

「治療と 就労の両立」を考える

～職場風土や支援体制はどうあるべきか～

近年、がんなどの重篤な病気になっても治療を続けながら働く「治療と就労の両立」が注目されている。今年2月には、厚生労働省が「事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン」を発表した。

就労人口の高齢化に伴い、がんや生活習慣病など何らかの病気の治療を受けながら働く職員は、今後、公務職場でも増えていくことは間違いない。そこで今回は治療と就労の両立について、がんを例にとり職場風土や具体的な支援体制など、さまざまな側面から考えてみたい。



総論 がんの治療と就労の方向性について

定着のカギは「実例」の積み重ね 公務職場は率先して取り組みを

(独)労働者健康安全機構 東京労災病院 脳神経血管内治療科 部長
職場復帰・両立支援研究センター 両立支援部 第二両立支援部長 門山 茂



労働者健康安全機構では、平成26年度から、がん、糖尿病、脳卒中およびメンタルヘルス不調者について、休業等からの職場復帰や治療と就労の両立支援への取り組みを行っており、当院はがん分野とメンタルヘルスの中核施設を担っている。

本稿では、がんを中心に治療と就労の両立について、考察してみたい。

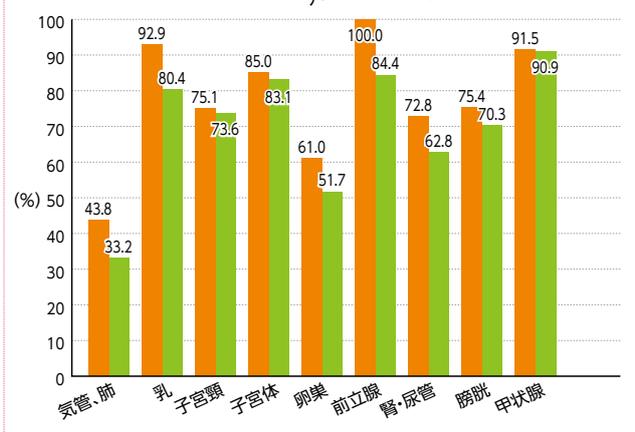
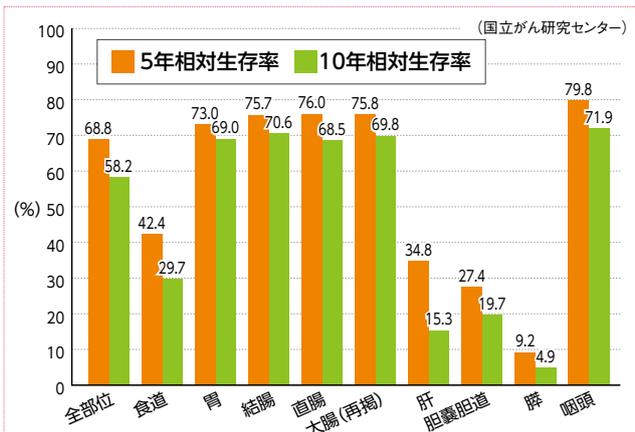
がんは、「不治の病」から「慢性疾患」になりつつある

がんは年齢が高くなるほどに罹患率が上がる病気である。人口の高齢化が進む日本では必然的にがん患者が増えており、今や国民の2人に1人はがんにかかり、3人に1人ががんで亡くなっている。また、就労人口の減少をカバーするための定年が

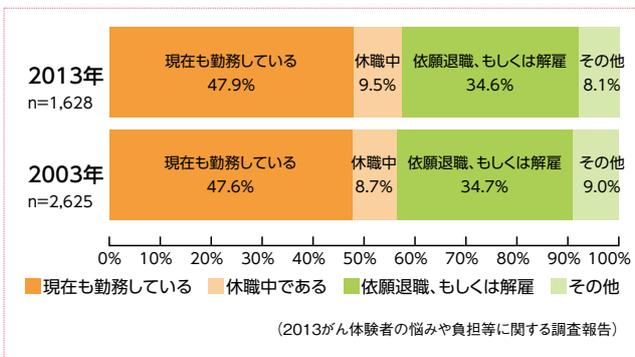
延長されているなかで、働く世代のがん患者も増加しており、がん患者の3人に1人が勤労世代となっている(資料1)。

