

# がん患者の両立支援に主眼をおいた 入退院支援

井上 祥明<sup>†</sup> 玉野 緋呂子 鎌本 愛季子\* 神 矢 恵 美\*第74回国立病院総合医学会  
(2020年10月17日～11月14日  
WEB開催)

IRYO Vol. 76 No. 3 (191-195) 2022

## 要旨

「治療と職業の両立等支援対策事業」(平成25年度厚生労働省委託事業)における事業を対象に実施したアンケート調査によれば、疾病を理由として1カ月以上連続して休業している従業員がいる企業の割合は、メンタルヘルスが38%、がん21%、脳血管疾患が12%である。また、「平成22年国民生活基礎調査」に基づく推計によれば、仕事を持ちながら、がんで通院している者の数は32.5%に上っている(厚生労働省 2020)。また、がんに罹患し休職した労働者の約2割は、復職せずに退職・復職後に退職している(東京都福祉保健局 2014)。このような状況を鑑み、国立病院機構別府医療センター(当院)では両立支援を主眼においた入退院支援を2019年より婦人科を対象に開始した。週1回の退院支援カンファレンスで対象者を選定し、病棟担当のソーシャルワーカー、患者支援看護師にて訪室し就労に関する情報の聞き取りを行った。退院後の外来通院時に定期的な面談を行い、状況の把握を行った。また、他患と情報共有したいという声もあったため、働く女性のためのサロン(以下、サロン)を月1回開催した。サロンでの情報共有でとくに筋力低下、心理的不安、アビランスクエアに関する話題が多かったため、早期からの筋力予防を目的としてがんリハビリ、メンタルケアを目的としてヨガ療法・マインドフルネスを導入した。就労の目途が立った方は大分産業保健総合支援センターと連携し復職に向けて情報提供を行った。

両立支援を行うなかで重要なことは、患者を身体・心理・社会的・スピリチュアルな視点から捉え、総合的に支えていくことである。そのためにも多職種・多機関で総合的な支援体制の確保が両立支援を利用者本位で進めていく鍵となる。

キーワード 両立支援, 入退院支援, マインドフルネス

## はじめに

労働者と医療のあり方、いわゆる両立支援の前進は、2009(平成21)年に遡る。独立行政法人労働者安全機構が「労働者医療の在り方検討会」を立ち上げ、従来の作業や作業環境が直接の原因となって発

生する業務上疾病だけでなく、心疾患、脳血管疾患、ストレス性疾患のように、作業環境が発症の1つの要因となる作業関連性疾患に注目するようになった。さらに、がんについても、生存率の向上や治療の発展によって治る病となり、職場復帰等が重要な課題となった<sup>1)</sup>。

国立病院機構別府医療センター 地域医療連携室 \*同 看護部 †ソーシャルワーカー  
著者連絡先: 井上祥明 国立病院機構別府医療センター 地域医療連携室 〒874-0011 別府市大字内竈1473  
e-mail: inoue.yoshiaki.sw@mail.hosp.go.jp  
(2021年3月15日受付, 2022年2月25日受理)

Hospitalization and Discharge Support Focusing on Work-life Balance of Cancer Patients  
Yoshiaki Inoue, Hiroko Tamano, Akiko Kuwamoto\* and Megumi Kamiya\*, NHO Beppu Medical Center, Regional Medical Liaison Office, \*Nursing Department  
(Received Mar. 15, 2021, Accepted Feb. 25, 2022)

Key Words: work-life balance, hospitalization and discharge support, mindfulness

---

## がん患者への就労支援

---

がん患者に対する就労支援の重要性は2012（平成24）年の「がん対策推進基本計画（第二期）」にて、がん患者の就労を含めた社会的な問題が分野別目標として掲げられた。

2013（平成25）年に行われた「治療と職業の両立支援対策事業」（平成25年度厚生労働省委託事業）でのアンケート調査によると、疾病を理由に1カ月以上連続して休業している従業員の割合は、がんが21%と、メンタルケアの38%に続く高い数値となっている<sup>2)</sup>。

内閣府が2019年に行った調査で、「がんの治療や検査のために2週間に1度程度病院に通う必要がある場合、働き続けられる環境だと思いますか？」という問いに、「働き続けられる環境だと思う」と回答した割合は、2013年から2019年にかけて26.1%から37.1%へ上昇している<sup>3)</sup>。しかし、別の調査では、診断時、収入のある仕事をしていたがん患者のうち、54.2%は「休職・休業」をしたと回答している<sup>4)</sup>。

