

第5部 総合診療医が今後果たすべき役割に関する提言

治療と仕事の両立支援の現状と課題

中村明澄¹ 堤 円香¹

要旨

がんは、年間85万人が罹患し、その3人に1人は就労可能年齢で罹患する疾患である。就労の継続は、がん患者と家族の経済的、身体的、精神的、社会的のすべてにおいてメリットがあるものの、雇用主である企業側は当該従業員の適正配置や雇用管理等、病気や治療に関する見通しや復職可否の判断が難しいことから対応に苦慮する場面が多い。

治療と仕事の両立のためには、治療経過および今後の治療計画や健康情報、復職妥当性などについて企業側に十分な情報提供がなされることが重要であり、また、復職の阻害要因となる、併存疾患やうつ病、心理的要因が関連するとされる倦怠感などの症状に対する適切な医学的介入が必要となる。総合診療医は、患者の身体的、心理的、社会的背景、家族状況を考慮した日常的なプライマリ・ケアを提供することを得意としており、産業医や治療医と密な連携をとりながら、がん患者の治療と仕事の両立支援を行う役割が期待される。

①現状と問題点

企業における病気の考え方

「患者」は企業において、「労働者」という立場である。企業と労働者は労働契約を結んでおり、それに伴い企業は労働者が安全に働けるよう配慮する義務（安全配慮義務）を負い、労働者は労務を提供できるよう自分自身の健康に留意する義務（自己保健義務）を負っている。企業において、労働災害に伴う疾病は、労災予防や再発防止に努める責任が発生するものの、労働との関連が認められない疾病については、「私傷病」という扱いであり、原則として労働者の自己保健義務に任されてきた¹⁾。したがって、これまでにメンタルヘルス、脳卒中、糖尿病については発症の原因の一部が職場環境によるとされていたため、両立支援の取り組みが進んできていた。

一方、「がん」については、「私傷病」とされ、労働者の自己保健義務に任されてきた。がんは、生涯のうちに、日本人の2人に1人が罹患する疾患であり、年約85万人が新たに診断され、3人に1人は就労可能年齢で罹患する疾患であり、現在、がん治療のため、仕事をもちながら通院している者は

32.5万人にものぼる²⁾。また、がん治療の目覚ましい進歩により、5年相対生存率は、53.2%（平成5～8年）から、58.6%（平成15～17年）、さらには62.1%（平成18年～20年）と年々向上していることを鑑みると、3人に2人は5年以上の経過をもち、必然的に仕事をしながら治療を続ける人が増加することがわかる。その現状を踏まえ、2016年12月に成立した改正がん対策基本法で、企業が働くがん患者の就労継続を支援することも努力義務として示された³⁾。

がん患者の就労希望と現状

がん患者とその家族を対象としたアンケート調査の結果、有効回答のあったがん患者831人のうち、80.5%の人が「仕事を続けたい（したい）」と回答し、患者の家族（有効回答640人）のうち52.2%の患者が仕事をしたいと思うなど、がん罹患者の就労（継続）の希望は患者本人・家族ともに多かった。就労（継続）を希望する理由として、患者本人・家族とも、「家計のため」だけでなく、「働くことがやりがい」であることを多く挙げており、患者にとって就労は経済面に加えて、精神面・社会生活面でも重要な意味を持っていることが分かる⁴⁾。また、がん患者の quality of life（QOL）においても、就労継続

1. 医療法人社団澄乃会 向日葵クリニック

群の方が非就労群に比較して高スコアであることが示されている⁵⁾。さらに復職や仕事と治療の両立が治療成績を向上させる可能性についても、産業医では76%、主治医で56%と両者ともに過半数以上で肯定的な意見がみられている⁵⁾。

しかし、がんと診断された後、勤務者の34%が依願退職・解雇され、自営業等の者の13%が廃業しており²⁾、離職を選択したがん患者の中には、主治医がパフォーマンスステータス0（ゼロ）、すなわち全く問題なく活動できると判断しているにもかかわらず、本人が「就労に際し制限あり」と答えた割合が22%と、主治医の診断と本人の解釈にギャップが認められている現状がある⁵⁾。