一方で、ここ10年ほど治療技術が飛躍的に進歩し、がんは罹患しても生存できる確率が高くなっている。

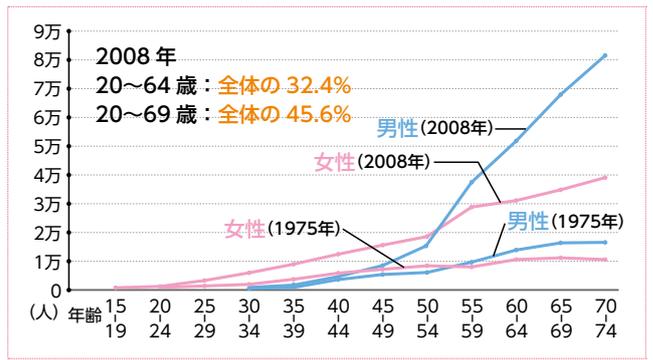
国立がん研究センターが去る1月に発表した、全国32のがん専門病院でつくる「全国がんセンター協議会」のデータ(資料2)によると、2007年のがん患者の5年相対生存率は68・8%に達している。また、今回初めて発表された10年相対生存率でも、がんのすべての病期(ステージ)で58・2%となった。10年相対生存率の調査対象となったのは、1999～2002年に診断・治療を受けた患者であるため、その後



資料2 がんの5年・10年相対生存率



資料3 がん診断後の就労状況の変化(2003年と2013年比較) 被雇用者



資料1 性別・年齢別がん罹患者数 (国立がん研究センターがん対策情報センター)

の医療技術の進歩を踏まえると、現在は、さらに良い成績を示すと推測される。

他の疾病の5年生存率を見ても、たとえば下肢の閉塞性動脈硬化症は60〜70%、糖尿病による人工透析患者は約60%、緊急冠動脈バイパス手術後の患者は85%とされている。そして、これらの疾患を抱える勤労者の多くは、(これら疾患の原因となる)動脈硬化の危険因子である高血圧や脂質代謝異常症、糖尿病などを治療しながら働き続けている。

がんの5年相対生存率は、これら

疾患とさほど変わらないレベルにまで達している。もちろん、がん種(がんが発症する部位)や治療開始時の病期にもよるが、乳がんや大腸がん、子宮体・子宮頸がん、胃がんなどは5年相対生存率が70%を超え90%以上のものもある。少なくともこれらのがんは、今や「不治の病」ではない。

がんは、罹患しても、長期にわたり経過観察や治療をしながら働き続けることができる、他の慢性疾患と同様の疾病になりつつある。

にもかかわらず、がん罹患した勤労者の中には、離職を余儀なくさ

れている人が少なからずいる。

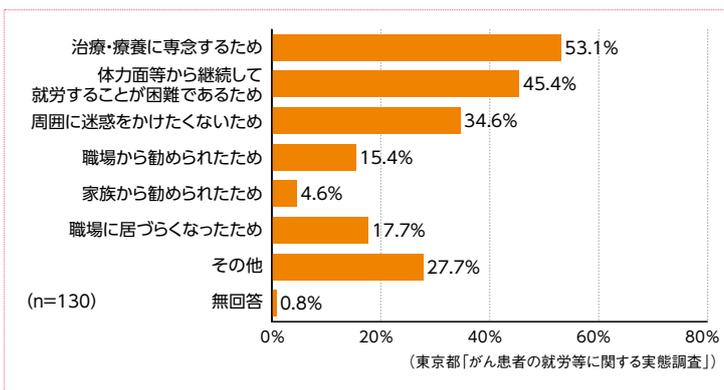
2003年、「がんの社会学」に関する合同研究班(主任研究者 山口建・静岡県立静岡がんセンター総長)は、7885人のがん体験者を対象として、「がん体験者の悩みや負担等に関する実態調査」として全国調査を実施した。また10年後の2013年、前回とほぼ同一内容で4054人を対象に第2次調査を行った。それによると、13年調査では診断時に雇用されていた約1600人のうち、34.6%が依願退職したり解雇されたりしたと回答、03年調査もほぼ同じ結果だった(資料3)。

