

市 民 公 開 講 座

女性のがん

について知りたい



日本赤十字社 大阪赤十字病院
Japanese Red Cross Society

<http://www.osaka-med.jrc.or.jp>

目次

演題 1. 子宮頸癌・子宮体癌・卵巣がん

大阪赤十字病院 産婦人科 主任部長 野々垣 多加史

I. 子宮頸癌・子宮体癌・卵巣がんに関する解剖学	3
II. 治療法と副作用・後遺症	5
III. 子宮頸癌・子宮体癌・卵巣がん各論	8

演題 2. サブタイプ (性質) によって異なる乳がんの治療方針

大阪赤十字病院 乳腺外科 主任部長 露木 茂

はじめに	12
I. 乳がんは5つの性質 (サブタイプ) に分かれる	12
II. サブタイプによって異なる治療方針	12
III. サブタイプと再発リスク	13
IV. サブタイプと化学療法の効果	13
V. 再発治療薬の進歩	14
VI. 再発後の生存期間を延長する新規薬剤	15
VII. 新しいターゲット治療薬の登場	15
VIII. 遺伝性乳がん卵巣がん症候群 (HBOC) とは?	16
最後に	17

演題 3. がん治療と仕事の両立支援

医療ソーシャルワーカー 岩村 将大

はじめに	19
I. がん治療と仕事の両立支援をめぐる状況	19
II. 国の動きと政策や取り組み	23
III. 仕事と治療を両立する上でのポイント	26
おわりに	29

演題 1.

子宮頸癌・子宮体癌・卵巣がん

大阪赤十字病院 産婦人科 主任部長

野々垣 多加史 (ののがき たかふみ)



◎プロフィール

専門は産婦人科全般。

昭和 59 年京都大学医学部卒業。

同附属病院産婦人科で研修後、

国立京都病院、市立長浜病院、

天理よろず相談所病院などを経て、

平成 7 年京都大学医学博士取得。

平成 9 年国立姫路病院婦人科医長、

平成 13 年高松赤十字病院第一産婦人科部長、

平成 26 年より現職。

母体保護法指定医、日本産婦人科学会指導医、

日本周産期・新生児学会暫定指導医、

日本女性医学学会女性ヘルスケア暫定指導医

I. 子宮頸癌・子宮体癌・卵巣がんに関する解剖学

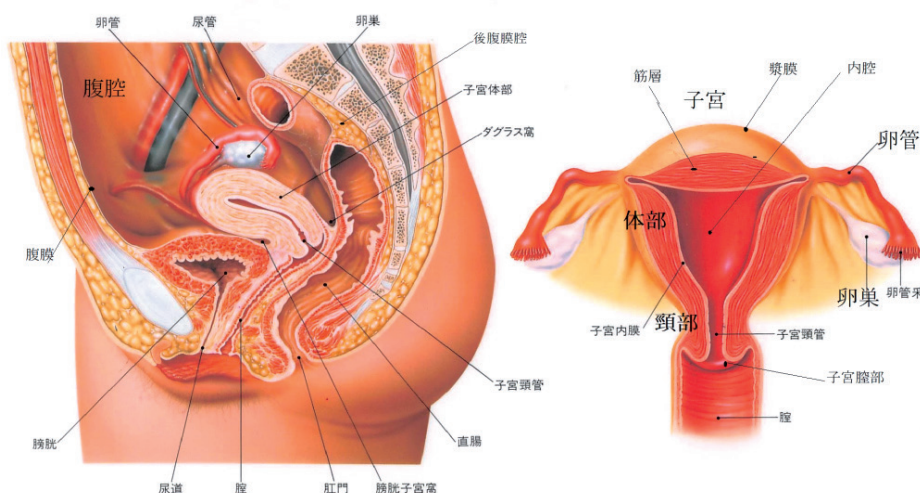


図 1

1) 腹腔と骨盤腔

腹腔とは内臓が入っているおなかの空洞のことです。腹膜で内張りされています。それより背側の領域を後腹膜（腔）といいます。骨盤腔とは腹腔の一番下の部分で、骨盤の骨に囲まれ、直腸、子宮、卵巣卵管、膀胱がある空間を指します。

2) 子宮

子宮は膣の奥から腹腔内に伸びて突き出している、鶏卵大で正面から見ると‘洋梨型’と形容される形の臓器です。子供を宿し育てるところです。人を逆立ちさせたイメージから、腹腔につきだす上2/3の赤ちゃんを宿すところを子宮体部といい、宿る空洞（内腔）は子宮内膜で内張りされ、壁は筋肉でできています（筋層）。体部の外側は腹膜（漿膜）でおおわれています。妊娠中は蓋になっていて分娩時に開いて産道の一部となる下1/3を子宮頸部と言います。癌については、頸部と体部ではできる種類、原因、進展の仕方、治療の方針などが全然違いますので子宮体癌と子宮頸癌は完全に別の病気として扱います。頸部は腹腔の外、すなわち後腹膜腔に埋まって、一番下は膣に出ています。頸部の両横にはそれぞれ骨盤壁から後腹膜の中を帯状の組織が伸びてきていて頸部で子宮を支えており、それを基靭帯と呼んでいます。

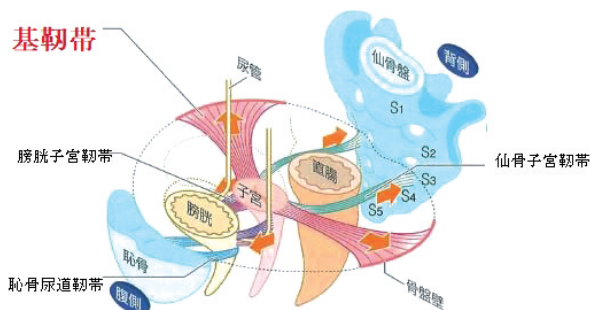


図 2

基靭帯には子宮からのメインの血管（子宮動静脈）やリンパ管などが入っているので、子宮頸癌はそれに沿って進むことが、膣に進むこととともによくある進行の経路です。したがって進んだ子宮頸癌に対する手術ではここを掘り出して骨盤壁に向かって大きくとることが大事です。

頸部のうち膣内に飛び出しているところを子宮膣部とも呼びます。

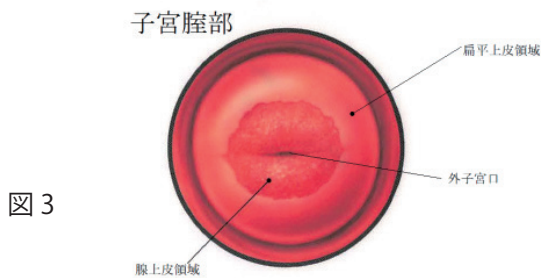


図 3

腔鏡をかけて診察すると、真ん中に内腔に続く外子宮口があり、周りは腔から続くつるつるした扁平上皮から子宮の奥に続くざらざらの腺上皮に移行するところ（扁平円柱上皮境界部＝SCJ）が見えます。頸癌はほとんどがこの移行帯から発生します。

3) 卵巣・卵管

卵管は、左右あり、それぞれ子宮の上端あたりの左右について腹腔内を10cmほど走り、内腔は先端で腹腔内に開口しています。卵巣からでた卵を子宮に運ぶ臓器です。卵管の内張りは腺上皮です。先端部は卵を拾い上げやすいように漏斗型に広がり、開口部はイソギンチャクのようになっています。ここを卵管采といいます。そのそばには親指大ぐらいの卵巣が子宮からと骨盤壁からくる靭帯（それぞれ卵巣固有靭帯、卵巣堤索／別名 骨盤漏斗靭帯という）とで支えられてぶら下がるように存在しています。卵巣は腹腔内に露出しているので、ここにがんができると、まず腹腔内に飛び散って転移すること（播種）が特徴的です。卵巣・卵管は子宮の付属物のように見えるので、まとめて「(子宮) 付属器」とも呼んでいます。

卵巣は卵をつくる臓器であるとともに、女性ホルモンをつくる臓器でもあります。このためいろいろな種類の細胞があるので、さまざまな種類の腫瘍ができます。

4) 脈管支配

背骨の横を縦に走る腹部大動脈は臍あたりの高さで左右の総腸骨動脈に分かれた後、それぞれ下肢に行く外腸骨動脈と主に骨盤内臓器を栄養する内腸骨動脈に分かれ、後者から出てくる子宮動脈が頸部と体部の境目辺りで子宮に来ます。

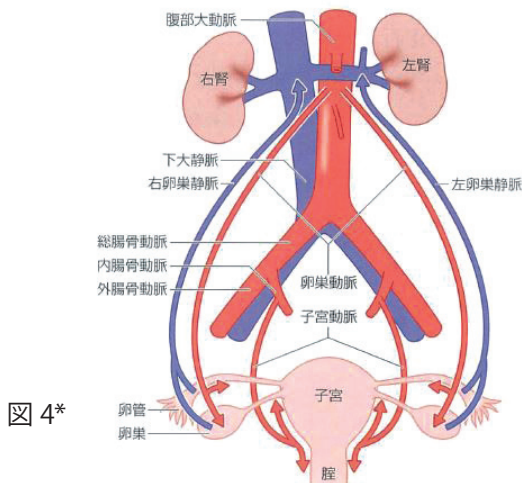


図 4*

これが主な血流ですが、卵巣方面から固有靭帯を経て体部にも血流は来ています。卵巣へは大動脈から直接分れた卵巣動脈が行きます。枝は卵管も栄養します。卵巣静脈は大静脈が背骨より右側にあるので、右は大静脈に、左は腎静脈に合流します。リンパ液の流れもおおよそそれに沿いますから、卵巣と子宮体部では、すぐ周囲のリンパ節（所属リンパ節）の上限がここまでとなります。

5) 子宮周囲の臓器

子宮の前には膀胱、後ろには直腸があります。子宮頸部とはすぐ接してはいますが、基本的に血管などのつながりはありませんので、子宮頸癌がそちらに進展するのはよほど進行してからが普通です。子宮頸部の横には尿を腎臓から膀胱に運ぶ尿管が、子宮動脈の下を基靭帯のところを貫くように走行しており、子宮頸癌が基靭帯に進んで（浸潤）来ると巻き込まれることがしばしばあります。