がん患者の就労継続における問題点

東京都が都内に本社を置く企業4,000社（従業員規模別に無作為抽出）を対象に平成26年に実施したがん患者の就労等に関する実態調査⁴⁾によると、従業員が私傷病になった際、当該従業員の適正配置や雇用管理等について、89.5%の企業が対応に苦慮したと回答している。また、苦慮した内容は、最も多いものが「病気や治療に関する見通しが分からない」（60.2%）、次いで「復職可否の判断が難しい」（51.9%）であった。従業員ががん等に罹患した場合に利用できる産業医への相談窓口を設けていると答えたのは37%にとどまった。さらに、法的に産業医の選任義務がある50人以上の企業で働く労働者数は労働者全体の約40%に過ぎず、過半数の労働者が産業保健の専門家による支援を受けにくい環境にいることがわかっている⁵⁾。

主治医から産業医に対し、治療内容の概略やスケジュール、起こりやすい副作用などの医療関連情報、配慮が必要な症状と期間などの就業上の配慮に関する情報が提供されると、会社での前向きな配慮に結びつきやすいことが指摘されている⁶⁾が、がん患者の就労について主治医に相談したことがある産業医は37%、産業医に相談したことがある主治医は4%と少数であり⁵⁾、主治医と産業医の間の情報共有は乏しい現状が報告されている。

主治医より今後の見通しなどの治療情報を提供してもらう制度ができれば、復職や両立支援を行う上で参考にすると答えた産業医は95%であったが、主治医が産業医へ治療情報を提供する制度を活用すると答えた主治医は61%と少なかった。制度を活用しない主治医の理由としては、参加したいが時間が無いが最も多く、続いて守秘義務の不安、医療職責の範囲外が続いた⁵⁾。

がん患者の職場復帰に関連する要因

がんサバイバーの就労に関するシステマティックレビュー⁷⁾においては、職場復帰を可能にする要因として、雇用者との仕事復帰に関するミーティング、フレキシブルな働き方、同僚へのがんの開示、仕事についての医師からのアドバイス^{8,9)}、カウンセリング、多方面に渡るトレーニングの重要性¹⁰⁾が指摘されている。また、職場復帰を妨げる要因としては、倦怠感が最も多く¹¹⁾、心配、罪悪感など心理的要因との関連も指摘されている¹²⁾。また、併存疾患やうつ病の存在¹³⁻¹⁵⁾が職場復帰を妨げる要因になると報告されている。

②総合診療医が貢献できること

がん診療における総合診療医の役割

総合診療医の提供するプライマリ・ケアは、1996年の米国国立科学アカデミー（National Academy of Sciences, NAS）において、「primary careとは、患者の抱える問題の大部分に対処でき、かつ継続的なパートナーシップを築き、家族及び地域という枠組みの中で責任を持って診療する臨床医によって提供される、総合性と受診のしやすさを特徴とするヘルスケアサービスである」と定義されており、その特徴を表す5つの理念として1) 近接性 2) 包括性 3) 継続性 4) 協調性 5) 責任性が挙げられている¹⁶⁾。その包括性、継続性の点において、がんサバイバーの長期フォローに、総合診療医がふさわしいと、Institute of Medicine (IOM) で述べられている。がん診療における総合診療医の役割についてのシステマティックレビュー¹⁷⁾では、介護支援、スクリーニング、がんやその治療の副作用による身体的・心理社会的な影響、疼痛やその他症状のコントロール、緩和ケア、ヘルスプロモーション、継続的なヘルスケアの提供、医療経済の面において、総合診療医がより重要な役割を果たす可能性が示唆されている。がんサバイバーへのインターネット調査では、総合診療医の一般的なケアや心理社会面のケア、ホリスティックケアの面で支持され、72%の満足が得られている¹⁸⁾。早期乳癌治療後の患者について専門医と総合診療医のフォローについて比較したランダム化比較試験では、再発に関連した重篤なイベントの発生率・死亡率、健康関連QOL（health-related quality of life）で、有意な差を認めなかった¹⁹⁾。また、がん患者は、がんの既往歴がない人に比べ、うつ病、不安症などだけでなく、長期的に糖尿病、心血管疾患、骨粗鬆症などを発症するリスクが高いと

