

外来化学療法を受けているがん患者の就労状況の違いによる ストレスとコーピング

塚久美子^{1) 2)}、岩脇陽子²⁾、越智幾世²⁾、滝下幸栄²⁾、河野留美³⁾、室田昌子²⁾

- 1) 社会医療法人愛仁会高槻病院
- 2) 京都府立医科大学大学院保健看護学研究科
- 3) 京都府立医科大学附属病院看護部

Vocation-based Analysis of Stress and Coping of Cancer Patients Undergoing Outpatient Chemotherapy

Kumiko Tsuka^{1) 2)}, Yoko Iwawaki²⁾, Kiyoko Ochi²⁾, Yukie Takishita²⁾, Rumi Kawano³⁾, Masako Murota²⁾

- 1) Takatsuki General Hospital
- 2) Graduate School of Nursing for Health Care Science, Kyoto Prefectural University of Medicine
- 3) Department of Nursing, Kyoto Prefectural University of Medicine Hospital

要約

本研究の目的は外来化学療法中のがん患者が抱くストレスとそのコーピングの就労状況による違いを明らかにすることである。研究方法はがんと診断されて3か月経過した外来化学療法を受けている20～64歳のがん患者116名を対象に質問紙調査を行った。有効回答が得られた110名（有効回答率：94%）を分析対象とした。がん患者の平均年齢±SDは54.8±7.6歳であり、男性42.7%、既婚者が80.0%、同居家族がいる患者は87.3%であった。現在就労中は49.1%であり、休職中は19.1%、未就労は31.8%であった。がん患者のストレスを示す気付き評価尺度（CCRS）の合計得点の平均値では、就労中30.39±7.30、休職中34.76±8.12、未就労34.94±10.31で有意差（ $p<0.05$ ）が認められた。多重比較では、未就労は就労中と比べて有意に高かった。CCRSの下位尺度では、日常生活の再構成の項目で休職中が就労中に比べて有意に（ $p<0.05$ ）高かった。下位尺度の自己存在では未就労が就労中に比べて有意に（ $p<0.01$ ）高かった。就労状況別のコーピングを示すがんに対する心理適応評価尺度（MAC）の下位尺度の絶望的な態度の項目では未就労が就労中に比べて有意に（ $p<0.01$ ）高かった。以上のことから、休職中のがん患者はストレスが高く、日常生活の再構成の難しさを感じており、未就労患者は自己存在を脅かされ、絶望的な態度に陥る可能性があることが明らかとなった。これら就労状況による違いを踏まえて、休職中の患者へは日常生活の再構築を手助けし、未就労者には一人で抱え込まないような支援の必要性が示唆された。

キーワード：がん患者、外来化学療法、就労支援、ストレス、コーピング

I. はじめに

我が国では2人に1人が、生涯のうちにがんを経験し、2018年には約37万人が、がんで死亡している¹⁾。がんの治療法は手術療法・化学療法・放射線療法の3大療法が確立し、それら治療法の進歩はがんの5年相対生存率を67.9%と上昇させている。なかでも化学療法は2002年に「外来化学療法加算」の導入²⁾や数多くの抗がん剤の開発、抗がん剤の副作用を軽減する支持療法も確立したことで、通院治療が可能となり、治療の場が入院から外来へと移行してきた。がん患者は

外来治療を受けながら、就労を継続することが可能となった。2014年には約32万5千人のがん患者が治療を受けながら、就労を継続している³⁾。20～64歳のがんの罹患者数は2002年の19万人から2012年は26万人に増加しており、全がん患者の約30%にあたるがん患者が就労可能年齢である⁴⁾。がんと診断されても治療と仕事は両立したいとする患者は多い。がん患者の4人に3人は、「今の仕事を続けたい」と希望する中⁵⁾、約30%が依願退職し、約4%が罹患を理由に解雇されている⁶⁾。経済的にはがんに罹患した患者の

70%が減収し、経済的な理由で10%の患者が治療を中断している⁷⁾。

これらの状況を鑑み、第2期がん対策推進基本計画ががん患者の治療と就労生活の両立を支援するため⁸⁾、がん診療連携拠点病院での就労に関する相談の実施、治療と職業生活に関するガイドラインの作成、ハローワークやがん診療連携拠点病院と連携した就職支援のモデル事業などが進められてきている。しかしながら、これらの取り組みを進めているがん診療連携拠点病院は少なく、充実した就労支援を提供するまでには至っていない⁹⁾。内閣府のがん対策についての世論調査¹⁰⁾によると、がんの治療のため2週間に1度の通院が必要でも就労継続が可能であると答えた割合は37.1%にとどまっている。また、がん治療と就労との両立を困難にしている最大の理由は、「両立が体力的に困難」「代わりに仕事する人がいない」「職場が休むのを許さない」であり、依然として治療を受けながら就労を継続することが難しい職場環境となっている¹¹⁾。このような働くがん患者の現状に対して医療者はがん患者の就労支援の重要性は理解しつつあるものの、臨床現場は多忙であり、医療者としてどのように支援したらいいのか戸惑っている¹²⁾。看護師は、がん患者の就職先の規模、雇用形態、職場環境はそれぞれ異なっていることから、個別的な就労支援について困難を抱えている¹³⁾。

がん患者の就労に関する先行研究によると、がん患者は病気や治療により役割が遂行できないため、見通しの立たない不確かな脅威に対する情動的な対処行動や、治療に関する情報収集や自己の役割を調整する問題中心の対処行動をとっている¹⁴⁾。がん患者の就労継続に必要な職場環境¹⁵⁾は、「職場の理解と配慮」「融通の利く仕事形態」であり、患者自身が職場に日常生活上で配慮してほしい点を伝えることで職場環境が好転し、勤労の意欲が高まるとされている¹⁶⁾。橋本らは¹⁷⁾、就労に関する研究は年々増えているが、実態調査が中心であり、現状を踏まえての就労継続に向けた具体的な介入研究の必要性を強調している。