この調査報告では、休職・休業をした理由についてまでは記載されていないが、2003年の調査だと、仕事を継続できない理由に、仕事を続ける自信がなくなった、会社や同僚、仕事関係の人々に迷惑をかけるといったなど、心理・社会的な理由もあげられている<sup>5)</sup>。

このように、がん患者が治療と仕事を継続していくためには、治療はもとより職場環境や心理・社会的支援などトータルのサポートが必要とされる。

実際に国立病院機構別府医療センター（当院）でも、就労に関する相談で、退職後に相談されるケースや行き詰まって相談に来られることも少なくない。国立がん研究センターが行った調査でも、医療者側から就労支援の話があったかという問いについては、4割に満たない結果となっている<sup>4)</sup>。

相談援助の開始が遅れることで、傷病手当金などの公的制度の利用が限定されたり、一人で抱え込んで精神的に不安定になることが考えられるため、両立支援に主眼をおいた入退院支援を開始した。

---

## 両立支援体制の確立

---

### 1. がんサロンでのニーズ調査

当院は2008年に地域がん診療連携拠点病院として認定を受け、2010年からがんサロンを開設した。

2015年からは院内で開催していたがんサロンを「地域型サロン」に変更し、院内開催ではなく、公民館や市民ホールを利用し2カ所でサロンを月1回ずつ開催している。

サロンの参加者の7割は女性であり、参加される女性メンバーから治療をしながら働いている人たちと情報共有がしたいという声が多く聞かれていた。そこで、まずは婦人科系がん患者を対象として両立支援体制を確立することとした。

### 2. 入退院支援における両立支援

両立支援を促進するためには、リーチアウトを行っていくことが重要である。静岡がんセンターが2003年に行った調査では、悩んだ時に医師や医療スタッフに相談した割合は2割程度とされている<sup>5)</sup>。

リーチアウトの体制を確保するために、退院支援カンファレンスの際に、入院患者の就労状況を病棟スタッフとMSW、患者支援看護師・がん看護専門看護師の支援チーム（以下、支援チーム）で共有し、仕事をしている患者に支援チームが訪室し面接する体制をとった<sup>#1</sup>。

面接の内容としては、仕事の内容や職場の理解状況、就業規則の認知、本人の意向等を確認している。

---

## 両立支援体制の構築

---

リーチアウトし、患者との援助契約を結んだのち、バイオ・サイコ・ソーシャルモデルに基づき、以下の方法で援助を展開している。

### 1. がんリハビリテーションの導入

がんリハビリテーション（がんリハ）は、患者の回復力を高め、残っている能力を維持・向上させ、今までと変わらない生活を取り戻すことを支援することによって、患者の生活の質を大切する考えに基づいて行われる<sup>6)</sup>。

当院では、がんリハは高齢患者を中心に導入していたが、上述したがんサロンの参加者から、「抗がん剤治療をすると体力や筋力が落ちる」「仕事復帰がきつかった」という意見を耳にしていた。この意見は、さまざまな研究結果からも実証されており<sup>7) 8)</sup>、早

#1 学会発表時点では入院支援加算を算定していないため、入院後から支援となっていた。現在は、外来の告知時にがん看護専門看護師が同室し入院前から両立支援が行える体制をとっている。

期からがんリハを導入することの重要性が謳<sup>うた</sup>われている。

この状況をもとに、がんリハ処方医および、理学療法士・作業療法士（以下、がんリハ担当者）と協議し、がんリハを就労している婦人科系がん患者へ適用する方針とした。

当院の抗がん剤の治療スケジュールは、原則的に、初回化学療法のみ1週間の入院で、その後は2泊3日の入院となるので、がんリハ担当者からの指導は初回入院のみとし、その後は、支援チームが面接を行った際に自宅でのリハビリの様子を確認し、必要に応じてがんリハ担当者へ報告する流れとした。

## 2. マインドフルネスおよびがんサロンの導入

心理的支援として、マインドフルネスおよびがんサロンの導入を行った。

マインドフルネスとは、多様な瞑想法<sup>めいそう</sup>を組み合わせたプログラムであり、ストレス低減、うつ病の再発予防、がん患者の心理的ケアとしても応用されている<sup>9) 10) #2</sup>。

マインドフルネスを導入するにあたり、以下の質問紙を導入した。

乳がん患者のマインドフルネス介入研究<sup>11)</sup> および日本乳癌学会が示している評価ガイドラインを参照し<sup>12)</sup>、別府医療センターの精神科医のアドバイスのもと、①抑うつおよび不安：日本語版HADS (Hospital Anxiety and Depression)<sup>13)</sup>、②睡眠の質：日本語版PSQI (Pittsburgh Sleep Quality Index)<sup>14)</sup>、③主観的な痛み：日本語版 McGill Pain Questionnaire<sup>15)</sup>、そして④がん患者のQOL：日本語版 EORTC QLQ C-30 (European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire 30)<sup>16)</sup>、⑤うつ病の自己チェック表<sup>17)</sup>を用いた。