また子宮頸部の周囲には、膀胱や直腸に行く自律神経も走っています。排尿・排便に抑制的に働く交感神経である下腹神経と、促進的に働く副交感神経の骨盤神経です。

6) 大網

胃の下側からエプロン状に深く垂れ下がっている網状の組織で、腹腔内の炎症部位などに寄ってきて覆って炎症の広がりを防いだりしますが、腹腔内に散らばる(播種)がん細胞もよくそこにくる(転移)ので、転移があればそこをとり、また肉眼的に見えなくても顕微鏡的に転移がないかを調べるために手術の時には一部をとることも多いです。

II. 治療法と副作用・後遺症

1. 手術と後遺症

子宮頸癌、子宮体癌、卵巣がんの手術は、種類と進行期により子宮、付属器、リンパ節、大網をどの組み合わせで切除するかということになります。それぞれに行う手術とその後遺症について述べます。

1) 子宮頸部円錐切除術

子宮頸部をSCJの周囲で円錐状にくりぬく手術です。妊娠する率がやや低下するとか流産率が上がるともいわれますが、大きな後遺症はありません。当院では手術前後各1日含め3日入院です。基本的には退院後すぐに日常生活できます。

2) 単純子宮全摘出術

子宮筋腫など良性疾患にも頻用される手術です。腹腔内の子宮を支える靭帯を切り、基靭帯は子宮頸部の付着部ぎりぎりまで切断し、腔から切り離して子宮を摘出します。月経はなくなりますが、特に生活に障る後遺症はありません。開腹で行う時は、創は恥骨直上から臍の下ないしは大きくて臍のすぐ上ぐらいまでで、1時間半ぐらいかかります。手術後1週間ぐらいの入院で、退院後2-3週間ぐらいで普通通りに動けるようになります。おなかに創のつかない腔式や、腹腔鏡下で行えば、小さな創ですむので、術後数日で退院も可能です。

3) 広汎子宮全摘出術

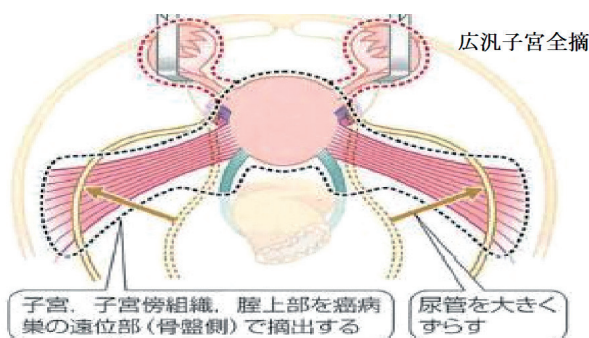


図 7*



図 5*

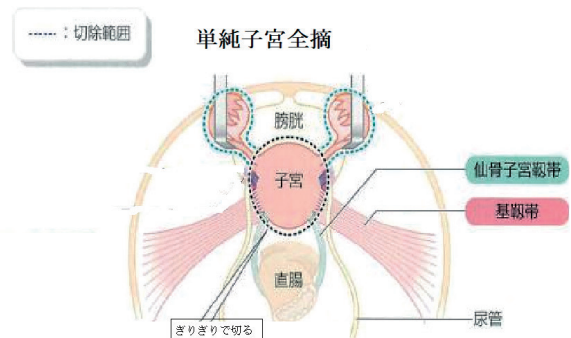


図 6*

子宮頸癌の時に進展しやすい基靭帯を広くとるため行なう術式で、5~6時間を要します。子宮の周りを広くとるので周囲の自律神経を傷つけざるを得ないです。特に基靭帯の裏面を走る骨盤神経は基靭帯を十分にとるためにほぼ切ります。その際尿意がなくなったり、排尿がしにくくなるという症状が出ます。それに

対して良く効くといえる薬はなく、たいていはしばらく練習すると尿意がわからなくても排尿できるようになりますが、どうしても改善せず自己導尿になることもあります。また、便秘になりやすく、生涯下剤が必要な方も多いです。その他、癌が最初に転移しやすいリンパ節（所属リンパ節）である骨盤リンパ節の郭清を同時に行うのでそれによる後遺症もあります（後で述べます）。このように広汎子宮全摘出術は単純子宮全摘に比べて後遺症が全く異なります。

創は通常後述する骨盤リンパ節郭清も行うので、恥骨直上から臍高かやや上までぐらいです。近頃は腹腔鏡で行う病院もあります。入院期間は、尿の出方が落ち着くまでとなるので、術後2-3週間が多いです。

単純子宮全摘出術よりは基靭帯を少し広く、しかし神経障害がでる広汎子宮全摘術ほどではない中間的なとり方をする手術を準広汎子宮全摘術といいます。

4) 附属器切除術

がんの手術をする際には、卵巣、卵管をまとめてとる事も多くあります（附属器切除）。卵巣癌の場合普通は子宮全摘出とともに両側とりますが、がんが明らかに片側卵巣だけで妊孕性温存希望の時は片側だけにすることがあります。卵管は卵を運ぶだけの管ですのでとることの後遺症はありません。卵巣は女性ホルモンを出していますので両側ともとると、ホルモンが減った症状（卵巣欠落症状）つまり更年期の症状が出て来ます。ほてり、動悸、イライラ、気分が沈むなどです。ただ、更年期がひとそれぞれなように、欠落症状も個人差があります。対策は自律神経を調整する薬などですが、足りなくなったホルモンを補うこともあります（ホルモン補充療法 HRT）。また女性ホルモンが減ると骨が弱くなるおそれがあり（骨粗鬆症）、骨量を増やす薬を考えます。更年期が終わった人には欠落症状は関係ありません。たいていは子宮摘出と同時にしない、また附属器切除を子宮全摘に加えても手術の大きさ（侵襲）は変わりませんので、入院期間などは子宮摘出の方法で決まります。

5) 後腹膜リンパ節郭清

がんは できている臓器からリンパの流れによっても広がっていくので その可能性のある時は経路にあるリンパ節を郭清します。骨盤臓器からの血管やおおよそそれに沿うリンパ管は後腹膜腔にあるので、後腹膜リンパ節郭清と呼んでいます。骨盤内を総腸骨の高さまで行う骨盤リンパ節郭清と、その上を腎静脈の下まで行う大動脈周囲リンパ節郭清（傍大動脈リンパ節郭清）とに分けています。下肢の方からくる外腸骨血管の周囲のリンパ節もとるので、流れが悪くなるため下肢にたまってリンパ浮腫となったり、下肢から流れたリンパ液が骨盤内まで来て流れる管がないのでそこにたまったりします（リンパ嚢胞）。これらが出現する時期はさまざま、手術後何年も経ってから出ることもあります。そこに感染を起こすと熱や痛みが強く入院が必要になることもあります。ひどくなると次第に固く、太いまま（象皮）となり、膝を曲げにくかったり、歩行しにくくなることがあります。長い立ち仕事などリンパが流れにくくなるようなことを無理にしないなどできる限りの予防も必要ですが、症状が出始めたら 弾性ストッキングを着用したり、下肢挙上を心掛けたり、マッサージをしたりします。また感染のきっかけとなる、皮膚の傷をつきにくくするようにスキンケアをすることも大切です。近頃は専門の外来もできてきています。通常子宮全摘出とともに行う手術で入院期間もほぼそれと変わりません。傍大動脈郭清を行う場合は、創がみぞおち近くまで長めになります。腹腔鏡で行う施設もありますが、婦人科がんに対する腹腔鏡での傍大動脈リンパ節郭清は、まだ保険診療では認められていません。

6) 大網切除

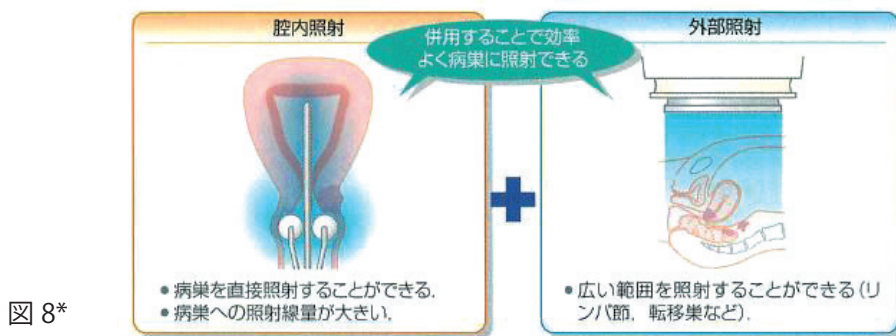
婦人科では他の手術に大網切除を加えることがあります。通常は転移のところをとるか、転移の有無の検査目的ですので部分切除となります。これに加えても入院日数が延びることもなく、また日常困るような後遺症などありません。

2. 放射線治療

特に扁平上皮癌には良く効きます。日本では進行した子宮頸癌によく用います。外国では初期でもよく用いられます。

子宮頸癌だと、外部照射（体の外から放射線を照射）を週5回で25回程度とそれに並行して腔内照射（子宮と膣に器具を入れてそこに遠隔操作で放射線を出す線源を入れるRALS（ラルス）という方法が普通）を組み合わせます。放射線治療と抗がん剤治療を並行して行うのを同時化学放射線療法（CCRT）と呼んでいます。外照射は 頸癌、体癌の術後補助治療や手術のできない体癌にも用います。

放射線治療は1か月半ほどかかり、その間は入院が多いですが、通院で受ける人もいます。ただ毎日のことであり、治療では全身倦怠などもあり、治療の間仕事をするというのは難しいでしょう。



治療中の急性期有害事象としては吐き気（放射線宿酔）や全身倦怠がありますが、抗がん剤などよりは軽いです。またどうしても子宮の周囲の臓器にも放射線が当たりますので、腸炎（下痢）、膀胱炎、皮膚炎（特に下方へ延長した照射野を設定した場合の会陰部）、骨髄抑制（白血球減少症）などが起こります。また治療が終わって半年以上たってからの晩期有害事象として、出血が大きな問題となりうる放射線直腸炎、放射線膀胱炎、小腸障害（腸閉塞時には穿孔）、皮下組織線維化・浮腫（下腹部）、下肢浮腫、膣粘膜の癒着などがあります。さらに閉経前の方だと卵巣機能の廃絶に伴う欠落症状も起こります。最近では、できるだけがんのところだけにあてるようなIMRT（強度変調放射線治療）などの工夫はされていますが副作用を完全になくすことはできません。