報告されており、早期乳がんや前立腺がんの患者は、がんで死亡する確率より心血管系疾患などの他の原因で死亡する確率が高い^{20, 21)}ため、がん診療において併存疾患のマネジメントは重要である。したがって、総合診療医は、がんのみならず、併存疾患、また、患者の身体的、心理的、社会的背景、家族状況を考慮した包括的なケアを提供できる強みを活かしたがん患者のフォローを行えるため、がん治療の進歩によるがんサバイバーの増加に伴い、総合診療医のがん診療で果たす役割が期待される。

がん患者の就労継続における総合診療医の役割

がん診療において総合診療医の役割が期待されている一方で、がん罹患後の職場復帰についての総合診療医の役割についてのシステマティックレビュー²²⁾によると、この分野の研究は少なく、わずかにあった研究では、医療従事者間のコミュニケーション不足と総合診療医の知識不足が指摘されている。がん患者の就労に関して産業医から見た治療医との連携に関する調査⁶⁾では、「治療経過および今後の治療計画の提供」、「健康情報の提供」、「復職・就業配慮の妥当性」、「提供情報の一貫性」、「文書の発行」、「産業医の存在を意識したコミュニケーション」「本人が知らない情報の提供」の7種のカテゴリーが産業医の就業配慮に関連する項目として抽出された。就労支援が良好であった事例において最も多く指摘されたのは、「治療経過および今後の治療計画の提供」に関連する内容であり産業医が治療医に連絡する前に情報提供があったというものや、産業医に直接連絡したいとの申し出があった、という「産業医の存在を意識したコミュニケーション」が特徴的な記載であった。また、「健康情報の提供」には、検査データの他に化学療法に伴って出現する副作用の情報、倦怠感などの自覚症状、どのように告知したかの内容まで、病状に関連する様々な情報が提供され、「復職・就業配慮の妥当性」に関する内容の中には、余裕をもった復職可能時期の判断があったり、どのくらいまでは配慮が必要か、その期間を提示していたり、配慮が必要な症状を具体的に提示されたりしていた。就労支援が困難であった事例においては、「復職・就業配慮の妥当性」に関するものと「文書の発行」に関するもの、「治療経過および今後の治療計画の提供」不足に関するものが大半を占めた。

就労支援について産業医との連携をとる医師についての主治医の意見は⁵⁾、「主治医が良い」が56%、「かかりつけ医が良い」が40%であった。ただし、

主治医が良いと答えたものも、病状が安定しているときはかかりつけ医でも良いと考えている主治医が約3割いた。がん患者自身は、治療中・治療後において、精神的なケア、日常的なケア、ケアの調整などのサポートにおいて、総合診療医にもっと多くの役割を担ってほしいと望んでいた²³⁾。

総合診療医は、がんの診断前からその関係性を構築できているため、がんの診断時から、患者の生きがいや、やりがいといった面にも配慮した上で、今後の治療のスケジュールを考慮した就労支援を行うことが可能であり、職場復帰を妨げる要因である倦怠感と関連する心理社会的側面へのアプローチも可能である。また、家族も同じ診療所に通院していることも少なくなく、家族背景を考慮した支援のみならず、家族に直接アプローチすることが可能であり、患者と患者を支える家族のサポートまで十分に行うことができる。そのような総合診療医が、積極的に産業医との連携、また治療医との橋渡し役を担うことで、よりこまめな就労支援のサポートが可能になると考えられる。