外来化学療法を受けるがん患者は治療に伴う副作用をマネジメントするだけでなく、がんの再発・転移などの心理面の問題も抱えながら、生活者として治療と療養の生活を立て直しており、ストレスの高い状態に置かれている¹⁸⁾。そのため外来化学療法を受けている患者に対しては精神的な支援が重要である。乳がん患者は、いつ再発・転移するかわからない「生涯続く不確かさへの懸念」を常に感じている¹⁹⁾。抗がん剤の副

作用が高い消化器がん患者は、自己の存在を脅かす不安を感じている²⁰⁾。がん患者はがんと診断されてから、がんの進行・再発、治療効果の不確かさを常に意識しながら、がんと共に生きており、ストレスフルな状態である。外来化学療法中ながん患者が自己の価値と生活を取り戻し、がんと共によりよく生きていくには、いかにストレスを効果的にコーピングしていくかが重要である²¹⁾。がん患者が治療と就労を両立させるためにも、これらの不安やストレスの中で、がんに罹患した自分に向き合い対処していく必要がある²²⁾。

外来化学療法を受けている患者の就労継続上の困難²³⁾や、がん患者がどのように復職するのかその体験に焦点を当てた研究²⁴⁾はみられるが、外来化学療法を受けて就労を継続しているがん患者のストレスとそのコーピングに焦点を当てた研究は見当たらない。外来化学療法を受けているがん患者の抱くストレスとコーピングが就労状況による違いがあるのかがわかれば、がんと診断され外来化学療法を受けながら仕事を継続しているがん患者への支援の方向性を見出すことができる。

本研究の目的は、外来化学療法中のがん患者が抱くストレスとそのコーピングの就労の状況による違いを明らかにすることである。

II. 用語の定義

1. ストレス

神田ら²⁵⁾が開発した「化学療法を受けているがん患者の気がかり評定尺度」において気がかり得点が高い者は不安・ストレスが高く相関が明らかにされている。そのため本研究でのストレスの定義は、外来化学療法を受けているがん患者の抱える生活における気がかりとする。

2. コーピング

がん患者が抱えるストレスに対する対処の仕方とする。

III. 研究方法

1. 対象者

本研究の対象者は大学附属病院の外来化学療法センターでがん化学療法を受けているがん患者であり、がんと診断されて3か月を経過している患者を対象とした。なお、がん種、病期、再発の有無は問わないものとした。年齢は就労との関係から、20～64歳の患者を対象とし、意思疎通が可能であることを条件とした。

2. 調査期間

調査期間は、2017年11月～12月である。

3. 調査方法

調査方法は、自己記入式質問紙を外来化学療法センターの受診日の待ち時間に記載をお願いし、その場で回収した。

4. 調査項目

1) 基本属性

年齢、性別、婚姻状況、同居家族、教育歴、現在の世帯収入、病気前に比べての収入、就労の状況、家族や友人に相談

2) 治療状況

病気の診断部位（重複回答）、病気と診断されてからの年数、化学療法を始めてからの年数、通院回数、治療で出現した副作用（重複回答）、治療で出現する副作用の理解、副作用による日常生活への支障、看護師による副作用への対処説明、副作用の対処方法の理解、副作用の対処の実施、医師による治療計画の説明、今後の治療計画の理解、生活上の配慮点の周囲への伝達

3) 仕事を継続する理由と継続する上で重要なこと

職場に治療を伝えている、仕事を継続する理由（経済的な理由、社会での勤めを果たす、生きがいを見つける、自分の能力を発揮する）、仕事を継続する上で重要なこと（職場の病気に対する理解、出勤時間の融通が利く、家族の病気に対する理解、就労支援の相談窓口）

4) ストレス

神田ら²⁶⁾の「化学療法を受けているがん患者の気がかり評定尺度」(Cancer chemotherapy Concerns Rating Scale)を用いた。この尺度は神田らが、化学療法中の患者の気がかりを簡便に測定する目的で開発しており、がん患者の気がかりを4つの下位尺度「自己存在(6項目)」「病気の進行(3項目)」「日常生活の再構築(3項目)」「社会・経済の見通し(3項目)」の4件法(1:まったくあてはまらない、2:あまりあてはまらない、3:少しあてはまる、4:非常にあてはまる)により、測定でき、得点が高いほど、気がかりが強いと測定される。化学療法を受けているがん患者の気がかり評定尺度(以下CCRSとする)である。

5) コーピング

がんに対する心理適応評価尺度、「Mental Adjustment to Cancer Scale」の日本語版を用いた。この尺度は、がん患者に対するコーピングを簡便に測定するためにイギリスで開発され²⁷⁾、明智ら²⁸⁾が日

本語版として作成している。この尺度は、5つの下位尺度「前向きな態度 Fighting spirit (16項目)」、「絶望的な態度 Helplessness/Hopelessness (6項目)」、「予期的不安 Anxious preoccupation (9項目)」、「運命論的態度 Fatalism (8項目)」、「回避的態度 Avoidance (1項目)」から構成されている。Mental Adjustment to Cancer Scale 日本語版であるがんに対する心理適応評価尺度(以下MAC尺度)とする。

5. 分析方法

分析方法は記述統計を行った。CCRSおよびMAC尺度は正規性の検定により、正規分布していることを確認した。就労状況の就労中・休職中、未就労別にCCRSとMAC尺度の平均値の差を一元配置分散分析した。また、就労中と休職中、休職中と未就労、就労中と未就労のそれぞれの2群間の平均値の比較にはTukey HSDの多重比較を用いた。有意水準は5%とし、IBM SPSS Statistics Ver.22(日本IBM株式会社)を使用し、分析した。

6. 倫理的配慮

本研究は京都府立医科大学医学倫理審査委員会の承認(決定通知番号:ERB-E-362)を得てから実施した。研究の調査実施に際しては本調査の目的と方法、対象者の匿名性の確保、調査協力は任意であること、データは研究目的以外には使用しないことを対象者に書面を用いて説明を行い、文書にて同意を得た。

IV. 結果

本研究の対象条件を満たした116名の患者のうち、研究参加の同意が得られた113名から回答が得られ、そのうち有効回答が得られた110名(有効回答率:94%)を分析対象とした。

