

(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

2

がん 仕事 支えあい

— がんの治療と就労の両立支援 —

はじめに

本書は、独立行政法人労働者健康福祉機構が、平成22年3月18日、がんの治療と就労の両立支援をテーマに開催した「勤労者医療フォーラムーがん 仕事 支えあいー」の成果をとりまとめたものです。

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法（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あり、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、平成16年度より職場・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。

そして、平成21年度からは、新たに「がん罹患者の疾病の治療と職業生活の両立支援分野」の研究をスタートさせ、企業、産業医、主治医そしてがん診療連携拠点病院相談支援センターを対象とした実態調査を実施するとともに、がんの治療と就労の両立支援に関係する臨床医学、産業保健、社会学等さまざまな専門領域から有識者を招へいして、その課題解決のための処方箋を検討してきました。

わが国では生涯に男性では2人に1人が、女性では3人に1人が、がん罹患するといわれていますが、医学の進歩によってがんは「治る」疾病となっており、また、外来化学療法等によって就労を継続しながらの治療も可能となっていることから、がん罹患した労働者に対する就労の問題が大きな課題となっています。

しかし、勤労者が、がん罹患しても、現行の医療制度の下、必ずしもそれら疾患と職場との関連に基づいた医療提供は十分行われているわけではないこと、あるいは医療機関と職場との連携が十分でないこと等により、勤労者が療養後に職場復帰ができず就労を断念する、あるいは就労を継続できず離職せざるを得ない場合があることが、これまで当機構が実施した調査等から明らかとなっています。

勤労者医療フォーラムでは、「がんの治療と就労の両立・職場復帰支援」に関するこれまでの研究成果や調査結果を発表するとともに、それをもとに広く一般市民にも参加していただき、がん患者団体、がん患者支援組織、がん高度専門医療機関、産業保健、そして、がん患者の就労に関する研究分野等を代表する有識者の参加を得て、がん患者の治療と就労の両立支援のあり方を検討していただきました。

そして、その検討内容を勤労者医療フォーラムに参加していただいた講演者のご協力を得てとりまとめました。本書が、本書の前編である「勤労者医療研究①ーがんの治療と職業の両立支援に向けてー」とともに、がんの治療と就労の両立支援に携わる医療関係者、産業医、産業保健スタッフをはじめ企業における産業保健に係る人事・労務担当者などの業務の参考としていただければ幸いです。

独立行政法人労働者健康福祉機構
理事長 伊藤 庄平

はじめに(伊藤 庄平)…… 1

序 論—本研究事業の背景と意義(野村 和弘、吉谷 真治)…… 5

I がんの治療と就労の両立支援 ————— 7

1. がん医療の進歩…… 9
(嶋田 紘)

2. がん治療と就労の両立支援…… 19
(山口 建)

3. 希望という治療…… 25
(吉田 道雄)

4. がん患者の治療と就労を支える社会的コーディネートのあり方…… 31
(今村 肇)

5. がん患者の治療と就労の両立支援の研究—乳がんについて…… 41
(高塚 雄一)

II がん罹患と就労に関する調査・研究 ————— 47

1. がん患者の職場復帰、「働くこと」に関する調査より…… 49
(岡山 慶子)

2. 「がん罹患勤労者の就労に関する研究」について…… 59
(門山 茂)

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…… 65
(嶋田 紘、吉谷 真治、小田 美也子)

資料 勤労者医療フォーラム・抄録集…… 75

序 論—本研究事業の背景と意義

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

東京労災病院 院長 野村 和弘

独立行政法人労働者健康福祉機構

医療事業部勤労者医療課長 吉谷 真治

本書は、独立行政法人労働者健康福祉機構が、平成22年3月18日、がんの治療と就労の両立支援をテーマに開催した「勤労者医療フォーラム ―がん 仕事 支えあい―」の成果を、この問題に携わる方々のお役に立てていただくため、勤労者医療の趣旨に賛同されフォーラムに参加していただいた先生方のご協力を得て作成したものです。

「勤労者医療フォーラム ―がん 仕事 支えあい―」開催の経緯を簡単にご説明いたします。本書所収の「がん医療の進歩」（嶋田先生）で解説されていますとおり、医学の進歩によってがんは「治る」疾病となっております。しかし勤労者が、がん罹患しても、現行の医療制度の下、必ずしも「疾患と職場との関連に基づいた医療」の提供が十分に行われている現状にはありません。また、山口先生の「がん治療と就労の両立支援」の中で指摘されているように、医療機関と職場との連携が十分でないこと、さらにはがん罹患労働者と使用者側の双方のがんに対する知識が乏しいという現状があります。このことにより、勤労者が療養後に職場復帰ができず就労を断念する、あるいは就労を継続できず離職せざるを得ないケースが少なくないことが、これまでの先行研究、そして、今回、当機構が実施した調査等から明らかとなっております。

このような状況に対処するため、当機構では平成21年度より、「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研究を実施してきました。

がんについての治療と就労の両立支援のあり方を考える時、まずは現状、すなわち問題点、障壁の内容とその実態を正確に把握する必要があります。しかし、吉田先生の「希望という治療」でも述べておられるとおり、いま現にがん罹患しておられる患

者さんを前に、調査に時間を費やす余裕はありません。

そこで調査の実施にあたっては、既に他の研究機関等により実施されているものは、その成果提供のご協力をお願いしました。また、がん患者さんを支援するNPO等により行うことが可能なものにつきましては、支援組織等からの要請を受けて、これまで当機構が培ってきた就労と医学を結ぶ知見や技術等の提供を行わせていただきました。さらに、他の研究機関や医療機関では実施が困難な調査、例えば、地域医療だけではなく職域にまたがるような調査については、当機構が47都道府県に設置する産業保健推進センターも活用して実施するなど、関連する研究機関や支援組織等との協同により進めて参りました。

その成果としての調査結果の一部は、「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―」として、報告書のかたちに取りまとめ、発行いたしました。

そして、「勤労者医療研究①」の取りまとめの過程で、研究に協力いただいた先生方から、がん患者さん、支援組織、企業などから直接生の声をお聞きし、それを今後の研究に反映させるべきである、そのような場を造るべきだというご意見をいただきました。

そのような経緯から、一般のがん患者さんを含めて参加することができる市民フォーラム形式による、「勤労者医療フォーラム・がんの治療と就労の両立支援 ―がん 仕事 支えあい―」を企画、開催いたしました。

勤労者医療フォーラムの中でも述べられましたが、労働者の健康を考えたとき、従来は、労働者の疾病といえば、じん肺、振動障害、各種有害化学物

質による中毒症等、労働者の作業ないし作業環境がほとんど唯一の原因となって発生する職業病がその典型でした。職業病の診断、治療は、労働者災害補償保険法に基づき、労災病院を中心とする労災指定医療機関によって労災医療として提供されてきました。

日本の平均寿命は、戦前は45歳くらいであったものが、1950年代には60歳となり、今では日本は世界最長寿国で、乳児死亡率も低く、OECD諸国なかでも対GDP比からすると低いコストでそれを達成していることから、WHOによって日本の医療政策は世界一と評価されています。日本人の寿命が急激に伸びたのは第2次大戦後のことですが、戦後実施された教育投資の拡充や雇用の確保と安定化、平等な所得分配なども含めた一連の公衆衛生政策や労働政策は、注目に値する成果をおさめてきました。

しかし、現在、わが国は、持続的な経済成長が期待できない状況下、眼前に極端な少子高齢化の進展に伴う労働力人口減少と、医療・介護が必要な高齢者人口の増加という課題を抱えております。「過労死」や「過労自殺」という言葉が日本特有の労働者の健康問題として世界語となり、自殺者は12年連続で3万人を超えるという現状にあり、がん罹患勤労者が治療と就労の両立をはかるための環境は厳しい状況にあります。

これまでわが国は、終身雇用、企業内組合のもとで日本型雇用慣行と呼ばれる良好な労使関係を築き、企業は法定外福祉としての福利厚生を充実してきましたが、産業構造、就労環境は近年大きく変化しています。

そして、失われた20年ともいわれる長期の経済低迷の中で、労働者の健康保持増進を担う企業の産業保健担当者の充実が困難な状況が続き、それに加え経験と知識を有していた産業保健担当者が定年退職を迎えています。

今村先生は「がん患者の治療と就労を支える社会的コーディネートのある方」の中で、日本の企業がこれまで有してきた労働者の生活を支えるという機能が低下していることを指摘されたうえ、日本の文

化風土に即した新たな社会的コーディネートのあり方について提言されています。

社会経済のグローバル化、極端な少子高齢化の進展といった社会の変容が、わが国の企業や雇用、政府のあり方に大きな影響を与えており、日本型システムとよばれる労働力増加を前提とし、高度成長期に形成された戦後システムの転換が迫られています。社会保障制度はもとより、労働者の健康と職業生活を守る仕組みの再設計が求められている状況の中で、がん患者の治療と就労を支える社会的事業を展開されているNPO法人キャンサーリボンスの岡山先生からは、「がん患者の職場復帰、『働くこと』に関する調査より」の中で、「がん患者さんの職場復帰に関する調査」、そして「がん患者さんの就労に関する相談支援の実態」についてご報告をいただきました。

また、当機構が実施しました「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」では、がん罹患勤労者を取り巻く就労支援に関する企業の環境の実態を明らかにしています。

そして、これらの調査から、がん罹患勤労者の治療と就労両立支援のためには、がん罹患勤労者の病状を職場（産業保健スタッフ等）に正しく伝えるためのシステムの構築が重要なことが示唆されています。そのために当機構が現在行っているクリニカルスコア、ガイドライン、クリニカルパス、そして、これらを活用して病状を職場に伝えるMSW（Medical Social Worker）等の教育プログラム等の研究開発の状況について、当機構が実施する「勤労者の罹患率の高い疾病の治療と職業の両立支援がん分野」の主任研究者・門山先生と、乳がんご担当である高塚先生が解説されています。

当機構では、「勤労者医療フォーラム ― がん 仕事 支えあい ―」の中で検討された事項、また、フォーラムに参加された多くの方々からいただいた貴重なご意見を活かし、今後のがんの治療と就労の両立支援研究及び支援事業を推進していきたいと考えております。

本書が、がんの治療と就労の両立支援に携わる方々のお役に少しでも立てば幸甚に堪えません。

I

がんの治療と就労の両立支援

- 1 がん医療の進歩
- 2 がん治療と就労の両立支援
- 3 希望という治療
- 4 がん患者の治療と就労を支える社会的コーディネートのあり方
- 5 がん患者の治療と就労の両立支援の研究－乳がんについて

1 がん医療の進歩

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

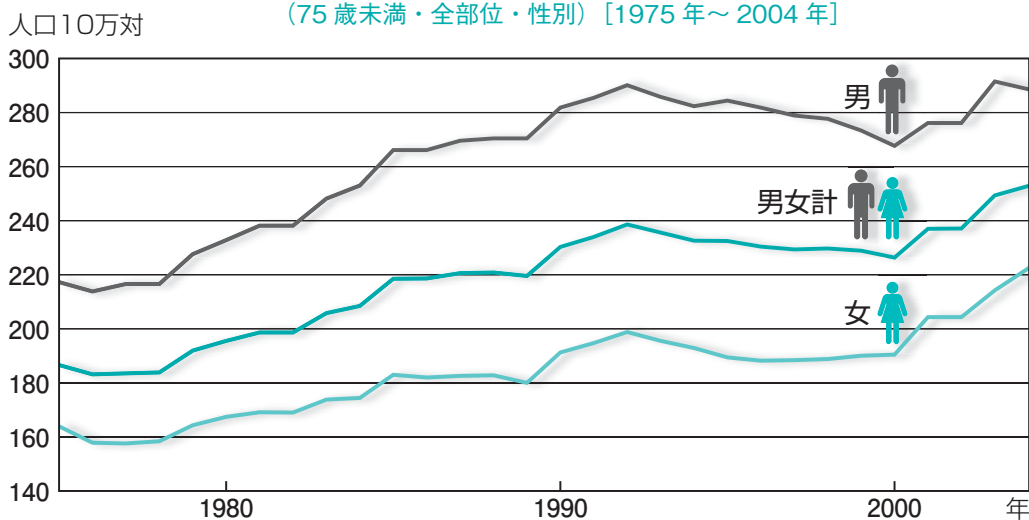
はじめに

国立がんセンター・がん対策情報センターの資料によると、75歳以下の日本人のがん罹患率は男性が1980年には10万人当たり220人から2000年には300人に、同じく女性は160人から200人になった。すなわち、この20年間にがん罹患率は、男女とも約2割増加した。その結果男性の49%、女性の37%が75歳までにがん罹患することとなった(図1)。

また、その約半数ががんで死亡すると報告されている²⁾ことから、一般に「現在の日本人の2人に1人(弱)ががんに罹り、3人に1人(弱)ががんで死亡する」といわれる。

一方で、大阪府成人病センターの報告³⁾によれば、5年生存率は1975年の30.4%から2000年には45.3%と、25年間に約5割上昇したと報告している(図2)。

図1 部位別がん年齢調整罹患率の推移
(75歳未満・全部位・性別) [1975年～2004年]

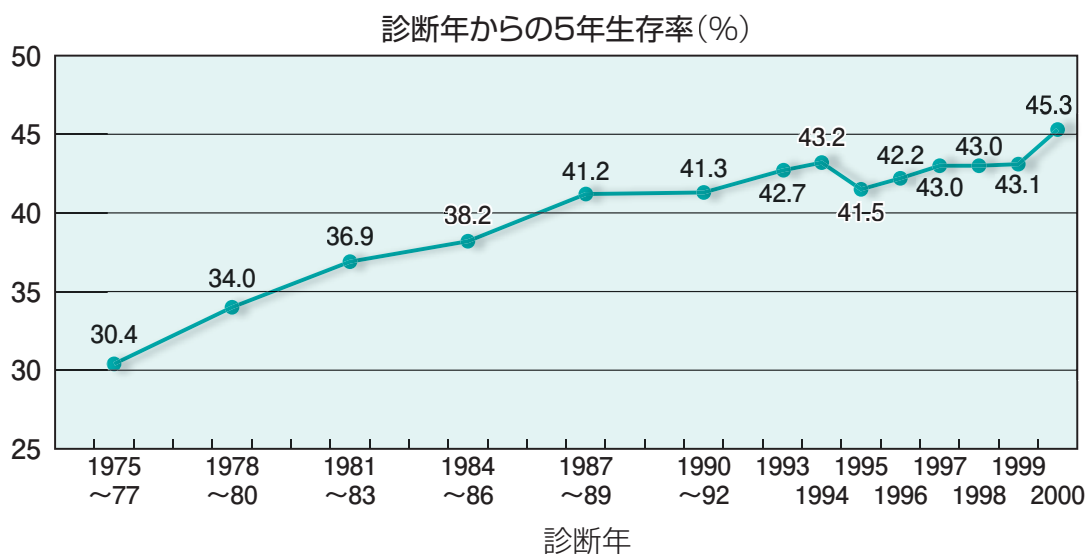


資料:国立がんセンターがん対策情報センター¹⁾
Source: Center for Cancer Control and Information Services,
National Cancer Center, Japan

*1乳房と子宮頸部の上皮内がんを含む。

生涯がん罹患率	男	49%
	女	37%

図2 がんの治療成績の推移（全がん）



(注) 数字は大阪市を除く府内在住者のもの。

(資料) 大阪府成人病センター『大阪府におけるがん登録』各年³⁾

がん患者の予後が改善した理由は、①早期診断例の増加、②がんの臨床病期に応じた適切な治療選択と、③治療技術の進歩といわれている。

20世紀後半になり理工学の成果が医療に積極的に応用され、さらに各種の分析装置や医療機器が開発され、がんの早期診断、進展度診断や個々のがん腫や個人の遺伝子解析が可能になった。また局所治療にあたっては、患者のQOLの維持を考えた低侵襲手術法や、がん部分のみをピンポイントに照射する放射線照射法、加速器を使用する粒子線治療が開発された。一方、全身療法としては抗がん剤や分子標的治療薬が目覚ましく発展し、進行・再発がんであっても長期間生存することが可能になった。

これらのがん診断法や治療法の進歩は、従来の外科手術一辺倒からQOLを考慮した低侵襲手術や放射線治療、抗がん剤治療などの集学的治療へと様変わりさせた。

また、がん腫や個人の遺伝子解析により患者の予後や薬剤の効果、副作用の予測を可能にしたことは、患者ごとに適切な医療を提供するいわゆる個別化医療⁴⁾の時代の到来を告げることとなった。

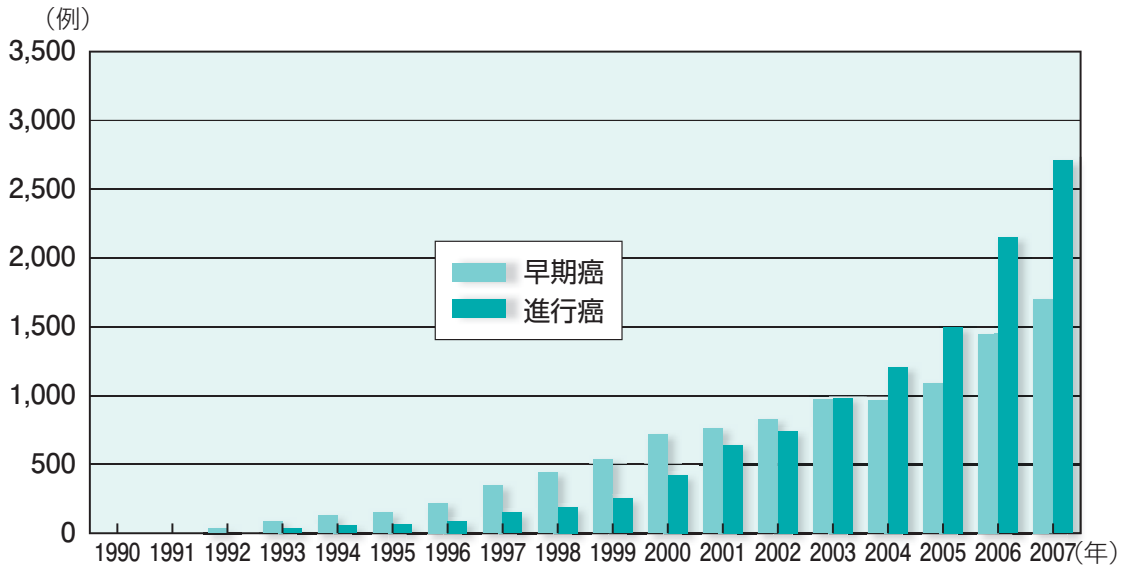
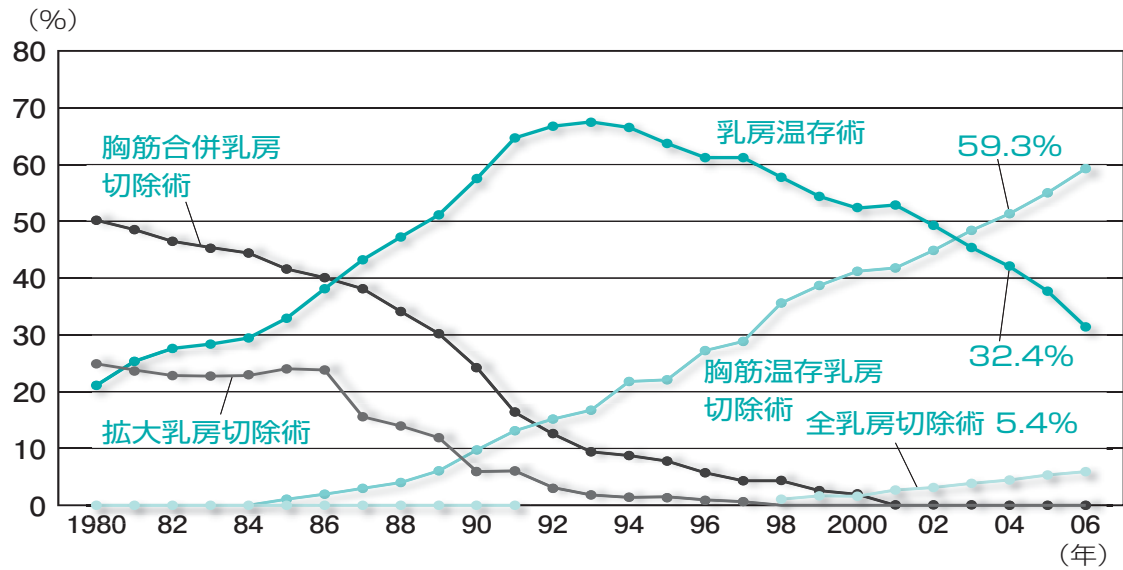
さらに、がん治療の進歩に勢いをつけたのは、統計学という科学を臨床研究に導入したことである。従来は経験という反証しがたい根拠を振りかざす医

療であったが、最近ではさまざまな治療法の成績の比較が統計学的に行われ（無作為比較試験 RCT）⁵⁾、その結果から科学的根拠に基づいた標準的診断法や治療法（診療のガイドライン）を推奨するようになった。このガイドラインは医療レベルの底上げに大きな役割を果たした。

1. 早期がんの診断と低侵襲手術とロボット手術

コンピューター断層撮影法（CT）、核磁気共鳴装置画像法（MRI）、ポジトロン断層法（PET）、造影超音波法は、肝細胞がんなど実質臓器の早期がんや進展度診断に、さら拡大内視鏡、カプセル内視鏡の出現は消化管の早期がんの診断に、マンモグラフィは乳がんの早期診断に寄与した。予後が良いとされる早期がんの診断法や適切な治療法の選択ができる進展度診断法の発展はがん治療成績の向上に欠かせないものである。

一方、消化管の早期がんは、従来の開腹下の切除術から内視鏡的粘膜切除術（EMR）や粘膜下層剝離術（ESD）などの低侵襲手術が行われるようになった。また肝臓などの実質臓器の早期がんに対しても、超音波下に各種の経皮的焼灼術が行われるようになった。一方、進行がんに対しても腹壁や胸壁を

図3 大腸がんに対する腹腔鏡下大腸切除術の推移⁶⁾図4 わが国における乳がん手術術式の変遷⁷⁾

破壊しないで常温、常湿の自然の状態腹腔鏡や胸腔鏡を見ながら種々のデバイスを挿入し、消化管のがんを切除する鏡視下手術が行われるようになった(図3)。乳がんにおいても、乳房切除術から各種の乳房温存術が主流となった(図4)。

これらの低侵襲手術は患者の精神的、肉体的なQOLを改善させたばかりでなく、がんの治療成績においても通常の開腹手術や開腹手術よりも遜色ないか優れているという成績が報告され、注目をあびている⁸⁾。また、ロボット手術は、従来の直視下の人の手では行えない細い神経を残し機能を温存した

り、縫合不全がないように微細な吻合を可能にしたことから翌日退院が可能となり、前立腺がんに対しては欧米を中心に急速に広まっている。

2. 抗がん剤、分子標的治療薬、放射線治療

1960年代に発見されたがん細胞の増殖を抑える代謝拮抗剤、5-FUという抗がん剤は、がん患者の延命効果を持つことを期待されたが、その効果を証明できなかった。その後作用の異なる抗がん剤と併用する多剤併用の臨床研究が行われるようになっ

た。大腸がんでは1990年代になって5-FU + ロイコボリン (5-FU・LV)、イリノテカン + 5-FU + ロイコボリン (IFL)、ついで21世紀にはいって5-FU・LV + オキサリプラチン (FOLFOX)、5-FU・LV + CPT11 (FOLFIRI)、カペシタビン・LV + オキサリプラチン (XEROX) が進行再発がんや術後の化学療法の標準的レジメとなった。一方、個人の遺伝子解析は、イリノテカンの代謝に関係するUTG1A1遺伝子の活性が低い患者は重篤な副作用を伴いやすいことも分かってきた。最近ではこれらのいわゆる抗がん剤に、分子標的治療薬である抗血管内皮増殖因子 (VEGF) 抗体、抗上皮増殖因子受容体 (EGFR) 抗体が併用されるようになり、延

命効果は飛躍的に延長した (図5)。抗EGFR抗体薬剤はKras遺伝子の変異のないがん腫のみに効果があることが知られ、大腸がんの治療法においては既に分子標的治療薬の使用法を中心に個別化医療が行われている。抗がん剤や分子標的治療剤の進歩とともに、進行再発大腸がんの成績も向上した。1995年以前の5-FU単剤時代の平均生存期間は1年未満であったが、多剤併用により2年となり2倍に延長した (図6)。

図5 75歳男性 大腸がん肝転移 アービタックスが著効した症例

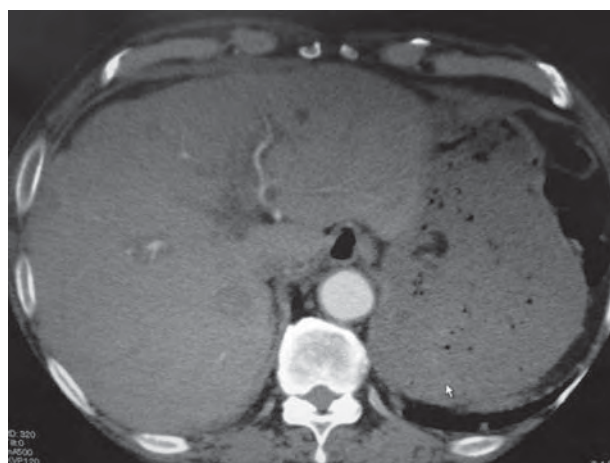


図6 進行大腸がんに対する化学療法、分子標的治療の進歩⁹⁾

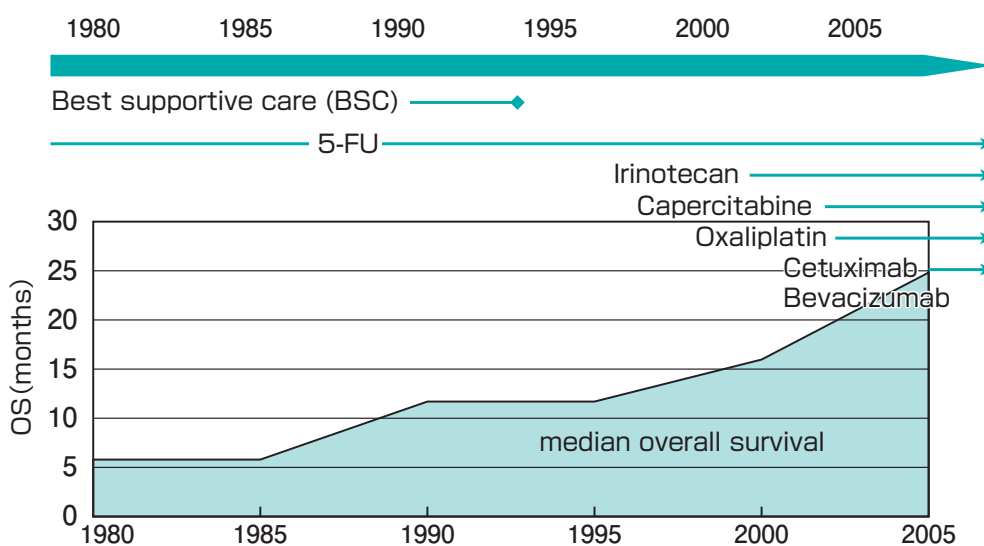
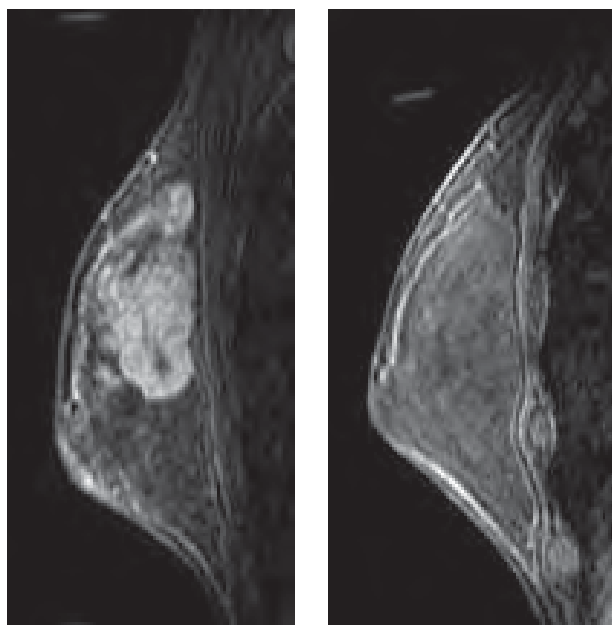