東京都が行ったアンケート調査(がん患者の就労等に関する実態調査・平成26年5月)では、がん罹患後、退職した人の割合は21.3%だった。仕事を辞めた理由として最も多いのが「治療に専念するため」、次いで「体面から難しくなる」、「周囲に迷惑をかけたくない」という結果だった(資料4)。しかし「罹患したあと仕事が続けたい」という人が8割以上おり、多くの人は不本意ながら離職していることがうかがえる。

職場側の配慮があれば 就労は継続できる

それまで普通に働いていた人が、がんで入院加療後、退院した場合、多少の配慮があれば働けるのが通常である。

脳、神経などへの転移、がん種、合併症などによる多様性はがんの特性の一つであるが、概ねがん患者のADL（日常生活動作）は死亡の2カ月程度前から悪化するとされている。



資料4 退職の理由（複数回答）

る。それまでは、作業内容、作業環境など多様ではあるが、以下に挙げられるような職場のさまざまな配慮により働くことも可能と考える。

◆全般

●通院（特に化学療法）のための休日や疲労感軽減のための時差出勤、体調不良時に柔軟に対応できる勤務体制

●化学療法に伴う指先、足先の末梢神経障害による細かい作業の障害や歩行障害への配慮（屋外から屋内作業への転換など）

◆大腸がん・女性器のがん

●頻回のトイレが必要となるため、長時間の会議を避けるなどの配慮

◆乳がん

●術後の上肢のリンパ腫があれば、上肢を圧迫したり、胸元の開いた制服、手が汚染される作業などを避ける

◆大腸がん（人工肛門装着）

●ストーマ装具のパウチ交換や処置のためのトイレ、シャワー等の環境整備や使用時間帯の配慮
●公共交通機関の利用が困難な場合は、自家用車の利用を認める

そのほか、職場での相談先を明確にしておくことも重要だ。特に女性は、乳がんや女性器のがんについては、男性の上司に相談できないまま離職につながるケースもある。上司とは別に相談できる窓口があることが望ましい。

女性については、働く世代においては男性よりもがんの罹患率が多いことにも注意すべきだろう。乳がんや子宮頸がんなど女性特有のがんは好発年齢が若いため、20～50代前半までは、女性の罹患率は男性の2倍近い（資料1参照）。ちょうど育児や老親の介護を担う年代であり、そこに自身の治療が重なることになる。さらにがん罹患を理由に離婚されシングルマザーとなる事例も、患者会などでよく聞かれる。がん罹患により女性は、男性よりもいっそう困難な状況に置かれる可能性があることを踏まえ、配慮の仕方を考えてほしい。