1. 対象者の属性(表1)

対象者の年齢は33～64歳であり、平均年齢±SDは54.8±7.6歳であった。性別では男性42.7%、女性57.3%であった。婚姻状況では既婚者が80.0%であり、同居家族がいる患者は87.3%であった。教育歴では大学・大学院37.5%であり、高校31.2%であった。現在の世帯収入では500万以上の世帯が41.6%、300万未満の世帯が31.7%であった。病気前に比べて収入が減った人は52.7%と半数以上を占めていた。現在就労中の人(以下就労中)は49.1%であり、休職中の人(以下休職中)は19.1%、未就労の人(以下未就労)は31.8%であった。病気については家族や友人に相談を「よくする・まあまあする」は71.8%であった。

表1 対象者の属性

		n=110	
項目		n	%
年齢	中央値 57.5 範囲 (33歳～64歳)		
性別	男性	47	42.7
	女性	63	57.3
婚姻状況	既婚	88	80.0
	未婚	22	20.0
同居家族	あり	96	87.3
	なし	14	12.7
教育歴 ¹⁾	大学院	5	4.5
	大学	36	33.0
	短大・専門学校	31	28.4
	高校	34	31.2
	中学	3	2.8
現在の世帯収入 ²⁾	300万未満	32	31.7
	500万未満	27	26.7
	500万以上	42	41.6
病気に比べての収入	減った	58	52.7
	変わらない	50	45.5
	増えた	2	1.8
就労の状況	就労中	54	49.1
	休職中	21	19.1
	未就労	35	31.8
家族や友人に相談	よくする	34	30.9
	まあまあする	45	40.9
	あまりしない	26	23.6
	全くしない	5	4.5

1) 欠損値があり、n = 109 である

2) 欠損値があり、n = 101 である

2. 治療状況 (表2)

病気の診断部位は、重複回答で乳腺 32.7%、大腸 15.5%、肺 11.8%、血液 10.9%などの順であった。病気が診断されてから2年以上経過している人は46.4%と最も多く、3～6か月未満が21.8%であった。化学療法を開始してからの期間は40.9%が3～6か月未満で、1年以上は50.0%であった。治療のための通院回数は1か月に2回の人 が53.6%であり、1か月に1回が22.7%であった。

治療で出現した副作用で50%を超える症状は、脱毛 66.4%、全身倦怠感 60.9%、手足のしびれ 54.5%、便秘 50.9%、食欲不振 50.0%の順に多かった。治療で出現する副作用の症状については、94.5%が「よく・まあまあ知っている」と回答していた。副作用による日常生活への支障では、61.8%が「とても・まあまあある」としていた。看護師から副作用への対処の説明

があったかでは、91.8%が「とても・まあまあある」と回答していた。副作用の対処方法の理解では86.3%が「よく・まあまあ知っている」と回答し、副作用の対処の実施では、89.1%が「よく・まあまあできている」と答えていた。医師からの治療計画の説明は、96.3%が「とても・まあまああった」とし、今後の治療計画は84.6%の患者が「とても・まあまあ知っている」と回答していた。化学療法中での生活上の配慮点を周囲に伝えているかでは、65.5%が「とても・まあまあ伝えている」と回答していた。

3. 仕事を継続する理由と重要なこと (表3)

就労状況で、就労中 (n=54)、休職中 (n=21) の75名に仕事を継続する理由と仕事を継続する上で重要なことについて回答を求めた。職場に治療について伝えているかでは、75名中67名の89.3%が職場に伝えていた。

表2 治療状況

		n=110	
項目		n	%
病気の診断部位（重複回答）	乳腺	36	32.7
	大腸	17	15.5
	肺	13	11.8
	血液	12	10.9
	胃	10	9.1
	肝臓	9	8.2
	子宮	7	6.4
	膵臓	7	6.4
	頭頸部	6	5.5
	卵巣	3	2.7
	食道	1	0.9
	その他	13	11.8
病気と診断されてからの年数	3～6か月未満	24	21.8
	6か月～1年未満	17	15.5
	1～2年未満	18	16.4
	2年以上	51	46.4
化学療法を始めてからの年数	3～6か月未満	45	40.9
	6か月～1年未満	10	9.1
	1～2年未満	25	22.7
	2年以上	30	27.3
通院回数	2か月に1回	4	3.6
	1か月に1回	25	22.7
	1か月に2回	59	53.6
	1か月に3～6回	22	20.1
治療で出現した副作用（重複回答）	脱毛	73	66.4
	全身倦怠感	69	60.9
	手足のしびれ	60	54.5
	便秘	56	50.9
	食欲不振	55	50.0
	爪の障害	44	40.0
	皮膚障害	42	38.2
	嘔気	37	33.6
	その他	16	14.5
治療で出現する副作用の理解	よく知っている	37	33.6
	まあまあ知っている	67	60.9
	あまり知らない	6	5.5
	全く知らない	0	0.0
副作用による日常生活への支障	とてもある	19	17.3
	まあまあある	49	44.5
	あまりない	26	23.6
	全くない	16	14.5
看護師による副作用への対処説明	とてもある	44	40.0
	まあまあある	57	51.8
	あまりない	7	6.4
	全くない	1	0.9
副作用の対処方法の理解	とても知っている	16	14.5
	まあまあ知っている	79	71.8
	あまり知らない	15	13.6
	全く知らない	0	0.0
副作用の対処の実施	できている	18	16.4
	まあまあできている	81	72.7
	あまりできていない	13	10.0
	全くできていない	1	0.9
医師からの治療計画の説明	とてもあった	59	53.6
	まあまああった	47	42.7
	あまりなかった	4	3.6
	全くなかった	0	0.0
今後の治療計画の理解	とても知っている	34	30.9
	まあまあ知っている	58	53.7
	あまり知らない	14	12.7
	全く知らない	4	3.6
生活上の配慮点の周囲への伝達	とても伝えている	18	16.4
	まあまあ伝えている	54	49.1
	あまり伝えていない	32	29.1
	全く伝えていない	6	5.5