図7 進行乳がん症例の化学療法前後の症例



乳がん 化学療法前
大きな腫瘍が存在する

乳がん 化学療法後
腫瘍は消失した

乳がんは化学療法の分野で最も進んだ分野である。シクロフオスファミド+メトトレキセート+フルオロウラシル（CMF）療法は副作用が少ないため長く使用されていたが、アンスラサイクリン系薬剤、タキサン系薬剤やトポイソメラーゼ1阻害薬が開発されて以来、シクロフオスファミド+ドキソルビシン+フルオロウラシル（CAF）やフルオロウラシル+エピルビシン+シクロフオスファミド（FEC100）を先行させた後にタキサン製剤を投与することが主に行われている（図7）。乳がんは個別化医療としても先駆的な分野である。EGFRに類似したHuman type factor 2（Her2）の発現が認められるがん腫に対する抗体製剤やホルモン受容体（エストロゲン受容体、プロゲステロン受容体）発現の有無に応じて抗ホルモン剤やアロマターゼ阻害剤を投与することは、現在標準治療となっている。

従来、放射線療法は正常な組織にも照射してしまうことを余儀なくされてきたが、3次元の下での照射の位置決めが可能となることに加え、リニヤック治療装置、低位放射線装置や強度変調放射線療法により、正常組織の障害を最小限に抑え腫瘍部分には

最大限の治療効果を上げつつある。最近では入院の必要のない医療用加速器を使用した粒子線治療や、小線源を用いる治療も行われるようになった。特に重粒子線治療は、現在保険適応になっていないが切除と変わらない成績が得られることが分かり、第3の局所治療法として注目を浴びている。そのほかの局所治療法としては、超音波（HCFU）、ラジオ波、温熱療法、光線力学療法（DPT）などの放射線以外の外部エネルギーを用いた低侵襲治療法が行われている。

3. 大腸がん、肝細胞がん、乳がん

一般的に、大腸がんのうち、結腸がんの予後は直腸がんの予後よりもよい。大腸のがん5年生存率の推移をみると1974年は50%前後であったが、その15年後の1990年には65%にまで改善している（図8）。このまま向上すれば2010年には75%前後まで改善しているものと推測される。特に前述したように2000年前後に行われた多剤抗がん剤の進歩や、分子標的治療薬の併用により、遠隔転移例も含めた進行再発大腸がんの予後の向上は疑いないところである。

肝細胞がんの治療法の変遷はこの20年間に多様な治療法が出現したことに伴い、がんの進展度や肝臓の障害度に応じて治療法の選択が可能となってきた。

従来は切除のみが治療法であったが、1980年頃から肝動脈塞栓術、肝動脈化学塞栓療法、エタノール局注療法、1990年にはマイクロ波焼灼療法、ラジオ波焼灼療法、さらに肝移植が加わった。最近ではシスプラチン+5-FU動注療法や、インターフェロン併用が行われるようになった。また、肝障害のため使用が困難であった抗がん剤に代わって、分子標的治療薬であるマルチキナーゼ阻害剤が増殖転移の抑制剤として使用され、その効果が注目されている。

超音波診断による早期がんの診断例が増えたことも重なり、肝細胞がんの平均生存期間は1992年の数か月が、2002年には4年にまで延長し、飛躍的な成績の向上を認めている（図9）。

乳がんの治療の変遷では、進展度に応じて胸筋

図8 本邦における大腸がん治療成績の推移

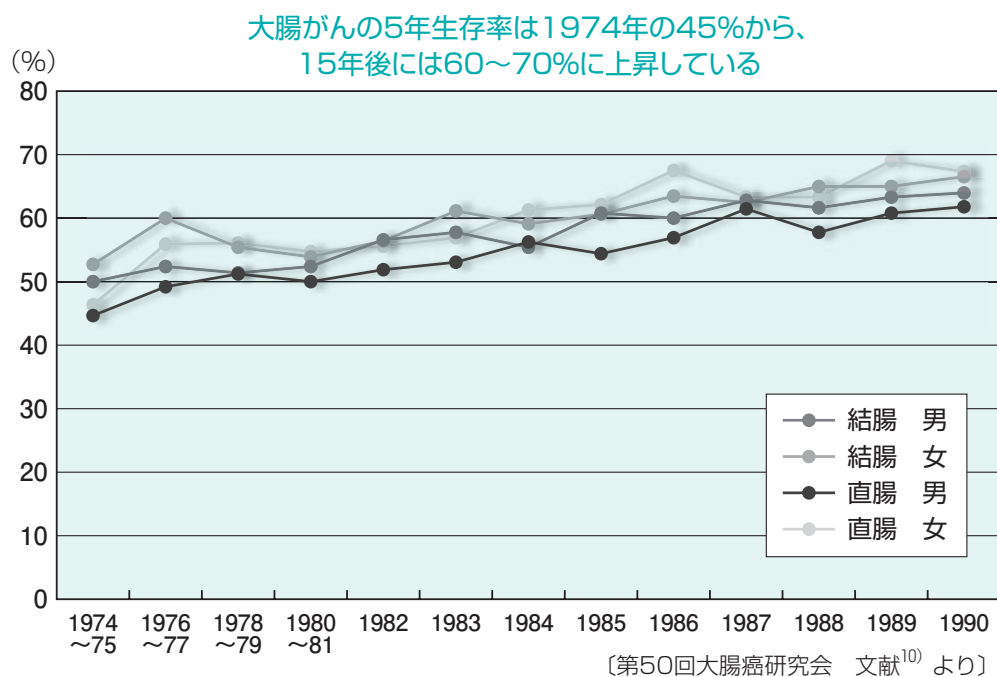
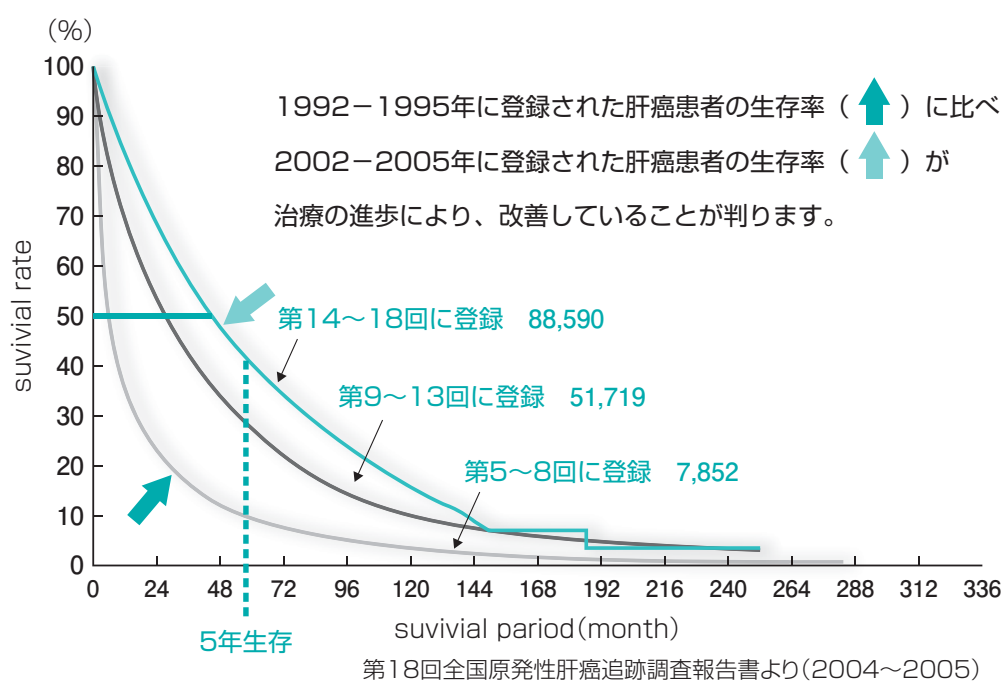


図9 肝細胞がん全症例の生存率¹¹⁾



温存術や乳房温存術、さらにリンパ節郭清も個別化するなどの低侵襲手術が行われてきたことが特徴である。また前述したように多剤併用の化学療法に Her2 受容体、およびホルモン受容体の有無に応じて分子標的薬剤も投与することになり、乳がん全体の5年生存率は1975年の67.4%から2000年には82.9%と、ここ25年間で約20%弱の上昇がみられた¹²⁾。現在では、FECの化学療法後にタキサン製剤と Her2 に対する抗体製剤を投与することにより、病理学的にもがん細胞の遺残が見られない Pathological Complete Response 率が50%に上がることが明らかとなった¹³⁾。再発がんの平均生存期間は1974年ごろは1年前後であったのが、2000年には5年以上となった(図10)。また、これらの抗がん剤の進歩は生存率の向上に寄与したばかりでなく、たとえ進行がんであっても抗がん剤治療を術前に行うことにより、外科的切除範囲を縮小させ、その後の再発も減少させると考えられている。

以上のように、大腸がんや乳がんは再発進行がんでも長期に生存することが可能となった。肝がんでは、背景病変であるBまたはC型肝炎を超音波や腫

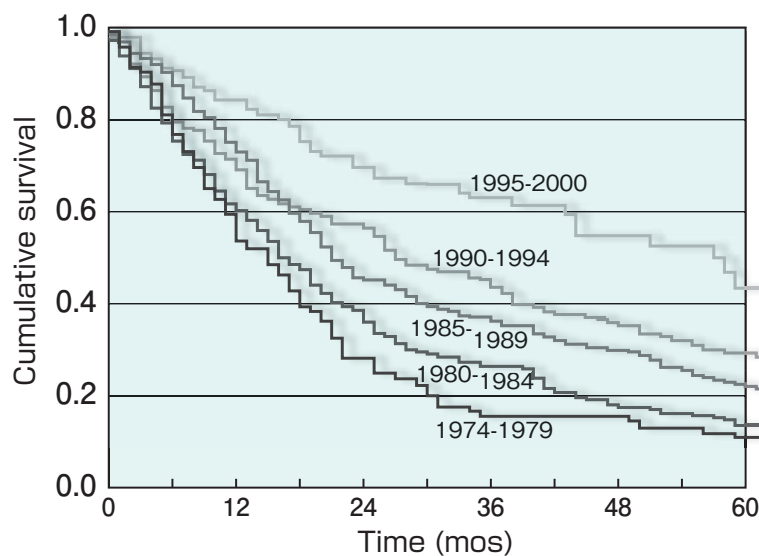
瘍マーカーで経過観察することにより早期がんを診断できるようになり、さらに術後に肝炎のウイルス駆除を行うことにより再発率を減少させることとなり、その結果、生存率を飛躍的に向上させることとなった。今後も医学の進歩によりがん患者のQOLや予後はますます改善されることが予測されている。

4. 医療の進歩と社会制度

以上のように、がん罹患した患者でも早期の人は完治するし、進行がんであっても、おもな治療後に再発や再燃を抑えるために抗がん剤などの治療を外来や一時的な入院で続けることにより、長期に生存することが可能になった。

しかし、2007年に報告された濃沼教授の論文¹⁵⁾によれば、がん治療にかかる平均自己負担額は93万円、さらに健康食や交通費などの間接費20～30万円を含めると、がん治療の総計は110～120万円前後となる。一方、国民の平均年収が400万円とすると、がん罹患後は年収が30%前後に減少するとアンケート結果¹⁶⁾もあり、がん罹患後の平均年収

図10 進行乳がん症例の化学療法前後の症例¹⁴⁾



1974年からの20年間で、再発乳がんの平均生存期間は1年から5年に延びた。

は300万円弱になると考えられる。保険などを考えないと、がん患者は180～190万円の年収で生活しなければならなくなる。最近の標準治療とされた多剤併用の抗がん剤や分子標的治療薬の費用は、今まで以上に高価なものとなっており、治療を続けながら家庭生活を維持することは大変な負担であることが予想される。実際に外来で安価な抗がん剤を希望する患者さんも増えてきているとの話もある。

さらにアンケートによると、就労していたがん患者の離職率は3割だが、その離職されたほとんど人が家庭経済の維持のためにも、生きがいのためにも回復度に応じた就労を希望しているという実態がある¹⁷⁾。

わが国では今後未曾有の少子高齢化が押し寄せ、勤労者の減少が予想されているが、市民の無理解や、医療現場と職場との連携がないため就労ができないということがあってはならないよう、社会的に就労支援体制を整備しなければならないと考える。

従来の社会保障制度は、終身雇用制度のもとで企業、政府、個人が負担していたが、企業の体力の回復が望めない今、活力のある国造りのためには、雇用や医療などの社会保障制度の再整備は喫緊の課題と考えられる。

日本と異なり、以前より社会全体でがん罹患勤労者の就労支援を考えていた欧米を参考にすることも必要と考える(表1)。

表1 欧米におけるがん罹患勤労者の就労継続のための支援の歴史¹⁸⁾

1973	差別に対する問題提議 (MacKenna、アメリカ) ：烙印、無断配置転換 など
1989	多くのがん患者は就労可能 (Hoffman & Clark、アメリカ) 復職リハビリテーション、プログラム (Clark、アメリカ)
1990	ADA* (アメリカ障害者法) 制定・・・資格のある障害者
1996	柔軟な労働環境の重要性 (Clark & Stovall、アメリカ)
1998	WAI (Work Ability Index：労働適応能力指標) 作成 (Tuomi、フィンランド)
2000	SFSS (Social-Functional Support Scale：社会的就労支援指標) 作成 (タンパー大学、フィンランド)
2003	主治医と職場の連携の重要性 (Verbeek、オランダ)
2004	がん患者のWAI (Taskila、フィンランド) 肉体労働能力減少 (26%) 頭脳労働能力減少 (19%) ※特に化学療法後、記憶力、作業速度、運動機能の低下 就労の阻害因子 個人的因子 → 年齢、性、職業、教育歴 職場の因子 → 上司、組織の就労支援体制
2005	職場の健康管理体制と柔軟な労働環境の重要性 (Clark & Stovall、アメリカ)
2006	主治医のガイダンスの重要性 (Main、アメリカ) 産業医のコンサルタントの重要性 (Nieuwehuijsen、オランダ)

* 米国ではがん患者は障害者と認定され (ADA) 雇用上の差別は禁止されている
外来通院の必要性、がん特有の倦怠感に対する理解や適切な職場環境を提供する

文献

- 1) 部位別がん年齢調整罹患率の推移 (1975年～2004年)、国立がんセンターがん対策情報センター。
- 2) 日本の最新がん情報のまとめ (2010年)、国立がんセンターがん対策情報センター。
- 3) がん治療成績の推移 (全がん)、大阪府成人病センター「大阪府におけるがん登録」各年。
- 4) Ginsburg GS, Willard HF Genomic and personalized medicine: foundation and applications. *Transl Res* 2009 ; 154 : 277-87.
- 5) Doll R, Peto R, Clarke N. First publication of an individually randomized trial. *Control Clin Trials* 1999 ; 20 : 367-8.
- 6) 日本内視鏡学会編：内視鏡外科に関するアンケート調査 第9回集計結果報告、*日鏡外会誌*2008 ; 13 : 529-535.
- 7) Sonoo H, Noguchi S: Academic Committee of the Japanese Breast cancer Result of questionnaire survey on breast surgery in japan 2004-2006 *Breast Cancer* 2008 ; 15 : 3-4.
- 8) 小沢平太、他、腹腔鏡下手術、消化器外科 ; 2010 ; 33 : 191-201.
- 9) Advances in the treatment of stage IV colorectal cancer permitted by Pro. Grothey A Mayo Clinic Rochester, MN.
- 10) 小山靖夫、固武健二郎、大腸がんの治療成績の現状、*臨床外科*1992 ; 47 : 1123-1129.
- 11) 肝細胞がん全症例の生存率、第18回全国原発性肝がん追跡調査報告 (2004～2005)。
- 12) 各種がんの診断年からの5年生存率と早期発見検査法、大阪府成人病センター「大阪府における癌登録第71報」2008年3月。
- 13) 増田慎三、他、乳がんの術前化学療法、FEC用法後のパクリタキセルトラスツマブの併用は有望、第31回San Antonio Breast Cancer Symposium 2008, Dec 10 San Antonio USA.
- 14) Giordano SH, Buzdar AU, Smith TL et al. Is breast cancer survival improving? *Cancer* 2004 ; 100 : 44-52.
- 15) 濃沼信夫、がん患者の経済的負担について、*血液・腫瘍科*2006 ; 53 : 427.
- 16) 吉田道雄、「がん診断前後の就業状態や収入、治療費」に関する調査 (2009年8月～11月)、NPO法人患者団体支援機構。
- 17) 山口健、本邦におけるがん医療の適正化に関する研究、厚生労働省がん研究、2004.
- 18) Taskila T Cancer survivors at work People and Work research report 80, Finnish Institute of Occupational Health, Helsinki, Finland 2007. Press Tampereen yliopistopaino, Tampere 2007.

2 がん治療と就労の両立支援

静岡県立静岡がんセンター総長
山口 建

はじめに

国立がんセンター、及び静岡がんセンターを通じた30数年間の臨床経験をもとに、「医療者と社会が力を合わせ、がん患者と家族の暮らしを守る」という視点に立ち、「がんの社会学」というコンセプトを提起してきた。それは、がんに関わった患者や家族が、「社会から見捨てられた」と感じるのではなく、「社会によって守られている」と感じられるような状況を目指すがん医療の実践である^{1,2)}。

「がんの社会学」研究の歴史を、公的な研究班を中心に記載したのが表1であり、1998年度の厚生省がん研究助成金をその嚆矢とする。また、「がんの社会学」研究の対象を、胃がんを例にとって図1に示したが、この図において、病変や患者のケア以外の部分が、その範囲といえる。この中で、がん患者の就労やそれに対する支援は「がんの社会学」の重要なテーマとなっている。

表1 がんの社会学研究の歴史

1998～2006	厚生労働省がん研究助成金 「本邦におけるがん医療の適正化に関する研究」
1999～2002	厚生労働省がん研究助成金 「がん生存者の社会的適応に関する研究」
2001～2006	厚生労働科学研究費補助金 がん臨床 「がん患者の心のケア及び医療相談等の在り方に関する調査研究」
2007～2009	厚生労働科学研究費補助金 がん臨床 「WEB版がんよろず相談システムの構築と活用に関する研究」
2004～2009	厚生労働科学研究費補助金 第3次対がん 「がん生存者（Cancer survivor）のQOL向上に有効な医療資源の構築研究」
2010～	厚生労働科学研究費補助金 第3次対がん 「在宅がん患者・家族を支える医療・福祉の連携向上のためのシステム構築に関する研究」

図1 胃がんの患者さんを例としたがんの社会学のイメージ。



病変は胃に存在するが、患者さんにとっては、術後、補助化学療法として1年間服用するTS1という抗がん剤の副作用を体験する。手術創の痛みもしばらくは続く。ダンピング症状が起きるかも知れず、術後の体力の低下も感じる。5年間の経過観察にあたり、再発の不安など、多くの心の問題に悩まされる。このような問題は、医療機関が対応可能な課題である。

「がんの社会学」がカバーする範囲がその右側である。家族にとっては、がんという病気の治療後で心配の種が尽きない。看病疲れもあり、生活資金に困ることもある。さらに、社会においては、患者さんの仕事が治療後も順調に推移しているかが課題である。患者さんや家族に必要な医療資源、医療福祉サービスが提供されているか、また、保険制度が適切に支援しているかも社会の責任である。社会の生産性の視点では、患者さんががんに罹ったことによってGDPの低下が起きるが、完全に社会復帰ができれば、その低下は大きいものではない。

1. がん患者や家族の悩みや負担の分類—静岡分類の確立

がん患者の就労が、このように注目されたきっかけは、筆者らが21世紀初頭実施した調査研究であった。筆者は、表1に示した研究班を総括し、「がんの社会学」合同研究班として、がん患者の悩みや負担を明らかにする目的で研究を進め、『がん体験者の悩みや負担等に関する実態調査報告書(概要版)—がんと向き合った7,885人の声』(2003年度「がんの社会学」に関する合同研究班)をまとめた³⁾。

この研究では、全国のがん医療に積極的な病院の協力を得てアンケート調査を実施し、そこで収集したがん患者の悩みや負担等、約2万4,000件を分析

した。

この研究の目的は、がん患者や家族の悩みや負担を明らかにしてその対処法を検討するとともに、従来、漠然とした対象であったがん患者の悩みや負担についての科学的な分析を可能とするために、その分類法を確立することであった。この研究の成果と静岡がんセンターのがんよろず相談の年間1万件以上の相談事例をもとに、提案されたのが「静岡分類」である⁴⁾。ここでは、すべての悩みや負担を16に大分類した上で、さらにそれを中分類、小分類、細分類と分け、すべての悩みや負担を網羅することにした。その後の改良を踏まえ、現在、活用されている分類法は、静岡がんセンターのホームページに

掲載されている「WEB版がんよろず相談 (<http://cancerqa.scchr.jp>)」で公開している。

2. がん患者と就労問題の現状

先述の調査では、がん患者の就労という問題に関し、がんに関わった勤労者の30.5%が依願退職し、4.2%が解雇されたというデータが得られた³⁾。この調査は、多くの自由記載の項目が設けられ、患者一人ひとりの思いが書き込まれたアンケートであるが、この就労に関するデータは、その貴重な多くのデータの中でもたいへん重い数字であった。研究では、その内容を2、3年かけて分析し、離職者のすべてが、がん罹患によって辞めたとはいえ、例えば、定年間近であったとか、これを機会に転職したというような方も含まれていた。したがって、さらなる慎重な分析と追加の調査が必要であるが、がん罹患という事実は、多くのがん患者にとって、就労に大きな影響を与える出来事となっている。

静岡分類において、就労に関する項目を「Web版がんよろず相談」で見ると、16ある大分類のうち14が「就労・経済的負担」で、その下にある中分類14.2が「仕事に関する問題」、小分類14.2.1が「がん罹患による仕事への影響」、細分類14.2.1.1が「今までの仕事ができなくなった」であり、細分類14.2.1.2は「(再)就職できるか、(再)就職困難」である。この中では「仕事復帰・継続への不安」が多数を占めていた。

またその中に、小分類14.2.3「仕事復帰・継続への不安(雇用者)」があり、その細分類の最後に14.2.3.10「(雇用者として)仕事と治療の両立」という項目があり、ここには非常に困難な状況を示す以下の9件の声が記載されている。

1. 職場に自分の代理の人が来ず、周囲にも迷惑をかけ、すぐ現場に戻らなければならなかった。
2. 仕事量のセーブについて会社に納得してもらうためには、どう話せばよいか悩んだ。
3. 休職期間が長くなり、社会復帰できるのか、仕事と治療を両立させていくことができるのだろうか不安になる。

4. 薬の服用による副作用に苦しむ中で、不況の影響で仕事が激務となりとてもつらい。
5. 抗がん剤治療をしながら会社に通うことが大変だった。
6. 仕事をしながら通院することが大変、休みをとるか、昼休みに行くしかない。身体は大事なので、診察は絶対受けないし悩んだ。
7. 通院治療中で、身体が以前のように無理がきかず、異動すべきか残るべきか、病気の治療との付き合い方に悩んでいる。
8. 体調は戻っていないが、生活するため仕事をしており、健康な人と比べてハンディを持っていることがつらい。
9. 放射線と抗がん剤治療の副作用で、仕事と治療の両立に悩んだ。

このように、がん患者にとって、就労と治療の両立は、たいへん切実な問題を含んだ課題となっている。

3. がん患者における治療と就労に関する特殊性

がん患者について、雇用主の意向を反映させながら、就労と治療とを両立させるには、がんという病気の特徴を熟知する必要がある。

まず、第一に、両立支援という視点からは、がんに関わり、現在、職を持っている方、あるいは職を失った方は「心と身体のがん弱者」と考えるべきである。経済情勢やそれに伴う経営環境等の悪化から職を失った方は、基本的には、心と身体についての弱点はなく、仕事さえあれば十分に働くことができる。一方、がん患者の場合は、がんとの闘病生活の中で心を痛め、自信をなくし、また、がん治療による副作用や後遺症のために身体の状態が思わしくない状況のもとで、仕事に復帰し、あるいは職を探さねばならないという、言わば二重苦、三重苦を背負った存在であることを理解せねばならない。

第二に、がんという病気の特徴を理解する必要がある。まず、この病気を「がん」という言葉でひと括りすることは避けなければならない。がんにも、早期胃がんのように数日の入院による内視鏡治療で

治ってしまう例がある一方で、死と向き合うなど非常に厳しい状況に追い込まれている例もある。同じ臓器のがんであっても、非常に軽いものから重いものまであり、また、がんの種類によっても、状況は大きく異なっている。これらの点については、患者のみならず、雇用主側にも時に大きな誤解があることを指摘しておきたい。

「がんは不治の病だから、がんと診断された以上、もう仕事は続けられない」と思い込んでしまう患者さんや雇用主がいる。また、がんの治療を終えた後、完治と判断するためには、少なくとも5年間、再発や転移が生じないことを確認する必要がある。その間、患者本人は再発や転移におびえながら日々を過ごすが、雇用主の中には、そういうことには配慮せず、「診断書の期間が過ぎれば、完全に健康体になり、元気なときと同じように働ける」と思い込む者もいる。したがって、雇用主も雇用者もともに、がんという病気自体と、病気によって生じる暮らしでの変化について、多くの誤解を持っており、それが、個々のケースにおける誤った対応につながってしまうことがある。

また、雇用者の場合、早期がんでほぼ完治し、後遺症もほとんどないケースなのに、「がんに罹ったのだから仕事はやめざるを得ない」と判断してしまうことがあり、また逆に会社側も、「がんなら、気の毒だが辞めてもらうしかない」と判断してしまうような状況が少なからず存在するものと思われる。

第三に、医師の立場で、他の疾患と比較すると、がんという病気の両立支援は、企業等にとって比較的対応が容易な分野であると思われる。それは、がんは重篤な病気であるにもかかわらず、決着がつくのが早い病気であるという特徴を持つ点である。最終的な判断には、5年ないしはそれ以上の月日が必要であるが、治療後にはおおむね健康体に戻り、職場復帰もできる。治療直後には、心や身体の弱者であるが、多くの場合、治療前と同等の働きができる。一方、再発、転移をした場合には、多くの場合、2～3年、最長でも5年以内には命を失う可能性が高い。この点が、他の両立支援が必要な病気とは大きく異なる点で、がんという病気は、比較的、両立支援が容易な、新たなモデルだと思われる。

第四に、現時点で、がん患者の就労支援は、まだまだ不十分であり、改善の余地が大いにある。不十分な理由は、がんという病気に対する認識不足や、職場での情報や経験不足がその一因であるが、例えば、がん患者という心と身体の就労弱者の働き口を見つけるに当たり、健康人で職を失った人びとと区別して対応する制度はまだごく一部にしかないのが現状である。ハローワークの窓口での職探しで、心身ともに健康な方と、心と身体双方を病んでいる治療後のがん患者とが、同じレベルで仕事を探すということになってしまう。このことは、とくに再就職の場合に大きな問題となるのではないかと考える。

4. 両立支援の意義—投資としての医療という視点

両立支援の意義はどこにあるかということを経済的側面から考えておきたい。

日本の総医療費は約34兆円あり、そのうちがんに対しての医療費は2.3兆円である。日本人の死因の3割を占める病気にしては、けっして大きな額が投入されているとは言えない。これは先述したとおり、がんという病気の「決着の早さ」に拠っていると考えられる⁵⁾。

一方、損失については、受療による逸失利益が0.5兆円、死亡に抛る逸失利益は6.8兆円と見なされる。現在のがんの治癒率はだいたい6割ぐらいだと考えられている。約6割の方が健康体に戻るが、さらに2～3兆円の医療費を追加して治癒率を7.5割にまで高められれば、社会的逸失利益と「投資」のギャップはゼロに近づき、がん死亡による社会的損失がなくなるという計算が成り立つ。

がんに限らず、社会の医療費の考え方は大切なことを見落としているように思われる。ここで主張したいのは、「医療は単なる“消費”ではなく、国家、国民に対する“投資”である」という考え方である。医療費を使っても、健康を取り戻すことができれば、それは、単に個人の受益にとどまらず、人間としての生産性を回復することによって、国家、企業の維持・発展に寄与することになる。

小児や若年者の病気を治癒させることは、その一生の生産性を復活させることになり、効果は著しい。

一方、少子高齢化の急速な進展という状況下において労働力人口の減少が懸念されている現在、資源を持たないわが国では、高齢者であっても、良質な頭脳、労働力として寄与できれば、就労を続ける必要がいずれ生じてくる。このように、がんに限らず、患者の健康回復、その後の就労の場への復帰は、まさに社会に対する重要な「投資」である。

また、現在の60歳定年制下では、大きな病気は、職域において顕性化する可能性は低い。がん、心臓病、脳卒中という3大成人病は、60歳以上、すなわち退職後に発症する割合が高いからである。例外的に、女性の子宮がん、乳がんが40代、50代にピークが来ることから、現役世代のがんの就労問題でいちばん大きな影響を蒙るのは女性だと思われる。ところが、先に指摘したとおり、労働力人口の深刻な減少という事態を考える時、70歳定年時代は目前に迫っており、職域で三大成人病に罹患する可能性が高まってゆく。その時代には、疾病と就労の両立

支援という問題がさらに重要性を増していくものと思われる。

おわりに

医療の現場から見たがんと就労の両立支援について述べた。最後に指摘しておきたいのは、この問題が、我々、医療者の側や、あるいは患者やその支援団体の側のみで考え行動しても、その解決に至ることは困難であるという点である。状況を改善させるためには、企業・雇用主の側の理解が必須である。さらに、行政も含め、社会全体で研究、議論がなされ、解決がはからねばならない。これは、個人の救済という視点のみならず、労働力の復活という点で、わが国の発展にも大きく関わる問題であり、医療福祉政策の一環として、国を挙げて取り組むべき課題であると考ええる。

文献

- 1) 山口 建、家庭医によるがん対策—疾病管理と社会学の立場から—、治療、90：6-13、2008.
- 2) 山口 建、がんの社会学研究が目指すもの、血液・腫瘍科、47：162-165、2003.
- 3) 山口 建、他、がん体験者の悩みや負担などに関する実態調査報告書概要版—がんと向き合った7,885人の声、静岡県立静岡がんセンター編、2004.
- 4) Yamaguchi K, Ishikawa M, Takada Y, Hamazaki R, Hamada Y, Fukuchi T, Muramatsu H, Ito H, Iwase T, Kitamura Y, Abe Y, Hirose Y, Horiuchi T. Cancer patients' distresses and inquiries-proposal of four-level classification based on consultation service and questionnaire survey. Cancer Sci. 98：612-616, 2007.
- 5) 山口建、「がんの社会学」を目指して、医の倫理・シリーズ“よい医師になる”日本医学出版、東京、93-111、2009.