なお放射線治療の入院は婦人科で担当し、治療自体は放射線（治療）科の先生にしてもらうのが一般的です。

3. 薬物療法

薬はがんがすでに他の場所や全身に広がっていたり、その可能性のある時にも使えます。単独で行うこともあります。手術後や放射線治療と同時（CCRT）に組みあわせることが多いです。また、局所の病変を小さくして、もともとは手術ができないものをできるようにする術前化学療法（NAC）もあります。薬は、その作用の仕方などによって、いろいろな種類に分類されます。従来の「抗がん

剤」または「化学療法剤」とは、がん細胞の増殖を妨げたり、細胞が成長するのに必要な物質を作らせない、あるいは過剰に産生させてがん細胞の死滅を促す「細胞障害製剤」のことをいう場合が多いです。この他に、ある特徴を持ったがん細胞を攻撃する「分子標的薬」が21世紀になって急激に発達し、婦人科領域でも使われ始めています。

化学療法剤にはいろいろあり、程度の差はありますが、いずれでもよく出る副作用には 吐き気、脱毛、骨髄抑制（白血球減少）等があります。吐き気は、20年ぐらい前によく吐き気止めができてからはほとんど感じない方も多いです。婦人科の対象は女性ですから、特に脱毛はつらく外出もためられることにもなりがちです。頭皮冷却などの対策も考えられていますが完全な対策はありません。しかし最近ウィッグを上手に利用されて外見には全然わからない方も多いと思います。白血球は減少してもそれ自体に自覚症状はありませんが、感染に対する抵抗力が落ちるので、医師から感染予防のため人混みは避けるようになど日常生活の制限を言われることもあります。また感染を起こして熱が出ると抗生剤投与が必要で、通常は入院となります。白血球がひどく減って重症感染を起こすと命にかかわることもあります。今は白血球を増やす注射もあります。ただこれらの副作用は、手術や放射線治療とは違い、治療後にはまた髪もはえ、後に残る事柄はほとんどありません。婦人科がんの薬物療法は今のところは婦人科で行うのが普通です。

抗がん剤にはいろいろありますが、卵巣のがんで多い上皮性卵巣癌の場合や、子宮体癌でもよく使うTC療法について少し詳しく述べておきます。

パクリタキセル（商品名Taxol）とカルボプラチン（Carboplatin）の併用療法です。3～4週間ごとに6回ぐらい行います。副作用としては、一般的な吐き気、白血球減少もありますがタキソールは脱毛の症状が出る方が多いです。またタキソールは他の抗がん剤と異なる点として、筋肉痛や関節痛、手足のしびれがあります。しびれはずっと残ってしまうことがあります。ショックになるほどの過敏反応が起こり易い初回と2回目ぐらいは、医療スタッフの目がより届きやすい入院で行うことが多いですが、それ以降は外来で受ける方が多いです。投与して1週間ぐらいは、痛みや全身倦怠、食欲不振などの症状が出て後2～3週間は普通に仕事などもできます。

Ⅲ. 子宮頸癌・子宮体癌・卵巣がん各論

1) 子宮頸癌

子宮頸癌（単に頸癌とよく略します）は 子宮の頸部にできる癌です。頸癌は組織学的には大きく扁平上皮癌と腺癌に分けられます。

頸癌の原因はほとんどがHPV（ヒトパピローマウイルス）の感染とされています。扁平上皮癌には異形成またはCINと呼ばれる前癌状態があり、それが高度さらに上皮内癌（まとめてCIN3）になるとほぼ非可逆で治療が必要です。間質浸潤して頸癌になると、浸潤の浅い方からIA期、IB期、進んでも頸部内ならIB期です。頸部を越えるとII期で、腔に進むとIIA期、その下部までくるとIIIA期です。またリンパにのって基靭帯に進むとIIB期、それが骨盤壁に達するとIIIBとします。解剖のところで述べたように、そばにあってもつながりがなくて進みにくい方向の直腸や膀胱に浸潤（IVA期）するのは離れたところまで進むIVB期とともに一番進んだIV期になります。図9は1例でIIIA期の模式図です。

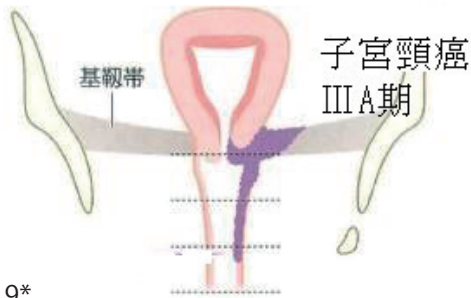


図9*

治療はCIN3では円錐切除、まだ転移しないIA期は単純子宮全摘が普通で、やや卵巣に転移しやすいとされる腺癌では付属器切除を併施するので欠落症状がでますが、他には大きな後遺症はありません。IA2期では準広汎子宮全摘が多く、骨盤リンパ節郭清もすることがあります。IB—II期は日本では広汎子宮全摘術となり、一転して後遺症に悩まされることが多くなります。さらに補助的に外照射を

追加することもあります。手術せずに放射線治療という選択肢もあります。III期、IVA期はRALS併用の放射線治療が主でCCRTが普通です。治れば社会生活も可能です。IVBは全身治療として化学療法も考慮されますが、残念ながら頸癌が抗がん剤だけでよく効くのはまれで、治る可能性は2割以下で完全な社会復帰は考えにくいです。

2) 子宮体癌

子宮体癌(単に体癌とよく略します)は、子宮内膜にできるので子宮内膜癌ともいわれます。子宮内膜の表面は腺上皮ですので、できる癌は腺癌がほとんどです。遺伝的な要素がかかわるもの(Lynch症候群など)があるといわれます。

子宮内膜癌は、体部にとどまるのがI期で転移することは少ない筋層1/2未満の浸潤をIA期、それを越えるとIB期、頸部に進み頸癌のIB期に対応するのがII期、頸癌のII期に対応するのがIII B期です。体癌IVA期は頸癌と同様です。また筋層を進んで漿膜面まで至るのがIII A期です。こうなると次には腹腔内に播種することになるので、これを遠隔転移とともにIVB期とします。また頸癌と異なり所属リンパ節の転移でIII C期とします。解剖のところでも述べたように、子宮体部からは卵巣固有靭帯から卵巣提索を経て大動脈へとつながるので、かなり離れても傍大動脈リンパ節までが所属リンパ節になります。

治療は、まず手術で、IA期は単純子宮全摘出と癌と女性ホルモンが関係している可能性があることから両側付属器切除術も併施します。頸部に浸潤したものは、それに対応する子宮頸癌の進行期の治療と同じです。またIB期以上(また一部のIA期)の手術では 後腹膜リンパ節郭清も行うことが多いです。子宮頸癌と違って病院ごとにどのような手術をするかの違いがみられます。

腺癌なので、放射線治療を積極的にすることは少ないです。詳細は省きますがI、II期で手術でとり切れても、摘出標本の諸因子によって再発リスクが低・中・高と定められ、高リスク(時には中リスク)の場合には追加治療を行います。日本では化学療法を選択することが多いです。方法は近頃はTC療法がされることも多いようです。体癌治療の後遺症は前に述べたそれぞれの手術のものになります。

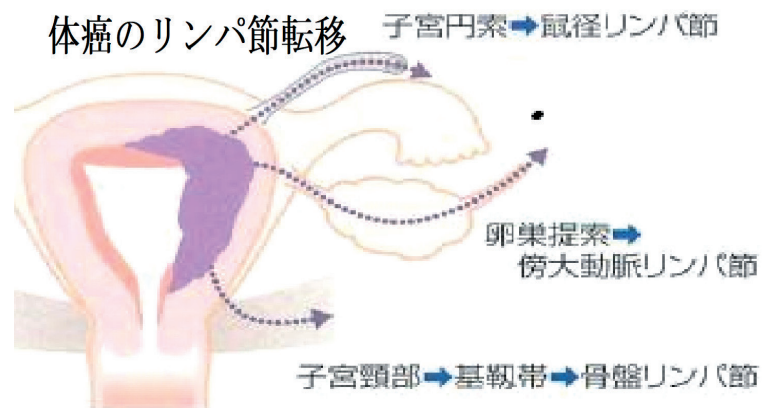


図10*

3) 卵巣がん

卵巣からはさまざまな腫瘍ができます。大きく上皮性腫瘍、胚細胞性腫瘍、性索間質系腫瘍に分けられます。上皮性腫瘍だけでも漿液性、粘液性、類内膜性、明細胞性などがあり、それぞれに良性、悪性（つまり癌）がある上に、またそれらの中間的な境界悪性という分類が設けられています。いろいろ種類があるだけにその原因もさまざまであろうといわれていますが、BRCAと言われる遺伝子の変異との関係が言われているものもあります。

そのような一部の卵巣癌（漿液性癌）では実は卵管采に最初にできているのが卵巣にも及んで、卵巣由来とされたり、また腹腔内播種が腹膜原発癌とされたりしているものがあるようです。そこで近頃は卵管癌、腹膜原発癌は卵巣がんと一緒に取り扱うようになってきました。卵巣がんは、図11にイメージを示した播種を考慮した進行期になっており、卵巣だけにあればI期で、実際骨盤腔

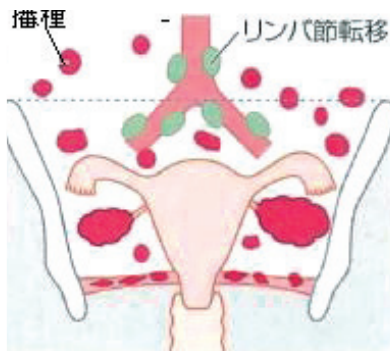


図 11*

に進展・播種があればII期、さらに骨盤腔から外の腹腔か、所属リンパ節に転移があればIII期、それを越えればIV期となります。腫瘍の種類ごとに治療は異なりますが、ここでは上皮性の癌について述べます。

まず手術が原則です。単純子宮全摘出、両側付属器切除術、大網切除術をし、また腹腔内の播種もとる、腸が巻きこまれていれば、時に消化器外科の先生の援助で腸管切除もしてできるだけ取り残しをなくすことを目指します（PDS）。残存が少ないほどその後の抗がん剤の効果が高いからです。

IAIB期以外はとり切れたように見えても癌細胞は残っている可能性が高いので抗がん剤治療を追加します。TC療法が多いです。腹腔内病変がとり切れた時には後腹膜リンパ節にも転移していないか調べるためにもとることもあります。しかし実際には卵巣癌は腹腔内に広がってから発見されることが多く、癌がかなり残ってしまう場合や、時には検査用にわずかの組織をとるだけで終了（試験開腹）せざるを得ないことも多いです。卵巣癌は抗がん剤が有効なことが多く、このような場合抗がん剤をしてから再手術（IDS）することもあります。これら一連の治療をすると半年ぐらいはかかります。また卵巣癌は治療でいったん癌が消えても1-2年のうちに再発することも多いです。その場合最初使ったTC療法をもう一度行ったり、効かなくなれば抗がん剤を変えたりして、病院に通い続けるということもよくあります。抗がん剤が効かなければ残念ながらもう積極的な治療はあきらめることとなります。このように社会生活よりもまず闘病となることも多いです。

*のついている図は株式会社メディックメディア発行『病気が見える VOL9』より改変して引用しています

演題 2.