③社会に与えるインパクト

就労中に、毎年新たにがんと診断される約30万人が、治療を継続しながらも安心して仕事と両立することが可能になると、企業にとっても人材を失うことなく、経済効果が得られる。

④実現のために必要な事項

総合診療医の知識の向上

がん罹患後の職場復帰についての総合診療医の役割についてのシステマティックレビュー²²⁾によると、総合診療医の就労支援に関する知識不足が指摘されている。2013年米国臨床腫瘍学会よりがんサバイバーのケアの改善を目的とした政策、医師の教育、臨床ガイドラインおよび研究の改善について提言がなされ、そのツールとして、専門が異なる医療従事者が協力できるようなケア分担モデル、がん診療の質向上プログラム（Quality Oncology Practice Initiative：QOPI[®]）、医療従事者に対するサバイバーケアの教育プログラムが挙げられている。このようなツールを利用し、病院で行われる勉強会やケースカンファレンスなどに積極的に参加していく中で、総合診療医自身が、がん治療の流れ、がんに関連する身体症状や心理状態、産業保険の現状などの知識を習得し、常にアップデートしていく必要がある。

連携と情報共有

医療従事者間のコミュニケーション不足はがんの就労支援の妨げとなり²²⁾、十分な情報共有は良好な就労支援につながる⁶⁾ため、産業医、治療医、かかりつけ医としての総合診療医の連携は必須である。そして、がん患者は、時間節約、ケアの継続性などの点から、自宅近くの通いやすいかかりつけ医のフォローが好ましいと考えている反面、医療の質や治療医との関係が途切れることに不安を感じている²⁶⁾。そのため、がん診療において地域連携クリニカルパスなどのツールを積極的に活用し、医療従事者間の連携を可視化することは、がん患者がより安心してかかりつけ医のフォローを受けるために有用であると考えられる。

また、PCMH (Patient-centered medical homes) は、家庭医の領域から始まった情報共有システムであり、かかりつけ医が電子カルテを通して患者の他科での診療を管理し、患者教育や24時間の電話相談体制、受診しやすい体制をとることなどにより患者との関係を強化するための医療モデルである²⁵⁾。治療医と総合診療医がこのようなツールを通してリアルタイムに診療内容を共有することができれば、よりスムーズな連携が可能となり、患者や企業からの相談に対し、総合診療医が治療医に代わって対応することも可能となる。