3 希望という治療

「患者の集い・モミの木」副代表、
NPO 法人がん患者団体支援機構理事
吉田 道雄

はじめにーがん患者は待ってられない

どんな世にも、どんな時にも、どんなところにも患者さんはいます。患者さんの命の営みがあります。限りある命の糸を紡ぐ営みがあります。さまざまに綾なす糸から紡ぎ出される多くの言葉が患者さんの命を支えているのではないのでしょうか。自分が、「今、闘っているこの辛い治療、希望の持てないこの闘いを、自分の家族に、友人・知人に、未来ある子供たちに経験させたくない」、そんな患者さんの思いや言葉に耳を傾けることが、またそれを実感することがいかに大切であり、大きな力を持つことになるのか、がんという病気を克服する力になり得るのか、と私は思っています。

がん対策基本法、がん対策推進基本計画が策定されて4年を迎えようとしています。当初の期待通りには進んでいないように見受けられます。計画が具体的に実現されていく過程を気長に見守っていかなければならないとは思いますが、毎日の闘いの中にある我われ患者にとっては、そのような悠長なことを言うてはいただけません。多くの患者さんに恩恵がもたらされているのでしょうか？ ほとんどの答は「ノー」でした。がんを取り巻く問題・環境の中で現在行われている諸施策が、がん患者さんの治療をも含めた諸々の課題を解決に導いているのか、多くの疑問が残っています。

1. がん患者の気持ーお金の問題そして社会的認知の確認

2009年、NPO 法人がん患者団体支援機構が保険代理店（ニッセンライフ）と共同でアンケート調査を行った結果では、がん罹患後の離職率は30%に上り、がん罹患後に転職する方を入れると40%に上るという結果が出ました。同時期に実施された他団体のアンケートをみても似たような数字が出てきます。また収入の変化を見ると、約2割が「無収入」になり、4割の方の収入が減っています。給与所得者に限定すると、「無収入」を含む収入が減った方は、6割にも上っています。年間の収入金額についても、診断前は平均年収が395万円であったものが、罹患後は3分の1の方が「収入なし」になり、平均年収は167万円まで低下しています（次ページ）。

私も前立腺がんの患者ですが、重粒子線治療と免疫細胞治療の2つの先進医療を併用する治療を選択しました。先進医療は副作用が「少ない」、あるいは「ない」と言われ、治療を受けたところ実際にそのとおりでしたが、理由はあるのでしょうか、お金がかかるという「副作用」には、ほとんど参ってしまいました。

がんの治療費は非常に高くなっています。先進医療である重粒子線治療は300万円以上自己負担のかかる、高い治療費の最たる例としてよく引用されま

「がん」と診断されると、 3人に1人が職を失い 4割が収入減となる。

診断による収入と職業の変化

がんと診断された後、無職になった人が29%。

収入なしが19%、200万円以上ダウンした人が22%と、合計4割が収入減少。

有職者の診断前後の職業変化 (n=83)



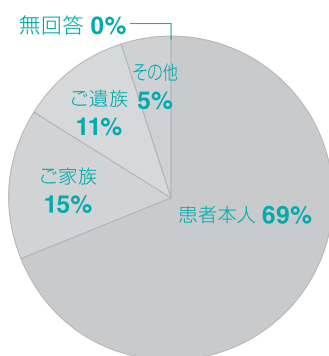
有収入者の診断前後の収入変化 (n=106)



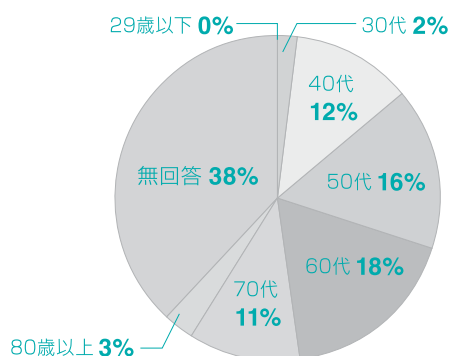
平均年収 診断前 **約395万円** ▶▶▶ 診断後 **約167万円**

回答者のプロフィール

回答者の属性 (n=455)



回答者の年齢 (n=455)



NPO法人がん患者団体支援機構・ニッセンライフ共同実施
NPO法人日本HIS研究センター グラフ制作協力

す。では、保険が利く医療は、高額療養費制度等の活用により低負担で利用可能なのでしょうか。手術や放射線治療後も新しい抗がん剤治療を行い、毎月高額な治療費が発生した場合を想定した試算によりますと、一般的な収入の世帯（月収53万円以下）で年間の自己負担額は60万円強、収入の高い世帯で120万円弱を上限に自己負担することになります。この支出水準は耐久消費財の中でも高額な部類に属する商品や軽自動車の購入に相当するものであり、自動車のようにローンが使えないことを考えると、治療により収入が落ちているがん患者の世帯にとっては極めて厳しい負担となります。

まして、一部保険の利かない未承認の新しい抗がん剤を利用しようとする月額30万円あるいは40万円かかるものもあり、お金のあなしが治療機会のあるなしに直結しています。この問題については、それを希望する患者だけの問題として放置・黙殺されていますが、がんに罹患する患者に必ず発生する共通のテーマとして、新しい問題解決の施策を至急打ち出すように迫られていると思います。

整理すると、公的保険が使えるようになると、お金の意識がなくなるのではなく、公的保険が使える場合、使えない場合について、それぞれお金の問題を考える必要があるのです。

元に戻ります。仕事を続けながらがんの治療を行ったわけですが、特別に差別などの支障はありませんでした。しかし、「朝はゆっくり来てもいいよ。自由に適当に休んでくださってかまいませんよ」と言われると、それは同僚たちの思いやりだと理解するのですが、何か職場から、あるいは社会から取り残される、あるいは寂しい思いを感じました。仕事をしていることで社会に参加している、生きがいを感じていることを、今さらのように確認いたしました。

たまたま、今年の春にマスコミ関係者、とくに制作(クリエイティブ)に関わるがん患者さんのグループに対してヒアリングさせていただく機会がありました。制作関係ですから自由な雰囲気があるところであり、職場としてもフランクな部類に入るはずで、ヒアリングの前には、こうした自由な職場であ

れば、患者さんががんに罹患した場合でも抵抗なく職場に復帰が可能はずだと思っていました。ところが、

「治療に時間を奪われるだけでなく休暇や欠勤が増えるために職場で仲間から疎外され、ポジションも危うくなるのが心配だ」

「職場で患者であることは一部にしか報告していない」

「在職しながらの治療には限界がある」

「体力的、物理的、資金の問題が大きい」

「職場や社会環境として日常的な治療継続の支援、治療からの職場復帰を受け入れる仕組みがない」

といった声が多く聴かれました。

法的な支援を含めた、就労現場での患者さん受け入れの仕組みの構築が急がれ、求められているのではないかと思います。「患者が安心して働ける医療的な指針」や「医療現場から職場に対しての働けるガイドライン」の設定なども望まれています。

また、金銭的には、

「個人加入のがん保険だけではなく、患者を救済する医療的、金銭的な支援体制が必要だ」

というような答が返ってきました。

この結果を見てみると、多くの職場でアンケート調査を実施しても同じような回答が戻ってくるのではないかと考えております。残念ながら職場コミュニティの中での思いやりや連帯が忘れ去られているのではないかと考えています。

以前はがんになると職場復帰などは考えられなかったところ、検診・予防の普及によるがんの早期発見と医療技術の進歩により、がんになっても社会復帰できる患者さんが増えてきた結果なのかもしれません。いずれにしても、がんになった患者さんには厳しい環境が続いています。

がんになっても生活を維持することのできる社会の実現、がん患者の社会復帰を容易にすることで、がんという病気がより身近なものとして認識される。このことが、がん克服への近道になるのではないのでしょうか。

収入の問題も、がん患者さんを苦しめ続けていますが、それ以上に職場で仕事に参加できないことは患者さん自身に価値がないという意識を生じさせま

す。人間としての価値意義の喪失です。その疎外感
は、患者さんの病と闘う意欲をも喪失させてしま
います。

繰り返します。がんにかかっても医療技術の進歩
により職場復帰が可能になった患者さんが増えてい
るにもかかわらず、それを受け入れない空気の職場
が多く残っています。法令も医療も、弱い立場にあ
る患者さんの職場復帰を後押ししていないのが現実
です。患者さんは職務遂行能力があるにもかかわらず
疎外感に苛まれ、職場復帰もできません。そのた
めに収入の道が途絶え、治療費の確保にも支障を来
たすといった悪循環が起こります。

お金の問題は重要です。収入を確保できる場を保
障すると同時に患者さんが生き甲斐を見出す、希望
をつなぐ場の確保がさらに重要だと思っています。

2. 患者の連帯・自立そして社会の理解の促進

少子高齢化の時代において、働くことができる患
者さんの能力は社会的資源でもあり、財産だと思っ
ています。社会の中で働く意欲があり、働ける可能
性のある患者さんから活躍の場を奪い取るというこ
とは、社会的資源の浪費であると言わせていただき
ます。政府としても労働資源の適正配置と活用を促
す具体的な政策を打ち出すべきです。

政府の成長戦略でも、医療は日本経済を引っ張る
成長産業と位置づけられようとしています。医療の
周辺に大きな可能性があるのならば、その周辺にい
るがん患者さんたちにも活躍できる場があるはずで
す。もちろん、患者さんが就労できるのであれば、
それは介護や医療関連の場に限る必要はありません。
今、日本人2人のうち1人がかかる、罹患率の高
いがんという病気の患者さんたちは、その数も多
く、大きな可能性を持っている方々ではないでしょ
うか。この能力を活用しない理由はないと思いま
すが、いかがでしょうか。

一方、我われ患者も自立する術を積極的に模索し
ていかなければ明るい将来は、そう簡単には来ない
と思っています。患者会も他人任せではなく、多く
の患者会が連帯をして、今、目の前に山積する課題
に相対していかなければなりません。また積極的に

発言・提言をしていかなければ問題の解決には繋が
らないと思います。

患者の連帯・自立そして社会の理解の促進は、患
者の就労やお金の問題を解決していくうえで大切な
ことだと思っています。

患者会の中では既に自立への動きも出てきており
ます。患者さんたちが自分たちで会社を立ち上げ、
仕事を見つけ、患者さんの仲間にも働く場を提供す
ることなどです。

こうしたアイデアをより多くの場所で具現化する
には、患者さんの状態を同一、ひとつのものとして
捉えるのではなく、健常人同様、多様であることを
認めることが重要です。早期ステージのがんを内視
鏡で切除したがん患者さんと全身に転移した状態で
治療に入ったがん患者さんとは、治療後の状態は
異なるはずです。一般の方とまったく変わらない気
力・体力の方もいれば、軽い労働・短い時間であれ
ば就労可能な方もいます。患者さんの状態が多様で
あることを認識し、カテゴリーとして分類し、その
状態に応じた支援策を打ち出す必要があります。こ
のあたりも今後、ぜひ一緒に考えて行きたい課題だ
と思います。

我われ患者も含めて今日ここに参加している方々
の社会的責任は、患者さんの声に耳を傾け、共感し
て応えること、頭だけではなく、知識だけでなく、
心をつかい、知恵を出していくことが必要なのでは
ないでしょうか。患者さんの就労支援、働く場の保
証、働く意思と能力のある患者を受け入れる職場環
境を提供する企業へのインセンティブの付与、弱者
としての患者救済といった仕組みを作ることが求め
られております。経済的保証だけがこの問題の解決
のメインストリームではありません。いっしょに考
えていかなければいけないことだと思っています。

3. 生きる希望を与える仕組みの構築を

Cancer Journeyと言われるがん治療の長い旅路、
患者さんの大きな支えは希望ではないでしょうか。
希望とは生きる意思、生き抜く覚悟だと思っています。
希望とは自分の思いを完成させようとすることを希
い望むことだと思っています。

病状・治療法・心の不安・医師との関係・病院選択・セカンドオピニオン・家族との関係・人生観・価値観・就労・財政等々、患者さんにとってはとても重要な問題です。それをどう支えるのか。どう支援し、解決していくのか。知恵を出して支えていかなければならない時だと思っています。

患者さんにとっては、生きていけるという希望、夢があるから闘えるのです。いつでも、どこでも、誰でもが必要な時に治療が継続できる、財政的な支援はもちろん、仕事を継続することで生きていく希望を患者さんに与えることができる、社会や職場での仕組みを作り、支えあい、勇気づけるココロの支援体制構築が望まれております。

本日ここには、患者団体、医療支援NPO、医療提供者、行政関係者、事業者、研究者の方々がお集まりになっています。皆さんの知恵を結集して、限られた時間を生きている、気持ちに余裕がなく、自分の状況を長い目で見られない患者さんたちに生き甲斐や喜びを見い出す機会を作るための具体策を考えていただきたいと思います。また、いっしょに考え、作っていかなければならないと思っています。患者さんが自分なりの夢を持つことで未来への意思

を奮い立たせることができる。そして自分の人生を歩んでいける環境、仕組みを作ってほしいと願わずにはられません。問題が山積みであることは十分理解されていると思います。患者会を中心とした関係者の中で、問題解決に向けたリーダーシップを、責任を誰が取るのかを明確にしたうえで実行していくことも重要だと思っています。

最後になりますが、仲間がいる暖かい職場は、患者さんに希望を与え、生きる勇気を与える場の一つであると確信しております。患者さんが、家族、患者会、職場、そして社会の一員として、すべての場に自由に参加し、コミュニケーションを行うことが、患者さんに生きる力を与えます。今まで患者さんが関わる、活動する場としての「職場」を考える機会はほとんどありませんでした。ぜひ、この機会にそこに光を当て、職場がどのように患者さんを受け入れ、どうすれば患者さんといっしょに働ける場になりうるのか、皆さんと一緒に考えて行きたいと思います。

(本稿は、本年3月18日に開催された「勤労者医療フォーラム」での講演内容に加筆・修正をしたものです)

4 がん患者の治療と就労を支える社会的コーディネートのあり方

東洋大学経済学部総合政策学科教授
今村 肇

はじめに—日本独自の「治療」と「雇用」を両立する生活保障システムの構築に向けて：医療現場と雇用現場の情報連携をする人材・組織の充実で両立支援の強化を

本稿では、がん患者の治療と就労を支えるためには、医療の現場と雇用の現場の情報連携が必要であること、さらにそのためにはこれまでにない多様な組織間の連携が必要であること、そしてこの2つの連携なしには日本で働く人たちの安定した就労の場が確保できず、つまるところ今後の人口減少社会日本における安定した労働力の確保を難しくすることを指摘したい。これはすべての社会的サービス供給に共通の問題であり、今の日本においてはまだまだ不十分である。そのことをヨーロッパと比較しつつ、その整備が緊急の課題であることを提示したい。日本においてはこれまで福祉が雇用と強くリンクしていたため、雇用の場との連携なしには、受容者のニーズに適切に見合った社会的サービスの供給はあり得ず、その状況が大きく変わっていない現在、本稿で取り上げるがん患者の治療と就労の両立の場合も、医療の現場で発生する患者のニーズをきめ細かな配慮で雇用の現場に連携することなしには、がん患者を継続的に雇用と福祉のセーフティ・ネットの中にとどめることができないのである。

とりわけ本稿の重要なキーワードとなるのは、「リレーショナル」、関係性ということである。もとよりシステムとしてのネットワークとか、つながりと

いうのはこの問題を考えるときにさかんに言われているところであり、それを目的とした非営利組織なども設立されてイベントなども開催され、つながりの重要性は認識されつつある。しかし、私はもう一歩進んで、このようなシステムが成り立つためには、人の面から、この「リレーショナル」なつながりのスキルが重要であること、そのためにはどうやってそれを構築していったらいいかという問題を考えたい。

端的に言えば、疾病ごとに必要な治療に関する知識が雇用管理の現場に十分理解されていないのが日本の現状である。例えば、労働者健康福祉機構の独立行政法人評価報告書の過労死予防の項目には、医療専門家から見たときの雇用現場（人事・労務担当者）の疾病治療や精神疾患に関する無知が指摘されている。しかし、働く人にとって、雇用の場とセットでなければ、治療を全うすることは、その生活を支えるという点からも、また適切な治療を継続して行うためにも、その両立生活を遂行することは不可能である。一方で、医療の側からみても、日本の働き方を知ることで、いま行われている治療がどのように患者に負担をかけるのかを理解し、できるだけ患者がより安心して治療に専念できるような環境作りのアプローチを雇用の現場に行うことが必要となるのである。そして、そのための「リレーショナル」な関係を構築できる情報のチャンネルが十分確保され

ていないために、途中で雇用の継続を断念するような事態に至っているケースが少なくない。すなわち、日本においては、組織の垣根をこえて治療と雇用の両立支援をコーディネートできるスキルをもった人材を各部門に確保・養成・配置し、それら人材のネットワークを拡大していくことが重要なのである。

1. 雇用レジームから福祉レジームへの円滑な転換ができない日本

まずいちばん重要なメッセージは、医療現場と雇用現場の情報連携をする人材・組織の充実で両立支援を強化することである。なぜこういうようなことが必要かと言うと、最近、これは宮本太郎氏などが言われていることだが、日本では、雇用レジームから福祉レジームへの円滑な転換ができていないということが盛んに主張されている。つまり日本の福祉は雇用とセットで従来成り立ってきたということである。

「日本は、戦後一貫して社会保障には大きな支出をしてこなかった（中略）、にもかかわらず平等で安定した国という見方が強く、ある種の「社会主義国」という言い方までされた。これは、日本の政治が実現してきた、社会保障ではなく雇用に主眼をおいた生活保証、たとえば「日本的経営」や「土建国家」などのメカニズムがあったからである。」（宮本太郎（2008）『福祉政治 日本の生活保障とデモクラシー』有斐閣）

ヨーロッパ型の社会が福祉を担うという福祉レジームに転換するところまで、日本はまだ到りきっていない、そういう中で、日本における生活保障の基本は「雇用」のウエイトが依然として高い。したがって継続的な治療の必要な人の雇用の場を奪うということは死活問題である。

一方で、戦後日本の経済成長を支えてきた人的資本蓄積装置としての企業組織、夫と妻の家事労働時間の偏りや地域コミュニティの停滞をもたらした働き方・仕組みというものはなかなか変えられていない。

それでは、社会・国家が福祉を引き受けることは

重要だが、企業の福祉への協力無しで日本はやっていけるのだろうか。北欧やイタリアなどで成功している仕組みをそのまま「輸入」することはもとより不可能である。その一つの原因は、自らが自立して必要な社会的サービスを作り出していくという積極的な姿勢のもととなるシティズンシップ教育の蓄積がまったく遅れているからである。個人へのウエイトを置くヨーロッパ型の社会と、グループ・集団へウエイトを置く、あえていえばアジア的特徴の社会との違いは、実はきわめて大きな溝となっているのである。

言い換えれば、終身雇用を前提としつつ企業が福祉の重要な一端を担い、さらには、これまで国家が果たしてきた福祉サービスへのさまざまな介入が民間・市民の自律的組織の生成を遅らせ、同時に官製でないサービスへの国民の信頼を十分に築けないのである。このような状況のなか、年功賃金的な要素を含む終身雇用を一つの規範にする雇用社会は依然としてなくなるのであるから、日本の場合、特に雇用との連携なしでは、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は実現不可能であるというわけだ。

「生活保障とは何か。それは、雇用と社会保障を結びつける言葉である。人々の生活が成り立つためには、一人ひとりが働き続けることができ、また、何らかのやむを得ぬ事情で働けなくなったときに、所得が保障され、あるいは再び働くことができるような支援を受けられることが必要である。生活保障とは、雇用と社会保障がうまくかみあって、そのような条件が実現することである。」（宮本太郎（2009）『生活保障 排除しない社会へ』岩波新書）

前途のとおり、日本における生活保障の基本は「雇用」のウエイトが依然として高い。したがって、継続的な治療の必要な人の雇用の場を奪うことは死活問題となる。定年近くまで雇用を維持できた人だけが、老後におけるフルの社会保障が受けられる仕組みのもとでは、疾病治療の並行により雇用が維持できる人であるにもかかわらず、企業における雇用維持制

度の欠陥によってその機会を剥奪されることは、人口減少社会の人的資源の維持、ひいては日本の経済成長力の源泉という視点からも、もったいない話である。

2. 日本の経済成長を支えた強力な人的資本の蓄積メカニズム

本論で取り扱う問題を考えていく上で非常に重要なことは、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間人同士の結びつきで非常に高い生産性を維持してきたことで、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る。

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る。島田晴雄（1986）によると、「日本の企業ではとりわけ高度成長期に、企業内部での仕事の経験を通じた知識・技能の習熟と熟練の蓄積が顕著に行われたということである。（中略）内部労働市場の主要な機能の一つは企業内部の訓練による人材の育成であり、（中略）日本の場合には高度成長期に労働力が経験を積み中年化していく過程で内部労働市場の持つこの機能が急速に拡大しつつあった製造業を中心にとりわけ顕著に発揮されたと言える」とある。

日本には企業内部で労働を分配する仕組みがあるが、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て、企業内部で訓練や人材育成をしてきたということである。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強化されていったという仕組みであった。以下、このことをもう少し詳しく掘り下げてみよう。

日本の企業におけるインセンティブ構造が職場内の社会関係資本蓄積に依存するものとなった一つの大きな原因は、日本の経済成長の過程で強化された「インテグラル（摺り合わせ）型」生産技術と考えられる。すなわち、企業内人的資本の蓄積が企業特殊（組織特殊）であるために、職場における社会関係資本蓄積が進み、両者が相互補完的、相互強化的な関係にあったことに起因する。

生産技術・生産組織変革とコーポレートガバナンスや雇用関係に関して、小佐野（2005）によれば、従来の日本の生産組織を支えてきた技術の中心がインテグラル型（摺り合わせ型）であり、従業員同士が情報を暗黙の形で共有、事前の擦り合わせ能力に関する必要性が高い、自動車産業・工作機械産業・精密機械産業などを中心にしてこれまでの日本のものづくり組織が依然として有効な組織であるとした。一方で、オープン型（モジュール型）の組織では、従業員同士の暗黙の情報共有度が低い、事前の摺り合わせの必要性が低い、コンピュータ産業・加工組立型の電機産業などにみられ、このままの状況では他国との競争が不利であると指摘している。

もともと企業（組織）特殊的人的資本の内容は、社会関係資本の定義「信頼、規範、ネットワーク」と近い性質の知識・技能によって構成されている。企業特殊的人的資本の具体例である、特定の機械の使い方、職場の人たちとの人間関係やチームワーク、継続的な取引先の情報などは、企業およびその周辺ネットワークの社会関係資本を構成するものでもある。ここでいう企業（組織）特殊的人的資本とは、文字どおりその企業（組織）にのみ「特殊」価値を持つ知識や技能のことであり、一方で一般的人的資本とは、どの企業（組織）でも価値を持つ知識や技能のことであり、その多くは規格化された知識・技能で構成され、PCプログラムや会計知識、経営管理などの知識などである。

後述する社会経済生産性本部・メンタルヘルス研究所（2007）の職場における信頼関係の長期低下傾向が正しいとすれば、日本は他国との競争力上必ずしも有利でない「オープン型」の組織だけでなく、これまで得意としてきた「インテグラル型」の組織でも他国との競争力を失いかねないという厳しい事態に追い込まれていることになる。

日本企業が人的資本蓄積においてこのように追い込まれた理由は、上にあげた企業（組織）特殊的人的資本蓄積を偏重した人材育成政策にある。島田（1986）が「新しい技術の導入と革新が人的資本の蓄積を促進し、蓄積された人的資本を前提としてさらに技術の革新が進められるという逐次的革新によって推進されたものである。生産性の向上は、こ

のような人的資本の蓄積と技術進歩のダイナミックな相互作用によって実現されたのである」と指摘しているように、人的資本と技術選択とは相互補完的・相互強化的な関係にある。

このような相互強化的な関係の背後には、職場内社会関係資本の補完的な蓄積があることは言うまでもないが、企業（組織）特殊的人的資本の蓄積と職場内社会関係資本の蓄積の濃密な関係は、両者の間に非可逆的な硬直性をもたらすことも事実である。その一つの代表例は、ホールド・アップ問題で扱われる、サンクコストとしての企業（組織）特殊的人的資本である。

3. 経済成長過程での職場内社会関係資本の強化とバブル期以降の低下

ここで取り上げるもうひとつのキーワードは、人的資本に代わって注目されている「社会関係資本」(social capital)である。たとえば「信頼」だとか、「つながり」などによって構成されるものだが、そうした人と人を結びつけるものである。上記のような人的資本蓄積の過程においては、一方で職場での強固な社会関係資本の蓄積が補完的に行われたことを忘れてはならない。

従来の日本の生産組織を支えてきた技術の中心がインテグラル型（摺り合わせ型）であり、従業員同士が情報を暗黙の形で共有、事前の擦り合わせ能力に関する必要性が高い、自動車産業・工作機械産業・精密機械産業などを中心にして、これまでの日本のものづくり組織が依然として有効な組織であることは、前節で述べたとおりである。