サブタイプ（性質）によって異なる乳がんの治療方針

大阪赤十字病院 乳腺外科 主任部長

露木 茂（つゆき しげる）



◎プロフィール

乳癌に対する手術、薬物治療を含む集学的治療が専門。平成元年に島根医科大学卒業。京都大学病院、国立京都病院などで研修後、平成6年に京都大学医学研究科消化器外科で研究に従事し、平成10年に京都大学博士（医学）取得。平成11年～13年、米国国立衛生研究所（NIH）/米国食品医薬管理局（FDA）に留学。京都大学病院第二外科、小倉記念病院を経て、平成17年に当院外科に赴任し平成26年より現職。抗癌剤による末梢神経障害への新たな予防方法を開発し、末梢神経障害対策に携わる。

はじめに

乳がんは、女性の死亡率第5位（2017年）、がん罹患率第1位（2014年）で、11人に1人（2014年）が乳がんを発症する身近な疾患です。（「がんの統計'18」から）

今回、乳がんの性質（サブタイプ）に沿った薬物治療の方針決定と、再発乳がんの新規治療薬について、紹介します。

I. 乳がんは5つの性質（サブタイプ）に分かれる

乳がんは主に2つのエネルギーを使って増殖します。一つは女性ホルモンです。乳がんの約70%がそれをエネルギーとして増殖します。もう一つは、HER2タンパクで、乳がんの約20%がその刺激によって増殖します。針生検で腫瘍組織を採取し乳がんと確定診断しますが、採取したがん組織から、乳がん細胞がどのエネルギーを使って増殖するタイプ（＝サブタイプ）かも調べます。

女性ホルモンレセプター（エストロゲンレセプター：ERとプロゲステロンレセプター：PgR）、HER2タンパク、ki67（増殖マーカー）のそれぞれが乳がん細胞に発現している割合を調べ、その組み合わせによって、乳がんは5つのサブタイプ（Luminal A、Luminal B、Luminal-HER2、HER2 enrichと、Triple Negative）に分類されます（表1）。

表1

サブタイプ	ホルモン受容体	HER2タンパク	Ki-67増殖能	治療方針
Luminal A	+	-	低い	ホルモン療法（5年ないし10年間）
Luminal B	+	-	高い	ホルモン療法（5年ないし10年間） +化学療法（4～6か月）
Luminal-HER2	+	+		ホルモン療法（5年ないし10年間） +化学療法（4～6か月） +抗HER2療法（1年間）
HER2 enrich	-	+		化学療法（4～6か月） +抗HER2療法（1年間）
Triple negative	-	-		化学療法（4～6か月）

Annals of Oncology 26: 1533–1546, 2015 より改編

II. サブタイプによって異なる治療方針

表1は、それぞれのサブタイプの名称と特徴とそれに対する治療方針を示しています。サブタイプによって、選択する治療薬が全く異なります。

術後補助療法（再発予防としての治療）の基本的な方針は、女性ホルモンレセプター陽性なら、ホルモン療法を5年ないし10年間、HER2タンパク陽性なら、化学療法（抗がん剤）：4～6か月間+抗HER2療法（ハーセプチン±パージェタ）：1年間、女性ホルモンレセプター、HER2タンパクともに陰性（Triple Negativeタイプ）であれば、化学療法

表2

エストロゲン受容体陽性HER2陰性乳がんに対する化学療法の追加指標

	化学療法追加をより考える指標	2	1
グレード	3	2	1
増殖指数 (Ki67)	高い	中程度	低い
ER, PgR陽性割合	低い		高い
腋窩リンパ節転移	4個以上	1～3個	なし
腫瘍周囲脈管侵襲	広範		なし
病理学的浸潤径	>5cm	2.1～5.0cm	≤2cm
患者さんの意向	できる治療をすべて受けたい		化学療法の副作用は避けたい

ER：エストロゲン受容体、PgR：プロゲステロン受容体

（ザンクトガレンコンセンサス会議より引用）

エストロゲン受容体陽性HER2陰性乳がんに対する多遺伝子アッセイの意義

	化学療法追加必要	中間スコア	ホルモン療法単独
多遺伝子アッセイ (Oncotype DX や MammaPrint)	高スコア	中間スコア	低スコア

出展：患者さんのための乳がん診療ガイドライン 2019年度

(抗がん剤)：4～6か月間と、決まっています。

しかしER陽性HER2陰性のLuminal Aタイプ及びLuminal Bタイプに対して、ホルモン療法に化学療法を加えるか否かの判断は難しいため、表2のように、がん細胞の各種レセプター以外にリンパ節転移数、腫瘍径、腫瘍周囲の微小脈管への浸潤などを総合的に評価して決定しています。

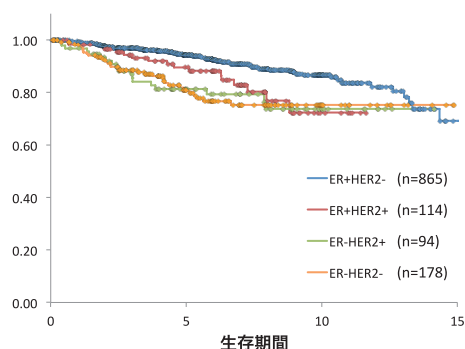
さらに乳がん組織の多数の遺伝子の発現を解析し、再発率、再発リスクを算出して化学療法の追加が必要かを評価するツール：Oncotype DXやMammaPrintなどがあり、ER陽性HER2陰性乳がんの治療選択の判断に非常に有用です。しかし残念ながら日本では、この検査は保険適応ではないため、約40万円と高額な自費検査となっています。

Ⅲ. サブタイプと再発リスク

サブタイプによって、手術及び術後補助療法を受けた後の予後（再発率、生存率など）が異なります。図1は当院の手術施行した患者さんの無病累積生存率をサブタイプ別に示したグラフです。Luminalタイプ（ER+HER2-）は生存曲線がなだらかに下がっています（＝再発が少ない）が、HER2 enrich typeやTriple Negativeタイプでは術後早い時期から生存曲線が下がっています（＝再発が多い）。サブタイプによって、再発の時期や再発しやすさが違うことがわかります。さらに、すべてのサブタイプにおいて術後5年以降でも生存曲線が下がっています。これは、残念ながら術後5年以降でも再発する患者さんがいることを意味しています。

以上から、乳がんは術後5年以降も再発する可能性がありますので、術後は最低10年間の経過観察が必要です。最近ではホルモン療法が10年間投与の場合もあり、経過観察の期間が延びています。

図1 当院におけるサブタイプ別の無病生存率 (2000-2016年)

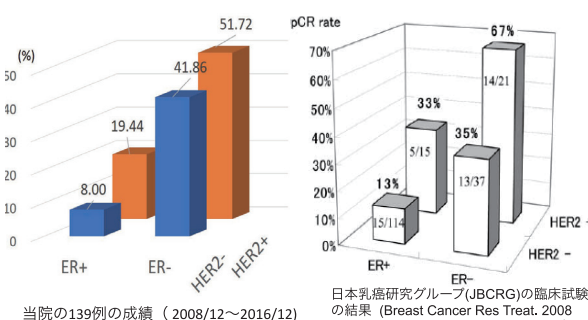


Ⅳ. サブタイプと化学療法の効果

化学療法の効果も、サブタイプによって異なります。術前化学療法による乳がんの病理学的完全奏効率（がん細胞が抗がん剤で消失する割合：pCR率）が、サブタイプによる化学療法の効果の違いをよく反映しているため、そのデータを示します。

図2は、乳がんの標準的な抗がん剤の組み合わせである、アンストラサイクリン系抗がん剤＋タキサン系抗がん剤を術前化学療法として

図2 術前化学療法の効果 病理学的完全奏効率 (pCR率)

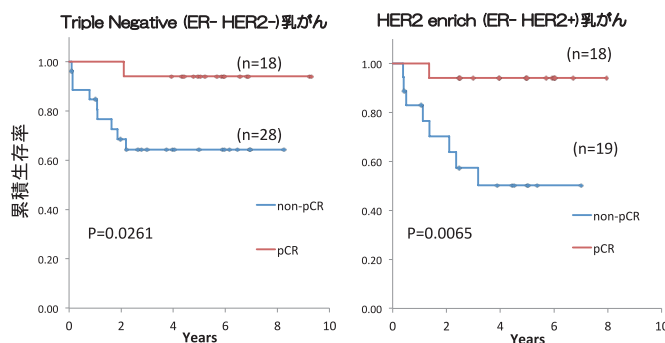


実施し、手術施行後の病理結果のpCR率を示しています。左図は当院でのデータ、右図は日本人を対象にした臨床試験のデータです。ER陰性HER2陽性（HER2 enrichタイプ）では約51～67%、ER陰性HER2陰性（Triple Negativeタイプ）では35～41%と高いpCR率が得られますが、ER陽性HER2陰性のLuminalタイプは8～13%前後とpCR率が低く、抗がん剤の感受性（反応）が弱いことがわかります。

図3は、当院での術前化学療法後の無病生存率を示していますが、HER2 enrichタイプやTriple Negativeタイプでは、pCRとなった症例はpCRにならなかった症例に比べて、明らかに再発率が低く、無再発生存率も有意に良好です。

術前化学療法は、がんを縮小させて乳房切除術から乳房温存手術に縮小させることも目的の一つですが、将来の再発リスクを少なくする目的のために、HER2 enrichタイプやTriple Negativeタイプの患者さんには、術前化学療法によってpCRを目指すことを勧めています。

