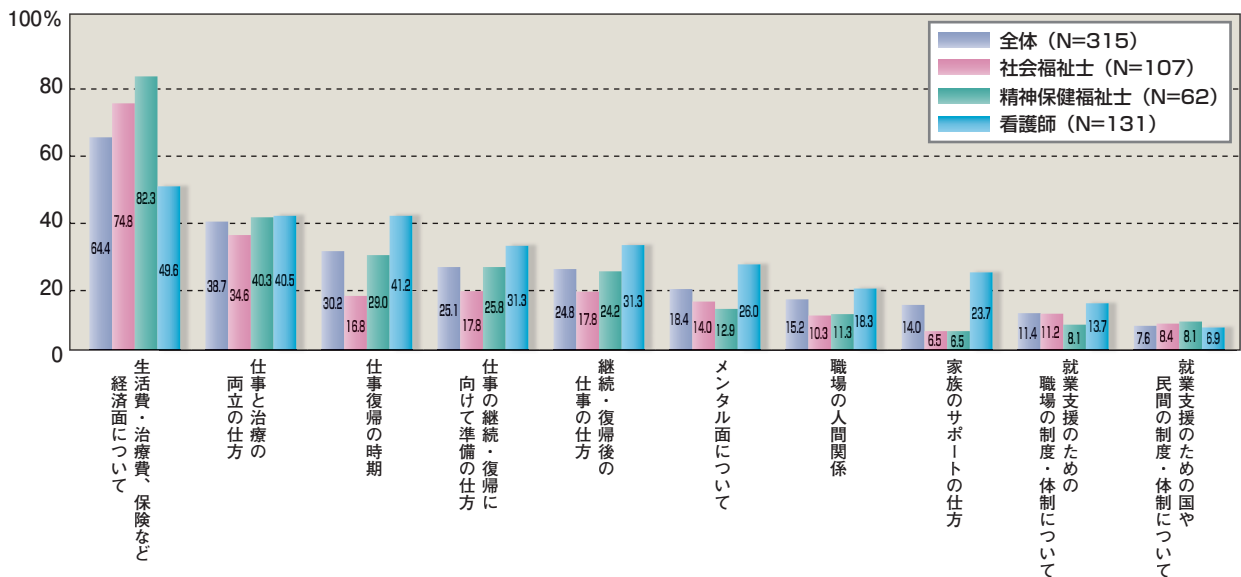


④「民間企業」「公務員・団体職員」と答えた人の就業形態 (SQ9-1 ①) \*\*

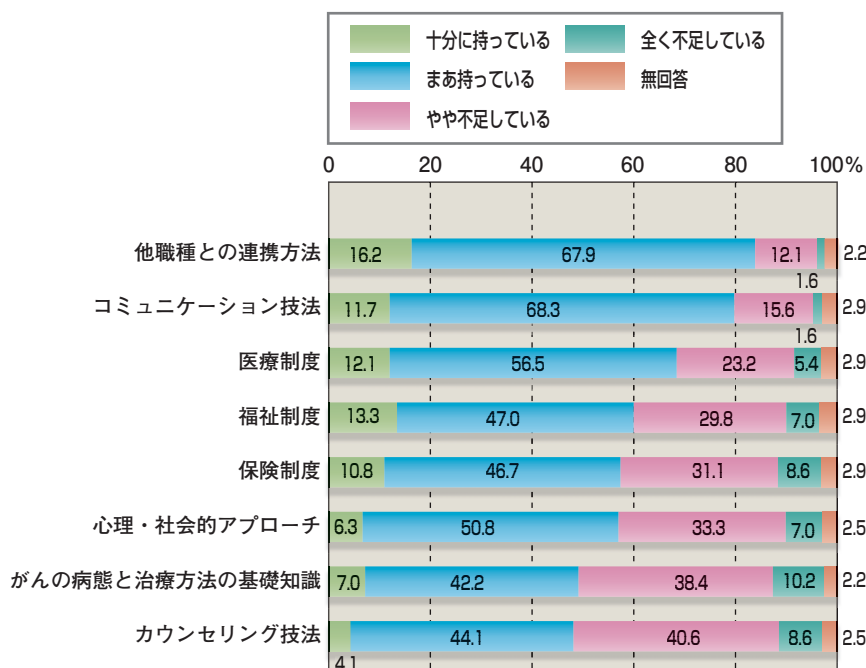


## 5. 「働くこと」に関する相談や話の内容 (Q7: MA)

- ・回答者全体では、「生活費・治療費、保険など経済面」がトップ。次いで、「仕事と治療の両立の仕方」や「仕事復帰の時期」が比較的多い。
- ・資格別では、社会福祉士や精神保健福祉士の場合は、「生活費・治療費、保険など経済面」にやや集中。看護師の場合は特定の内容に集中することなく、広く様々な相談にのっている様子が表われている。