一方で、オープン型（モジュール型）の組織では、従業員同士の暗黙の情報共有度が低く、事前の摺り合わせの必要性が低い、コンピュータ産業・加工組立型の電機産業などにみられ、このままの状況では他国との競争において日本の優位性のない組織である。（小佐野広（2005））

高度成長以来続いた日本の企業内教育訓練における人的資本の蓄積は、当時の国外からの導入による技術進歩の現場での社会関係資本の蓄積と無関係ではあり得ない。内部労働市場において労働力が経験を積み中年化していく過程で、さらにまた内部労働

市場が発達していく過程においては、相互の信頼・規範・つながりといった組織内における個人間のつながりが不可欠だからである。Putnam（2007）による社会関係資本の代表的な定義の一つは、「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、ネットワークといった社会組織の特徴をいう」である。

ところがバブル崩壊をへて近年に至ると、この傾向が逆転してくるのである。社会経済生産性本部メンタルヘルス研究所（2007）の調査によると、日本の職場における社会関係資本は減少の一途をたどっている。同報告書第2部第2章の「産業人の「信頼」の経年変化」では、抽出された12の信頼項目の1982年から2006年の経年変化のうち、「会社の最高経営層に信頼を持っている」がピーク時（1992年）の－22%、「職場の人はみんないい人だ」が同－17%、「自分の思ったことはすなおに人に話せる」がピーク時（1984年）の－16%と低下していると指摘している。

何が起こったかという点、最近の研究で、社会関係資本という視点でWestlund（2007）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」を見ると、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、日本は他国にくらべると明らかに高いということがわかっている。

なぜそういうことになったかという点、日本のものづくりの特徴ということにもう一度戻ると、「摺り合わせ型」が得意な日本ということがある。膝を突き合わせて、職場の中で、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た。一方で、最近では組立て型のコンピュータとか電気自動車等もそうだが、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る。そうなるに従来の「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る。

そういう中で日本の職場では成果主義賃金が導入

されてきた。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。これは私の行った2003年の調査だが、成果主義賃金が導入された職場の労働者に聞いたら、勤労意欲が高まったというのは11.2%しかなく、逆に低下したと答えた人が38.5%だった。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ってきたことになろう。それがこうした勤労意欲の低下に結びついてきた。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る。つまり依然として改良を加えつつも成果主義賃金の評価は低いということになる。

そして、それが地域・家庭に与えた影響として、夫と妻の家事労働時間の偏りや地域コミュニティの停滞へと影響を与えていることはすでに周知の事実である。

4. 家庭・地域との関わりを考える視点—日本の「新しい公共」の担い手をどのようにしてつくるか

国家が何かを引き受けるべきだということは簡単だが、スウェーデンや北欧などの国々、イタリアなどで成功している例をそのまま輸入することは非常にむずかしいであろう。日本の場合は、とくに雇用との連携なしには、医療をはじめ、対人社会サービスの利用者ニーズに合った供給は実現不可能だということになる。しかし、同時にこれまで日本的な企業内人的資本蓄積と、職場内社会関係資本蓄積によって衰えていた地域や個人のイニシアティブによる対人社会サービスの供給の可能性がクローズアップされることになったのである。

2009年10月26日に「新しい公共」というテーマで、当時の鳩山首相が演説をしたことは記憶に新しい。重要なことは「これからの社会的サービス供給の質とサービスを提供する人の生きがい・働かぎの両立は、日本人「ひとりひとり」と「公」との関係を変えることなくしては実現されない」というメッセージだった。

2009年10月26日、鳩山前首相所信表明演説での「新しい公共」とは、人と人が支え合い、役に立ち合う「新しい公共」の概念として、人を支えるという役割を、「官」と言われる人たちだけが担うのではなく、教育や子育て、街づくり、防犯や防災、医療や福祉などに地域で関わっておられる方が一人ひとりにも参加していただき、それを社会全体として応援しようという新しい価値観であるということが提示された。また、新たな国づくりは、けっして誰かに与えられるものではなく、政治や行政が予算を増やしさえすれば、すべての問題が解決するというものでもない、国民一人ひとりが「自立と共生」の理念を育み発展させてこそ、社会の「絆」を再生し、人と人との信頼関係を取り戻すことができると提起されたのである。

ここでの重要なメッセージは、これからの「社会的サービス供給の質」と「サービスを提供する人の生きがい・働かぎ」の両立は、日本人「一人ひとり」と「公」との関係を変えることなくしては実現されないということであり、政権の交代などと関係なくその重要性は依然として少しも変わることはないものである。

「一身独立して一国独立すること」というのは福沢諭吉の言葉である。これは『学問のすゝめ』の中に書かれている。織田信長に今川義元が負けた時と、ナポレオンがプロイセンに滅ばされた時の人民の対応がまったく違うということに注目している。今川義元の人民はみな散り散りになったけれど、ナポレオンの人民は一生懸命に抵抗して、何とか国を持ちこたえた。その違いは「ただ義元一人に拠りすがり、その身は客分のつもりにて…。フランスには国の難を銘々の身に引き受け、人の勧めを待たずして自ら本国のために戦う者あるゆえ、かかる相違もできしことなり」とある。もう100年以上前に福沢諭吉が言っていたということは、たいへん注目すべきことであり、一方でこのようなベストセラーによって提起されていたにも関わらず、その後も官に依存する国民の気質が変わっていないことも注意しなければならないことである。

繰り返しになるが、日本の働く職場というのは、従来から言われているように「ものづくり」型であっ

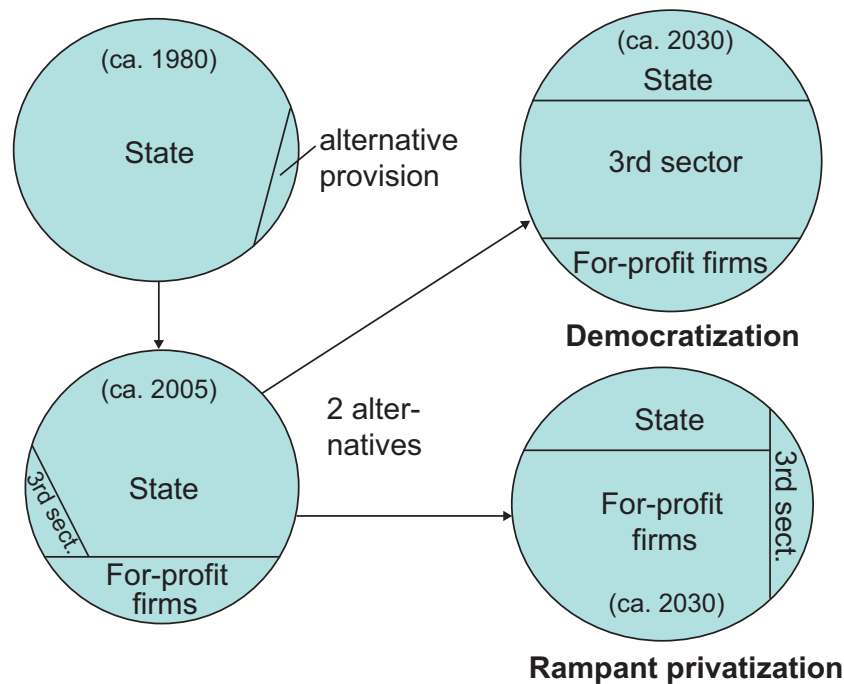
た。したがって摺り合わせ型であり、人と人の直接のコミュニケーションを組織内で行うということが中心であった。そのために職場内の人間関係が高度成長以来一貫して強く、実際に実証研究を見ても、国際的にみた日本の職場内の人間関係、社会関係資本の蓄積は非常に高いという研究結果が出ていた。ところが、ひとたび企業という枠を越えたところでの連携を考えた時の日本人の行動パターンは、社会参加という視点で考えると、職域での社会参加、地域での社会参加を較べると、日本の男性は、職域での社会参加に非常に強いウエイトがあるという実証研究の結果がある。つまり組織を超えて地域で何らかの役割を果たすということが、非常に苦手である。しかも定年間際の数年で経年調査をしてみても、日本の男性は、なかなか地域に溶け込めない。わずかしか地域に溶け込めず、職域を通じた社会参加にとどまっている。こういう現状がみてとれる。(杉澤、秋山 (2001))

5. CSO (市民社会組織) の雇用と治療の仲介役としての役割—多様な組織の連携

そこで注目するのは、欧米では機能しているCSO (市民社会組織) というものが、日本の社会の中で、社会的サービス供給組織として根づいていけるのかという問題である。たとえばスウェーデンでは、ハーフウェイハウスといった組織がある。とくに麻薬とかお酒が原因で社会から排除されている人たちがどうやって社会復帰させるか、社会に包摂するかといった活動を市民が中心になってやっている。これはソーシャル・フランチャイジングという形態をとっており、同様の組織はスウェーデン各所に存在する。基本的には市と契約し、自前で建物などを取得したうえで中毒からの回復支援からその後の雇用のための訓練・支援を行っているものであり、今後は自ら雇用機会を創造して一貫した支援体制を完結することを目指している。

また、保育の分野では、親協同組合という、子どもを預ける親たちが保育所の運営に関する意思決定

Figure 1. Development of the Swedish Welfare State, ca. 1980 - 2030



や、一部労働力の提供などをして関わっていくという仕組みが、サービスを受ける親たちだけでなく、そこで働く保育士をはじめとする労働者にも高い満足をもたらし、それが保育サービスの質を高めているという。日本でも佐久総合病院で患者が自主的に民主的な運営で健康を維持するという例なども報告されているが、市民が積極的にサービス供給の担い手、すなわち“Co-Production”という形で社会的サービスの供給を担うという例はまだ少ない。国家でもない、あるいは民間の営利企業、市場セクターでもないサードセクターがこれからどこまで担っていくということは、組織自体のガバナンスのあり方に大きく関係するのである。

ここで本稿の課題である、医療と雇用の連携に立ち戻ってみれば、日本の企業が分担してきた福祉を放り出してきており、それではどこが引き受けるのかという問題である。これは宮本太郎（2008）などに指摘されているように、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による。これはスウェーデンがひとつの典型で、本来は社会とか国家がもっと引き受けるところが、日本の場合はそれが十分に引き受けきれしていない。そういうことですべてがすり抜けてしまっている状態である。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える。つまり企業に対してどのように治療について理解をしてもらうかというところでのフィードバックの役割として、こういった市民社会組織が期待されるのであるが、それが必ずしも育っていない。患者およびその家族が自分たち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る。

6. 福祉国家の民主的構造“Democratic Architecture for the Welfare State”をどう考えるか

ペストフが最近出した本（Pestoff（2009））の中で、福祉社会サービス提供の2つの代替的方向という指摘がある。現在は、サードセクターと国家、営利企業が福祉サービスを提供し、それぞれ役割分担をし

ているわけである。しかし、現在の状態から今後は2つの可能性がある。つまり市場化がどんどん進んで、営利企業がほとんどの福祉サービスを供給するというパターンと、市民社会セクターといったサードセクターを中心にして福祉サービスが提供されるという2つの可能性である。

2030年ごろにそうした対人社会サービスを誰が担うのかという時に、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ということが示されている。そして、もうひとつが小泉構造改革の中で日本でやってきた完全な市場化というかたちで、営利企業を中心となって社会的サービスを担うということがある。ここで強調したいことは、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がより正確に反映される組織は、これまでの実証分析の成果をみると、おそらくサードセクターであろうということである。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だろうか。

その、ペストフの近著のなかで、日本におけるCo-Productionの事例として佐久総合病院が取り上げられている。（Pestoff（2009）第7章“Democratizing medical and healthcare – the Japanese example”）

JAの活動として取り上げ、「この保健・医療の協同組合は、その活動に、利用者／組合員を「変革の主体者（agents of change）」をとりこんでいるところがユニークである。利用者は自分や他のメンバーの健康に関する知識を得ることができ、それが利用者と医療ケアサービスの提供者との共通のゴールである市民の健康と生活の質向上に向けてのより効果的なコラボレーションを生む環境を作り出している。彼ら利用者／組合員は、彼ら自身の保健サービスの「協働生産者（Co-Producer）」となっているのである」と指摘している。

当然のことながら、こうした問題を解決するにあたって、組織を超えたつながりというようなことが必要になってくる。すなわち、組織の垣根を超えたつながりをつくるための、リレーショナルスキルというものが必要となるのである。

表1 スウェーデンの子育て親協同組合の親たちは自分たちの関わりによるサービスに満足認識および希望している親の影響度、保育供給者別。

供給者／認識している影響度：	大きい*	平均**	(回答数)	さらに希望
親協同組合保育	88.7	5.6	(107)	13.2
労働者協同組合保育	50.0	4.6	(48)	28.3
地方自治体保育	44.9	4.4	(89)	37.3
小規模営利企業保育	12.5	3.6	(24)	58.3

出所：Tables 8.6 & 8.8 in J. Vamstad, 2007. より * 3つのカテゴリーの合算：“どちらかという大きい”、“大きい”、“非常に大きい”，** 1～7のスケールに基づいた平均値、低いスコアは低い影響度を示す。

表2 スウェーデンの子育て親協同組合の働く人たちも自分たちの働く場所への関わりに満足認識および希望しているスタッフの影響度、保育供給者別。

供給者／認識している影響度：	大きい	非常に大きい	平均*	(回答数)	さらに希望
親協同組合保育	34.1	22.7	5.7	(44)	16.3
労働者協同組合保育	16.7	72.2	6.4	(18)	16.7
地方自治体保育	23.9	10.9	4.8	(46)	57.8
小規模営利企業保育	37.5	12.5	5.4	(8)	75.0

出所：Tables 8.7 & 8.8 in J. Vamstad, 2007. より * 3つのカテゴリーの合算：“どちらかという大きい”、“大きい”、“非常に大きい”，** 1～7のスケールに基づいた平均値、低いスコアは低い影響度を示す。

表1および表2のスウェーデンの例だと、親たちが自主的に社会的サービスを作り出している「子育て親協同組合」では、サービスを受ける人たちの満足度、つまり自分たちの影響力が十分に保育サービスに反映されているというパーセンテージが88.7%、もっと改善してほしいというのは、わずか13.2%という数字が出ている。一方で、働く人の満足、保育供給者側だが、「子育て親協同組合」では、自分たちの影響力が大きいという数字が、やはりこちらでも十分に高い数値を出している。すなわち、市民たちの自主的な努力によって充実したサービスが行われているということである。

高齢者介護の施設もある。たとえばByssbonという中部スウェーデンにある人口百数十人の村落だが、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の親を自分たちの身近で介護するという施設を運営している。

7. 「つながりのスキル」をどう具体化するか

最後に私が主張したいことは、これまで2回ほど私が会っ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）であるが、こういう社会貢献意識を持った人材たちは、一生懸命にネットワークを作り、サービスを供給しているということが非常に印象的だったということである。

彼らからしばしば聞いた言葉は「Nothing is impossible」である。つまり自分た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。そして「子育て親協同組合」、「介護協同組合」、「プライマリーケア」、「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のである。

イタリアにおいても社会的協同組合というものがあり、これはハンディキャップを抱えた人たち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あるが、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、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社会に包摂していくという試みである。

ただ、最初の問題に戻るが、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うと必ずしもそうではない。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あろうと思われる。これはこれから考えなければいけないことだが、どうやって雇用の連携を維持しながら、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ある。日本の場合はやはり先ほど来問題にしているように、企業というものが福祉を担えなくなっているのだが、終身雇用という仕組み自体はそう簡単にならなれないと思われる。そうすると、そうした日本の特徴の中で、先ほどから注目している市民、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な仕組みをどうやって作っていくかが課題になるということである。

そこで登場するのが、「リレーショナル」というキーワードである。私たちの間にどうやってリレーショナルな関係を築いていくかということである。とりわけ重要なのは、組織の垣根を超える「ひとつくり」の視点であり、これまでの日本企業における人的資本蓄積のなかで、職場内でマネジメントやガバナンスを共有することを通して専ら企業（組織）特殊的人的資本を蓄積することで実現されてきたスキルのもつ「組織の壁」を越えるものである。ただし、このような日本の経済成長を支えた企業内での企業（組織）特殊的人的資本の質的向上と、最近の非営利組織や社会的経済研究における社会関係資本の蓄積とは異質ではない。これまでの日本は、職場内社会関係資本と、地域内（市民社会）社会関係資本の蓄積とが相互排他的な要素の残るメカニズムで行われているのが現状であるが、今後は「組織の壁」

にかかわらず「リレーショナル」な関係を築くことのできる、両資本間の柔軟な流動化によって今後の人口減少社会日本における社会的サービス供給構造を量的・質的に安定的なものにすることができるのである。

具体的にどのような「つながりのスキル」があるかと言うと、単なるコミュニケーションのスキルではなく、しっかりとした専門的知識を幅広く持ち、複雑かつ異質な課題や人材をコーディネートできるというスキルであり、基本的に人間に対する純粋な興味や他人の意見に対する寛容さからでてくる友好的な態度にもとづくものである。一方的ではなく、「双方向」に機能する、お互いさまのメカニズムと言うことができる。このことによって、組織（営利・非営利・行政）の垣根を超えて協働で事業を行うことを可能にするスキルである。

Pestoff (1998) には、社会関係資本と対人社会サービスとの関係について、「民主主義は道徳的な基盤の上にあるのであって、活動的なときには成長するが、あまりにも長く空洞化するとやせ細る。パットナムの概念である社会関係資本 [Putnam,1993] も、もし明確に市民民主主義や地域の意思決定への参加を含まないのなら、それもまた受動的な資源になる危険に直面するであろう。もし対人社会サービスや他の地域サービスが専ら専門的公務員の領域にとどまるなら、もしそれが市民の日常生活において市民を巻き込んだり関係をもったりすることがなければ、社会関係資本は萎えていくだろう。(Pestoff、翻訳書 (2000) より、ただし一部表記修正)」とある。すなわち組織やセクターの壁を越えてつねに社会関係資本を維持する努力を怠ればたちまち蓄積されたスキルも萎えてしまうということになる。このような特定の組織に片寄らず、異なった組織・セクターとの連携を、的確な情報伝達と判断力で取り持つことのできる人材の獲得・育成は急務である。

参考文献

- 今村肇（2006）「生涯所得の不安定化・雇用機会の多様化と能力開発政策」、城戸喜子・駒村康平編『社会保障の新たな制度設計ーセーフティ・ネットからスプリング・ボードへ』、慶應義塾出版会。
- 今村肇（2006）「非営利組織における雇用の可能性ー日仏それぞれの非営利組織の地方政府レベルの比較事例からー」、浅野清編『成熟社会の教育・家族・雇用システムー日仏比較の視点からー』NTT出版。
- 今村肇（2007）「日本の非営利組織をささえる人材供給・人材育成の課題」、『国際公共経済研究』、第18巻。
- 杉澤秀博・秋山弘子（2001）「職域・地域における高齢者の社会参加の日米比較」、『日本労働研究雑誌』、第487号（2001年1月号）。
- ペストフ， ビクター（2000） 藤田暁男、川口清史、石塚秀雄、北島健一、的場信樹（訳）『福祉社会と市民民主主義 協同組合と社会的企業の役割』、日本経済評論社。
- Pestoff, Victor (2008) A Democratic Architecture for the Welfare State, Routledge (Chap.7 “Democratizing medical and health care-the Japanese example”) .
- Pestoff, Victor (2009) “Towards a Paradigm of Democratic Participation: Citizen Participation and Co-Production of Personal Social Services in Sweden” , to be published in the Annals of Public and Cooperative Economics, in 2009.
- 島田晴雄（1986） 『労働経済学』 1986年、岩波書店。
- 小佐野広（2005） 『コーポレートガバナンスと人的資本 雇用関係から見た企業戦略』、日本経済新聞社。

5 がん患者の治療と就労の両立支援の研究－乳がんについて

独立行政法人労働者健康福祉機構
関西労災病院副院長
高塚 雄一

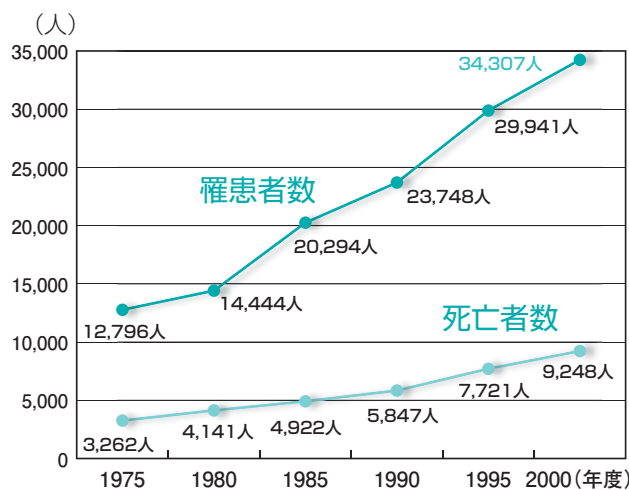
はじめに

わが国の乳がん患者さんは年々増加しており、ここ最近では年間約4万人の方が罹患し、約1万人が死亡しているという厳しい現状である（図1）。これら乳がんの罹患率と死亡率の国立がんセンター・がん対策情報センターでの集計をみると、それぞれ40歳と50歳後半から急激に増えている（図2）。当施設の昨年度の乳がん患者さんの年齢分布でも、やはり40歳ぐらいから急増しており、50歳から60

歳がピークで、70歳代の患者さんも見られる（図3）。近い将来は70歳定年が叫ばれており、乳がん患者さんのトータルケアを考える上では、がん治療と就労の両立支援は避けて通れない重要な取り組み課題である。

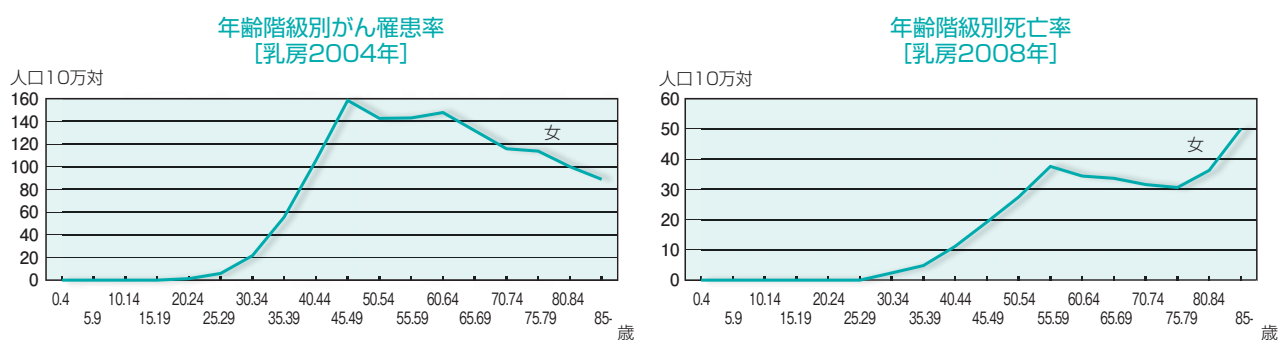
本稿では、『がん患者の治療と就労の両立支援の研究』に際しての、乳がん患者さんにおける就労の現状と当施設における現時点での取り組みの一端を紹介する。

図1 日本人女性の乳がん罹患患者数・死亡者数の推移



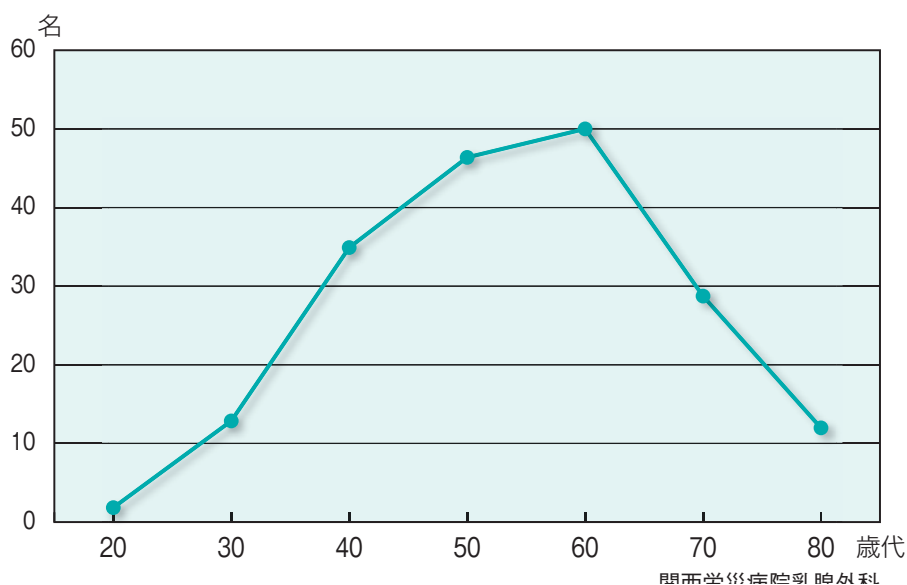
がん・統計白書－罹患/死亡/予後－2004

図2 乳がんの年齢階級別罹患率と死亡率



資料:国立がんセンターがん対策情報センター
Source: Center for Cancer Control and Information Services,
National Cancer Center, Japan

図3 乳がん患者の年齢分布 (186名: 2008/04/01 ~ 2009/03/31)



結果と考察

1. 乳がん患者さんの就労状況

平成21年度に当施設で乳がん手術を施行した乳がん患者さんの就労状況をみると、約半数が手術時には就業しており、このうち正社員が25%、パートが17%という現状であった(図4)。これらの就業状況を年齢別にみると、40代、50代では過半数の患者さんは手術を受けた段階では就業しているこ

とが分かった(図5)。この年代の患者さんは、家庭では中心的な役割を担っており、治療に伴う経済的な負担、就労との問題、さらには子育てなどで多くの課題を抱えていると推測される。当然のことながら、30歳代の就業率は高く、60歳代でも20%程度の方が仕事をしていることも分かった(図5)。

2年前に兵庫県のチーム医療研究会で、医療スタッフ(医師、看護師、薬剤師)に対して“患者さ

図4 乳がん患者の就業状況
(186名：2008/04/01～2009/03/31)

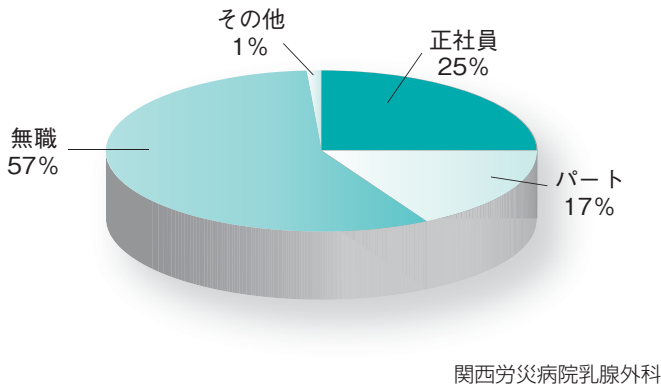


図5 乳がん患者の年齢別就業状況
(186名：2008/04/01～2009/03/31)