表3 仕事を継続する理由と重要なこと

		n=75	
項目		n	%
職場に治療を伝えている	とても	37	49.3
	まあまあ	30	40.0
	あまり	6	8.0
	全く	2	2.7
仕事を継続する理由			
経済的な理由	とても	41	54.7
	まあまあ	22	29.3
	あまり	10	13.3
	全く	2	2.7
社会での務めを果たす	とても	22	29.3
	まあまあ	34	45.3
	あまり	13	17.3
	全く	6	8.0
生きがいを見つける	とても	23	30.7
	まあまあ	37	49.3
	あまり	14	18.7
	全く	1	1.3
自分の能力を発揮する	とても	19	25.3
	まあまあ	33	45.3
	あまり	18	24.0
	全く	4	5.3
仕事を継続する上で重要なこと			
職場の病気に対する理解	とても	45	61.3
	まあまあ	21	26.7
	あまり	7	9.3
	全く	2	2.7
出勤時間の融通がきく	とても	46	61.3
	まあまあ	22	29.3
	あまり	3	4.0
	全く	4	5.3
家族の病気に対する理解	とても	58	77.3
	まあまあ	14	18.7
	あまり	3	4.0
	全く	0	0.0
就労支援の相談窓口	とても	15	20.0
	まあまあ	27	36.0
	あまり	24	32.0
	全く	9	12.0

治療を受けながら仕事を継続する理由では、「とても・まあまあ」の割合が、経済的な理由 84.0%、社会での一員としての務めを果たす 74.6%、仕事に生きがいを見つける 80.0%、自分の能力を発揮する 70.6%であった。

仕事を継続する上で重要なことでは、「とても・まあまあ」の割合が、職場の病気に対する理解 88.0%、

職場の出勤時間に融通がきく 90.6%、家族の病気に対する理解 96.0%、就労支援の相談 56.0%であった。

4. 化学療法を受けているがん患者の気がかり評定尺度 (CCRS) の平均値 (表4)

CCRS 合計得点は 15 ~ 53 点に分布し、平均値 ± 標準偏差は 32.67 ± 8.73 であった。下位尺度の平均値 ± 標準偏差は、「病気の進行」 8.63 ± 2.23、「日常生活の

表4 化学療法を受けているがん患者の気がかり評定尺度 (CCRS) の平均値

n = 110		
下位尺度	平均値	標準偏差
病気の進行	8.63	2.23
常に病気の事を考えてしまう	2.81	0.94
再発・転移への不安がある	3.15	0.95
化学療法による気力・体力の低下がある	2.66	0.89
日常生活の再構成	5.48	2.04
自分自身で身の回りのことができない	1.48	0.68
自分の生活のリズムが作れない	1.79	0.85
仕事(家業・学業)が思うようにできていない	2.21	0.99
自己存在	11.09	3.96
病状が心配で自分自身で生活を制限してしまう	2.13	0.94
家族の心配から生活が制限される	1.79	0.81
社会から疎外された感じがする	1.86	0.89
自分らしさが保てない	1.94	0.94
何かにすがりたい	1.74	0.89
人間関係が失われた感じがする	1.64	0.81
社会・経済の見通し	7.47	2.46
化学療法を継続していく中で、家族の行く末を案じている	2.46	1.04
化学療法を継続していく中で、自分の役割を案じている	2.32	0.96
化学療法を継続していく中で、経済面の行く末を案じている	2.69	1.07
CCRS	32.67	8.73

再構成」 5.48 ± 2.04 、「自己存在」 11.09 ± 3.96 、「社会・経済の見通し」 7.47 ± 2.46 であった。

項目別で平均値の高い項目は、「再発・転移への不安がある」 3.15 ± 0.95 、「常に病気の事を考えてしまう」 2.81 ± 0.94 、「化学療法を継続していく中で、経済面の行く末を案じている」 2.69 ± 1.07 、「化学療法による気力・体力の低下がある」 2.66 ± 0.89 、「化学療法を継続していく中で、家族の行く末を案じている」 2.46 ± 1.04 であった。

5. がんに対する心理適応評価尺度日本語版 (Mental Adjustment to Cancer Scale : MAC) の平均値 (表5)

MAC 得点は 69 ~ 131 点に分布し、平均値 \pm 標準偏差は 91.87 ± 11.52 であった。下位尺度の平均値 \pm 標準偏差では、「前向きな態度」 43.27 ± 7.93 、「絶望的な態度」 8.27 ± 2.82 、「予期的不安」 20.83 ± 5.02 、「運命論的態度」 17.54 ± 4.03 、「回避的態度」 1.49 ± 0.83 であった。

6. 就労状況別の CCRS と下位尺度 (表6)

CCRS の合計得点の平均値では、就労中 30.39 ± 7.30 、休職中 34.76 ± 8.12 、未就労 34.94 ± 10.31 で有意差 ($p=0.025$) を認めた。多重比較では、未就労は就労中

と比べて有意に高かった。CCRS の下位尺度では、「日常生活の再構成」が就労中 5.00 ± 1.96 、休職中 6.33 ± 2.29 、未就労 5.71 ± 1.86 で有意差 ($p=0.027$) を認められた。多重比較では、休職中が就労中に比べて高かった。下位尺度の自己存在では就労中 9.81 ± 3.01 、休職中 12.05 ± 4.07 、未就労 12.49 ± 4.62 で有意差 ($p=0.003$) があり、未就労が就労中に比べて高かった。

7. 就労状況別の MAC と下位尺度 (表7)

MAC の下位尺度の「絶望的な態度」では、就労中 8.09 ± 2.03 、休職中 9.00 ± 2.88 、未就労 9.69 ± 3.55 と有意差 ($p=0.003$) が認められた。多重比較では、未就労が就労中に比べて有意に高かった。