また、これらの配慮を職場で受け入れてもらうには、がんという病気、その治療と副作用の理解を受け入れる職場風土の醸成が必要となる。

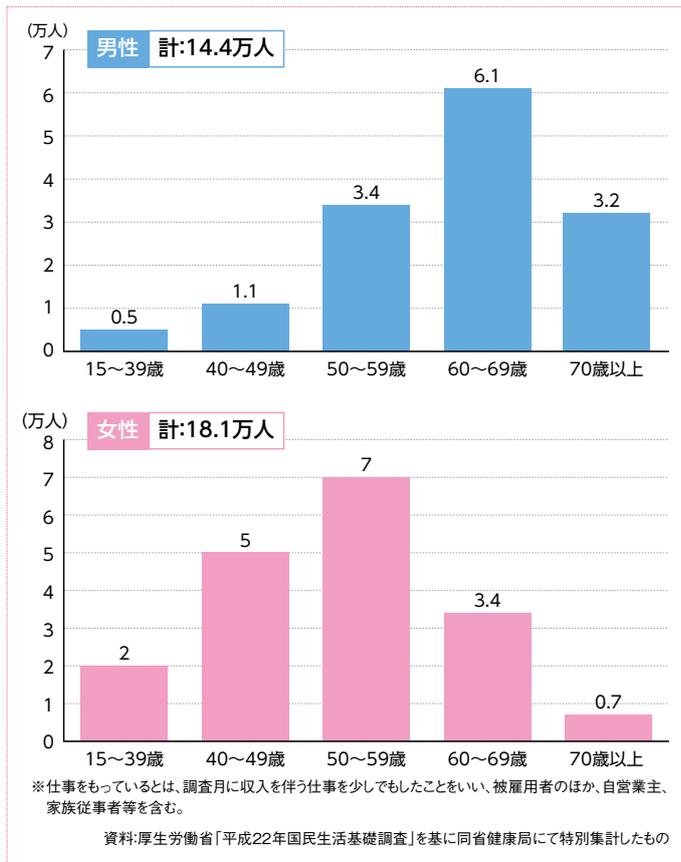
ぜひ参考にしたい 「合理的配慮義務」の考え方

がん患者に対し職場として配慮する場合、メンタルヘルス不調者への対応が参考になる。主治医と産業医、職場の三者の情報共有と連携、職場復帰の判定のあり方、再発した場合の対応など、すでに多くの職場で制度を整えており、治療と就労の両立の面でもっとも進んでいる分野といえる。なんらかの障害をもった職員が就労することで生じる安全配慮義務への対応という面でも参考になるだろう。

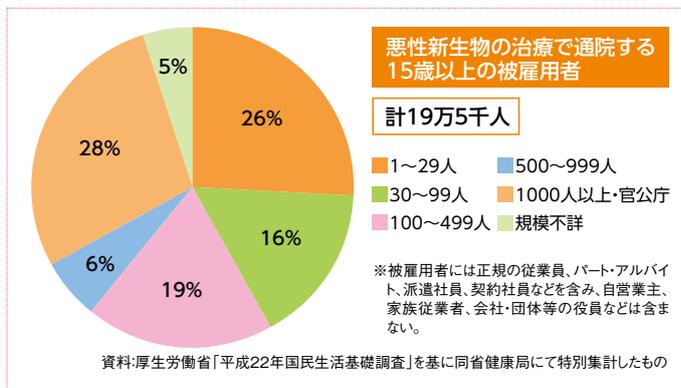
また、障害者差別解消法および改正障害者雇用促進法（いずれもこの4月1日に施行）における「合理的配慮義務」の考え方も、ぜひ参考にしてほしい。

合理的配慮義務とは、雇用の分野において障害者と障害者でない者との均等な機会・待遇の確保、または障害者の能力の有効な発揮に支障となつていふ事情を改善する義務のことと、雇用主に課せられている。

改正障害者雇用促進法の指針では、その具体例として、「視覚障害者に対し点字や音声などで採用試験



資料5 仕事をもちながら悪性新生物で通院している者



資料6 がん患者が働く職場の企業規模

を行うこと」「聴覚・言語障害者に対し筆談などで面接を行うこと」「肢体不自由者に対し机の高さを調整すること」「知的障害者に対し図などを活用した業務マニュアルを作成すること」などが挙げられている。

がん患者に対しても、このように一人ひとりの障害の内容・程度に応じたきめ細かな配慮が望まれる。またそれは脳卒中患者やメンタルヘルス不調者、糖尿病患者にも当然、言えることだ。

**本格化する
国を挙げての取り組み**

厚生労働省や東京都の調査から、現在、がんの治療のため、仕事を持ちながら通院している人は、32・5万人と推計され(資料5)、また、がん患者はあらゆる規模の職場で働いていると見られる(資料6)。

人口の高齢化と定年延長、医療技術のさらなる進歩などにより、今後「本来、働くことのできるがん患者」は増え続けると予想される。そ

して、あらゆる職場で、がん罹患する職員が増えてくるのは間違いない。たとえば東京都の推計では、50人規模の比較的小さな職場でも、今後10年間のうちに新たにがんになる従業員数は2・2人とされている。