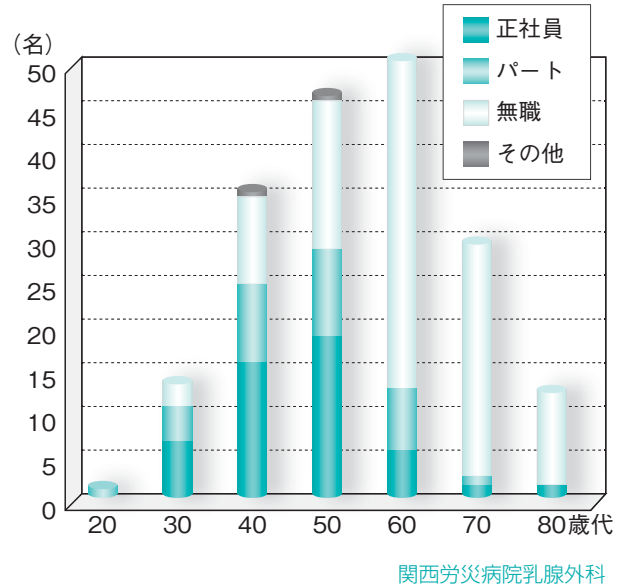
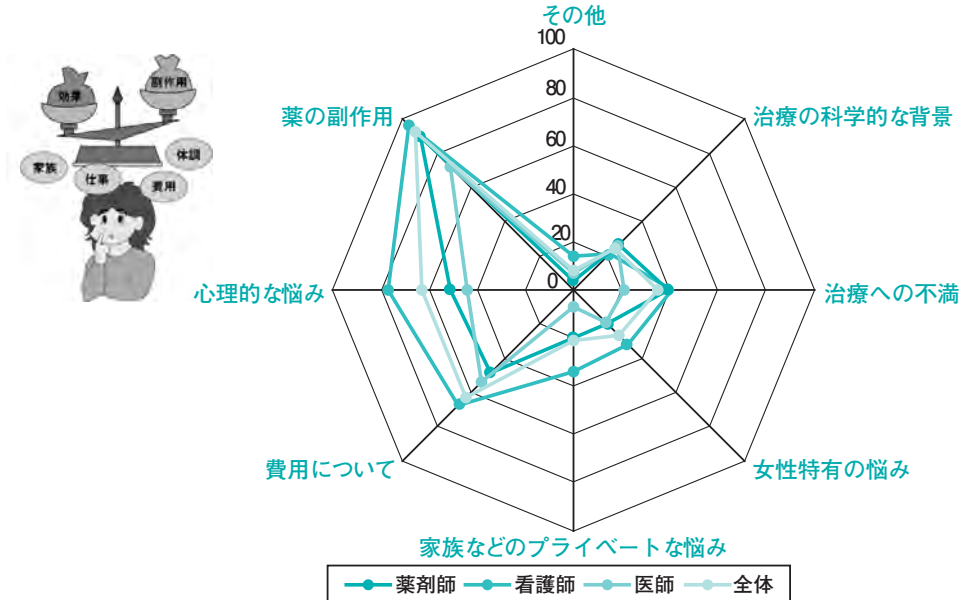


図6 乳がん患者さんからよく受ける相談は？
兵庫県におけるアンケート調査



んから良く受ける相談は？”というアンケート調査を行った（図6）。幸い、乳がんの分野では従来からの医療者向けの診療ガイドライン¹⁾に加えて『患者さんのための乳がん診療ガイドライン』²⁾も普及・浸透していることから、「治療への不満」や「治療の科学的な背景」などの相談は少なかった。反面、看護師や薬剤師に対しての「薬の副作用」、「心理的

な悩み」や「費用について」という相談が目立って多く、これらの背景には就労との関係が潜んでいることは否めない。すなわち、“薬の副作用で仕事ができなくなるのでは？”、“仕事を辞めれば、経済的に薬が使えなくなるのでは？”や、さらには“これからは社会（会社）とどのようにかかわっていけばよいのか？”などである。

2. 初期治療後の診療と就労の可能性

乳がんにはホルモン感受性（エストロゲン・レセプター：陽性）と非感受性（エストロゲン・レセプター：陰性）のものがあり、いずれのタイプでも概ね手術後2～3年に再発のピークが認められ、その後は5～10年の長きにわたって低頻度であるが一定の再発が見られる（図7）。したがって乳がん治療においては、初期治療（手術、放射線治療）後に、がんのタイプ（個性）や再発のリスクに応じて化学療法（抗がん剤治療）、分子標的薬（トラスツズマブ等）や5～10年間におよび内分泌療法（ホルモン治療）を行うことが強く勧められている^{1,2)}。

このように、乳がんの患者さんは手術後も最低10年の定期的な診療が必要とされており、日常の診療においても、まったく元気な女性が“がんを罹患されたということだけ”でなかなか社会的に受け入れられない厳しい現状を経験することがある。これは医療者サイドからの情報発信にも問題があり、今回の『がん患者の治療と就労の両立支援の研究』を機会に、我われ医療者はしっかりと患者さん本人と社会に対して情報発信をしていく使命がある。

3. 再発乳がんの診療と就労への課題

初期治療の進歩が著しい乳がんの領域でも、残念ながら約30%の患者さんが再発しているのが現状である。しかし、MD アンダーソンがんセンターでの再発後の生存曲線を見ると、年代別に再発後の生存曲線は確実に向上している（図8）。最近ではトラスツズマブに代表される新しい分子標的治療薬がどんどん登場しており、再発後の生存曲線もさらに改善してくるものと期待されている。このような再発乳がんの患者さんに対しても、社会には誤ったイメージがあり、“いったん再発すると就労できない”という古い固定概念は排除する必要がある。すなわち、再発しても概ね5年間は元気で働ける状態にある患者さんが約半数いるという事実を再認識する必要がある。残念ながら就労支援という社会制度がまだ十分ではない現状では、再発乳がん患者さんの就労支援についてはまったく手つかずの状態である。

再発乳がんの診療ガイドライン^{1,2)}では、まず内分泌治療から開始し、これらが無効になった段階で化学療法治療に移行し、最終的には緩和医療が勧められている（図9）^{1,2)}。再発乳がんの第一段階の内分泌

図7 乳がん手術後の診療指針

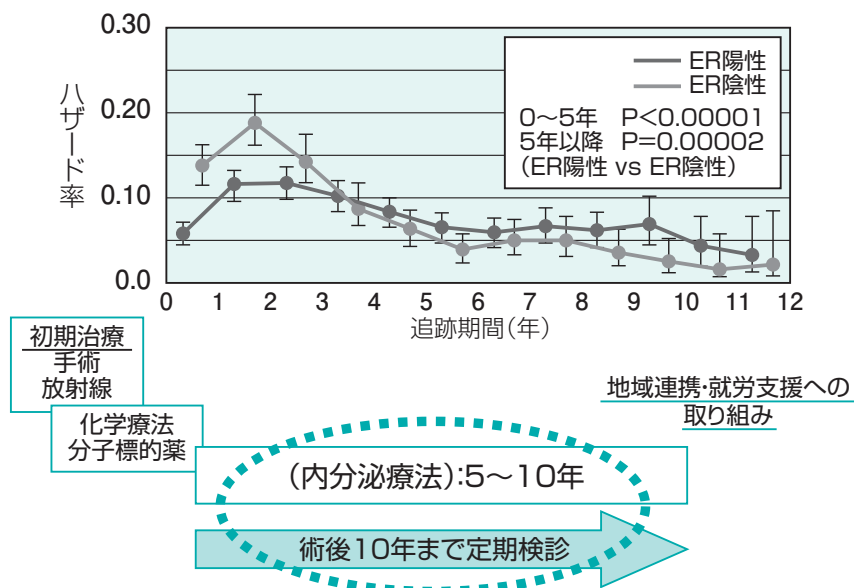


図8 再発乳がん患者の予後

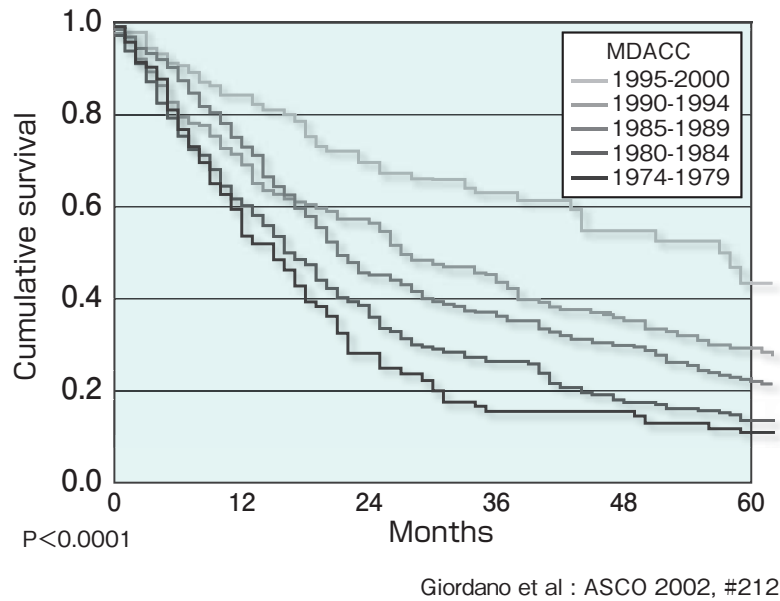
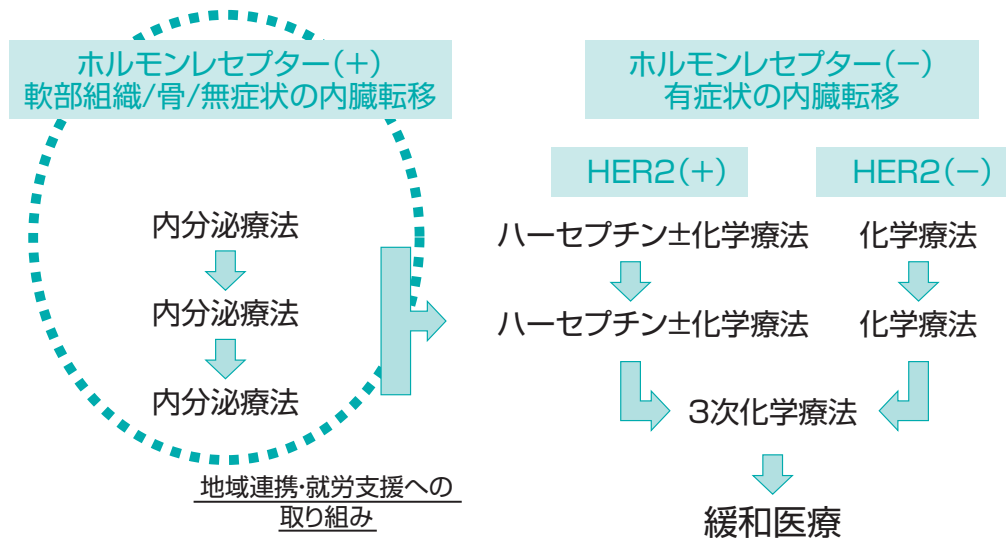


図9 再発乳がんの診療指針



泌治療では、多少の副作用や再発する部位によっては何らかの愁訴がみられるが、基本的には就労には支障がないと考えられる。まずはこのような患者さんに限っての就労支援に向けての取り組みが望まれる。もちろん再発様式や患者さんの背景はさまざまであり、予後不良の多発臓器転移（骨に広範囲に転移がある場合や多発の肺転移など）の患者さんには継続した化学療法が勧められており、ここでの就労は少し無理と思われる。

4. 院内から院外（職場、社会）に向けてのチーム医療

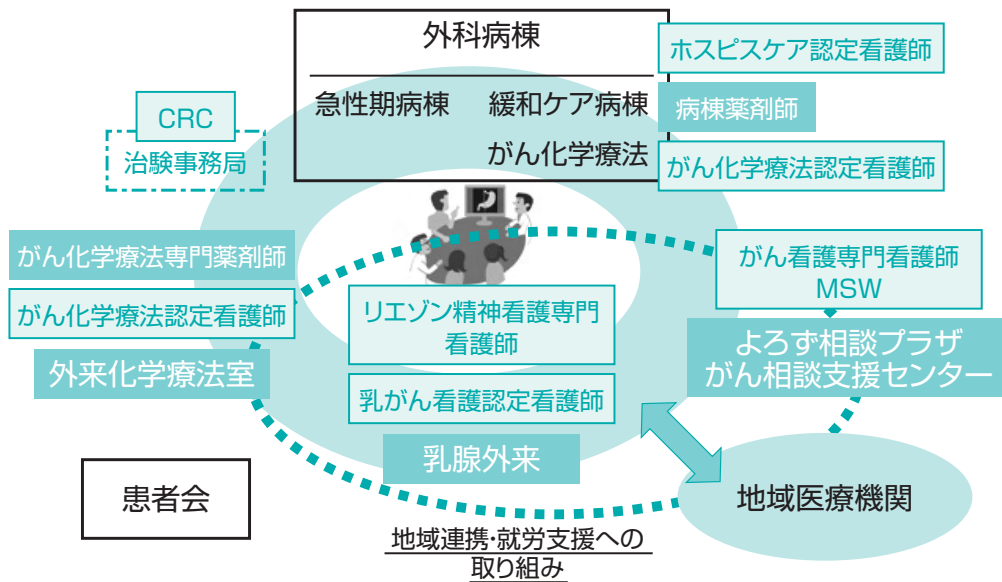
当施設では以前から全職種を挙げての乳がんのチーム医療を展開しており、ここでは乳がん看護、がん化学療法やホスピスケアの認定看護師、リエゾン精神看護専門看護師やがん化学療法専門薬剤師に加えて、MSW、CRCも活躍している³⁾（図10）。また、2年前からは乳がん地域連携パスに則った地域連携（地域の乳腺専門クリニック）にも取り組んでいる。

しかし、ここでも就労の問題については置き去りにされており、乳がん患者さんのトータルケアを考える上では、がん治療と就労の両立支援は避けて通れない重要な取り組み課題である。この点から、これまでの院内から“院外（職場、社会）”に向けてのチーム医療”の展開が望まれる。

まとめ

乳がん患者さんのトータルケアが叫ばれている今日の医療現場において、就労への支援・介入は避けて通れない重要な取り組み課題である。今回の『がん患者の治療と就労の両立支援の研究』において、乳がん患者さんにおける就労の実態と就労支援にむけてのシステムの構築が期待されている。

図 10 関西労災病院での乳がんチーム医療



引用文献

- 1) 日本乳癌学会:乳癌診療ガイドライン、薬物療法、2010年度版、2010年、金原出版（東京）。
- 2) 日本乳癌学会：患者さんのための乳がん診療ガイドライン、2009年度版、2009年、金原出版（東京）。
- 3) 高塚 雄一：乳癌診療における外科医の変貌、乳癌の臨床、24（5）、607～615、2009。

II

がん罹患と就労に関する調査・研究

- 1 がん患者の職場復帰、「働くこと」に関する調査より
- 2 「がん罹患勤労者の就労に関する研究」について
- 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

1 がん患者の職場復帰、 「働くこと」に関する調査より

NPO 法人キャンサーリボンズ副理事長
岡山 慶子

はじめに

日本人は「働き過ぎ」と言われている。それだけに、日本人にとって「働く」ことは否応なしに長い人生の大きな部分を占め、同時に多くの人にとっては「生きがい」となっている。一方日本において日本人のがん罹患率は現在男性は2人に1人、女性では3人に1人となっている。

しかし、がんに罹患したということで、人生の中で大きな比重を占める「働く」ことの大切さが社会的に認識されていないとしたら、それは大きな問題となることは容易に想像ができる。このことについて実際はどのようになっているのだろうか。

NPO 法人キャンサーリボンズ*では、一昨年より、特にながの罹患率が高まる働き盛りや管理職の年代における職場復帰に関する現状を把握し、復帰を希望する患者さんが納得して復職が遂げられるよう、サポートすることを目的としたプロジェクトを立ち上げた。

これまで2つの調査を行った。①がん患者さん、②全国のがん診療連携拠点病院にある相談支援センターを対象に調査を実施した。

調査結果から見てきたことは、治療の現場で

は「働く」ことについて、働く現場では「がん」について充分語られていない。また、相談を受ける側においては「働く」ことに関する専門知識を習得する機会が少なく、また職場サイドから相談支援センターに患者さんの仕事の継続・復帰に際して相談するケースがほとんどないことが明らかになった。

キャンサーリボンズはがんの治療と生活を結ぶことを目標にしているがこの実現のためには、Relationship Centered Cancer Care なくしては実現できないと考えている。どこか一カ所だけが重責を担うのではなく、患者さん・ご家族、医療従事者、行政、団体等それぞれが互いの強みを生かし、社会全体で支えあう『がんケアネットワーク』こそが、必要不可欠である。

1. がん患者さんの職場復帰に関する調査

I. 調査概要

①調査時期：2008年12月9日(火)～1月16日(金)

②調査対象：がんに罹患して職場復帰をした、または今後復職を考えているがん患者本人または家族(NPO 法人キャンサーリボンズの調査モニター、『がんサポート』読者、患者会)

* NPO 法人キャンサーリボンズは、がん患者さんの自分らしく、少しでも心地よい生活の実現のために「治療と生活をつなぐ」ことを目的として、2008年6月に設立。新しい薬剤の登場や治療方法の多様化により、がん患者さんにとって治療もさることながら、治療後の生活をいかに「自分らしく」送ることができるのかは大きな課題です。キャンサーリボンズでは、この課題解決のためにさまざまな側面から活動を行っています。

③調査方法：郵送調査

④回収状況：有効回収数 165名（有効回収率57.5%）男性33名、女性132名

⑤調査主体：NPO法人キャンサーリボンズ 就労支援プロジェクト

II. 仮説と質問の対応

仮説「職場復帰のポイント」	対応する設問
1. 「これから先の治療に関する見通し」を待つこと	治療・定期健診受診の現状 現在の病状 病状・治療の理解度 がん発見時の職場への報告 治療医への相談状況
2. 自分の仕事や人生に対する価値観を明確にすること	仕事観 気持ちの整理・転換についての自己評価 現在の生活の総合的な評価
3. 自分の「治療と仕事や人生」のビジョンをもつ（自分の「治療と仕事」について、その時々に合わせてバランスのとり方について、ビジョンをもつ）	復帰後の職場・仕事内容等の変化（復帰者のみ） 復帰後の処遇の変化（復帰者のみ） 職場復帰後の働き方（復帰者のみ） 仕事量の評価（復帰者のみ） 復帰後の仕事全般に対する評価（復帰者のみ） 職場復帰時の不安感
4. 仕事復帰を実現・継続するための準備・プランニングをおこなう（自分に必要な情報を集めたり、相談先などを見つけること）	職場復帰の状況（予定含む） 復帰後の就労の仕方（予定含む） 職場復帰について治療医への相談状況 // 治療医以外への相談状況 復帰後の就労のための制度利用（予定含む） 医療機関・職場以外の情報源 復帰後に仕事・職場関連で困ったこと 職場復帰のために希望する支障

III. 調査結果の主な内容

1. がん発見時の勤務先への報告

- 発見当時、就業していたのは86.1%。そのうち勤務先に「報告した」のは88.7%で、「発見直後」か「治療開始前までの間」に、「病名」、「休職する場合の予定」、「治療の見通し」などを、最初に「上司」に報告している場合が多い。
- 勤務先に「報告しなかった／報告するつもりはない」（10.6%）と答えた人の主な理由は、「周りに余計な気遣いをされたくない（させたくない）」（53.3%）が最多であった。

2. 職場復帰後の就業状況

(1) 復帰状況 - 全体 -

- 66.1%は、既に「仕事をしている」復帰者であるが、復帰者は最初の治療時に9割が休みを取っており、休職期間は半数近くが「2ヵ月未満」。
- 休職者や復職希望者で、「元の職場に復帰する」（14.3%）、「転職する」（10.7%）など今後の見通しがついているのは計35.7%。今後のことは就業も含めて決めかねていたり、何かをするにしてもボランティア的なものや心身に負担の少ない仕事にしたいという人も少なくない。

(2) 就業状況 - 復帰者 -

- 復帰した人の現在の就業状況は、「正社員」

(42.2%)と「パート・アルバイト」(32.0%)にほぼ二分している。勤務先は半数が「民間企業」(50.5%)で、事業所規模は「10人以上～100人未満」(27.5%)や「100人以上～1000人未満」(22.9%)が中心。

- 復帰後の仕事内容は「事務職」(34.9%)や「専門的・技術的職業」(17.4%)が多く、「管理職」は10.1%。

(3) 仕事上の変化 – 復帰者 –

- 復帰後、病気を原因とする仕事上の変化が「あった」と答えたのは26.6%。変化の主な内容は、「勤務時間や日数の変化」(44.8%)である。一方で、「自主退職」や「解雇」という変化も2割ほど生じている。
- 処遇面で病気を原因とする「変化があった」のは14.7%。内容は「賃金」が75.0%、「職位」が43.8%。

(4) 復帰後の仕事の評価 – 復帰者 –

- 現在の仕事量について、復帰者全体では4割が“きつい”(きつすぎる46%+ややきつい36.7%)と答えており、「ちょうどよい」は45.9%。「ちょうどよい」は治療段階による差はほとんどないが、“きつい”との評価は治療中の患者のほうがやや高く(治療中:計45.8%、治療終了:計37.2%)、治療段階が就労評価に影響している様子がうかがえる。

現在の1日の労働時間は「8～9時間未満」が最多。治療中は「4時間未満」、治療終了後は「10時間以上」も約2割ある。

- 復帰後の仕事全般に対しては、復帰者全体では3分の2が“満足”と答えつつも、「非常に満足」という積極的な評価は9.2%にとどまり、多くは「満足」(57.8%)のレベルである。

3. 職場復帰に向けて

(1) 病状・治療についての理解状況

- 病状や治療については、ほぼすべての人が“理解している”と答えている。そのうち「ほとんど理解している」が6割以

上を占め、理解の程度は高い。

(2) 治療医への相談

- 職場復帰について治療医に相談したのは58.2%(十分に相談16.4%+少し相談41.8%)。最初に相談した時期は「治療中」(45.8%)が最も多く、相談したことに55.2%が“満足”(非常に満足11.5%+満足43.8%)と評価している。
- 治療医に相談していないのは37.6%。求職者や復職希望者では、半数以上がまだ相談していない。相談しない理由は、「医師に相談することだと思わなかったから」が最多で、特に復帰者で半数を超えている。

(3) 治療医以外への相談

- 治療医以外に相談した相手を何人でも挙げてもらったところ、男女とも「家族」が最も多い。上位3位まで順位をつけてもらった場合も、1位に挙げたのは男女とも「家族」である。
- 相談相手は性別による違いが見られる。男性では「家族」と同程度に「上司」が挙げられており、他に「人事関係者」、「産業医」、「厚生関係者」など職場機構や“縦”の関係者が目立つ。女性では2番目に「友人・知人」、次いで「上司」「同僚」への相談が多く、“横”の関係者が多いことが特徴と言える。

(4) 制度、情報等の利用状況

- 制度の利用については、復帰者では特に「有給休暇」、「傷病休暇」など休暇関連の利用割合が高い。復職希望者では、「有給休暇」の他に「短時間勤務」、「入社時間・退社時間の調整」の利用意向が高いのが特徴である。
- 医療機関・職場以外の情報源は、復帰段階にかかわらず「特に情報は得ていない」の割合が最も高いことが特徴である。情報を得ている場合は、「その他のがん経験者」や「病院での入院・治療仲間」、「インターネット」が情報源となっている場

合が多い。この傾向は特に復帰者で顕著である。

(5) 職場復帰時の不安感

- 復帰前には、全体の3分の2が仕事や職場との関連で何らかの不安を感じている(とても不安22.4%+少し不安44.2%)。復帰希望者の回答数が少ないので直接比較しにくいですが、既に復帰した者よりも、これから復帰する人のほうが「とても不安」と答える割合が高い傾向にある(とても不安:復帰者19.3%、復帰希望者34.6%)。
- 不安の内容は、復帰者や求職者では「体力面」が中心だが、復帰希望者では「体力面」と同程度に「治療との両立」が挙げられている。上記の不安感の問題と合わせて、復帰希望者へのフォローが必要と言えるだろう。

4. がん患者の価値観

(1) 仕事観

- がん患者が“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、ほぼ同程度に挙げられている。
- 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」、女性では3位「治療費」、4位「働く事は生きがい」となっており、性別による差がみられる。男性の回答数が少ないので比較しにくいですが、「仕事をするのは当たり前」と「治療費」については男女の差が顕著である。

(2) 職場復帰に関する自己評価

- 職場復帰に際して、自分の仕事や生き方について気持ちの整理・転換が“できた”と答えたのは、全体の4分の3(十分にできた18.2%+まあできた55.8%、以下同様)。求職者や復職希望者では、復帰者に比べて“整理・転換できた”と答えている割合が低い(復帰者:87.2%、休職者:50.0%、復職希望者:46.2%)。

- 現在の生活を総合的に評価すると、全体では“満足”は64.2%(非常に満足10.3%+満足53.9%、以下同様)で、「どちらともいえない」が4分の1を占める。男性では“満足”は57.6%にとどまり、女性に比べて「不満足」の割合が高い。また求職者や復職希望者では、復帰者に比べて満足度が低い(復帰者:72.5%、休職者:46.7%、復職希望者:50.0%)。

5. 希望する職場復帰支援

- 職場復帰時に得たい支援は、全体では1位「主治医との今後の治療の見通しの相談」(53.9%)、2位「患者として知っておくべきこと、行動すべきことを確認できる情報本、チェックシートなど」(49.1%)となっている。

*上位3位まで順位をつけてもらった場合、全体の1位として挙がる割合が高かったのは「主治医との今後の治療の見通しの相談」と「職場復帰に際して、上司・人事との復帰のステップや働き方の相談」である。

- 「主治医との今後の治療の見通しの相談」は休職者で、「情報本、チェックシートなど」は復帰者と復帰希望者で希望している割合が高い。

6. 職場復帰のポイントと気持ちの整理・転換

- 気持ちの整理・転換が“できた”人は、治療中の人で計66.7%(十分にできた+まあできた、以下同様)、治療が終了した人では88.7%。そのうち「十分にできた」は治療中の人15.2%、治療が終了した人24.5%であり、治療段階が進むにつれて気持ちの整理・転換ができていく様子が見えてくる。
- 定期検診を受けている人では、計71.8%が気持ちの整理・転換が“できた”と答えている。

(1) これから先の治療に関する見通しを持つ

- 気持ちの整理・転換ができた人ほど、病状や治療について理解している割合が高

いことから、本人自身の病状・治療への理解の程度が、気持ちの整理・転換に必要なファクターと言える。

- 勤務先への報告との関連では、気持ちの整理・転換ができている人は、「病名」だけでなく「今後の治療の見通し」や「職場を休む場合の予定時期・期間」についても報告し、また「上司」だけでなく「人事関係者」や「部下」にも報告している割合が高い。このことから、気持ちの整理・転換には、できるだけ早い時期に、具体的な職場復帰のスケジュールを、勤務先でより多くの人と共有できることが必要と言えるだろう。

(2) 自分の仕事や人生に対する価値観を明確にする

- 気持ちの整理・転換が「十分にできた」人は、「生活の維持」などの経済的な理由だけでなく、「働くことは生きがい」(56.7%)、「これまでの経験を生かしたい」、「社会に貢献したい」(46.7%、同率)のような自己実現感や、「会社や職場で自分が必要とされているから」(46.7%)の割合が高くなっている。
- これらの結果は、気持ちの整理・転換には、自己実現意識など患者自身が仕事や人生に対する自分の考えを明確にするだけで

なく、職場の理解と協力が重要であることを裏付けている。

2. がん患者さんの「働くこと」に関する相談支援実態調査

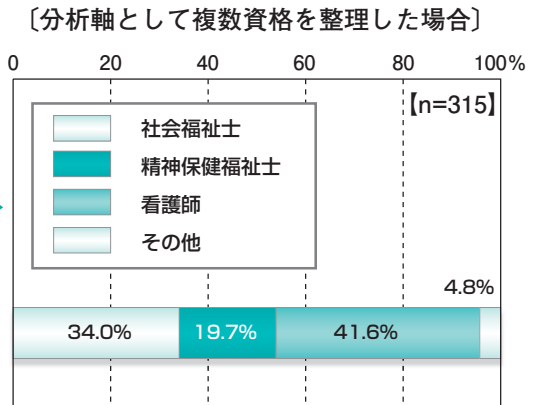
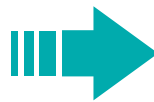
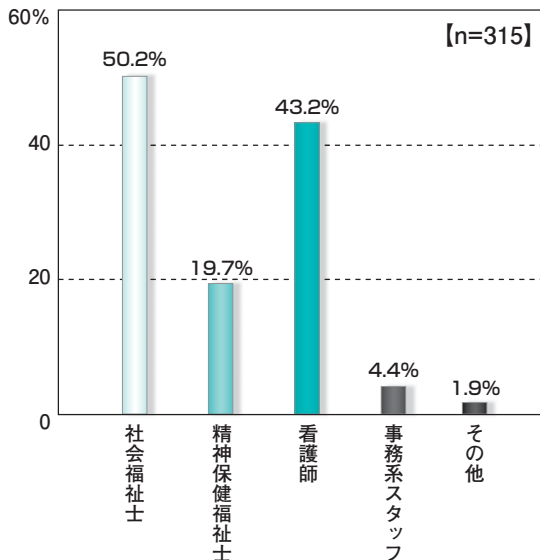
I. 調査概要