V. 考察

1. 対象者の特徴と治療概要

本研究の対象者の年代は中年期が多かった。家庭では子供の養育、社会においては次世代を育成していく責任を担う時期である。本研究の対象者は、既婚者が多く、同居する家族がいる人は9割近かった。家族や友人に相談をするが7割であった。本研究のがん患者は家庭内の役割を果たしながら、治療を受けていた。

表5 がんに対する心理適応評価尺度日本語版 (MAC) の平均値

n = 110

下位尺度	平均値	標準偏差
前向きな態度	43.27	7.93
前向きな態度が健康に良いと思う	3.53	0.74
病気についてよくよ考えない	3.09	0.90
自分は良くなると信じている	2.88	1.03
がんになってから、人生の尊さに気づき、人生をこれから築いていこうと思う	2.54	1.02
自分の心の持ち方で健康を大きく左右することができる	2.35	1.01
いつもの生活を送ろうとしている	2.97	0.86
全て心から追い出そうと決めている	1.50	0.76
病気についてユーモアのセンスを持つよう努力する	2.40	1.02
みんな私のことを私以上に心配してくれている	2.97	0.87
容態の悪い人のことを案じる	2.85	1.01
何でも前向きにやろうと思う	3.27	0.81
病気について考える暇がないように忙しくしている	1.53	0.77
この病気は自分を試す機会だと思う	2.01	1.05
自分の恵まれている点を考えるようにしている	2.81	0.96
病気を克服しようと思う	3.24	0.99
絶望的な態度	8.27	2.82
自分で自分を励ますことができない	1.46	0.66
人生は絶望的だ	1.27	0.57
自分では何もできない	1.52	0.73
将来にあまり希望が持てない	1.83	0.84
諦めたい気分である	1.37	0.66
どうしたらよいのか途方に暮れている	1.32	0.66
予期的不安	20.83	5.02
食生活を変えるなど、健康に良いと思うことをしている	2.64	0.91
健康に問題があるので先の予定が立てにくい	2.37	0.99
運動など健康に良いと思うことをしている	2.43	0.98
がんの再発または悪化が気掛かりだ	3.05	0.99
同じ病気の人と連絡をとりたい	1.85	0.92
これが自分に起こったこととは信じ難い	1.77	0.94
非常に不安だ	2.22	1.00
がんについて何でも知りたい	2.70	0.97
病気になったことが腹立たしい	1.81	1.01
運命論的態度	17.54	4.03
自分では何も変えられない	1.72	0.90
全て主治医に任せている	3.07	0.94
自分自身を運命に任せている	2.63	1.05
自分の人生に満足しており、あとは余生だ	2.01	1.03
今はその日その日を過ごしている	2.43	0.95
自分ではどうしようもない	2.09	1.04
病気についてこれ以上何も見つけないように避けている	1.30	0.64
病気は宿命だと思う	2.25	1.12
回避的態度	1.49	0.83
実際がんになったとは思わない	1.49	0.83
MAC	91.87	11.52

表 6 就労状況別の CCRS と下位尺度

CCRS・下位尺度		n (%)	平均値 ± SD		F 値	p 値
CCRS	就労中	54 (49.1)	30.39 ± 7.30	a	3.819	0.025
	休職中	21 (19.1)	34.76 ± 8.12			
	未就労	35 (31.8)	34.94 ± 10.31	b		
病気の進行	就労中	54 (49.1)	8.46 ± 2.14		0.379	0.685
	休職中	21 (19.1)	8.62 ± 2.09			
	未就労	35 (31.8)	8.89 ± 2.46			
日常生活の再構成	就労中	54 (49.1)	5.00 ± 1.96	a	3.726	0.027
	休職中	21 (19.1)	6.33 ± 2.29	b		
	未就労	35 (31.8)	5.71 ± 1.86			
自己存在	就労中	54 (49.1)	9.81 ± 3.01	a	6.097	0.003
	休職中	21 (19.1)	12.05 ± 4.07			
	未就労	35 (31.8)	12.49 ± 4.62	b		
社会・経済の見通し	就労中	54 (49.1)	7.11 ± 2.06		1.156	0.319
	休職中	21 (19.1)	7.76 ± 2.41			
	未就労	35 (31.8)	7.86 ± 3.00			

一元配置分散分析

a, b は Tukey HSD の多重比較で有意差を表す

表 7 就労状況別の MAC と下位尺度

MAC・下位尺度		n	%	平均値 ± SD		F 値	p 値
MAC	就労中	54 (49.1)	54 (49.1)	90.50 ± 11.28		0.785	0.459
	休職中	21 (19.1)	21 (19.1)	92.67 ± 12.65			
	未就労	35 (31.8)	35 (31.8)	93.51 ± 11.24			
前向きな態度	就労中	54 (49.1)	54 (49.1)	42.90 ± 7.74		0.243	0.785
	休職中	21 (19.1)	21 (19.1)	44.33 ± 8.56			
	未就労	35 (31.8)	35 (31.8)	43.20 ± 7.99			
予期的不安	就労中	54 (49.1)	54 (49.1)	20.40 ± 4.65		0.734	0.483
	休職中	21 (19.1)	21 (19.1)	20.52 ± 3.76			
	未就労	35 (31.8)	35 (31.8)	21.68 ± 6.15			
絶望的な態度	就労中	54 (49.1)	54 (49.1)	8.09 ± 2.03	a	3.630	0.003
	休職中	21 (19.1)	21 (19.1)	9.00 ± 2.88			
	未就労	35 (31.8)	35 (31.8)	9.69 ± 3.55	b		
運命論的態度	就労中	54 (49.1)	54 (49.1)	17.53 ± 4.18		0.008	0.992
	休職中	21 (19.1)	21 (19.1)	17.52 ± 4.69			
	未就労	35 (31.8)	35 (31.8)	17.43 ± 3.48			
回避的態度	就労中	54 (49.1)	54 (49.1)	1.56 ± 0.82		0.812	0.447
	休職中	21 (19.1)	21 (19.1)	1.28 ± 0.78			
	未就労	35 (31.8)	35 (31.8)	1.51 ± 0.89			