図3 術前化学療法の効果と無再発累積生存率 (2008/12～2016/12)



pCR: 術前化学療法でpCRになった症例、non-pCR: pCRにならなかった症例

V. 再発治療薬の進歩

「再発」とは、乳がんができた始めた初期の頃からからだのどこかに潜んでいるがん細胞（微小転移）が初期治療などもくぐり抜けて手術の後になって出てくることをいいます。

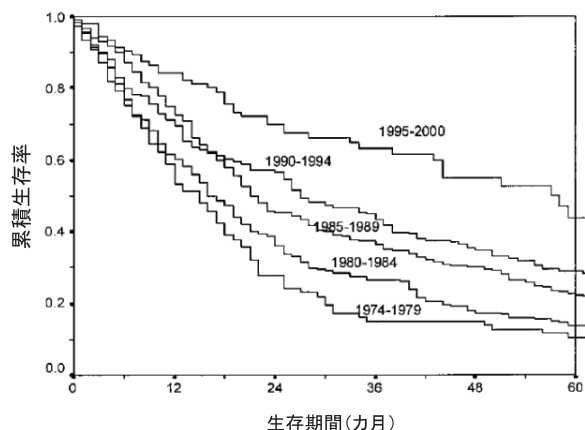
乳がんの再発は、手術後2, 3年以内にかかることが多いですが、10年後や20年後に現れることもあります。再発の時期は、病気の進行度や乳がんの性質によって大きく異なります。

遠隔転移は、骨、肺、肝臓、リンパ節などに起こることが多いですが、画像診断でみえている場所以外のどこかにも目にみえないがん細胞が潜んでいると考えられます。

現在の治療法では、これらの全身に潜んでいるすべてのがん細胞を根絶するのは難しいのが現状です。再発治療の目的は、がんの治療（ちゆ）を目指すのではなく、がんの進行を抑えたり症状を和らげたりしてQOL（生活の質）を保ちながら、がんと共存することです。

図4に示すように、再発乳がんに使える薬剤が増えるにつれて、再発後の全生存期間は年を追うごとに長くなっています。再発治療において、数々の臨床試験の結果から、1次治療にはこの系統の薬、2次治療は……といった大枠のセオリーはありますが、選択肢は多岐にわたり、患者さんの状態ごとに判断されます。再発乳がんの多くの臨床試験で、種々の治療薬の無増悪生存期間が改善されても、再発後の生存期間の延長は示されていませんでした。

図4 再発乳癌（834人）の再発後の年次別生存期間



Cancer 2004;100:44-52. (改編)

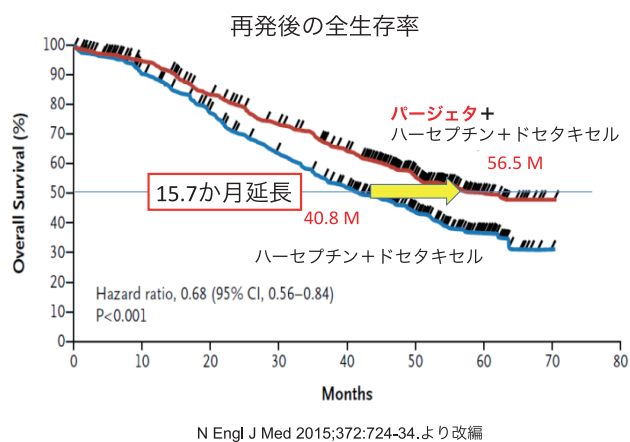
VI. 再発後の生存期間を延長する新規薬剤

しかし最近、再発後の生存期間を明らかに延長させる新薬がいくつか出てきています。HER2陽性再発乳がんに対する治療薬としては、抗HER2療法薬のパージェタとカドサイラ、HER2陰性再発乳がんに対する治療薬としては、抗がん剤のハラヴェン、CDK4/6阻害剤（細胞分裂を阻害する分子標的薬）のイブランス、ベージニオが挙げられます。ここではパージェタのデータを示します。（図5）パージェタはハーセプチンとともに、

HER2陽性乳がんに特異的に作用して増殖を抑制します。図5のように、パージェタは標準治療薬に比べて奏効率も高く、再発後の生存期間が15.7か月延長させました。カドサイラは、5.8か月の生存期間を延長させています。HER2陽性再発乳がんの一部においては、治癒を目指せる可能性が出てきました。

HER2陰性再発乳がんの治療では、ハラヴェンを使用することで約4か月の再発後の生存期間の延長を、またCDK4/6阻害剤のイブランスはフェソロデックスとの併用によりフェソロデックス単投与より6.9か月の生存期間の延長を認めました。ベージニオにおいても生存期間の延長を示したと、製薬メーカーのプレスリリースにて報告されています（まだ詳細は報告されていません）。

図5 再発乳癌へのパージェタの効果

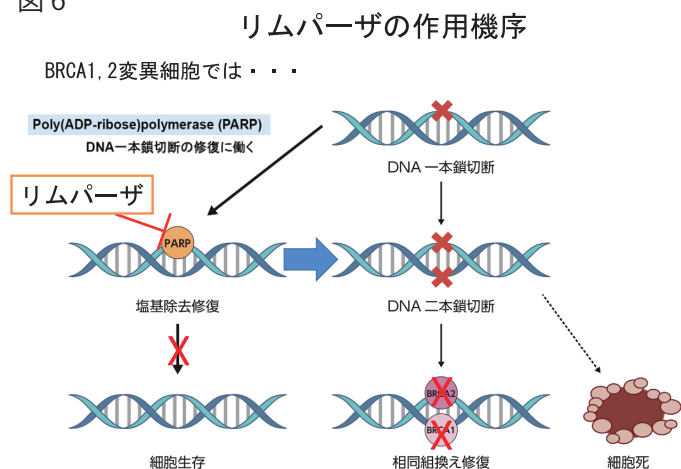


VII. 新しいターゲット治療薬の登場

今までの乳がんの治療薬は、遺伝子異常を対象にした薬剤ではありませんでしたが、この新薬：リムパーザ（一般名：オラパリブ）は、遺伝性乳がん卵巣がん症候群（HBOC）の原因遺伝子であるBRCA1遺伝子またはBRCA2遺伝子に変異がある再発乳がん患者のみに使用できる分子標的薬です。細胞のDNAの一本鎖修復に関わるPARPという分子を阻害する薬剤（PARP阻害剤）です。

リムパーザの作用機序について、図6で示します。リムパーザによりPARPが阻害されると、DNAの一本鎖切断が修復されないままDNA複製が開始され、二本鎖切断に進みます。HBOCのがん細胞ではBRCA1/2の機能が欠損しているために、二本鎖

図6



乳がん・卵巣がん患者へのリムパーザ*の適応を判定するためのBRCA遺伝学的検査ガイド
アストラゼネカ株式会社
Moding EJ, et al. Nat Rev Drug Discov. 2013; 12 (7) : 526-542. より改編

修復ができないために、がん細胞は死んでしまいます。

リムパーザは、HBOCの患者のがん以外の細胞=正常な細胞にも作用しますので、DNAの一本鎖切断の修復がリムパーザによって阻害されます。しかし、二本鎖修復に関わるBRCA1/2タンパク質が存在するので、それにより二本鎖切断が正常に修復されます。よって、正常細胞はリムパーザ投与しても細胞死は起こりません。

リムパーザの効果は、OlympiAD試験において奏効率：59.9%、PFS：7カ月（対照群：28.8%、4.2か月）と良好な成績でした。

リムパーザが使用できるかを判断するためには、患者さんはBRCA1/2の変異があるかないかの遺伝子検査（BRCAAnalysis検査）を受ける必要があります。当院では20例に同検査を施行しましたが、2例のみが陽性でした。一般的に陽性率は約10%程度と予想されています。

このBRCAAnalysis検査でBRCA1遺伝子またはBRCA2遺伝子の変異が判明した場合、その患者さんはリムパーザが再発治療の選択肢の1つとして使用できるというメリットがあると同時に、HBOCという病気であること、さらに患者の血縁者も同様のBRCA1遺伝子またはBRCA2遺伝子の変異を持っている可能性があることも明らかになります。検査前には主治医や遺伝カウンセラーからこの検査の内容についての十分な説明を受けることと、検査後、陽性が判明した患者さんには、本人への遺伝カウンセリングが必要で、また患者さんの家族へは遺伝カウンセリングの情報を提供する必要があります。

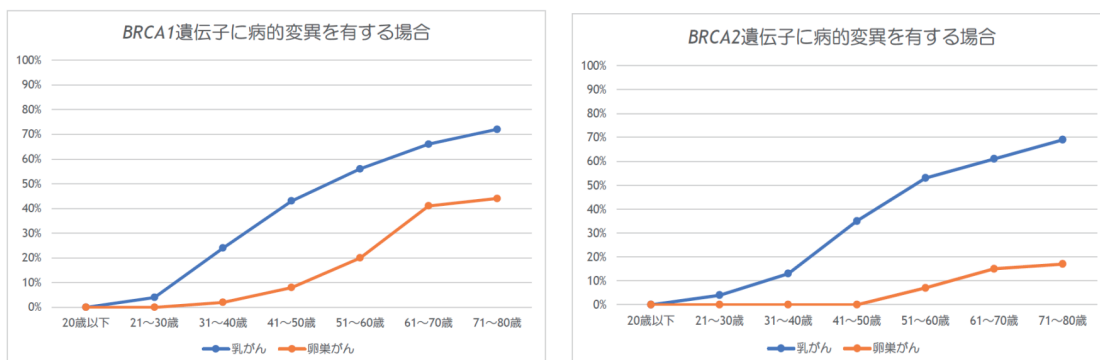
Ⅳ. 遺伝性乳がん卵巣がん症候群 (HBOC) とは？

「遺伝性のがん」の種類の一つです。特定の遺伝子に生まれつき病的変異があることで、明らかにがんになりやすいことを「遺伝性のがん」と総称します。

BRCA1遺伝子とBRCA2遺伝子は誰もが持っており、DNAが傷ついたときに正常に修復するなどの働きがあります。この「BRCA1遺伝子」あるいは「BRCA2遺伝子」に変異があつて、タンパク質が作られなかったり、働かなかつたりすると、傷ついたDNAの修復ができず、さらに他の遺伝子の変異が起きやすくなってがんを起しやすくなります。

これらの遺伝子のどちらかに生まれつき病的変異があると、「遺伝性乳がん卵巣がん症候群 (HBOC)」と診断され、乳がん、卵巣がん、前立腺がんなどの発症リスクが高いことがわかってい