- ①調査時期：2009年10月19日(木)～11月30日(月)
- ②調査対象：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 ヲ所 (実際に相談に当たっている専門職の方が記入)
- ③調査方法：相談支援センター宛に調査票を郵送しスタッフから回答を得た。
- ④回収状況：回答者ベース 有効回収数 315 名 (1 施設複数も有) 施設ベース 病院名が判明しているのは 193 ヲ所 (51.4%) 病院名無記名 20 ヲ所
- ⑤調査主体：NPO 法人キャンサーリボンズ 就労支援プロジェクト
- ⑥調査協力：独立行政法人 労働者健康福祉機構

II. 調査結果の概要

1. 回答者の資格 (複数回答可)

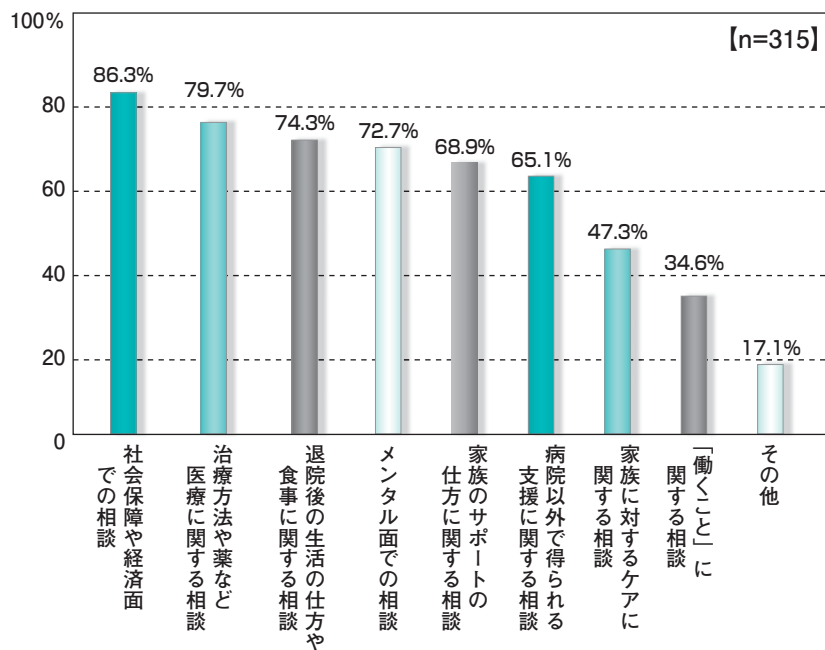
- 回答者の半数は「社会福祉士」や「看護師」の資格がある。「精神保健福祉士」資格者も 2 割近い。



2. 相談支援センターで受けている相談の全体像 (複数回答可)

● 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34.6%。

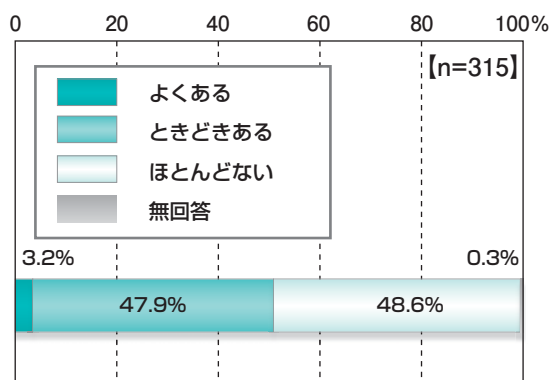
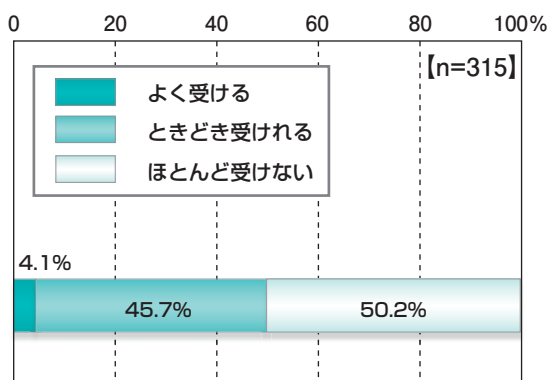
● 相談を受けている患者数は、月平均 63.5人。



3. 「働くこと」に関する相談や話が出る頻度

● 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:よく受ける+ときどき受ける)、相談を受ける患者数は月平均 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

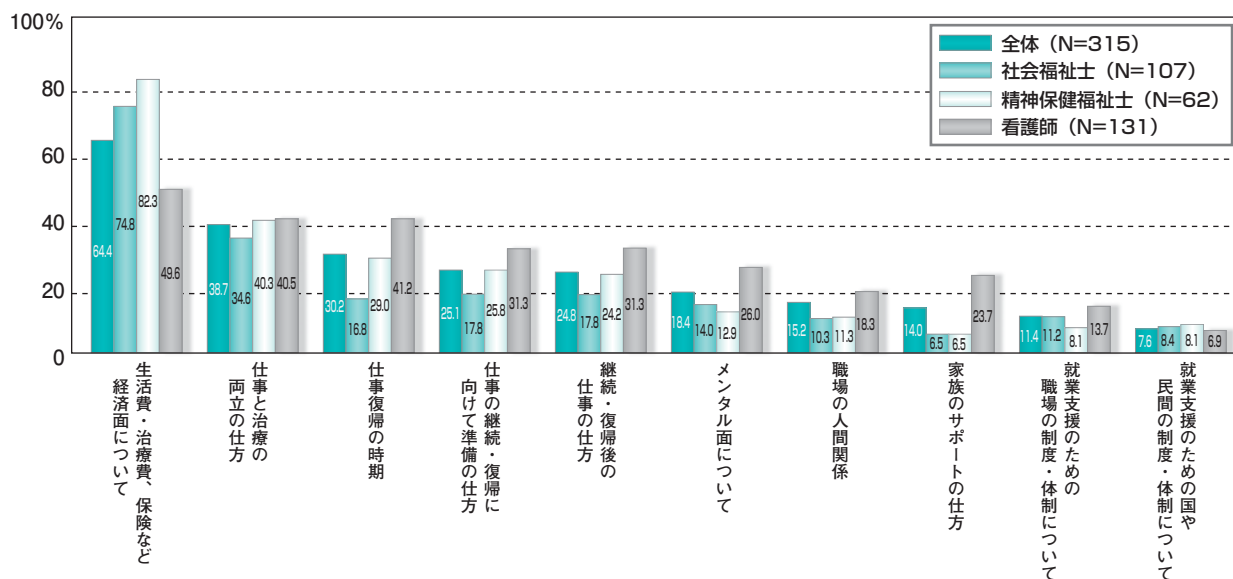
● 「働くこと」について支援をした相手は、30代から40代、50代にかけての働き盛りの年代が中心で、男性に対する支援のほうが女性を上回る。

● 職業面から見たがん患者さんの平均像はほとんどがすでに職を持っている人、勤め人の場合は7割が「正規社員」。

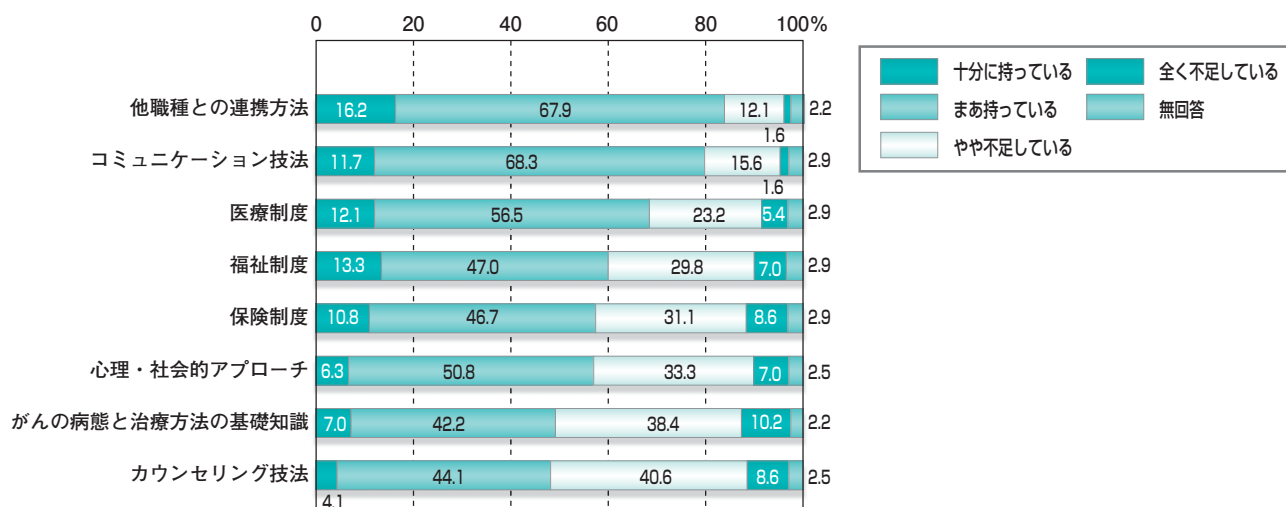
5. 「働くこと」に関する相談や話の内容（複数回答可）

- 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、広くさまざまな相談にのっている様子が表われている。



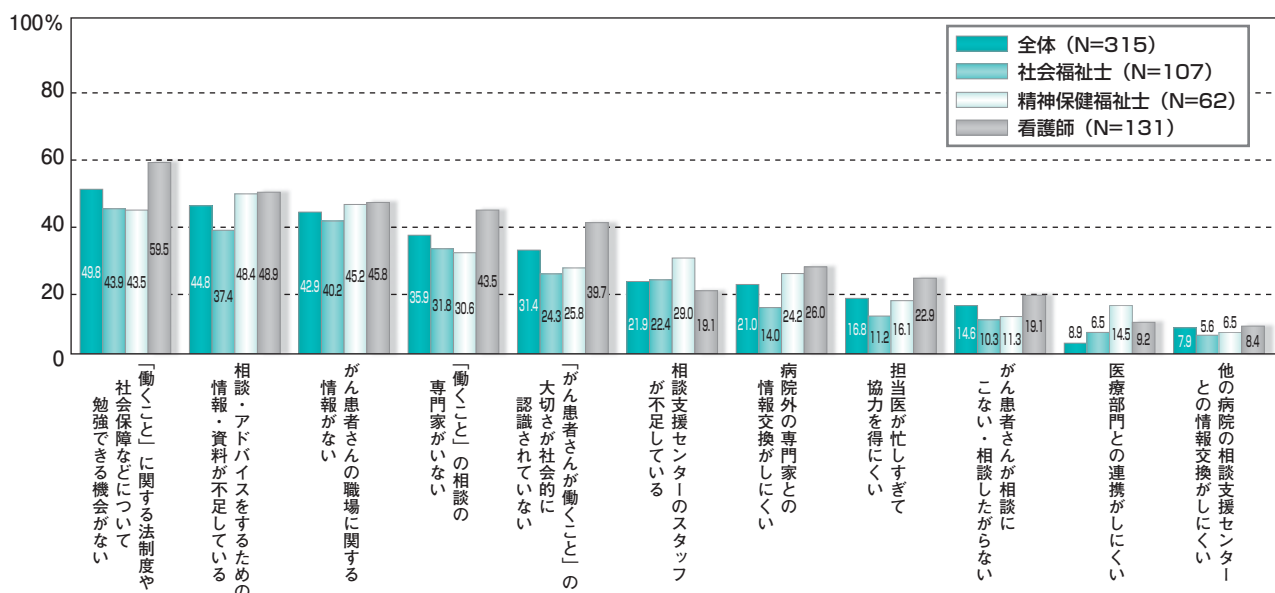
6. 「働くこと」に関する相談や支援をするための知識・情報の知識・情報



7. 「働くこと」に関する支援をする上での苦労・困りごと（複数回答可）

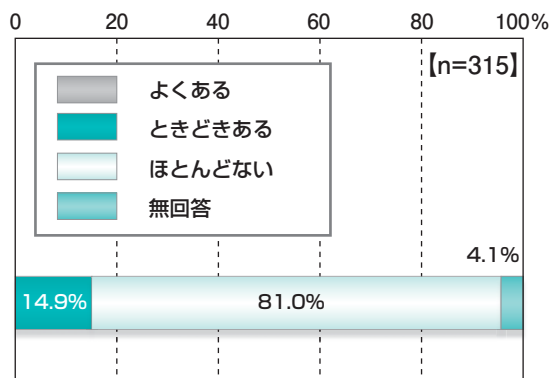
- 回答者全体では、多くの項目が同程度に挙げられており、問題の広範さがうかがえる。
- 資格別では、看護師が多くの問題で他の資格者を上回る場合が多い。特に「法制度や

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

- 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してくることが「よくある」と答えたケースはなく、「ときどきある」の14.9%にとどまった。



3. 調査結果の考察

①の調査から

多くのがん患者さんが職場復帰に際して不安を感じており、職場や医療現場では、患者さんの病状や自己実現のビジョンに合わせた職場復帰の相談が行われていない現状が明らかになった。患者さんが職場復帰するためには、主治医のサポートの下、ご自分の病状や治療について理解すること

と共に、自ら調べ行動することや、患者さん同士の支えあい、職場からの支援も重要であることが示された。また、職場復帰に際して、「気持ちの整理・転換」ができた患者さんほど、職場復帰に対する不安感が少なく、仕事に対する満足感が高い傾向にあった。「気持ちの整理・転換」が、がん患者さんの職場復帰のための重要なキーワードであり、医療現場、職場、社会それぞれに、患者さんを支援する役割が求められていることが示唆された。

②の調査から

相談支援センターで働くことに関して相談を受けた人は約5割となっているが、それは患者さんの他の話から出てくることが多い。また医療サイドからがん患者さんの仕事の継続、復帰に関して相談してくるケースはほとんどなく、支援センターと働く側の間には距離感がある。相談支援センター側には働くことに関する法制度や社会保障について勉強できる機会が少ないとの回答が多く、そのことも一因となっている可能性もある。支援センターには看護師、ケースワーカー、事務職などいくつかの職種の中では看護職がさまざまな相談にのっているが、今後働くことに関して専門的な知識を有する人が相談にのれる日の設定なども必要と考えられる。

● 2つの調査から見えた支援の方向性

1. がんになることで「働く」ことの差別をされない。特に身体のダメージが軽い人が不利益を被ることがないように支援する

2. がん治療の現場で「働く」を、働く現場で「がん」が語られるように関係方面に働きかける
3. がん患者さん本人が「自分は職場や社会からサポートされている」という気持ちを持つように対策をたてる
4. 患者さんが社会の中で声を出しやすくするよう支援
5. 「キャンサー・フレンドリー・ソサエティ」など具体的活動を社会全体で行う
6. 雇用のサステナビリティに「キャンサー」が入るよう各方面で考える
7. 「がんと働く」をさまざまな立場の人が語るよう、社会の課題としていく
8. 雇用延長とがんの問題、非正規社員とがんの問題など個別のアプローチも必要
9. がん罹患率の高さ、高齢化率を考えると世界に例や手本がないので、叡智が必要

※ 調査の具体的な数字など詳しいことについてはNPO法人キャンサーリボンズ 就労支援プロジェクトにお問い合わせください。

2 「がん罹患勤労者の就労に関する研究」について

独立行政法人労働労働者健康福祉機構 東京労災病院
職場復帰・両立支援(がん)研究センター長
門山 茂

はじめに

がんの罹患は生涯で男性では2人に1人、女性では3人に1人といわれている。高齢者ほど罹患率は高くなるが、乳がんのように就労年齢とかさなる40から50歳に多いがん腫もある。人口の高齢化と少子化は就労年齢を引き上げ70歳で働く人も多くなってきている。今後もこの傾向は続くと予想される。医療技術の進歩により5年生存率が90%に達するがん種もあり、治療終了後5年以上生存もけっして希ではない。がんも完治が得られることもあり、その場合には職場復帰は当然可能である。

一方、下肢の閉塞性動脈硬化症の5年生存率は60～70%、糖尿病による透析患者の5年生存率は約70%、緊急冠動脈バイパス術術後の5年生存率は85%とされている。動脈硬化の危険因子とされる高血圧症や脂質代謝異常症、糖尿病などを治療しながら働き続けることは容易であるが、がんの治療と就労を両立させることは困難と考えられる傾向にある。厚生労働省の研究班(がんの社会学に関する研究班 山口 建・静岡県立静岡がんセンター総長 <http://www.scchr.jp/yorozu/nayami.htm>)による調査では、約30%ががんに罹患後、職を離れている。女性がん患者を対象とした研究では依願退職6.0%、解雇3.0%、同じ職場で勤務が約半数とされている¹⁾。このようにがんの罹患は離職のリスクと考えら

れ、患者自身のQOLの低下や収入の減少などを引き起こす。また、企業にとっても人材の損失となる可能性がある。本研究は平成21年度から開始となり、平成22年6月現在、研究は途上である。したがって、今回は研究の目的、手法などについての記載にとどまることを承知されたい。

1. 目的

本研究はこのような背景のもと、独立行政法人労働労働者健康福祉機構において、外部有識者を招いて勤労者医療のあり方検討委員会を開催して、労災病院グループが推進すべき研究等について検討を重ねて、厚生労働省へ提言し、平成21年度から開始することとなった。研究の目的は、がん罹患勤労者の職場復帰や治療と就労との両立の阻害因子を明らかにし、それを解決するための医学的側面からの方法をさぐることである。さらには実際ががん罹患勤労者と医療機関、雇用者に介入しその有効性を検証したい。

2. 研究方法

今回、筆者らは乳がん、大腸がん、肝がんのがん腫について検討することにした。乳がんは女性に特有で発症のピークが40～50代と若

く、比較的予後が良く先行研究も多く行われているため採用した。逆に肝がんはその特異な経過とともに予後も悪く男性に多い。この分野での先行研究は僅かである。大腸がんはこの2者の中間の性格を持つと考えた。さらに分担・共同研究施設、研究者の意向もがん腫の選択にあたって配慮された(表1)。

(1) アンケート調査

職場復帰阻害因子、治療と両立の阻害因子を明らかにするためにアンケート調査を行うこととした。アンケートはがん罹患勤労者、雇用者、産業医、医師を対象とした。本来、アンケートは特定の患者とその雇用者、産業医、主治医の4者に行われることが望ましいと思われたが、個人情報配慮した倫理的な観点から承諾を得ることが多くの例で困難と予測されたため、アンケート調査ではそれぞれ独立に行うこととなった。特定の患者に関しての雇用者、産業医、主治医を含めた調査は平成23年度より開始予定の介入試験にて行う予定である。

(2) がん罹患患者アンケート

がん罹患患者アンケートは横断研究と前向き研究の2つを行うこととしている。

横断研究の対象は乳がんでは主たる治療後2週間以上経過し5年以内の患者とし、肝がん・大腸がんでは主たる治療後6ヵ月が経過し5年以内の患者とした。乳がんにおいて他のがん腫より治療後の経過期間を短く設定したのは、乳がんでは治療後の経過が良く2週間以降には働き始める患者がいると考えたためである。過去5年間としたのは、年数が経過

表1

分担・共同研究者施設	
施設名	主に扱うがん種
東京労災病院	各がん種
千葉労災病院	肝がん
横浜労災病院	大腸がん
関西労災病院	乳がん
岡山労災病院	大腸がん
横浜市立大学付属病院	肝がん
	大腸がん

するほど年齢や定年などの因子が入り込むのを避けるためと、主たる治療後の経過が長いと当時の状況の記憶が曖昧となることを懸念したためである。また、多くのがん腫の治療効果は5年生存率で比較され、5年間というのはいわばがんに向き合って生きる闘病期間であり、今回の研究テーマである治療と就労の両立にふさわしいと考えた。対象となる患者とICD-9を参考にした「主たる治療」を別表に挙げる(表2,3)。患者アンケートは患者の病状を知るために主治医が記入するパートと、患者自身へのアンケートを連結可能なIDで結びつけ別々に行うこととした。患者自身へのアンケートは既存のQOLや心理状態、仕事に対する要求や能力の尺度と先行研究にて有意とされている阻害因子を考慮した約40項目の聞き取り調査による質問を行うこと

表2 患者アンケートの対象者

横断研究

- 1) がん診断時70歳以下。がんの告知を本人がうけ、研究の承諾が得られている人
- 2) がん診断時に働いていた人(主婦を含む)
- 3) 過去5年間にがんの診断をうけた人
- 4) 乳がん 主たる治療後 2週間以降のがん罹患患者
- 5) 大腸がん、肝がん 主たる治療後 6ヵ月以降のがん罹患患者

前向き研究

- 1) がん診断時70歳以下。がんの告知を本人がうけ、研究の承諾が得られている人
- 2) がん診断時に働いていた人(主婦を含む)
- 3) 乳がん 主たる治療後 2週間以降 6ヵ月以内のがん罹患患者
- 4) 大腸がん、肝がん 主たる治療後 6ヵ月以降 1年以内のがん罹患患者

表3 主たる治療

肝 癌	血管のその他の外科的閉塞術 [腹部動脈]	
	肝部分切除術	
	肝病変のその他の破壊術	
	肝葉切除術	
	肝への治療薬剤のその他の注入術	
乳 癌	他に何らかの説明や記載がない乳房組織の切除術 または破壊術	
	乳房の病変部分切除術	
	乳房四分円切除術	
	乳房亜全摘術	
	乳頭切除術	
	即時インプラント挿入を伴う片側性皮下乳房切除術	
	その他の両側の皮下乳房切除術	
	片側単純性乳房切除術	
	両側の単純乳房切除術	
	片側拡大単純乳房切断術	
	片側胸筋合併乳房切除術	
	両側の胸筋合併乳房切除術	
	片側の拡大根治的乳房切除術	
	大腸癌	大腸病変または組織の切除術
		内視鏡下大腸ポリープ切除術
内視鏡下大腸病変または組織の破壊術		
大腸の多分節切除術		
盲腸切除術		
結腸右半切除術		
横行結腸切除術		
結腸左半切除術		
S状結腸切除術		
大腸のその他の部分切除術		
腹腔内結腸全摘術		
腹腔鏡下虫垂切除術		
[内視鏡下] 直腸ポリープ切除術		
経仙骨的直腸S状結腸切除術		
結腸瘻造設術を伴う直腸前方切除術		
直腸のその他の前方切除術		
その他		

とした(表4)。

前向き研究は、横断研究の対象者の中から乳がんでは主たる治療後2週間から6ヵ月まで、肝がん・大腸がんでは主たる治療後6ヵ月から1年までに初回のアンケートを行った患者とした。初回アンケートから6ヵ月後と1年後に就労状況と治療状況を主体とした質問と、初回と同様の既存の5つの尺度を自記式アンケートとして主に郵送にて行う。

このアンケート調査の結果から多変量解析を行い独立した職場復帰阻害因子、治療との両立を阻害する因子を明らかにしたい。また、それら因子を点数化した職場復帰が出来る状況を反映した新たな尺度を作成する。

(3) 企業(雇用者)、産業医、医師を対象としたアンケート

企業へのアンケートは、私疾病休職者(特に「がん」患者)への対応に関する調査として、労働者健康福祉機構がNPO法人と契約し北海道、関東近郊の企業に対して訪問調査を行っている。産業医に対しては、産業保健推進センターで行う講習会などの機会を利用して行う予定である。医師に対するアンケートは全国の29労災病院の対象となるがんの診療に携わる機会の多い内科・外科医師211人より回答を得た。質問項目の内容は3者の対象によって若干違う。共通する内容としては、がん罹患勤労者を継続して勤務できる条件、傷害などとともにがん罹患勤労者が働き続けることが可能となるような制度のあり方を調査することとした。産業医、医師に対しては患者の個人情報の扱い方に関する質問も行った。

(4) 就労のための尺度(スコア)、ガイドライン、クリニカルパス

アンケートの結果から就労の可能性を測定できるような尺度(以下、スコアと称す)の作成を予定している。QOL尺度の作成には標準的な方法が確立されている^{2,3)}。

ガイドラインとは本来、「守るのが好ましいとされる具体的な規範・方針を明文化したもの。先行研究を調査し根拠となったエビデンスを併記する」とされている。また、診療ガイドラインの作成に関しても「診療ガイドラインの作成手順」として公開されているが(<http://minds.jcqh.or.jp/st/glg.aspx>)、肝がんなどに関しては先行研究が少なく、働くことに関する患者の意志や雇用者の対応にまで踏み込むことは倫理的に問題があり、どのような形で作成するか現在検討中である。クリニカルパスに関しても「必要な介入を適時に患者、企業側に提供するためのツール。介入のルーチンワークをチャート様式にまとめたもの」として理解されている。パスに関しても患者、雇用者の条件の多様性や倫理面に十分配

表4 患者アンケートの内容

①聞き取り調査
職業、雇用形態、年収、家族形態
現在の就労の状態、等
②既存の自己記入式尺度
WAI (Work ability index)
労働適応能力の評価
EuroQol (EQ-5D)
健康水準の変化を評価
FACT (Functional Assessment of Cancer Therapy)
がん特異的 QOL 尺度
HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)
身体疾患のある患者の不安、うつ測定
Utrecht Work Engagement Scale (UWES)
仕事に対する積極性

慮して作成する必要があると考えている。

(5) 介 入

この研究において介入とは職場復帰、治療と就労との両立を希望するがん罹患患者とその雇用者、担当医師、産業医を対象に行うものである。介入は今回アンケート調査を行うMSWを主体としたアンケートの聞き取り調査員が、スコアやガイドライン、クリニカルパスなどを使い情報をお互いに共用し職場環境を調整していくことを想定している。これには患者情報のある程度の開示が必要となる。患者の状態によっては精神心理学的なアプローチが必要となることもある。また、治療方法の副作用や診療体制を考慮する必要もある。

3. 考 察

がん罹患勤労者の多くは仕事を継続したいと希望しているが、体力や職場の理解に不安を感じている⁴⁾。仕事の継続は患者にとってQOLの改善に役立つと考えられ、また、がんに対する医療は高度先進医療が適応となる場合もあり、その際の医療費を得るためにも就労の継続が必要とされるケースもある。

欧米を主とした先行研究の職場復帰阻害因子を中

谷等は ①健康関連要因、②個人要因、③労働市場関連要因、④職場関連要因にまとめ報告している^{5,6)} (表5)。これら阻害因子は多岐にわたるため症例数を多くとるか、特定の均一なコホートに限定しないと阻害因子の特定は困難と考えられる。さらに就労は個人の意志や雇用者側の意向など多くの社会的な因子を含むため、純粋に医学的条件だけでは決められない。したがってこの研究の出せる結果は“就労できる状態”や“どのような患者が復職し、就労と治療を両立させているか”である。さらに年齢などマッチングさせた対照群を設定していない点や、アンケート調査の妥当性、信頼性についての検証をどのような方法で行うか検討を要する。

がんという病名の本人への告知も、がんの予後が改善されつつある現時点でも完全なコンセンサスを得たとはいえない。精神医学的、抗うつ薬や抗不安薬などの投与によるQOLの改善効果をみる介入試験は散見されるが、職場環境や、社会学的な介入試験は倫理的にも難しい面もあり少数にすぎない⁷⁾。本研究では介入を行う条件としては、その前段階によるアンケート調査で阻害因子を明らかにすることと考えている。それには多くの施設からの患者アンケートの症例の蓄積が重要である。

表5 疾患・生涯患者の職場復帰阻害因子

1) 健康関連要因	疾患・傷害の重傷度、治療の副作用、合併疾患
2) 個人要因	社会経済的要因（教育歴、職種）、心理社会的要因、人口統計学的要因（婚姻、年齢、性別、子供の数）
3) 労働市場関連要因	市場状況、所属団体など
4) 職場関連要因	心理社会的環境、身体的環境

文献

- 1) 桜井なおみ、et al., がん患者の就労の現状と就労継続支援に関する提言. 日本医事新報, 2009(4442): p. 89-93.
- 2) 村上 宣寛、心理尺度のつくり方、北大路書房、2006.
- 3) Shimozuma, K., Quality of life assessment. Breast Cancer, 2002. 9(2): p. 100-6.
- 4) 川上ちひろ、et al., 専門病院におけるがん患者の就労意欲に関する調査. 公衆衛生, 2009. 73(10): p. 790-792.
- 5) 中谷直樹 and 中谷久美、【がん患者のサバイバーシップ】社会的問題（退職・未就労リスクおよび離婚リスク）. 腫瘍内科, 2010. 5(2): p.122-130.
- 6) Hansen, A., C. Edlund, and M. Henningsson, Factors relevant to a return to work: a multivariate approach. Work, 2006. 26(2): p.179-90.
- 7) Hoving, J.L., M.L. Broekhuizen, and M.H. Frings-Dresen, Return to work of breast cancer survivors: a systematic review of intervention studies. BMC Cancer, 2009. 9 : p. 117.