質問紙表でうつ病に関する項目が高値を示す場合は、支援チームより主治医へ報告し、主治医より精神科医へ診察を依頼する流れをとっている。

マインドフルネスの導入はMSWからの導入説明・ガイダンスによる実践（呼吸瞑想）を行い、日々

の練習は音声ガンダンスに基づき日々のプラクティスを行ってもらっている<sup>#3</sup>。

マインドフルネスは処方箋のごとく方法を指導するだけでは効果は限定的となり、有害になることがある<sup>17)</sup>と述べられているように、ただ方法を指導するだけでなく、指導者が患者と共に「今ここ」を共有し、マインドフルな関係性を構築することが重要である。

マインドフルネスを導入した患者からは「自分の考えを客観的に捉えるようになった」「身体の変化に気づくことができるようになった」とマインドフルネスの効果を実感されている。

次ががんサロンであるが、当院は地域のがん患者団体等と複数のサロン運営に関与し、その一つに「働く女性のためのサロン（婦人科がん患者専門）」を開催している。

このサロンではヨーガ療法士がボランティアスタッフとして参加しており、ストレスケアを目的としたヨーガ療法を実施している。対象者は支援チームが介入している患者とし、クローズで開催している。

参加者は、先輩患者数名と女性がん患者特有の悩みを共有しながら、互いを支え合い、ヨーガ療法およびマインドフルネスを同じ空間で実施することにより、心理的安定を図れることを目的としている。参加者からは「同じ境遇の方々と話すことですごく安心した」「自分だけが」という思いで落ち込むことも多かったが、先輩患者の明るいのを見てびっくりした」といった意見があり、サロンをきっかけに前向きになることが多くみられた。これは、ピア・サポート体制から生み出される効果であると考えられる。

## 3. 産業保健総合相談支援センターとの連携

産業保健総合相談支援センター（産保センター）は、「産業医、産業看護職、衛生管理者等の産業保健関係者を支援するとともに、事業主等に対して職場の健康管理への啓発を行うことを目的」<sup>19)</sup>として全国に設置している。両立支援の場面では、患者が職場が円滑に復帰できるように医療機関と連携を図るため、医療機関へ訪問し患者や両立支援コーディネーターらと面談を行うことがある。

当院でも、産保センターとの連携を積極的に取り入れ、患者本人と支援チームと協働で復職に向けた両立支援プログラムを作成している。産保センター

#2 第一筆者は、マインドフルネスの国際指導者協会 (International Mindfulness Teachers Association : IMTA) 養成講座を終了しており、マインドフルネスを導入・指導できる立場にある。

#3 音声ガイドは以下のガイドを使用した。池埜聡「マインドフルネス瞑想音声ガイド」(<https://sites.google.com/site/mindfulnesssatoshiikenohp/>)

は医療関係スタッフでは気づかない点や方法を熟知しているため、連携を図るメリットは大きい。

#### 4. 復職後のフォローアップ

治療が終了し、復職されたのちは外来通院時に支援チームはリーチアウトし面接を行っている。復職後の様子をアセスメントし、必要に応じて両立支援プログラムの修正を行うこととしている。

面接では、仕事の状況だけではなく、身体・心理面をアセスメントしていく必要がある。復職後に浮腫が出現し対処法に苦慮する場面や気持ちが追いつかず、心が置き去りにになっている場合もある。患者によっては治療が終わった後の心理社会的な面について医療従事者へ相談することを躊躇う場合もあるので、リーチアウトしていくことが有効である。

---

### 考 察

---

両立支援を行うなかで重要なことは、患者を身体・心理・社会的・スピリチュアルな視点から捉え、総合的に支えていくことである。両立支援をただ単に職場と患者を繋ぎ、働き手の確保や経済成長・社会開発を目的にするのではなく、また各種の制度説明や情報提供により、自己決定を促進することだけを目的とするのではなく、「働き方改革実行計画」でも述べられているように、“患者に寄り添う専門職”としての援助を行うことが重要である。また、現在、メンタルケアで注目されているマインドフルネスも、患者それぞれにあったマインドフルネスを提供できるよう、十分なアセスメントと環境整備が重要である。