図 7



出展：「遺伝性乳がん卵巣がん症候群 (HBOC)をご理解いただくために ver4.1」
特定非営利活動法人日本HBOCコンソーシアム広報委員会編集

ます。乳がん全体の3～5%、卵巣がんの10～15%の患者さんに、BRCA1遺伝子あるいはBRCA2遺伝子に変異があると言われています。

親のどちらかが病的変異のあるBRCA1遺伝子あるいはBRCA2遺伝子を持っている場合、その変異が、性別に関わりなく、2分の1 (50%) の確率で子どもに受け継がれます。

図7は、BRCA1遺伝子あるいはBRCA2遺伝子に病的変異があると、どれくらいの確率で乳がん、卵巣がんを発症するかを、年齢別に示しています。どちらのがんも年齢が増すごとに発症する割合が高くなります。特に乳がんに関しては、20代、30代の若年者から発症が急激に上昇しています。表3は、どんな人がHBOCのリスクがあるかの、HBOCの特徴を示しています。この表から、乳がんや卵巣がん、前立腺がんなどのがんの家族歴を知っておくことは、HBOCのリスクを知る上で非常に重要です。

もし、HBOCについて心配、不安を抱いた場合は、乳腺外科または産婦人科の担当医にご相談ください。

表3 遺伝性乳がん卵巣がん症候群の可能性を考える状況

- 若い年齢（目安は40歳未満）で乳がんと診断された方
- トリプルネガティブの乳がんと診断された方
- 卵巣がん・卵管がん・腹膜がんと診断された方
- 膵臓がんと診断された方
- 転移のある前立腺がんと診断された方
- 両側の乳がんと診断された方
- 片方の乳房に複数回乳がんを診断された方
- 男性で乳がんと診断された方
- 乳がんと診断され、かつ家系の中に下記のいずれかの家族歴をみとめる方
 - ✓ 血縁者に、若い年齢での乳がん、卵巣がん・卵管がん・腹膜がん、男性の乳がん、悪性度の高い前立腺がん、膵臓がんのいずれかと診断された方がいる
 - ✓ 家系に、ご自身以外に2人以上の乳がん、両側乳がん、片方の乳房に複数回乳がんを診断された方がいる

出展：「遺伝性乳がん卵巣がん症候群（HBOC）をご理解いただくために ver4.1」
特定非営利活動法人日本HBOCコンソーシアム広報委員会編集

最後に

乳がんの薬物治療は日々進歩しており、今後免疫チェックポイント阻害剤も保険承認される予定ですので、さらに再発後の生存期間の延長が期待されます。それとともに、各薬剤の効果と副作用の両面を十分考慮した治療選択が、重要になってきます。

演題 3.

がん治療と仕事の両立支援

医療ソーシャルワーカー

岩村 将大 (いわむら まさひろ)



◎プロフィール

平成 21 年

広島国際大学 医療福祉学科卒業。

平成 21 年

大阪赤十字病院入職、平成 24 年より現職。

平成 27 年

国立がん研究センター認定がん専門相談員認定

はじめに

がんと診断された時には様々なことが頭をよぎると思います。その中の一つに「仕事をどうしよう…、職場の人にどう伝えよう…」ということはないでしょうか。

「病院で仕事のことを相談してもいいのかな」と思っている方もいるのではないのでしょうか。

まずは、病院で相談をしてみてください。これからのことを一緒に考えさせていただきます。場合によっては、専門の相談機関と連携をさせていただくこともあります。

あなたにとって「働くこと」はどんな意味があるのでしょうか。

「がん」と「仕事」について一緒に考えていきませんか。

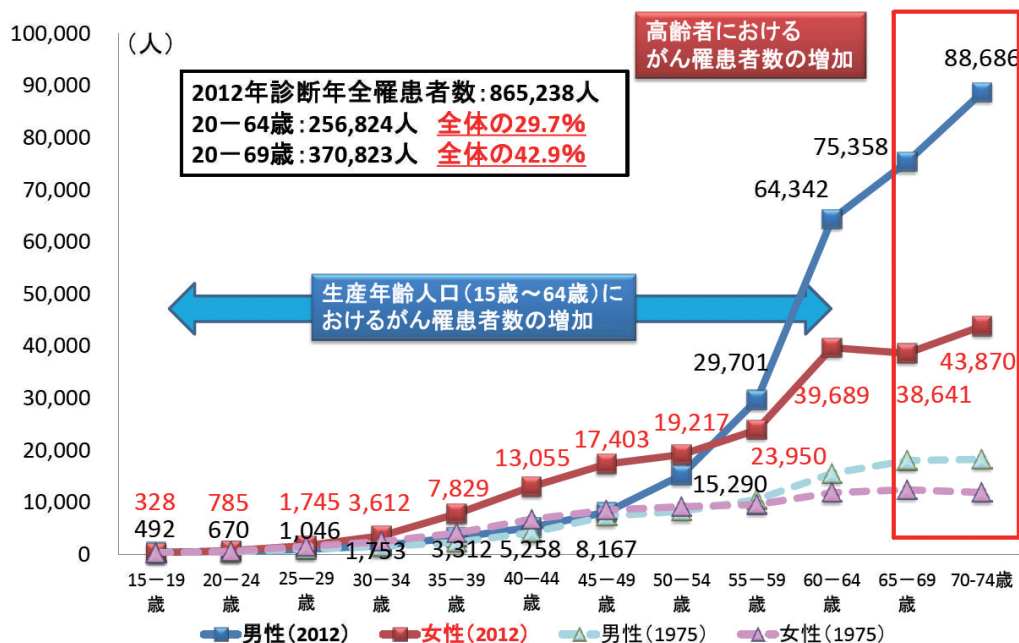
I. がん治療と仕事の両立支援をめぐる状況

現在、生涯でがんにかかる確立（罹患率）は、国立がん研究センターがん対策情報センターの2014年のデータによると男性が62%、女性が47%と推計されており、日本人の「2人に1人が生涯でがんにかかる」という大変身近な病気になっています。

性別・年齢別でがん罹患者数をみると、高齢になるほどがんにかかる確率は高くなっていますが、全体を通してみると、約30%が診断時の年齢が20歳～64歳の方で、「がん患者さんの3人に1人は就労可能な年齢で罹患している」状況です。

性別・年齢別がん罹患者数

がん患者の約3人に1人は就労可能年齢で罹患

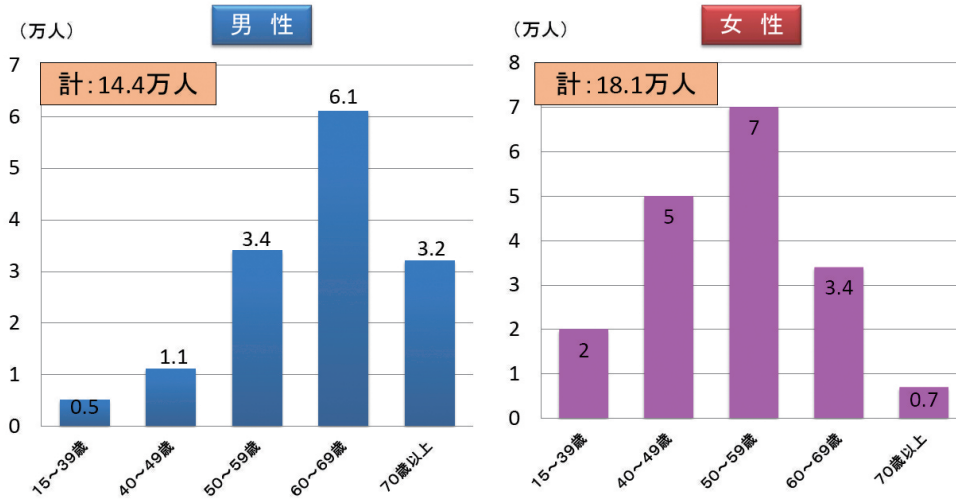


(出典) 国立がん研究センターがん対策情報センター

次に、平成22年の国民生活基礎調査によると、がんと診断された方で仕事をもちながら通院している方は、約32.5万人いるという結果でした。

仕事をもちながら悪性新生物で通院している者

悪性新生物の治療のため、仕事をもちながら通院している者は32.5万人いる



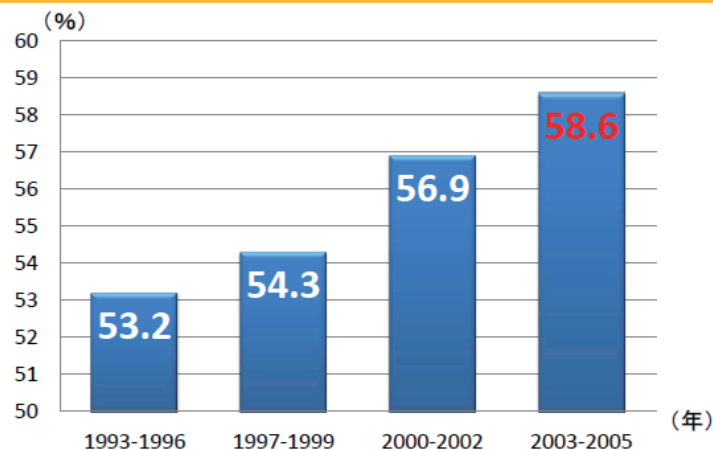
※ 仕事をもちているとは、調査月に収入を伴う仕事を少しでもしたことを行い、被雇用者のほか、自営業主、家族従事者等を含む。