こうした状況を背景に、ここ数年、国はがん治療と就労の両立支援に本格的に取り組み始めた。

平成24年に閣議決定した「がん対策推進基本計画」では、その重点課題として、「働く世代や小児へのがん対策の充実」が盛り込まれ、「が

ん患者の就労を含めた社会的な問題」が個別目標として設定された。27年12月には「がん対策加速化プラン」を発表。実施すべき具体策として「がんとの共生」を打ち出した(次ページ資料7)。ここでは、「がん診療連携拠点病院とハローワークが連携した就職支援」「産業保健総合支援センターによる医療機関や企業での相談対応の充実」、そして「企業向けガイドラインの策定」などが盛り込まれた。

これを受けて、去る2月23日には、厚生労働省から「事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン」が発表された。ガイドラインでは、がんのほか、心疾患、糖尿病など継続治療が必要な病気も対象にしている。

また、筆者の勤務する労災病院(労働者健康安全機構)でも、26年4月、「勤労者予防医療センター(部)」を、「治療就労両立支援センター(部)」へと改変し、治療と就労の両立支援に係る調査研究(両立支援モデル事業)を開始した。

現在、がん、糖尿病、脳卒中、メンタルヘルスの4分野について両立支援の事例を収集している。その結

果は、分析、評価等のうえ、今年度末を用途に「医療機関向け支援マニュアル」を作成する予定である。

就労率向上を第一の目標に置くべきではない

今後、労働力人口の減少がさらに進行する中、企業には、限られた人材を活用し生産性を高めることが求められている。公務職場においてもそれは同様だろう。企業の場合はそのゴールが利潤追求であり、公務職場では、効率的で質の高い住民サービスの提供という違いだけである。

このように治療と就労の両立支援は、患者個人の生きがいや経済的問題であると同時に、マクロ経済や社会システム全体にかかわる問題でもある。だからこそ国は両立支援の対策を強化し、経済界も関心を示している。「健康経営」や、「ダイバーシティ（人材の多様性の確保）」など、巷間流布しているキーワードも、同じ文脈にある。

それはそれで当然であるし、理解できる。ただ筆者は、がん患者（だけでなく、それ以外の疾患の患者も含め）の就労率向上を、第一の目標に置くべきではないと考える。

その理由として、就労継続、職場復帰を本当に望んでいるがん患者が、どのくらいいるのか、精査されていないということが挙げられる。

治療と就労に関するアンケート調査は、本稿で取り上げているもの以外でも、数多く行われている。しかし、アンケート調査は、設問の仕方や方法（対面かインターネット調査か等）によって、回答にバイアスがかかる可能性が高い。たとえば対面調査で「仕事を続けたいですか」と聞かれたとき、体面上、「いいえ」とはつきり言えない人もいるだろう。逆に、面と向かって誰かに話すという心理的負担がないインターネット調査では、復職か退職か選択肢を示されただけなのに、「退職を強要された」などと「話を盛る」おそれも否定できない。

こうした点を精査しないまま、「はじめに就労率向上ありき」だと、本当は就労継続を希望していない患者にまで介入することになる。それは何より患者本人にとって不幸なことであり、職場内の資源や医療資源も無駄に使われることになる。

そもそも、がん患者の就労率（復職率）は、現状以上に向上するのか、



資料7 がん対策加速化プラン(実施すべき具体策)