そのためにも多職種・多機関で総合的な支援体制の確保が両立支援を利用者本位で進めていく鍵となる。

**著者の利益相反：**本論文発表内容に関連して申告なし。

---

#### [文献]

- 1) 独立行政法人労働者健康福祉機構. 勤労者医療のあり方検討会報告書 (Accessed Feb. 1, 2021, at [https://www.johas.go.jp/Portals/0/data0/jigyogaiyo/pdf/h21arikata\\_kentou-2.pdf](https://www.johas.go.jp/Portals/0/data0/jigyogaiyo/pdf/h21arikata_kentou-2.pdf)).
- 2) 厚生労働省. 事業場における治療と仕事の両立支

援のためのガイドライン. 2020. (Accessed Sep. 22, 2021, at <https://www.mhlw.go.jp/content/11200000/000912019.pdf>)

- 3) 内閣府. 令和元年がん対策・たばこ対策に関する世論調査. 2019. (Accessed Dec. 20, 2020, at <https://survey.gov-online.go.jp/r01/r01-gantaisaku/index.html>).
- 4) 国立がん研究センターがん対策情報センター. 患者体験調査報告書－平成30年度調査－,2020.(Accessed Dec. 20, 2020, at [https://www.ncc.go.jp/jp/cis/divisions/health\\_s/H30\\_all.pdf](https://www.ncc.go.jp/jp/cis/divisions/health_s/H30_all.pdf)).
- 5) 「がんの社会学」に関する研究グループ. 2013がん体験者の悩みや負担等に関する実態調査報告書：がんと向き合った4,054人の声. 2016 (Accessed Dec. 20, 2020, at <https://www.scchr.jp/cms/wp-content/uploads/2016/07/2013taikenkoe.pdf>).
- 6) 国立がん研究センターがん情報サービス. 2013. がんの療養とリハビリテーション (Accessed Feb. 19, 2021, at [https://ganjoho.jp/public/dia\\_tre/rehabilitation/reha01.html](https://ganjoho.jp/public/dia_tre/rehabilitation/reha01.html)).
- 7) 日本がんリハビリテーション研究会. がんのリハビリテーション診断ベストプラクティス. 東京；金原出版, 2015.
- 8) 岡山太郎. がん患者における身体活動量を維持改善するために必要なこと：進行がんを中心に. 第17回日本臨床腫瘍学会学術集会：会長企画シンポジウム16 抄録, 2019 (Accessed Dec. 20, 2020, at <https://oncolo.jp/news/20190807kt>).
- 9) Carlson L, Sepeca M, Segal ZV. Mindfulness-Based Cancer Recovery : A Step-by-Step MBSR Approach to Help You Cope with Treatment and Reclaim Your Life. Oakland, CA ; New Harbinger Publications, 2010.
- 10) 保坂 隆. がん患者さんのためのマインドフルネス瞑想法. 東京；法研, 2019.
- 11) Dobos G, Overhamm T, Büssing A, et al. Integrating mindfulness in supportive cancer care: a cohort study on a mindfulness-based day care clinic for cancer survivors. Support Care Cancer 2015 ; 23 : 2945–55.
- 12) 日本乳癌学会. 乳癌患者のためのQOL評価研究のためのガイドライン2002. (Accessed Dec. 20, 2020, at <https://www.csp.or.jp/qol/QOL.html>).
- 13) 入田宏之, 東あかね, 入城博子ほか. Hospital and Anxiety Depression Scale 日本語版の信頼性と

- 妥当性の検討：女性を対象とした成績. 心身医  
1997 ; 38 : 310-5.
- 14) 土井由利子, 蓑輪眞澄, 内山 真ほか. ピッツバーグ睡眠質問票日本語版の作成. 精神科治療 1998 ; 13 : 755-63.
- 15) 長谷川守, 服部 卓, 猿木信裕ほか. 日本語版 McGillPain Questionnaire の信頼性と妥当性の検討. 日ペインクリニック会誌 1996 ; 3 : 85-91.
- 16) 下妻晃二郎. 疾患特異的尺度：がん. In:池上直己, 福原俊一, 下妻晃二郎ほか編. 臨床のためのQOL評価ハンドブック. 東京；医学書院, p.52-61, 2001.
- 17) 西島英利. 自殺予防マニュアル - 地域医療を担う医師へのうつ状態・うつ病の早期発見と早期治療のために. 東京；明石出版, 2008.
- 18) Treleaven DA. Trauma-Sensitive Mindfulness : Practice for Safe and Transformative Healing. New York ; W. W. Norton, 2018.
- 19) JOHAS. 産業保健総合支援センター（さんぽセンター）. (Accessed Dec. 19, 2021, at <https://www.johas.go.jp/shisetsu/tabid/578/default.aspx>)