資料：厚生労働省「平成22年国民生活基礎調査」を基に同省健康局にて特別集計したもの

一方で、がん医療の進歩は目覚ましく、生存率は年々上昇しており「不治の病」というイメージから「長く付き合う病気」となっています。

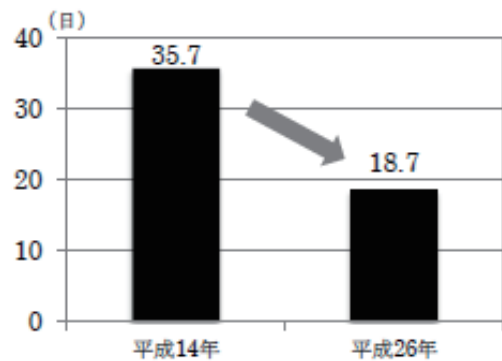
がんの5年相対生存率（全がん）の推移

がん医療（放射線療法、化学療法、手術療法）の進歩は目覚ましく、生存率は上昇している。

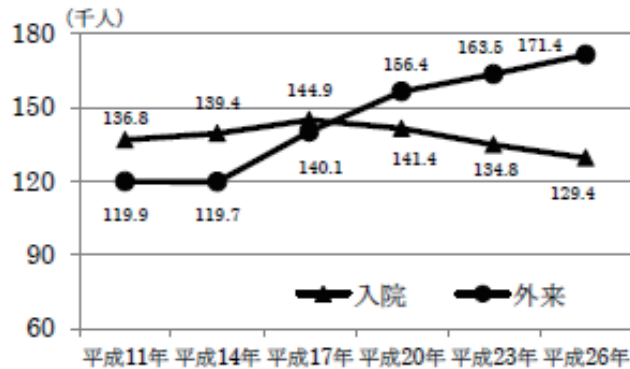


(出典) 地域がん登録に基づき独立行政法人国立がん研究センターがん対策情報センターが集計

近年、がん患者さんの平均在院日数は短くなり、外来患者数は増加し通院しながら治療を受けている患者さんが増えています。



※悪性新生物（がん）の退院患者における平均在院日数（病院・一般診療所）（平成26年患者調査より作成）



※悪性新生物（がん）の入院患者・外来患者数（平成26年患者調査より作成）

がんは身近な病気となり、医療の進歩で生存率は向上していますが、やはり仕事と治療を両立することは難しいと感じる現状もあります。

がん患者さんを対象に調査を行ったところ、勤務者の34%が「診断後に依願退職、解雇されている」という結果があります。そして、その結果は10年前と比較しても大きく改善はしていません。

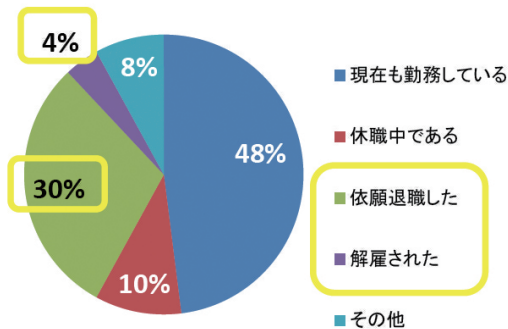
がん患者・経験者の就労問題

がん患者を対象に調査を行った結果、がんの診断後、

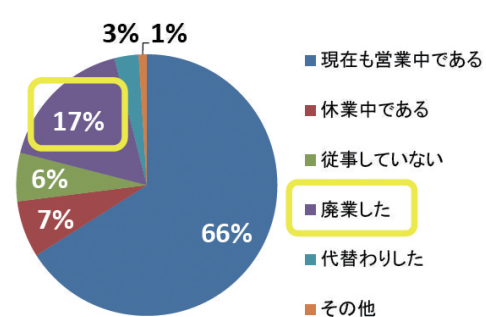
- ・勤務者の**34%**が**依願退職、解雇**されている。
- ・自営業等の者の**17%**が**廃業**している。

診断時点にお勤めしていた会社や営んでいた事業等について

お勤めの方



自営、単独、家族従業者



出典：2013 がん体験者の悩みや負担等に関する実態調査
「がんの社会学」に関する研究グループ、研究代表者 静岡がんセンター山口建 先生

さらに、別の調査をみても約40%の方が「治療開始前に離職をしている」という結果があります。

離職のタイミングの調査

離職タイミング多施設調査（厚労科研高橋班2015） N=950

- ◆ 診断を受けて仕事が とても/やや 心配になった 808名（85.1%）
- ◆ 診断時の職場を退職した 199名（20.9%）



出典：2015年厚生労働科学研究費補助金がん対策推進総合研究事業
「働くがん患者の職場復帰支援に関する研究」 研究代表者 高橋都先生

病状的なことや仕事を退職し治療に専念するといった方もいますが、告知後に混乱などしている状況で、会社としっかりと話をすることもできていないまま、結果的に退職となった方もいるのではないかと思います。

患者さんの勤める企業においても、治療と仕事の両立支援の取組みは、企業によって様々で、支援方法や産業保健スタッフ、医療機関との連携について悩む企業の担当者も少なくありません。

平成26年に東京都が実施した「がん患者の就労等に関する実態調査」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ます。また、苦慮した内容で最も多いものが「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%）となっています。こうしたことから、企業に対しても両立支援対策の強化が必要な状況です。

II. 国の動きと政策や取り組み

就労支援に関しては、2012年の「第2期がん対策推進基本計画」で新たに盛り込まれました。近年では「働く世代の治療と仕事の両立支援」が、がん対策のひとつとして位置づけられ、2018年には「第3期がん対策推進基本計画」が閣議決定され、現在は様々な政策や取り組みがすすめられています。

○がん相談支援センターによる支援○

がん診療連携拠点病院に設置されている相談窓口で、医療ソーシャルワーカーや看護師などのがん専門相談員が、がんの治療や療養生活全般の質問や相談に対応しています。

就労に関する相談に対応することも業務として位置づけられており、平成30年の整備指針改正で、「産業保健総合支援センターや職業安定所（ハローワーク）等との効果的な連携による提供が望ましい」という具体的な内容も明記されました。

医療機関だけではなく関係機関とも連携の上で、患者さんを支援することが明文化されています。

○ガイドラインに基づく両立支援○

平成28年に厚生労働省が、疾病を抱える労働者の方が、職場において適切な就業上の措置や治療に対する配慮が行われるよう、企業における治療と仕事の両立支援の具体的な取組の進め方などをまとめたガイドラインを作成しました。

ガイドラインに基づき企業と医療機関が連携することで、労働者本人（患者さん）の症状や業務内容に応じたより適切な両立支援の実施が可能となります。

治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン ②

2 個別の両立支援の進め方

両立支援を必要とする労働者からの申出

両立支援のための情報のやりとり

※ 以下、ガイドラインの様式例を活用できる

① 労働者から、主治医に対して、業務内容等を記載した書面を提供

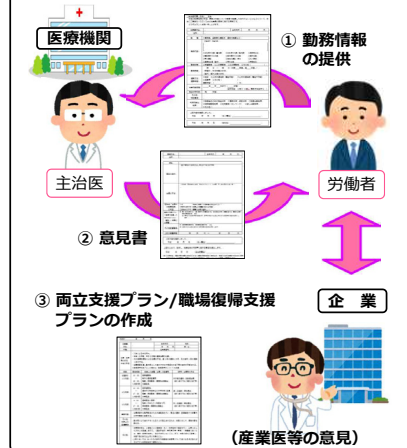
② 主治医から、就業継続の可否や就業上の措置、治療への配慮等について意見書を作成

③ 職場における両立支援の検討と実施

事業者は、主治医、産業医等の意見を勘案し、労働者本人と十分に話し合った上で、就業継続の可否、具体的な措置（作業転換等）や配慮（通院時間の確保等）の内容を決定・実施

※ 「両立支援プラン」の作成が望ましい

※ 両立支援の検討は、労働者からの申出から始まる



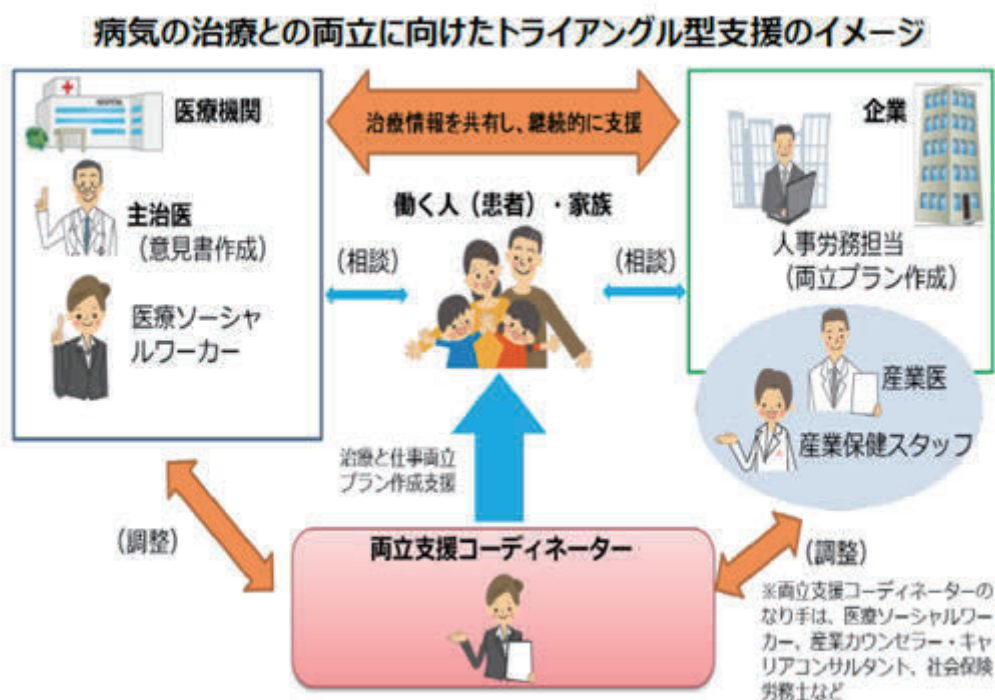
出典：「治療と職業生活の両立支援についての取り組み」
厚生労働省 労働基準局 安全衛生部 治療と仕事の両立支援室

○両立支援コーディネーターによるトライアングル型サポート○

平成29年の働き方改革実行計画の中で、治療と仕事の両立に向けて「主治医、会社・産業医と、患者に寄り添う両立支援コーディネーターのトライアングル型のサポート体制を構築する」ことが打ち出されています。

両立支援コーディネーターは、主治医と会社の連携の中核となり、患者さんに寄り添いながら継続的に相談支援をおこないつつ、治療と仕事の両立に向けたプランの作成支援などをおこないます。

両立支援コーディネーターの担い手は、医療機関の医療ソーシャルワーカーや看護師、企業であれば人事労務担当者や産業保健スタッフ、産業保健総合支援センターの両立支援促進員など様々です。