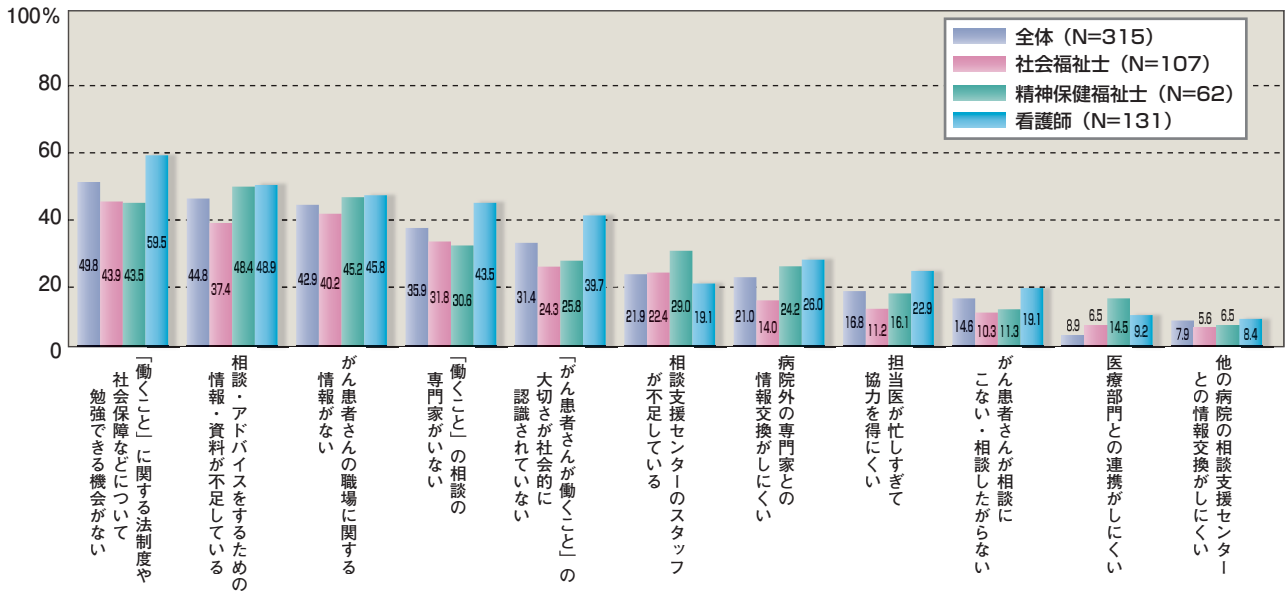
## 6. 「働くこと」に関する相談や支援をするための知識・情報 (Q11)



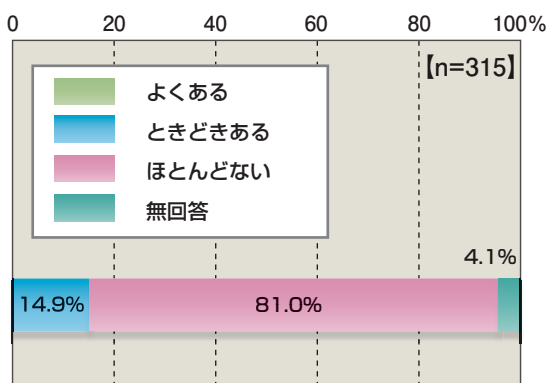
- ・知識や情報を“持っている”（十分に持っている+まあ持っている）と答えた割合からみると、全体的に、十分ではないにしろまずまず自信を持って相談に当たっている様子が表れている。
- ・知識や情報を“持っている”割合は、特に「他職種との連携方法」（計84.1%）や「コミュニケーション技法」（計80.0%）で高い。
- ・こうした知識量・情報量はそれぞれの資格を反映する傾向にある。
- ・社会福祉士・精神保健福祉士では「がんの病態と治療方法の基礎知識」「カウンセリング技法」について、看護師では「医療制度」「福祉制度」「保険制度」について“不足”（やや不足+全く不足）と答えた割合が高い。

## 7. 「働くこと」に関する支援をする上での苦勞・困りごと (Q 12 : MA)

- ・ 回答者全体では、多くの項目が同程度に挙がっており、問題の広範さがうかがえる。
- ・ 資格別では、看護師が多くの問題で他の資格者を上回る場合が多い。特に「法制度や社会保障などについて勉強できる機会がない」「働くことの相談の専門家がない」「がん患者さんが『働くこと』の大切さが社会的に認識されていない」について顕著である。



## 8. がん患者さんの職場からの相談 (Q 13)



- ・ がん患者さんの仕事の継続・復帰に際し、職場サイドから相談されることがあるかどうかを尋ねたところ、「よくある」との回答はなく、「ときどきある」の14.9%にとどまった。