一元配置分散分析

a, b は Tukey HSD の多重比較で有意差を表す

経済的には、年収 500 万以上の人が 4 割であり、53% が病気前に比べて収入が減ったとしていた。定期的に収入がある 20 ～ 69 歳のがん患者の 68% は収入を減少させている²⁹⁾と言われており、それに比べて収入が減った人は少ない傾向であった。

本研究の対象者のがんの罹患部位は、乳がんと消化器がんが多かった。2016 年の全がん患者のがん罹患部位は大腸が最も多く、40 歳以上の男性においては消化器系のがんの罹患が 5 ～ 6 割以上を占め、女性では乳がんや卵巣がん・子宮がんなどの女性特有のが

んの罹患が約7割を占めている³⁰⁾。

抗がん剤による副作用が日常生活や社会・家庭における役割遂行に影響しない程度にコントロールされることで、患者のQOLが向上する³¹⁾との報告がある。本調査における化学療法の副作用では、脱毛、全身倦怠感、手足のしびれ、便秘、食欲不振を半数以上が訴えていた。そして日常生活に支障をきたす副作用を6割の患者が経験し、看護師から副作用の対処の説明を受けていた。2020年の診療報酬改定では外来化学療法を受けるがん患者への栄養面の支援を重視して栄養指導の算定要件を拡充している³²⁾。食事摂取に支障のある患者には栄養士と連携して栄養面の支援をしていくことが必要である

今回、外来化学療法を受けながら就労を継続している患者は約半数であり、休職中を含めると68%であった。治療を受けながら仕事を継続する理由は、経済的なことおよび仕事に生きがいを見つける8割、社会の一員としての努めを果たすと自分の能力を発揮するが7割であった。先行調査においても³³⁾、就労を継続する理由として、お金を得るためとする経済的な理由や、社会の一員としての務めを果たす、生きがいを見つけるなどの報告と同様の結果であった。外来化学療法を受けるがん患者の就労継続を可能にする要因³⁴⁾として、同僚・家族や医療従事者からの支援を実感する人とのつながりが重要であるとされている。本対象者も仕事を継続する上で重要なこととして、職場の病気に対する理解や職場の出勤時間に融通がきくこと、家族の病気に対する理解の必要性を挙げていた。佐藤ら³⁵⁾は、職場に公表することで働きやすい職場になるとしていることから、職場環境は重要である。

がんと診断された患者は診断直後から3か月未満の間に約3割の人が離職している³⁶⁾。がんと診断後に離職した患者の再就職率は12.4%³⁷⁾であることから、一旦離職すると就職は困難な状況にある。坂本は³⁸⁾、がん診断直後の治療に対する情報不足によって、患者が退職を決断する現状があることから、医療従事者は診断初期からの就労継続への支援の必要性を述べている。患者のがん診断直後の就労状況や経済的な背景や就労に対するニーズを把握し、治療による副作用の影響が勤務時間や職務内容にどのような支障をきたすのか、患者とともに整理することが大切である。橋爪は³⁹⁾、患者のセルフマネジメントを評価し、肯定的なフィードバックを行い、自己肯定感を高めるような支援が必要であると述べている。患者が治療と就労に関する生活を具体的に思い描けるように治療に必要な来

院回数、治療時間、治療の副作用の出現時期や対処の方法について看護師は十分に説明していくことが大切である。そうすることで、患者は見通しをたてることができ、職場に対して自身の配慮してほしい事柄や就労における要望を説明することに繋がる。

2. 外来化学療法を受けるがん患者のストレスとコーピング

就労中・休職中・未就労の就労状況別のストレスとコーピングについて述べていく。CCRSの合計得点の平均値では、未就労の患者は就労中の患者に比べて平均値が高かった。先行研究⁴⁰⁾⁴¹⁾においても、未就労の人は就労している人に比べて気がかりが高い。化学療法を受けて就労を継続するには体調に合わせて仕事量や治療計画の調整を行い、治療による有害事象の管理を就労者自身が行わなくてはならない⁴²⁾。CCRSの下位尺度「日常生活の再構成」の項目では、休職中の患者は就労中の患者に比べて気がかりが高かった。休職者は社会での役割や責任が果たせるのかの戸惑いや、治療と仕事の両立への自信の不足、復職後の生活に不安を抱いている⁴³⁾。堀井ら⁴⁴⁾は、患者が復職時に医療従事者に求める支援について、病気の見通しを教えてほしいという要望が大半を占めていることを報告している。復職後の生活に不安を抱いている休職者には患者の就労のしかたや就労に対する気がかりについて情報収集していくことが重要である。その上で、患者の病態予測に基づいた治療による身体への影響や起こりうる副作用症状、対処方法について丁寧に説明していく。その際には、患者の生活場面だけではなく、就労場面におけるセルフケアの視点に焦点を当てながら、患者の就労状況にあわせた助言が重要である。医療従事者には、患者の就労に関する知識の不足が指摘されている⁴⁵⁾。山崎は⁴⁶⁾、看護師が化学療法を受けるがん患者の就労と治療の両立を目指した生活をイメージできていないことに加え、一貫した就労支援の仕組みがないことが課題であるとしている。第3期がん対策推進基本計画⁴⁷⁾においても、がん患者が治療状況と生活環境における勤務状況など、復職について相談できる相談支援体制の充実を提言している。外来化学療法を受ける患者の就労継続には、休暇・休業制度や傷病手当金制度などの就労に関する情報を患者自らが得られるように医療ソーシャルワーカーなどの人的資源とがん相談支援センターなどとの連携も重要である。多職種が連携して、多方面から患者が治療を受けながら就労継続できるようにサポートする体制が必

要である。CCRS の下位尺度「自己存在」では、未就労の患者が就労中の患者に比べて気がかりが高かった。就労者は社会につながりを持ち、社会における責任を果たすことで自己の存在意義を認識し働くという生きることの充実につながっている⁴⁸⁾。本研究の未就労者は社会とのつながりが希薄になることで自己の存在意義を低下させていることが推測できた。