その他、病院の勉強会やカンファレンスに参加することで、日頃から治療医と顔の見える関係を構築していくこともスムーズな連携、情報共有に有用であると考えられる。

文献

- 1) 古屋佑子, 高橋都. がん患者の就労支援. The Japanese Journal of Rehabilitation Medicine. 2017; 4 (4), 289-292. doi:10. 2490/jjrmc. 54. 289
- 2) 厚生労働省. がん患者の就労や就労支援に関する現状. 東京: 厚生労働省. [最終閲覧 2018. 5. 23] Available from: <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000037517.pdf>
- 3) 衆議院. がん対策基本法の一部を改正する法律. 東京: 衆議院. [最終閲覧 2018. 5. 23] Available from: http://www.shugiin.go.jp/internet/itdb_housei.nsf/html/housei/19220161216107.htm
- 4) 東京都福祉保健局. がん患者の就労等に関する実態調査. 東京: 東京都福祉保健局; 平成 26 年
- 5) 門山 茂. 「疾病と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 (がん) 研究報告書. 独立行政法人 労働者健康福祉機構, 平成 25 年 12 月. [最終閲覧 2018. 5. 18] Available : <http://www.research.johas.go.jp/h13/pdf/2nd/12-3.pdf>
- 6) 古屋佑子, 高橋 都, 立石清一郎, 他. 働くがん患者の就業配慮における産業医から見た治療医との連携に関する調査. 2016; 58 (2) : 54-62. doi: 10. 1539/sangyoeisei. B15011
- 7) Mehnert A. Employment and work-related issues in cancer survivors. Crit Rev Oncol Hematol. 2011;77(2):109-30. doi: 10. 1016/j. critrevonc. 2010. 01. 004.
- 8) Spelten ER, Sprangers MA, Verbeek JH. Factors reported to influence the return to work of cancer survivors: a literature review. Psychooncology, 2002; 11: 124-31.
- 9) Pryce J, Munir F, Haslam C. Cancer survivorship and work: symptoms, supervisor response, co-worker disclosure and work adjustment. J Occup Rehabil. 2007; 17(1): 83-92.
- 10) Chan F, Strauser D, da Silva Cardoso E, et al. State vocational services and employment in cancer survivors. J Cancer Surviv. 2008; 2(3): 169-78. doi: 10. 1007/s11764-008-0057-y.
- 11) Johnsson A, Fornander T, Olsson M, et al. Factors associated with return to work after breast cancer treatment. Acta Oncol. 2007; 46(1): 90-6.
- 12) Islam T, Dahlui M, Majid HA, et al. Factors associated with return to work of breast cancer survivors: a systematic review. BMC Public Health. 2014;14 Suppl 3: S8. doi: 10. 1186/1471-2458-14-S3-S8.
- 13) Bouknight RR, Bradley CJ, Luo Z. Correlates of return to work for breast cancer survivors. J Clin Oncol. 2006; 20; 24(3): 345-53.
- 14) Ahn E, Cho J, Shin DW, et al. Impact of breast cancer diagnosis and treatment on work-related life and factors affecting them. Breast Cancer Res Treat. 2009; 116(3): 609-16. doi: 10. 1007/s10549-008-0209-9.
- 15) Carlsen K, Dalton SO, Diderichsen F, et al. Risk for unemployment of cancer survivors: A Danish cohort study. Eur J Cancer. 2008; 44(13): 1866-74. doi: 10. 1016/j. ejca. 2008. 05. 020.
- 16) 一般社団法人日本プライマリ・ケア連合学会. プライマリ・ケアとは? (医療者向け). 東京: 一般社団法人日本プライマリ・ケア連合学会. [最終閲覧 2018. 5. 23] Available from: <http://www.primary-care>.

or.jp/paramedic/

- 17) Meiklejohn JA, Mimery A, Martin JH, et al. The role of the GP in follow-up cancer care: a systematic literature review. *J Cancer Surviv.* 2016; 10(6): 990-1011. doi: 10.1007/s11764-016-0545-4
- 18) Nyarko E, Metz JM, Nguyen GT, et al. Cancer survivors' perspectives on delivery of survivorship care by primary care physicians: an internet-based survey. *BMC Fam Pract.* 2015 Oct 20; 16: 143. doi: 10.1186/s12875-015-0367-x.
- 19) Grunfeld E, Levine MN, Julian JA, et al. Randomized trial of long-term follow-up for early-stage breast cancer: a comparison of family physician versus specialist care. *J Clin Oncol.* 2006; 24(6): 848-55. doi: 10.1200/JCO.2005.03.2235
- 20) Patnaik JL, Byers T, DiGiuseppi C, et al. Cardiovascular disease competes with breast cancer as the leading cause of death for older females diagnosed with breast cancer: a retrospective cohort study. *Breast Cancer Res.* 2011; 13(3): R64. doi: 10.1186/bcr2901.
- 21) Shikanov S, Kocherginsky M, Shalhav AL, et al. Cause-specific mortality following radical prostatectomy. *Send to Prostate Cancer Prostatic Dis.* 2012; 15(1): 106-10. doi: 10.1038/pcan.2011.55.
- 22) de Jong F, Frings-Dresen MH, Dijk NV, et al. The role of the general practitioner in return to work after cancer: a systematic review. *Fam Pract.* 2018; 6. doi: 10.1093/fampra/cmz114.
- 23) Lundstrøm LH, Johnsen AT, Ross L, et al. Cross-sectorial cooperation and supportive care in general practice: cancer patients' experiences. *Fam Pract.* 2011; 28(5): 532-40. doi: 10.1093/fampra/cmz011.