ということも考えるべきだろう。欧米でもその率は6〜7割程度にとどまっている。がん罹患に伴う心身両面の障害に対して、カウンセリング

やフィジカルトレーニング、さらには抗がん剤の副作用を軽減するため治療の緩和まで、あらゆる介入を行ってなお、復職率を有意に改善さ

せることは難しいことが、大規模な研究において示されている。

真に支援を必要とする人に効果的な介入をすること

それでは、何を目的に就労支援を行っていけば良いのか。

非常に難しいことだが、がん罹患者の、そもそもの仕事に対する姿勢や満足度を定量的に測定し、そのうえで就労継続への意欲を正確に調べることが、まず必要ではなからうか。本当に介入すべき対象者をセレクトし、彼ら、彼女らの仕事への満足度を高める方策を考えることが重要だろう。ちなみに筆者らは、「就労に対するポジティブな考え」と「働く能力」の尺度を術後1年以内に測定し、1年後の就労状況を調査したことがある。その結果、就労群においては、両方の尺度とも非就労群よりも良好であった。

真に支援を求めている人を見極め、そこに向けて効果的な介入を行い患者満足度を高めること——。これが結果的に就労率の向上、ひいては経済効果にもつながっていくと考える。

もっとも大事なものは患者と事業主の関係性

がんはスピリチュアルな経験をもたらしこともある。がんに罹患することにより、半数以上の人が精神的な格闘の結果、ポジティブな心理的変容を経験する。これは外傷後成長(posttraumatic growth)として知られている。そして時に患者本人だけでなく、周囲の人も「仕事をすることや生きる意味」を問い直す。そのことが、個人や組織に有形無形のさまざまな効果をもたらす。

職場環境整備を行う余力の少ない中小企業の経営者にとっては、「ダイバーシティ」も「健康経営」も、有体にいえば「きれいごと」である。しかし、ある検討会のヒアリングで、「がん患者を受け入れ、非常に感動した。職場の雰囲気も大きく変わった」と語ってくれた中小企業の経営者がいた。筆者の勤務する病院は、中小工場が集まる地区にあるのだが、がんになった従業員を雇い続け、亡くなるまで会社の寮に住まわせたという話も聞いたことがある。

がん患者の就労支援に当たっては、患者本人と家族、事業主、上司、

同僚、産業医、主治医、ハローワーク、社会保険労務士、またそれらをつなぐ医療コーディネーターと、実に多くの「登場人物」がいる。

しかし、結局のところ、もっとも重要なのは、患者と事業主の関係性なのである。それが良好ならば、患者の重症度や障害度は、就労継続にあたって大きな問題にはならない。中小企業ならば、目に見える取り組みが十分にできなくても、家族的な配慮でカバーできるはずだ。逆にさまざまな仕組みを整えた大企業では、本当にその仕組みが従業員のためになっているのか、形骸化してはいないか、注意すべきであろう。地方公共団体も規模はさまざまであり、同じことが言えると思う。

実例の積み重ねこそが定着につながるっていく

ガイドラインができ、さまざまな制度が整備されても、治療と就労の両立が広く定着するまでには、まだまだ時間がかかるだろう。1〜2年で状況が大きく変わるとは思わないが、筆者は悲観していない。

産前産後休暇や育児休暇は、今ではどの企業もごく自然なこととして

導入しているが、定着までに十数年かかったのではないか。その過程では、啓発活動や実例の積み重ねがあり、今日の状況に至った。

治療と就労の両立も同様である。がん患者を受け入れた職場では、労働損失の回避や生産性の向上といった実利だけでなく、患者本人および周囲の人々に「感動」体験がもたらされる。こうした実例が持つ訴求力は、「ダイバーシティ」や「健康経営」といったスローガンをはるかに凌駕する。それが徐々に積み重なって、いつしか、がん患者が職場にいることが、ごく普通の光景になるはずだ。

ポイントは実例の積み重ねである。そのなかで特に公務職場の方々には、率先して取り組み、民間企業に範を示していただきたい。

PROFILE

(独)労働者健康安全機構 東京労災病院
脳神経血管内治療科 部長
職場復帰・両立支援研究センター 両立支援部
第二両立支援部長

門山 茂 (かどやま しげる)

昭和60年日本医科大学卒業、東京労災病院、関東通信病院、北村山公立病院勤務を経て、平成17年東京労災病院脳神経外科副部長、20年健康診断部副部長(兼務)、24年脳神経血管内治療科部長/職場復帰・両立支援研究センターセンター長、26年4月より現職。