次に就労状況別の MAC の下位尺度「絶望的な態度」では、未就労の患者が就労中の患者に比べて高かった。絶望的な態度とは、がんに対して無力や絶望的な姿勢を示し、社会での役割の喪失、治療からの有害事象により家庭での役割が困難になることで、自己の存在感が低下し「絶望的な態度」で心理を適応させている⁴⁹⁾ことである。今回の未就労者も、自己の存在を肯定的に受け止められず、病気に対して「絶望的な態度」になっていることが考えられる。「絶望的な態度」は抑うつとの関連があり⁵⁰⁾、「絶望的な態度」の状態が続けば抑うつ状態に移行する可能性もあることから抑うつを未然に防ぐ支援が必要である。岡本らは⁵¹⁾、病気や治療に関する情報を提供した認知的支援と患者の気がかりや今まで行ってきた危機回避行動について言語化を促す情緒的支援を行うことで、「絶望的な態度」が低くなることを報告している。患者が現在の自分をどのように受け止めているのか、患者が抱く気がかりや思いを傾聴し、患者が求める情報を適切に提供していくことが求められる。

このように就労状況別のストレスでは、未就労患者が就労中の患者に比べてストレスが高い傾向がみられた。休職中の患者は就労中の患者に比べて日常生活の再構成が難しく、未就労の患者は就労中の患者に比べて自己存在が脅かされている。また、就労状況別のコーピングでは、未就労の患者が就労中の患者に比べて絶望的な態度に陥る可能性が高いことがわかった。

3. 外来化学療法を受けている患者の支援の方向性

外来化学療法を受けている休職中のがん患者はストレスが高く、日常生活の再構成の難しさを感じており、未就労患者は自己存在を脅かされ、絶望的な態度に陥る可能性がある。これらを踏まえた就労状況にあわせた支援の必要性が求められる。

就労中の患者に対しては、治療と仕事を両立する生活が継続できるように支援していく。抗がん剤の副作用にがん患者が自分で対処しながら体調を管理できるようにすることが重要である。看護師は、がん患者が就労上で配慮してほしい事柄を職場に伝える力を修得

してもらえるように支えていく。

休職中の患者は治療と仕事の両立における生活の再編に気がかりを抱きながら復職のタイミングについて戸惑いを持っている。そのためには、がん患者が治療による病態予測や今後出現する副作用を患者が具体的にイメージできるように情報提供を行い、医師とも相談しながら、復職のタイミングを逃さない調整ができるように支えていく。

現在、仕事をしていない未就労の患者は社会的な関係が希薄になりやすく、孤立しやすい傾向にある。そのため、未就労の患者は自己の存在に肯定的な感情を抱きにくく、病気を絶望的に受け止めがちとなる。このような状況下にある患者にとって医療従事者からの支援は患者の自己の存在を肯定的に捉えなおし、絶望的な態度を低下させることに繋がる。看護師はがん患者が一人で引きこもらないように家族との関係やサポートの状況を把握しながら、家族と連携しながら支援していく。

このように、就労している患者には治療と仕事を両立できるように助言し、休職中の患者へは日常生活の再構築を手助けし、未就労の患者には一人で抱え込まないようにするなど就労の状況に合わせた支援の必要性が示唆された。

VI. 研究の限界と今後の課題

本研究は外来化学療法を受けているがん患者のストレスとコーピングに焦点をあて、就労状況の違いから検討した。しかし就労中・休職中・未就労の3群間における対象者の偏りをみておらず結果に偏りが生じている可能性がある。

また本研究は1施設のみ調査であり、またサンプルサイズが比較的小さいことが研究の限界である。今後は、働く世代の年齢が上昇している現状を踏まえて、対象者の年齢層の幅を広げ、多施設での調査を行い、外来化学療法を受けて就労を継続しているがん患者の看護の方向性を具体的に示していく必要がある。

VII. 結論

外来化学療法を受けているがん患者のストレスとコーピングを就労状況で検討した結果、以下のことが明らかになった。

1. 就労状況別のストレスでは、未就労が就労中に比べてストレスが高い傾向がみられた。下位尺度では、休職中が就労中に比べて日常生活の再構成が高く、未就労が就労中に比べて自己存在が高かつ

た。

2. 就労状況別のコーピングでは、下位尺度の絶望的な態度で未就労が就労中に比べて高かった。

以上から、休職中のがん患者はストレスが高く、日常生活の再構成の難しさを感じており、未就労患者は自己存在を脅かされ、絶望的な態度に陥る可能性があることが明らかとなった。これらを踏まえ、休職中の患者へは日常生活の再構築を手助けし、未就労者には一人で抱え込まないような支援の必要性が示唆された。

謝辞

本研究においてご協力をいただきました研究参加者の皆様に心から感謝申し上げます。お忙しい中、研究のご支援を下さいました医師の金沢元洪先生、石川剛先生、看護師の皆様にも心から感謝申し上げます。また、研究に際してご助言を賜りました山中龍也教授にお礼申し上げます。

なお、本研究の一部は第58回日本癌治療学会学術集会において発表した。

引用文献

- 1) 国立がん研究センター情報サービス：がんの統計 '19 https://ganjoho.jp/public/qa_links/report/statistics/2019_jp.html (閲覧日 2021年9月6日)
- 2) 公益財団法人：(旧版) 外来がん化学療法看護ガイドライン 2009年版 1 抗がん剤の血管外漏出の予防・早期発見・対処, <https://minds.jcqhc.or.jp/> (閲覧日 2021年9月6日)
- 3) 厚生労働省健康局がん・疾病対策課 (2016)：がん患者の置かれている状況と就労支援の現状について, https://ganjoho.jp/data/med_pro/liaison_council/bukai/data/shiryo8/20161208_03-2_1.pdf (閲覧日 2021年9月6日)
- 4) 厚生労働省 (2018)：がん対策推進基本計画 <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000196975.pdf> (閲覧日 2021年9月6日)
- 5) 桜井なおみ, 市川和男, 後藤悌他 (2009)：がん患者の就労・雇用支援に関する提言-病とともに歩む人が自分らしく生きていくために, 社会事業研究, 48 : 177-187.
- 6) 静岡県立静岡がんセンター (2013)：がんと向き合った4,054人の声 (がん体験者の悩みや負担等に