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

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
勤労者医療課長 吉谷 真治
勤労者医療課研究班 小田 美也子

はじめに

近年、2人に1人ががんにかかるとも言われるほど、がん罹患患者は増加の一途を辿っている。しかし、がん治療の技術の発展はめざましく、がん患者の治療後のQOLが顕著に改善されるばかりでなく、治癒または長期生存する例もめずらしくない。

厚生労働省研究班「がんの社会学」に関する合同研究班の「がんと向き合った7,885人の声」¹⁾によれば、がん罹患勤労者の30.5%が依願退職し、4.2%は解雇されていた。また、NPO法人キャンサーリポズの「働き続けたいがん患者さんの職場復帰に関するアンケート」²⁾では、職場復帰を望む理由は生活維持のため、また社会との接点や生きがいのた

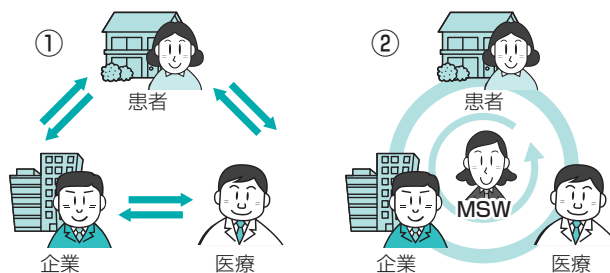
めという意見が半数以上を占めていた。しかし、多くのがん罹患勤労者は職場復帰について、体力面や治療との両立について不安を感じていることから、復職のためには数々の障壁があることが考えられる。

独立行政法人労働者健康福祉機構が推進する労災疾病等13分野医学研究「がん罹患勤労者の就労に関する研究・開発、普及」においては、“がんに罹患した勤労者が就労を継続しながら安心して治療を行うこと、また解雇等の不安を抱かずに入院治療を受け、その後円滑に復帰して治療を続けることができる仕組み作り”を目的として研究を行っている(下図参照)。

今回、がんに対する職場の理解やがん罹患勤労者

図 がん罹患勤労者の支援するための医療連携 ①現在 ②将来

病院と企業の医療連携



①現在、情報は相互的に文章(診断書など)、口頭で伝えられ統一した様式はない。

②情報はコーディネーター(MSW)などにより統一された様式(クリニカルスコア、パス、ガイドライン)で伝えられる。

に対する支援体制等の実態を明らかにするために、企業に対して大規模なアンケート調査を行った。

本報告は、病気休暇制度の有無や衛生委員会の設置状況、がん等私疾病に罹患した従業員への対応など、企業の福祉制度の実態から企業福祉と福祉経済に対する企業の考え方を明らかにした。

<調査方法と調査の回収率>

調査は独立行政法人労働者健康福祉機構がNPO法人次世代育成ネットワーク機構の協力を得て実施した。実施方法は「各企業における私疾病休職者（特に、「がん」患者）への対応に関して、2009年11月6日から2010年2月26日に北海道及び関東近郊の企業を中心に訪問等による調査を行った。

調査実施企業数は1,380事業場であり、アンケート調査を行った企業のうち219事業場から有効回答（16%）を得た。企業の産業分類バランスは第2次産業（製造業、建設業）：第3次産業（サービス業等）＝2：8、規模バランスは従業員数49名以下：50～299名：300～999名：1000名以上＝3：4.5：1.5：1であった。アンケート調査実施事業場の調査に協力出来なかった理由について質問したところ、「多忙」が約6割、「アンケート内容が難しい」が約3割、そのほかに「協力する意義がわからない」、「義務アンケート以外は無理である（従業員数1,000名以上の企業）」、「会社規定などが調べられない（従業員数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」などの回答を得た。

1. 企業福祉制度の実態

（1）病気休暇制度、休業補償制度及び見舞金制度

平成20年度の労災保険給付対象外である私疾病休職者が発生した企業は約10%であった（図1）。私疾病の中ではメンタルヘルス不調が最大で34人休職した企業もあり、1社あたり平均5.3人と疾病別では最も多かった。がんは平均1.6人で1,000人以上の大企業でも年間1人との報告がほとんどであった。

私疾病休職者に対して病休期間を認めている企業は34%で、その期間は最大で3年、最小で7日間、平均約6ヵ月であった。調査した第2次産業の従業員数1,000名以上の企業（n＝4）では、すべてにおいて病休期間を認めていた。

また、病気休暇制度の要件は70%の企業が医師による診断書、また職場復帰できるかどうかの判断は54%の企業が医療機関の証明書が必要であると回答した。

休業補償制度のある企業は36%で、休業可能な期間は最長で3年半、最短で3ヵ月、平均で約1年間であった。休業は2～3年目までを補償しているところが多く、平均補償額は給与の6～8割であった。運輸業では休業6年目以降でも8～10割補償

図1 1年間のがん罹患休職者の有無

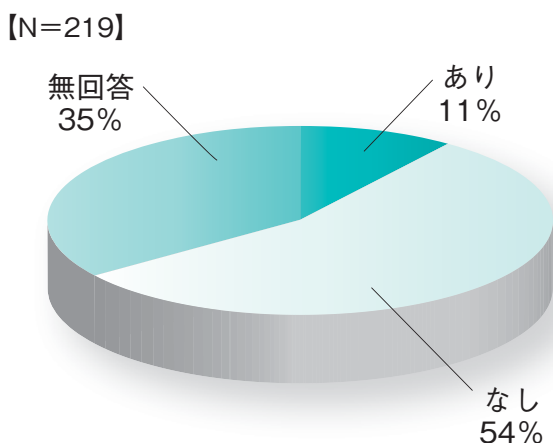
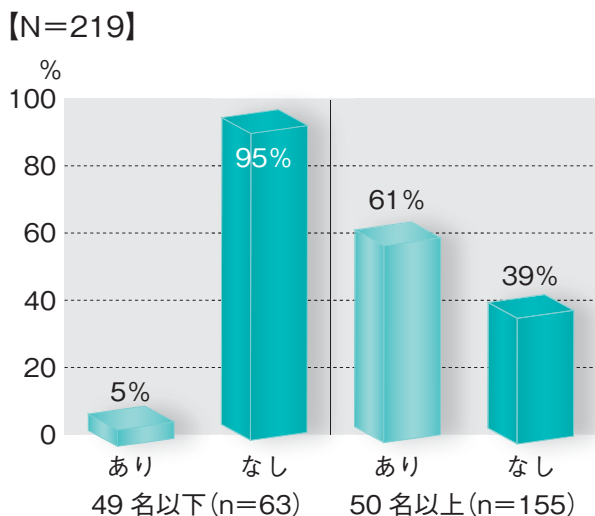


図2 産業医またはそれに準ずるものの配置



する企業がほかよりも多くみられた。

病気休職者に対して給料保障となるような見舞金を支払う仕組みのある企業は32%であった。

(2) 産業医またはそれに準ずるものの配置

産業医選任義務のない49名以下の企業では5%、選任が義務づけられている企業では61%で産業医を選任していると回答した。選任義務があるにも関わらず39%の企業は産業医がいないと回答した(図2)。特に、電気・ガス・水道業、情報通信業、運輸業の中規模企業とサービス業の大企業で産業医を選任していない傾向がみられた。

また、産業医を選任している企業で産業医の主たる専門領域を挙げることができた企業は57%であった。

(3) 衛生委員会について

衛生委員会は労働者の健康障害の防止、健康の保持増進、さらに労働安全衛生法に基づく医師の診断、診察または処置の結果に基づく対策の樹立等を行うこととされている。衛生委員会の設置状況を質問したところ、63%の企業が設置していると回答した。また、規模別、産業医の有無別でみたところ、規模が大きいほど、また産業医を選任している企業のほうが衛生委員会を設置している企業が多い傾向がみられた(図3)。

活動状況は月1回とする企業が37%であり、3カ月に1回または半年に1回が10%前後ずつであった。ただし、活動状況がわからないと回答した企業は26%であった。

衛生委員会の構成メンバーには衛生管理者が最も多く、次いで産業医、人事担当者であった。他に労務管理者、事業者、労働組合関係者なども挙げられたが、わからないという回答も多かった。

なお、衛生委員会の検討対象に非正規職員も含まれている企業は22%であった。

衛生委員会が十分に機能していると回答した企業は7%で、機能しているかどうかの判断ができないが38%で最も多かった(図4)。機能していると回答した理由には、「毎月1回テーマを決めて実施し、その結果を社員に通知している」、「社内の健康診断結果をもとに対策を指導し、状況によっては通院させ、その結果を確認して相談に乗っている」などがあつた。どちらでもないと回答した理由には、「メタボリックシンドローム指導の機会を提唱しても希

図3 衛生委員会の設置 (a:全体、b:規模別、c:産業医配置有無別)

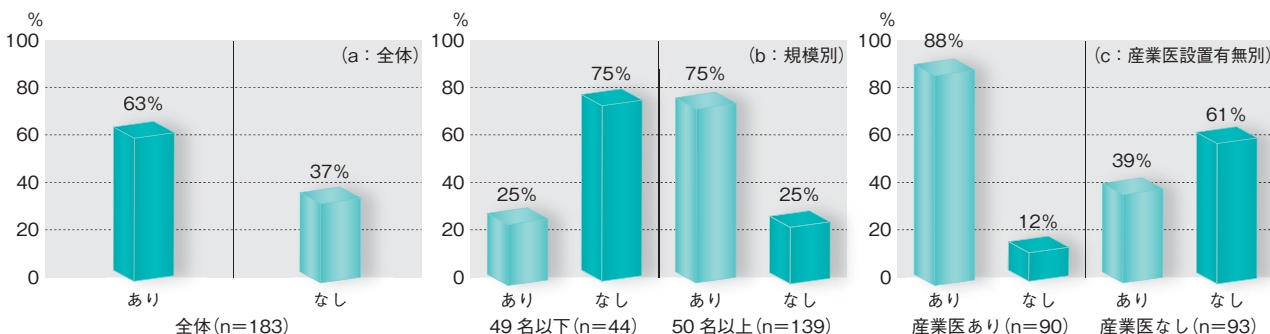
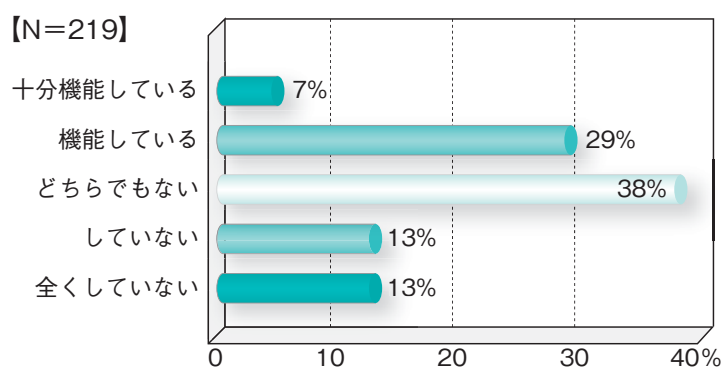


図4 衛生委員会の目的に対して十分に機能しているか



望する職員が少ないなど定期健康診断での結果に基づいて個人的に主治医との相談で解決していることが多い」、「活動内容が保健衛生に傾き、感染症対策が中心になっている」、「形式的な委員会となっており、要求などしづらい」、「24時間体制のため難しい」などがあった。機能していない理由には、「何をしたいのかわからない」、「主業務の合間をぬって行われていて、十分でない」などがあった。機能していると回答していても「不調者がでていないから」や「代表が体調管理に気配りしている」といった理由もあり、衛生委員会として組織的な取り組みが不十分である企業も少なくなかった。これらの結果から衛生委員会の取り組み方について、企業としてどのように取り組むべきか理解していない企業もあることがうかがい知れた。

2. 私疾病やがん罹患従業員に対する企業の対応

(1) 相談窓口

私疾病になった場合の相談窓口を設置している企業は20%程度で、がん罹患した場合に相談できる窓口を持つ企業は18%であった(図5)。窓口の形態は電話相談が33%と最も多く、次いで専門カウンセラー(21%)、メール相談(13%)、人事・総務担当者(10%)、産業医(7%)であった。社長自ら行ったり、外注といった回答もあった(図6)。

相談窓口の月の平均利用回数は従業員数1,000名

以上の大企業で最大170回という例があったが、多くは月1回程度であった。

休職した従業員のうち、何人くらいが相談窓口を利用したかという質問に対して、がん罹患した場合の窓口利用率は8%(36人中3人)であった。他の私疾病での窓口利用率はメンタルヘルス不調が49%(休職者155人中76人)、生活習慣病29%(休職者70人中20人)であることから、がんだけ極端に窓口の利用が少ないことが明らかとなった。

(2) マネージャー教育

がん、メンタルヘルス不調、生活習慣病を発症した従業員に対する対応マニュアル(マネージャー教育)などの作成(実施)について質問したところ、「教育をしている」との回答はがんは0%、メンタルヘルス不調は6%、生活習慣病は3%とすべての疾患でほとんど実施されていなかった。実施されている具体的内容は、研修やガイドブック等の配布、トライアル復帰やホームページでの案内などであった。

また、がんの治療は長期にわたるなど配慮が必要なこと(治療方法など)に関し、マネージャー教育などを行っている企業は1%であった(図7)。具体的な教育内容は面談によるヒアリングと対応法のアドバイス教育、DVD学習などであった。

(3) 会社復帰に向けた産業医や主治医との連携や柔軟な雇用体制の提示

私疾病やがん罹患した従業員の上司や産業医が、主治医と連携を取って、患者の会社復帰に向け

図5 がんに罹患した場合の相談窓口の有無

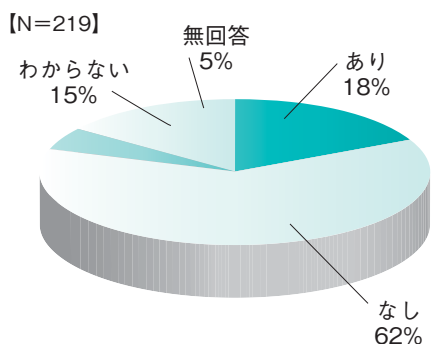


図6 相談窓口の形態（複数回答可）

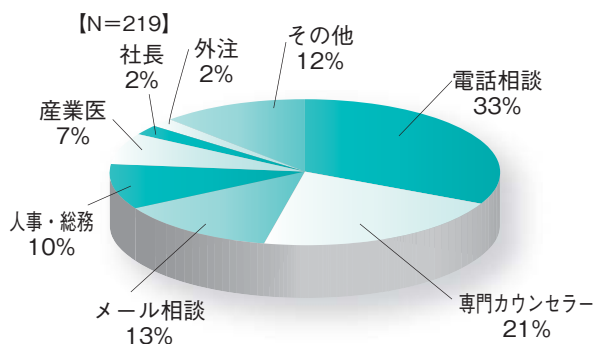


図7 がんの治療に関するマネージャー教育の実施

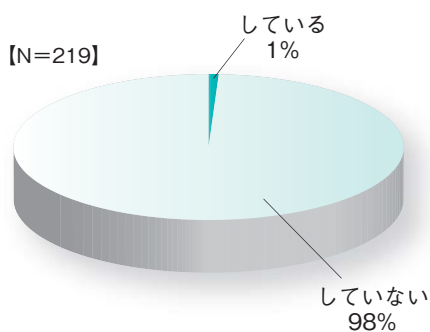


図8 従業員の会社復帰に向けた上司、産業医、主治医の連携

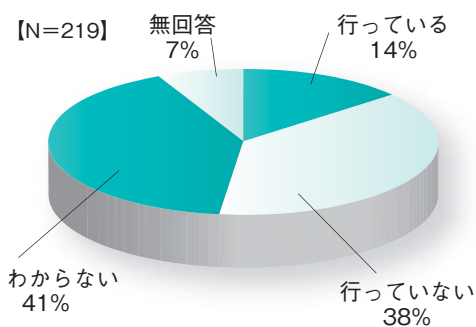
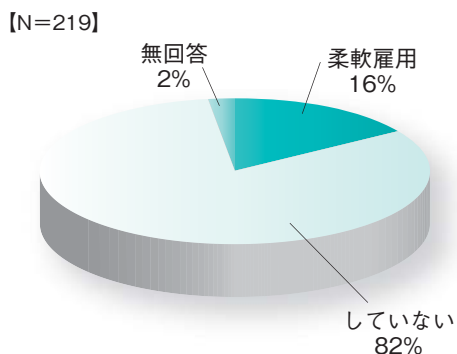


図9 私疾病に罹患した従業員に対する柔軟な雇用体制の提供



で行っていることがあるかどうか質問したところ、行っていると回答した企業は14%であった（図8）。

また、私疾病休職を希望した従業員に対して、柔軟な雇用体制での勤務を提示している企業は16%であった（図9）。具体的な内容は、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、リハビリ出勤などであった。

主治医と産業医の連携について、45%の企業は必要であると回答したが47%はわからないと回答した（図10）。主治医と産業医の連携が不十分な理由を質問したところ、従業員から復帰を求める事例がないが26%で最も多く、次いで現場の処理能力に問題がある、完全に個人情報保護できない、企業

図 10 私疾病に罹患した従業員の復職や治療との両立支援における主治医と産業医の連携の必要性

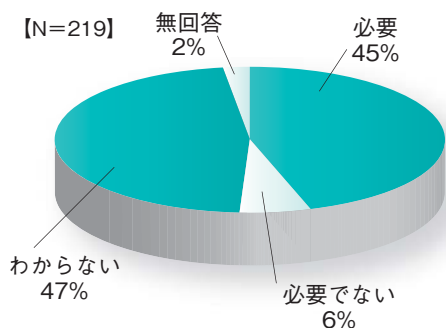


図 11 主治医と産業医の連携が不十分である理由 (複数回答可)

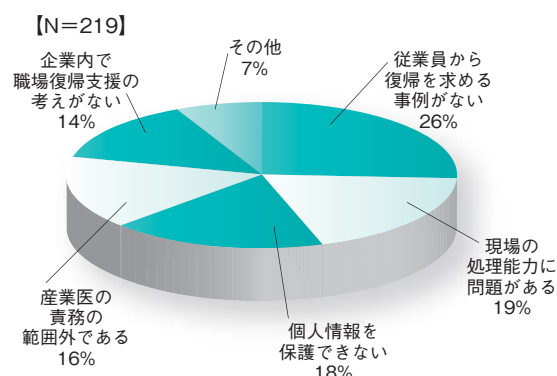


図 12 企業内での健康対策についての話し合い

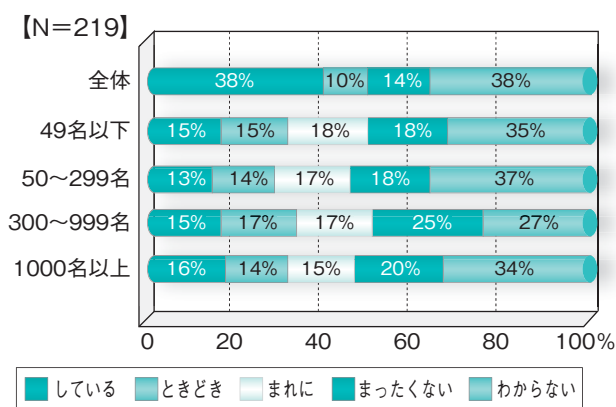
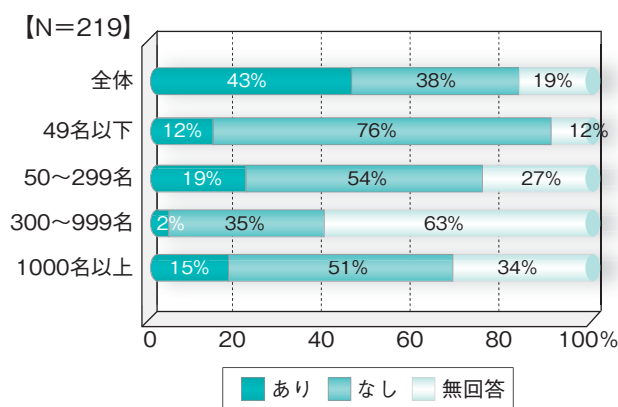


図 13 職場復帰について企業内の配慮の指導



内で職場復帰支援の考えがない、産業医の責務の範囲外であるであった(図 11)。そのほかには主治医の非協力と産業医の専門性の違いや、医師同士のコミュニケーション不足などが挙げられた。

(4) 健康対策についての話し合いと復帰配慮指導

経営者と従業員が健康対策について話し合いを行っているかについては、従業員数 1,000 名以上の企業でよく話し合われている傾向がみられた(図 12)。

産業医等が私疾病やがんに罹患した従業員が復帰する場合に、その上司に対して病気に対する配慮をするように指導しているか質問したところ、全体では 15%の企業が指導をしていると回答した(図 13)。具体的な内容としては、時短勤務等勤務時間の変更、配置転換、セカンドオピニオンによる就業、病気内容の把握、復職プランの立案と上司との共有

などを行っていた。

(5) 病気になった人へのサポートや積極的採用

少子化や高齢化の中で労働資本の確保が重要となってくると考えられる昨今、病気になった人へのサポートは重要だと思うか質問したところ、80%の企業が重要だと思うと回答した。一方で、病気の人または既往歴のある人を積極的に採用するかという質問では、5%の企業が採用すると回答したものの、37%の企業はしないと回答した。

病気になった人へのサポートはどのように行うことが望ましいか、自由記載で質問したところ、「生活支援、所得保障などの経済的・金銭的な支援」が最も多く、そのほかに「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

図 14 私疾病に対する企業内の労働環境を整える取り組みの義務化は必要であるか

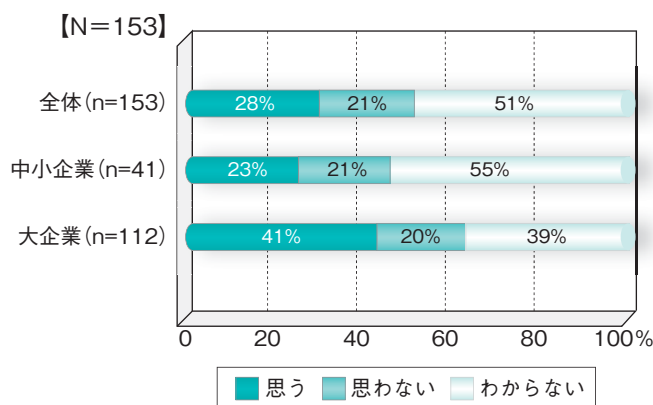


図 15 公共サービス充実に妥当だと思われる財源について

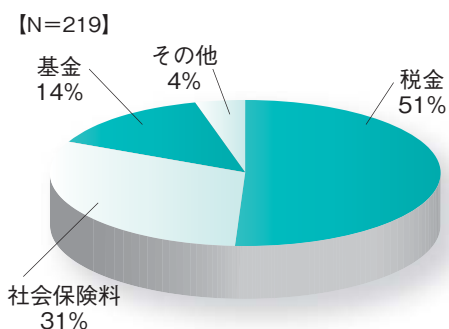
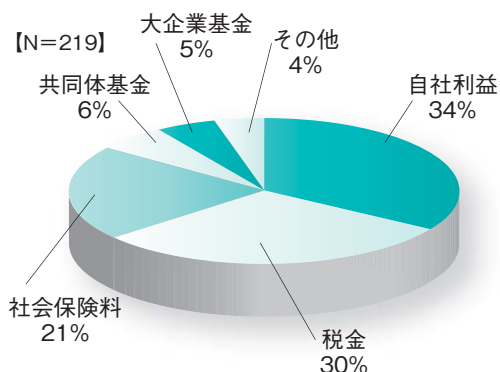


図 16 企業福祉充実に妥当だと思われる財源について



設置」、「周囲の理解と協力」などが挙げられた。

3. 企業福祉及び福祉経済に対する考え方

(1) 労働環境を整えることについて

がんに罹患した人でも長期生存することが可能となってきているが、今後私疾病やがん罹患従業員でもその回復度に応じて柔軟な労働環境を整えることが将来的にも社会全体として、または貴社の将来として重要であると思うか質問したところ、社会全体として重要だと思うと回答したのは46%で、自社の将来として重要だと思うと回答したのは37%であった。

また、私疾病やがん罹患勤労者の回復度に応じて柔軟な労働環境を整える取り組みの義務化は必要

であると思うと回答したのは全体で28%であった。大企業（従業員数300名～1,000名以上）のほうが、義務化が必要であると答えた割合が多かった（図14）。義務化が必要でないと思う理由には、中小企業から「負担となる、義務化には企業の体力が必要」との理由が多く、他には「形骸化、有形無実になるだけ」、「業務により内容は様々で義務化である必要がない」、「障害者ほど弱者ではないから」という理由が挙げられた。一方で、意識改革の啓蒙や企業の受容能力に応じた給付制度が重要で、生きる意欲のエネルギー源となる支援といった取り組みを行うべきだという意見も挙げられた。

労働環境の整備を公共サービスとして充実させる場合の徴収財源には、税金が妥当という回答が51%で、次いで社会保険料、大企業などからの基金

図 17 企業の福祉を充実させる理由（複数回答可）

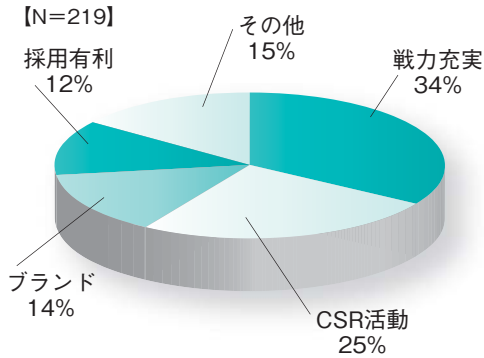


図 18 労働環境を整えるための福祉形態

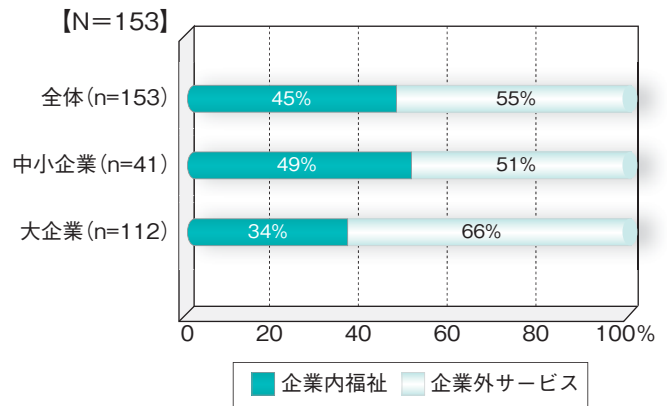


図 19 復職プランの作成に反対の理由（複数回答可）

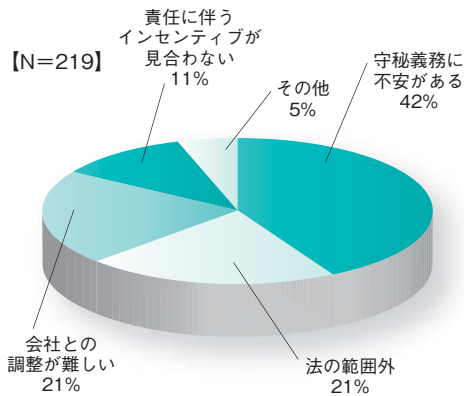
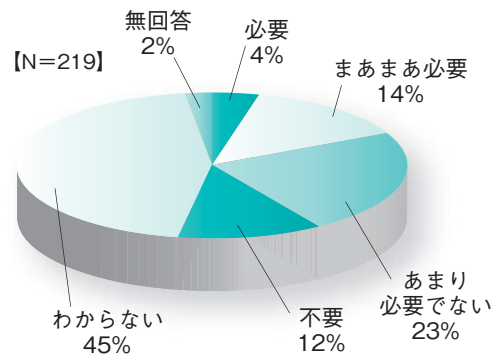