関する実態調査報告書, <https://www.scchr.jp/book/houkokusho/2013taikenkoe.html> (閲覧日 2021年9月6日)

- 7) 厚生労働省 (2015)：がん対策加速化プラン 平成27年12月, <http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000107766.pdf> (閲覧日 2021年9月6日)
- 8) 厚生労働省 (2012)：がん対策推進基本計画. http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/gan_keikaku02.pdf (閲覧日 2021年9月6日)
- 9) 前掲4)
- 10) 内閣府 (2019)：がん対策・たばこ対策に関する世論調査, <https://survey.gov-online.go.jp/r01/r01-gantaisaku/2-1.html> (閲覧日 2021年9月6日)
- 11) 前掲10)
- 12) 高橋都, 平岡晃, 古屋佑子他 (2017)：がん治療スタッフ向け治療と職業生活の両立支援ガイドブック, 厚生労働省科学研究費補助金がん対策推進総合研究事業, 厚生労働省.
- 13) 山崎恭子 (2019)：A 病院にて外来化学療法を担当する看護師が捉えているがん患者への就労支援, 日本職業・災害医学会会誌, 67 : 480-486.
- 14) 田中登美, 田中京子 (2012)：初めて化学療法を受ける就労がん患者の役割遂行上の困難と対処, 日本がん看護学会誌, 26 (2) : 62-75.
- 15) 和田さくら, 稲吉光子 (2013)：外来化学療法を受ける男性消化器サバイバーの就労継続の様相, 日本がん看護学会誌, 27 (2) : 37-46.
- 16) 堀井直子, 小林美代子, 鈴木由子 (2009)：外来化学療法を受けているがん患者の復職に関する体験, 日本がん看護学会誌, 27 (3) : 77-84.
- 17) 橋本理恵子, 今井芳枝 (2019)：がん患者の就労状況に関する文献検討, The Journal of Nursing Investigation, 17 (1) : 1-9.
- 18) 林千春, 国府浩子 (2010)：化学療法を受けるがん患者に対する看護の実践状況と関連要因, 日本がん看護学会誌, 24 (3) : 33-44.
- 19) 砂賀道子, 二渡玉江 (2013)：がんサバイバーシップにおける回復期にある乳がんサバイバーのがんと共に生きるプロセス, THE KITAKANTO MEDICAL JOURNAL, 63 (4) : 345-355.
- 20) 井澤久美子, 木場紗智子, 長郷慧理加 (2015)：化学療法を受ける消化器がん患者の気かきの特徴, 日本看護学会論文集, 慢性期看護, 45 : 27-30.

- 21) 上田伊佐子, 雄西智恵美 (2011): 乳がん体験者の心理適応とコーピングに影響を与える要因, 日本がん看護学会誌, 25 (1): 46-53.
- 22) 前掲 21)
- 23) 前掲 15)
- 24) 山脇京子, 藤田倫子 (2006): 胃がん手術体験者の職場復帰に伴うストレスとコーピング, 日本がん看護学会誌, 20 (1): 11-18.
- 25) 神田清子, 石田順子, 石田和子他 (2007): 外来化学療法を受けているがん患者の気付き評定尺度の開発と信頼性・妥当性の検討, 日本がん看護学会, 21 (1): 3-13.
- 26) 前掲 25)
- 27) Watson, M., Greer, S., Young, J. et al. (1998): Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: the MAC scale. *Psychol Med*, 18: 203-209.
- 28) 明智龍男, 久賀谷亮, 岡村仁他 (1997): Mental Adjustment to Cancer (MAC) scale 日本語版の信頼性・妥当性の検討, *精神科治療学*, 12 (9): 1065-1071.
- 29) 前掲 7)
- 30) 前掲 1)
- 31) 三井綾子, 山内栄子, 陶山啓子 (2009): 外来化学療法を受けている患者のQOLに影響を及ぼす要因, 日本がん看護学会誌, 23 (2): 13-22.
- 32) 厚生労働省: 令和2年度診療報酬改定の概要. <https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000691038.pdf> (閲覧日 2021年9月6日)
- 33) 前掲 5)
- 34) 橋爪可織, 岩永和, 井上真由子他 (2018): 外来化学療法を受けるがん患者の就労継続を可能にする要因, *保健学研究*, 31: 25-32.
- 35) 前掲 12)
- 36) 前掲 6)
- 37) 厚生労働省がん臨床研究事業「働くがん患者と家族に向けた包括的就業支援システムの構築に関する研究」班 (2012): 「治療と就労の両立に関するアンケート調査」結果報告書, 厚生労働省がん臨床研究事業.
- 38) 坂本はと恵, 高橋都 (2017): がん治療を受けながら働く人々が抱える問題とその支援, *日本労働研究雑誌*, 682.
- 39) 前掲 34)
- 40) 田村幸子, 新谷恵子, 佐々木榮子他 (2014): 外来化学療法を受けている慢性期がんサバイバーが抱える問題および Quality of Life との関連, *看護実践学会誌*, 26 (1): 73-81.
- 41) 前掲 20)
- 42) 前掲 12)
- 43) 前掲 14)
- 44) 前掲 16)
- 45) 鈴木久美 (2015): *がん看護実践ガイド 女性性を支えるがん看護*, 第1版, 170, 東京, 医学書院.
- 46) 前掲 13)
- 47) 前掲 4)
- 48) 前掲 15)
- 49) 前掲 21)
- 50) 清水研, 中谷直樹, 中谷久美他 (2014): 肺がん患者に合併する抑うつ危険因子 大規模データベースを用いた身体・心理・社会的要因の包括的検討, *総合病院精神学*, 26 (1): 58-68.
- 51) 岡本愛, 森本美智子 (2015): 非小細胞肺がんで病期 III 期以上と診断され初回治療 (化学療法・放射線治療) を受ける患者に対する心理的な看護介入の効果, 日本がん看護学会誌, 29 (2): 33-42.