図 20 Live Donation 制度について



であった（図 15）。一方、企業の福祉を充実させるために必要な財源はどうするのがよいと考えるかについては、自社利益が 34%で、次いで税金 30%、社会保険料 21%、基金 11%であった（図 16）。

企業の福祉を充実させる理由は何であるか質問したところ、戦力を充実させることで利益が上昇すると考えるためが 34%と最も多く、次いで corporate social responsibility「企業の社会的責任」(CSR) 活動が 25%、企業ブランドの上昇 14%、採用に有利だと考えるためが 12%であった（図 17）。そのほかには人員不足解消、雇用の安定のため、幸せになるためなどがあった。

企業福祉には、福利厚生等のかたちで企業が各従業員に対する健康対策を充実させる「企業内福祉」や各企業が福利厚生費を抑えたくうえでその費用分を各従業員へ賃金として支払い、対策は従業員の自己責任に任せる「企業外サービス」がある。柔軟な労働環境を整える場合には、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るか質問したところ、大企業は企業外サービスの方がよいと答えた割合が多かった（図 18）。

復職プランの作成に反対の理由を複数回答可で質問したところ、守秘義務不安が最も多く 42%で、次いで法の外範囲である、会社との調整が難しい、インセンティブに見合わないであった（図 19）。そのほかにも衛生委員会でやることではないとの意見があった。

(2) 復職委員会の設置

将来、衛生委員会で主治医から職員の疾病に関する情報提供をしてもらい、復職の判定や復職プランを立てることには 44%の企業が賛成し、9%が反対、44%がわからないと回答した。反対の意見には守秘義務不安が最も多く 42%で、次いで法の外範囲である、会社との調整が難しい、インセンティブに見合わないであった（図 19）。そのほかにも衛生委員会でやることではないとの意見があった。

(3) Live Donation 制度

米国では消化していない有給休暇を持っている従業員が、病気などで休暇を取る他の従業員に権利を譲る（Live Donation）という制度を導入している

企業がある。日本でもこのような制度が必要と考えるか質問したところ、必要かまあ必要と回答した企業は18%、あまり必要でないか不要と回答した企業が35%であった。45%はわからないと回答した(図20)。

おわりに

本調査では、1380事業場へアンケート調査協力を行ったところ、219事業場から回答を得ることができた。

本調査から明らかとなった点は、

- ①従業員50名以上の企業の39%に産業医等が配置されていなかった
- ②約1/3の事業場に病休制度や休業補償制度が設けられていた
- ③衛生委員会を設置している事業場は63%であったが、そのうち衛生委員会が機能しているかどうか判断できない、または機能していないと回答した企業が64%であった
- ④私疾病に罹患した場合の相談窓口を設置している事業場は20%程度であり、またその利用頻度は月に1回程度という回答が最も多かった

⑤がんに対して上司や同僚など周囲の理解を深める活動がほとんど行われていなかった

⑥がん罹患勤労者の会社への復帰のために主治医や産業医、上司等が連携を行うことや柔軟な雇用体制の提示を行っている企業は全体の約15%であった

⑦病気になった人へのサポートは重要だと考える企業は80%であるが、既往歴のある人を採用すると答えた企業は5%であった

以上の結果より、現状では企業内での職場復帰支援体制が十分に整っていないと考えられた。

労災疾病等13分野医学研究「がん罹患勤労者の就労に関する研究・開発、普及」においては、職場復帰支援体制を確立する一助として、がん罹患勤労者が病休制度や会社復帰をするための企業側にも復帰の可否がわかりやすい医学的指標の作成が求められていると考えられた。また、企業では病気罹患者の採用には消極的であり、その原因は上司及び周囲の病気への理解不足が考えられたことから、医学の進歩の現状を企業の現場にも理解してもらうために、企業内の教育体制や医療現場と企業との橋渡しとなるMSW等の人材の確保と育成が必要であると考えられた。

参考文献

- 1) 山口 建、他(「がんの社会学」に関する合同研究班)、「がん体験者の悩みや負担などに関する実態調査報告書 概要版 ーがんと向き合った7,885人の声」、2004.
- 2) NPO法人キャンサーリボンズ、「働き続けたいがん患者さんの職場復帰に関するアンケート」、2008.

資料

勤労者医療フォーラム・抄録集



平成 22 年 3 月 18 日（木） 於：ソリッドスクエアホール

開催にあたって

労働者健康福祉機構

理事長 伊藤 庄平

独立行政法人労働者健康福祉機構は、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労災病院や産業保健推進センター等を設置、運営しています。

職場における健康問題といえば、従来は、じん肺、振動障害、各種有害化学物質の中毒症等のように、作業や作業環境が直接の原因となって発生する業務上疾病が中心でしたが、近年は、労働環境の変化や勤労者の高齢化に伴い心疾患、脳血管疾患、糖尿病、ストレス性疾患等のように、作業や作業環境がその発症の1つの要因となる、あるいは症状の増悪要因となる作業関連疾患が、注目されています。

さらに、一部を除き作業や作業環境と関連性の認められないがんについても、わが国では生涯に男性では2人に1人が、女性では3人に1人が罹患するといわれていますが、医学の進歩によってがんは「治る」疾病となっており、また、外来化学療法等によって就労を継続しながらの治療も可能となっていることから、がんに罹患した労働者に対する就労の問題が大きな課題となっています。

しかし、勤労者が、がんに罹患しても、現行の医療制度の下、必ずしもそれら疾患と職場との関連に基づいた医療提供は十分行われているわけではないこと、あるいは医療機関と職場との連携が十分でないこと等により、勤労者が療養後に職場復帰ができず就労を断念する、あるいは就労を継続できず離職せざるを得ない場合があることが、これまで当機構が実施した調査等から明らかとなっています。

このような状況に対処するため、当機構では平成21年度より、「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研究を実施してきました。

本フォーラムは、当機構が行っている医学研究「就労と治療の両立・職場復帰支援」の一環として、これまでの研究成果や調査結果を発表するとともに、それをもとにがん患者の就労と治療の両立支援のあり方を検討していただくというものです。是非、多くの皆様のご参会と忌憚らない活発な討論をお願いする次第です。

当機構では、今後、本フォーラムでの検討内容を就労と治療の両立支援のための研究・開発、及び普及事業に活用していきたいと考えています。

プログラム

1 開催にあたって 労働者健康福祉機構 理事長 伊藤 庄平

2 フォーラムの開催の目的
労働者健康福祉機構 特任研究ディレクター 嶋田 紘

〈 講 演 〉 14 : 15

3 がん患者・家族に対する社会的支援—医療現場から—
静岡県立静岡がんセンター 総長 山口 建

4 希望という治療
NPO法人がん患者団体支援機構 理事 吉田 道雄

5 がん患者の就労支援の実態調査から
NPO法人キャンサーリボンズ 副理事長 岡山 慶子

6 がん患者に対する就労支援（産業保健現場から）
（株）JFEスチール 安全衛生部長 高橋 信雄

7 がん患者の治療と就労との両立支援の研究
東京労災病院 がん分野主任研究者 門山 茂
関西労災病院 がん分野分担研究者 高塚 雄一

8 がん患者の就労支援研究のデザインについて
立命館大学 総合理工学院 生命科学部 教授 下妻 晃二郎

9 がん患者の治療と就労を支える社会的コーディネートのあり方
東洋大学経済学部 教授 今村 肇

— 休憩(15分) —

〈 パネルディスカッション 〉 15 : 45~

10 がんの治療と就労の両立支援をめぐって

パネリスト：東洋大学経済学部 教授 今村 肇
(50音順) NPO法人キャンサーリボンズ 副理事長 岡山 慶子
立命館大学 総合理工学院 生命科学部 教授 下妻 晃二郎
関西労災病院 副院長 高塚 雄一
(株)JFEスチール 安全衛生部長 高橋 信雄
東京労災病院 院長 野村 和弘
静岡県立静岡がんセンター 総長 山口 建
NPO法人がん患者支援機構 理事 吉田 道雄

座 長：労働者健康福祉機構 特任研究ディレクター 嶋田 紘
司 会：労働者健康福祉機構 勤労者医療課長 吉谷 真治

フォーラムの開催の目的

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

現在は2人に1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ずの状態にあります。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30%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、また、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将来の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日本の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、企業にとっ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させました。

今回のフォーラムでは、がん患者、がん患者支援団体、がん治療専門家、企業を代表する有識者や社会学者などの講演の後に一般の参加者の意見も加えながら、パネルディスカッションを行いたいと考えております。

そこでは、患者さんの就労に関する悩みや障壁を取り上げながら、私どもの研究と主治医側、産業医側や総務・人事担当者の企業側に行った就労支援の予備調査を参考にして、癌患者の就労支援の重要性と推進のための具体的研究のあり方を討論していただきたいと考えております。

本フォーラムががん患者さんの就労支援に対する具体的対策の第一歩となることを期待しております。

がん患者・家族に対する社会的支援 — 医療の現場から —

静岡県立静岡がんセンター

総長 山口 建

1998年以降、がん患者、体験者、家族の悩みや負担を和らげ、心のケアを推進するために、がん患者・生存者の暮らしをテーマとした「がんの社会学に関する合同研究班」を母体として、医療技術者と患者会・患者支援団体が一堂に会して議論する機会を設けてきた。「がんの社会学」とは、“がん患者・家族、そして社会の人々の視点を重視しながら、医療提供者のみならず、行政を含む社会の様々な資源の活用を図り、がんの克服と患者・家族の生活の質の向上を目指す学問”である。その成果の一つは、2004年にまとめられた「がん体験者の悩みや負担等に関する実態調査報告書（概要版）—がんと向き合った7,885人の声」である。

この調査結果から教えられたことは、患者や家族の悩みや負担のうち、医療技術者が解決できそうな課題については相談がなされているものの、医療技術者に解決できないような問題については、患者・家族はほとんど相談していないという事実であった。その代表は、患者の心の葛藤であり、また、就労に関する問題であった。

就労問題に関して言えば、「がん患者は心と身体の就労弱者」である。そして、これからの日本の社会で課題となる背景としては、次のような状況が考えられる。

1. 自身で就労の判断をする一次産業が衰退し、様々な雇用関係のもとにある国民が増加。
2. 三大成人病の中でがんは比較的若年に多く、就労問題が生じやすい。
3. 我々の調査で、がん患者の3人に1人が失職しているという実態が示された。
4. 経済不況に伴う雇用不安の中で、がん患者の就労問題がクローズアップされている。
5. がんという病気に対する企業の理解が乏しい。
6. 高齢社会においては、定年が延長される。がんは60歳以上で急激に罹患者が増すが、就労中のがん罹患は将来の課題となる。
7. 治療の後、治癒する患者と再発する患者が出る。いずれも当面は就労可能。その後の経過に対応する就労支援が必要。
8. 医療経済学的には、がん医療費が2.3兆円に対し、がん死亡による逸失利益は6.8兆円にのぼる。まず、がん死亡を防ぎ、就労に復帰させ、生産性を回復する努力が今後の日本の活力維持に必要。

本フォーラムでは、これらの課題について考えていきたい。

(参考文献)

山口 建、他、がん体験者の悩みや負担などに関する実態調査報告書概要版—がんと向き合った7,885人の声、静岡がんセンター編、2004. (静岡県立静岡がんセンターホームページ、WEB版がんよろず相談、<http://cancerqa.scchr.jp/start.php>より入手可能)

山口 建 (やまぐち・けん)

1974年、慶応義塾大学医学部卒業。1981年、医学博士（東京大学）。主な研究領域：乳がん治療、腫瘍マーカー、がんの社会学。

希望という治療

「患者の集い・モミの木」副代表

NPO 法人がん患者団体支援機構・理事 吉田 道雄

がん対策基本法・がん対策推進基本計画が策定され満4年を迎えようとしています。大きく期待された計画でしたが、まだまだ期待通りには進んでいないように見受けられます。

計画が具体的に実現する過程は、じっくりと気長に見ていかなければならないとは思いますが、毎日の闘いの渦中にあるがん患者さんにとっては、悠長なことも言ってはいられません。

今回は「働き盛りでがんと向き合う」ということで就労の現場で、がん患者さんがどのような問題を抱えて悩んでいるのか、闘っているのかを観てみます。

がん患者団体支援機構が保険代理店と共同でアンケート調査をした結果と、マスメディアで働く人々からのヒアリングの結果などから就労・財政に関して次のような問題が浮かび上がってきます。

○ 治療で時間が奪われるだけでなく、休暇や欠勤が増えるために職場で仲間から疎外され、ポジションも危うくなるのが現状。

職場では、患者であることは一部にしか報告していない。

○ 在職しながらの治療には限界がある。体力的、物理的、資金的問題が大きい。

○ 職場や社会環境として、日常的な治療継続を支援、治療からの職場復帰を受け入れる仕組みがない。

○ 個人加入のがん保険ではなく、患者を救済する医療的支援体制がほしい。

こうした環境の中で、Cancer Journeyとも言われるがん治療の長い旅路の支えの大きな一つは希望ではないでしょうか。

病状・治療法・心の不安・医師との関係・病院選択・セカンドオピニオン・家族との関係・人生観・価値観・就労・財政等々、どれをとっても大変な問題です。でも、患者がその中で闘い抜けるのは生きていけるという希望があるからです。希望の無い闘いは、患者に死の淵を覗かせるだけではないでしょうか。

いつでも、どこでも、誰でもが必要とするときに、治療を継続できる財政的な支援体制は勿論のこと、生きていく希望を患者に与える社会や職場での仕組み作り・支えあい、勇気付けるココロの支援体制の構築が今望まれていることだと思います。

がん患者の就労支援の実態調査から

NPO 法人キャンサーリボンズ
副理事長 岡山 慶子

NPO法人キャンサーリボンズは、がん患者さんの自分らしく、少しでも心地よい生活の実現のために「治療と生活をつなぐ」ことを目的として、平成19年6月に設立しました。

新しい薬剤の登場や治療方法の多様化により、がん患者さんにとって治療もさることながら、治療後の生活をいかに“自分らしく”送ることができるのかは大きな課題です。キャンサーリボンズでは、この課題解決のためにさまざまな側面から活動を行ってまいりました。

- ① 生活と治療をつなぐさまざまなテーマに取り組んでいます。
- ② 各地にリボンズハウスを作ります。
- ③ 『がん支えあい』を進めます。
- ④ 社会全体で支えあう、がんケアネットワークを提案しています。
- ⑤ 世界中の人々といっしょに。
- ⑥ シンボルソングとシンボルマークには「あなたが大切です」（アイリスの花言葉）という意味を込めています。

今日は、①で取り組むテーマの中の「働く」についてご紹介します。

世界でも知られているように、日本人は「働き過ぎ」と言われる国民です。それだけに、日本人にとって「働く」ことは否応なしに長い人生の大きな部分を占め、同時に多くの人にとっては「生きがい」でもあります。

しかし、もしがんに罹患したということで、人生の中で大きな比重を占める「働く」ことの大切さが社会的にも認識されなくなってしまうとしたら、それは大きな問題ではないでしょうか。

キャンサーリボンズでは、一昨年より、特にがんの罹患率が高まる働き盛りや管理職の年代における職場復帰に関する現状を把握し、復帰を希望する患者さんが納得して復職が遂げられるよう、サポートすることを目的としたプロジェクトを立ち上げました。これまで、がん患者さん（平成20年12月～翌年1月）と全国のがん診療連携拠点病院にある相談支援センター（平成21年10月～11月）対象に調査を実施しています。

調査結果から見えてきたことは、治療の現場では「働く」ことについて、働く現場では「がん」について語られにくいのではないかと、ということです。また、相談を受ける側においては「働く」ことに関する専門知識を習得する機会が少なく、また職場サイドから相談支援センターに仕事の継続・復帰に際して相談するケースがほとんどないことが明らかになりました。

キャンサーリボンズが目指すのは、Relationship Centered Cancer Care です。どこか一ヶ所だけが重責を担うのではなく、患者さん・ご家族、医療従事者、行政、団体等それぞれが互いの強みを生かし、社会全体で支えあう『がんケアネットワーク』こそが、必要不可欠であると考えています。

岡山 慶子（おかやま・けいこ）

主な活動領域：NPO 法人仕事と子育てカウンセリングセンター副理事、NPO 法人日本持続発展教育フォーラム理事ほか。

がん患者に関する就労支援（産業保健現場から）

(株) JFE スチール

安全衛生部長 高橋 信雄

主旨：働いている人が「がん」に罹った場合、入院・加療中の対応、復帰時の留意点そしてその後のケアと、各ステージにおいて、支援と配慮を要することがある。以下に場面毎に想定される事柄と課題、支援策等について主要な項目を記す。

1. がん罹患と就労上の課題

- | | |
|---------------------|--------------|
| (1) 罹患の報告と要員措置 | (4) 職場復帰後のケア |
| (2) 療養中の就業上の扱い・配慮事項 | ① 就業上の措置 |
| (3) 職場復帰時の対応 | ② 受療のための配慮 |

2. 長期療養の場合の扱い（当社の場合）

- | | |
|--------------------------|------------------|
| (1) 年休・積み立て休業充当・・・有給 | |
| (2) 病欠（半年）・・・健保組合より傷病手当金 | |
| | ↓〔7割（法定6割）；1.5年〕 |
| (3) 病気休職 | 延長傷病手当金 |
| | 〔7割（健保独自）；1.5年〕 |
| (4) 休職期間満了 | |
| (5) その後の扱い・・・「国保」「傷病年金」等 | |

3. 入院・療養中および復帰時の対応

- | | |
|------------------|------------------|
| (1) 本人・家族との連絡・対応 | (2) 職場復帰時の対応 |
| ① 診断書提出と病状の把握 | ① 就労能力の評価 |
| ② 療養中の連絡・対応 | ② 職場の配慮事項→職場への伝達 |
| ③ 療養期間の把握・人事措置 | ③ 予後の推定と人事措置 |
| ④ 家族のケア | |

4. 受療と就労

- | | |
|-------------------------|---------------------|
| (1) 病状の把握と就労負荷、就業管理上の配慮 | (4) 治療を受けやすい仕組みづくり |
| (2) 職場における受療のための配慮・便宜 | ① 健康管理・診療室の機能アップ |
| (3) 働きながら治療するための医療技術 | ② 診療機関の配備 |
| | ③ ナイトケア、休日ケア、出張中のケア |
| | ④ 巡回診療等 |

5. まとめ

- | | |
|---------------------|--------------------------|
| (1) 早期発見・治療のための環境整備 | (5) 「増悪と症状改善を妨げること」の防止 |
| (2) 治療・療養中の対応 | (6) 治療継続のための仕組みづくり、利便性確保 |
| (3) 職場復帰時の対応 | (7) 医療技術の向上 |
| (4) 就労能力把握と配置・就業管理 | (8) 本人および周囲の知識・態度の涵養 |

以上

高橋 信雄（たかはし・のぶお）

1978年、東京大学大学院医学系研究科修了。主な社外役職：日本経団連・産業保健問題WG座長、内閣府・自殺対策推進会議委員ほか。

がん患者の治療と就労との両立支援の研究

主任研究者 東京労災病院 勤労者予防医療センター 副部長 門山 茂

分担研究者 関西労災病院 副院長 高塚 雄一

背景 厚生労働省研究班、山口班「癌医療の適正化に関する研究」によれば、がん罹患した勤労者の34.7%が依願退職や解雇されているが、そのほとんどが家庭経済や生きがいの為に復職を希望しているといわれる。しかし、復職の為に医療機関や企業における支援は十分ではない。

目的 本研究の目的は、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と就労を阻害する因子を明らかにし、各阻害因子に介入することにより「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」就労支援の為にエビデンスを提示することである。

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300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、職場復帰や就労支援の実態と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は(1)アンケート聞き取り調査（患者の個人的情報）、(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（臨床情報）より成る。

アンケート研究の解析は多変量解析により就労の阻害因子を明らかにし、復職判定尺度（クリニカルスコア）、クリニカルパス、ガイドラインを開発する。

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就労状態と身体、意欲、精神的回復状態の関連について経時的に追跡調査する。

3) 前向き介入研究（平成22年～平成25年）

患者、主治医と産業医、企業側の連携、作業環境の阻害因子に介入を試みる。

4) モデル事業の為に提言（平成25年度）

介入試験の結果を解析して、啓蒙の為にDVD、冊子、就労支援のためのクリニカルパス、ガイドラインを作成して大規模モデル事業の為に具体的な提言を行う。

意義 がん罹患患者の医学的、社会的就労支援の内容が明確となり、これに基づく大規模モデル事業が成果を収めれば、勤労者の意欲を高めると共に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。

門山 茂（かどやま・しげる）

1985年、日本医科大学医学部卒業。主な研究領域：脳神経血管内治療（脳神経外科学）。

高塚 雄一（たかつか・ゆういち）

1970年、大阪大学医学部卒業。主な研究領域：乳腺外科・診療ガイドラインの策定・評価やチーム医療の構築にも携わる。

がん患者の就労支援研究のデザインについて

立命館大学 総合理工学院 生命科学部
教授 下妻 晃二郎

本機構で計画されている、「がん患者の治療と就労の両立支援の研究」において、がん医療と臨床疫学・医療経済学を専門とする立場から、具体的にどのようなお手伝いができるかを考えたいと思います。

まず、私は医療経済学的な視点からこの研究をデザインしたいと思っています。「医療経済学」と聞くと一般にはお金の話を想像されがちだと思いますが、実はそうではありません。「人々が幸せな生活を送るための適切な資源配分を考える学問」、言い換えれば、幸せを実現する方法を考える学問です。医療の資源は、人、物、お金、情報、の4つに主に分類されますが、がん治療と就労の両立を支援するシステムを構築するには、これらの限られた医療資源を、「どこ」に「どのぐらい」、「どのように」配分し、しかもそれらがどのような連携を取るか、ネットワークで結ばれるか、が重要です。私はそのような視点から、この研究のデザインを考え、実りのあるものになりたいと思っています。

より具体的には、患者さんの主観的な健康感やQOL（生活・生命の質）を、身体面、心理面、社会面など複数の側面から、時間を追って複数回測定・評価し、医学的・社会的背景因子と合わせて解析することによって、就労支援の専門職、例えば産業医、産業カウンセラー、医療ソーシャルワーカーなどによる支援（介入）を特に必要とする患者さんを、早期に同定できる仕組みを作りたいと考えています。さらに、このような定量的な研究では捉えきれない事柄、例えば、治療中の患者の就労支援に結びつくニーズや、適切なネットワークの構造や手順を明らかにしたりするために、インタビュー調査の結果を質的に分析することも行いたいと思っています。これらの研究の結果、これからの低経済成長時代に合った、社会的に効率のよい支援を可能となることを期待しています。

最後に、限られた人的資源の効率のよい活用、という点では、ボランティアの人々の有効活用も一つのキーになると考えています。身体的にも余力があり、知恵も意欲も備わり、社会にまだまだ役立ちたいと思っている65歳以上の人達に就労支援に深く関与していただけるシステム作りも本研究の中で提案できれば、と思っています。

下妻 晃二郎（しもづま こうじろう）

1981年、山口大学医学部卒業。大阪大学大学院医学研課程修了。主な研究領域：臨床疫学、臨床腫瘍学、緩和医療学。

がん患者の治療と就労を支える社会的コーディネートのあり方

東洋大学経済学部
教授 今村 肇

- ・医療現場と雇用現場の情報連携をする人材・組織の充実で両立支援の強化を。
- ・日本独自の「治療」と「雇用」を両立する生活保障システムの構築に向けて
- ・雇用レジームから福祉レジームへの円滑な転換ができない日本
 - 日本は、まず雇用が福祉の一端を担う、すなわち雇用に主眼を置いた生活保障という形で、政府と企業の福祉における社会保障支出は軽減されてきた。
- ・日本における生活保障の基本は「雇用」のウェイトが依然として高い、したがって、継続的治療の必要な人の雇用の場を奪うことは死活問題となる。
 - 疾病治療の並行により雇用が維持できる人であるにもかかわらず、企業における雇用維持制度の未整備によってその機会を剥奪されることは、本人と国双方にとって大きなロス。
- ・戦後日本の経済成長を支えた人的資本蓄積装置としての企業組織、夫と妻の家事労働時間の偏りや地域コミュニティの停滞をもたらした働き方の仕組みが変えられない。
 - 日本の場合、特に雇用との連携なしでは、医療や子育て支援などの対人社会サービスの利用者ニーズにあった供給は実現不可能である。
- ・家庭・地域との関わりを考える視点－これからの社会的サービスの担い手－
- ・日本の「新しい公共」の担い手をどのようにしてつくるか。
- ・これまで国家が果たしてきた福祉サービスへの介入が民間・市民の自律的組織の生成を遅らせ、同時に官製でないサービスへの国民の信頼を十分に築けないでいる。
- ・一身独立して一国独立すること（福沢諭吉）
- ・摺り合わせ型が得意な日本の組織
- ・高度成長期日本の職場内での個人間のつながり強化による社会関係資本蓄積
- ・低下する組織内の社会関係資本 –失われていく企業組織内の信頼とつながり–
- ・労働意欲に逆効果をもたらした成果主義賃金の導入
- ・CSO（市民社会組織）の雇用と治療の仲介役としての役割
- ・福祉国家の民主的構造 “Democratic Architecture for the Welfare State” を考える。
- ・Pestoffの福祉社会のサービス提供 二つの代替的方向
- ・組織の垣根を超える「ひとつづくり」の視点
- ・これからの日本に求められる Relational Skills（つながりのスキル）
- ・特定の組織に片寄せず、異なった組織・セクターとの連携を、的確な情報伝達と判断力で取り持つことの出来る人材の必要性

今村 肇（いまむら・はじめ）

1978年、慶應義塾大学経済学部卒業。主な研究領域：社会経済システム設計における社会的経済・社会関係資本貢献に関する研究、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。

執筆者一覧(執筆順、〔 〕内は執筆箇所)

- 伊藤 庄平 独立行政法人労働者健康保健福祉機構 理事長
〔はじめに〕
- 野村 和弘 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
東京労災病院 院長
〔序 論〕
- 吉谷 真治 独立行政法人労働者健康福祉機構 医療事業部 勤労者医療課長
〔序 論、Ⅱ-3〕
- 嶋田 紘 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
〔Ⅰ-1、Ⅱ-3〕
- 山口 建 静岡県立静岡がんセンター 総長
〔Ⅰ-2〕
- 吉田 道雄 「患者の集い・モミの木」 副代表、NPO 法人がん患者団体支援機構・理事
〔Ⅰ-3〕
- 今村 肇 東洋大学経済学部総合政策学科 教授
〔Ⅰ-4〕
- 高塚 雄一 独立行政法人労働者健康福祉機構 関西労災病院 副院長
〔Ⅰ-5〕
- 岡山 慶子 NPO 法人キャンサーリボンス 副理事長
〔Ⅱ-1〕
- 門山 茂 独立行政法人労働者健康福祉機構 東京労災病院
職場復帰・両立支援(がん)研究センター長
〔Ⅱ-2〕
- 小田美也子 独立行政法人労働者健康福祉機構 医療事業部 勤労者医療課研究班
〔Ⅱ-3〕