○産業保健総合支援センターによる支援○

産業保健総合支援センターは各都道府県に設置されています。企業（事業場・事業者）に対しては、両立支援に関するセミナーや訪問指導などをおこなっています。

患者さん（労働者）に対しては、専門家（両立支援促進員）による就労継続や職場復帰に関する個別の調整支援、両立支援プラン作成の助言などをおこなっています。

現在、一部の医療機関では両立支援促進員の出張相談が実施されており、大阪府下でも実施されています。

○長期療養者に対する就職支援事業（ハローワークによる支援）○

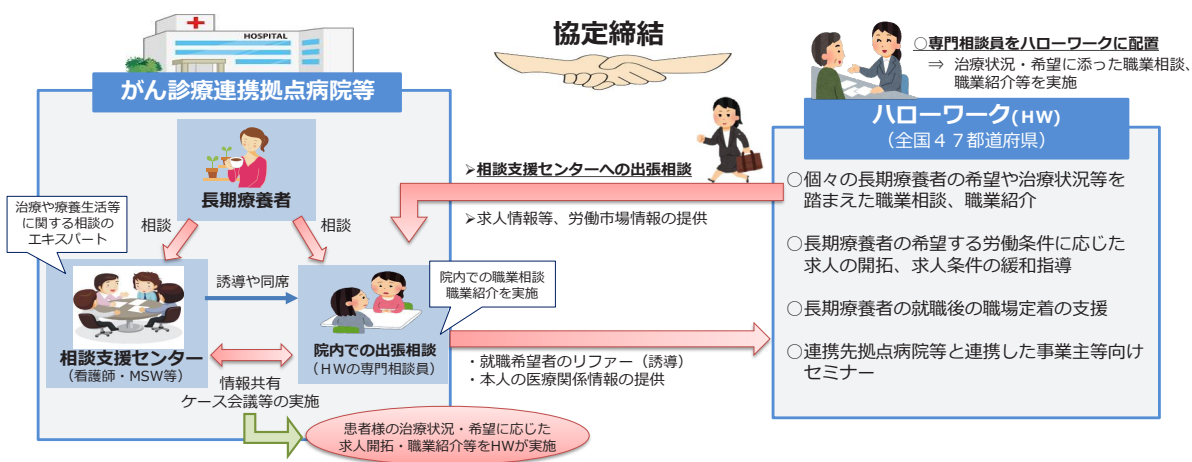
両立支援とは別で様々な理由によって退職をされた方に対しての再就職の支援として、平成25年より長期療養者に対する就職支援事業がおこなわれています。

ハローワークに専門の就職支援ナビゲーターを配置し、がん診療連携拠点病院などにナビゲーターを派遣しており、一部の医療機関の中で相談することができ、これに関しても大阪府下でも実施されています。

長期療養者就職支援事業

- 平成25年度から、ハローワークに専門相談員（就職支援ナビゲーター）を配置し、がん診療連携拠点病院等と連携したがん患者等に対する就職支援モデル事業を開始。
- 平成28年度からは、3年間のモデル事業で蓄積した就職支援ノウハウや知見を幅広く共有し、全国に展開。
- がん診療連携拠点病院などへの出張相談も実施。がん相談支援センターと治療状況等を共有しながら、院内での職業相談・職業紹介も実施しています。

就職率
(H29年度)
55.4%



専任の就職支援ナビゲーターが連携体制を構築

- > MSW・医師・看護師と日常的にコミュニケーションをとり、就労支援への理解促進とともに信頼関係を構築
- > 連携先拠点病院側とともに、就労支援に係る広報やセミナーを企画、実行
- > 連携先拠点病院が実施する研修会（医師・MSW・看護師等向け）の講師として参加

出典：厚生労働省ホームページ

Ⅲ. 仕事と治療を両立する上でのポイント

○まずは情報を整理し、利用できる制度などを確認してみよう○

がんと診断された直後は、様々なことが頭をよぎり誰でも混乱します。それは自然なことです。まずは焦らずに落ち着くことが大切です。

少し気持ちが落ち着いた段階で、治療と仕事に関する情報を整理し、利用できる制度などを確認することから始めてみましょう。この時期に重要な決断を焦ってすることはありません。

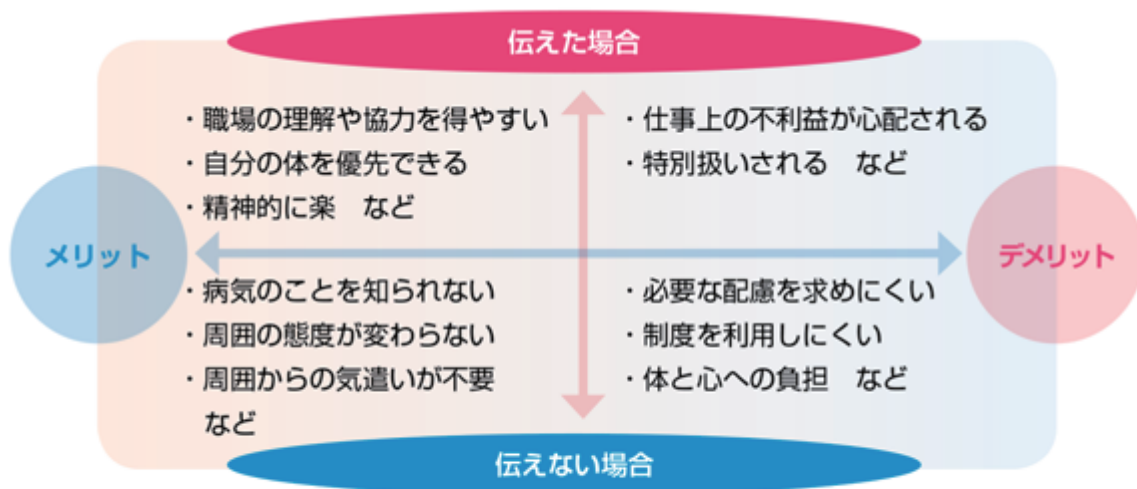
【整理・確認する内容】

- ・治療に関すること（今後のスケジュールを含め）
- ・社内制度（就業規則や福利厚生など）に関すること
- ・公的制度に関すること
- ・「働くこと」への希望や思い

○会社に病気のことを伝える範囲を整理してみよう○

会社側の理解と協力は働く上でもとても重要なことです。しかし、伝え方によっては働きづらい、居づらい環境になってしまう可能性もあります。

正解はありませんが、職場との関係も考えながら「伝える範囲」と「伝える内容」を考えます。「伝えた場合」と「伝えない場合」の「メリット」「デメリット」を考えて伝えることも一つの方法です。



出典:中外製薬 がんwith(<https://ganwith.jp/>)
ワーキングサバイバーズハンドブック③(P16)

◇会社に伝える必要性と内容

企業には安全配慮義務があります。そのため、治療中などの身体の状態ですら仕事上配慮が必要な場合は伝える必要があります。

配慮してほしい内容があれば、今の時点で「できること」「できないこと」を整理し、配慮が「どのくらいの間（期間）」必要となるかを具体的に伝えましょう。

仕事に支障がなく配慮が必要なければ必ずしも伝える必要はありませんが、伝えるのであれば「業務に支障がないこと」、「配慮が不要であること」を伝えましょう。

◇誰に伝えるか

まずは「伝えることに関して何が不安なのか」を考えてみましょう。

その後、あなたが考える周囲とのあり方を整理したうえで、本当に伝えるべき人はだれかをゆっくり考えてみましょう。身体のこと、これからの治療のこと、そして仕事のこと。誰に、何を、どこまで伝えればよいのでしょうか。

「配慮してもらいたい人にどんな配慮をしてもらいたいか」を明確にすることが大切です。「なぜ、この人に伝えたいのか」「何を伝えるべきか」を考えると、あなた自身との関係性も見えてくるかと思えます。

ご自身で全て伝える必要もありません。場合によっては、上司などから配慮事項や休んだ理由を伝えた方が良い場合もあります。その際は、事前に伝える内容・範囲をどこまでにするか意向を伝えておきましょう。

～上司～

制度や休暇の調整だけでなく、業務上の関係機関（人事や他部署、産業保健スタッフなど）との連絡調整の役割があります。また、部下の安全配慮を現場で行う役割も担っています。悩みや困っていることがあれば、その都度、具体的に伝えるようにしましょう。

～人事労務担当者～

社内制度や公的制度を理解している担当者です。長期休暇の取得や時短勤務などの制度を利用したい時や、制度がなくても配慮が必要な事柄など、必要に応じて相談してみましょう。

～産業保健スタッフ～

職場の事情や社内制度を理解しており、医学的知識もあります。体調面を考慮し、制度の利用などの相談にも乗ってくれるでしょう。まずは相談してみるのもひとつの方法です。※50人未満の事業場では産業医等がない場合もあります

～同僚や部下～

必ずしも知らせる義務はありません。それぞれの職場の状況、雰囲気などに応じて、少しずつ情報開示していくこともひとつの方法です。

～取引先や顧客～

一般的に伝える必要はありません。ただ、信頼できる方なら、あなたが気持ちを伝えることで、味方になってくれる可能性があります。

◇伝えるべき内容とタイミング

伝えるべき内容と時期については、図のように整理されています。気持ちや身体の声を大切に、タイミングに応じてこまめに報告をしていきましょう。



出典:中外製薬 がんwith(<https://ganwith.jp/>)
ワーキングサバイバーズハンドブック①(P21)

○家族とも「働く」ことについて話し合う○

家族は一番の理解者であり、支えてくれることはもちろんですが、あなたの身体を心配して色々な想いを抱えているかもしれません。

あなた自身の「働く」ことへの想いやどのように過ごしていきたいかを家族の方に伝え、家族の気持ちも確認し共有することが大切です。仕事と治療の両立には家族の理解も大切です。

おわりに

がんが身近な病気となった現在でも自分自身が実際、がんの告知をうけた時にはやはり誰でも不安な気持ちになります。そんなとき、誰かに話をすると頭の中を整理することができます。

全て解決することはできませんが、何かを決断をする前に一度話をしてみませんか。

最後になりますが、がんをはじめとした病気を抱える方やそれを支える家族の方が、「病気になっても安心して暮らせる社会」になることを願っております。

【参考・引用文献】

- ・「がん患者のおかれている状況と就労支援の現状について」厚生労働省 健康局 がん・疾病対策課
- ・「がん患者の就労や就労支援に関する現状」/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/厚生労働省
- ・「治療と職業生活の両立支援についての取り組み」/厚生労働省 労働基準局 安全衛生部 治療と仕事の両立支援室
- ・ワーキングサバイバーズハンドブック①.②.③/中外製薬株式会社
- ・勤労者医療研究⑩「がんの治療と就労両立支援」/独立行政法人 労働者健康安全機構
- ・がん患者・経験者の就労支援のあり方に関する検討会報告書（平成26年8月15日）/がん患者・経験者の就労支援のあり方に関する検討会

MEMO

MEMO

2019年度 第16回市民公開講座

著者：野々垣 多加史（産婦人科主任部長）

演題 1. 子宮頸癌・子宮体癌・卵巣がん

著者：露木 茂（乳腺外科主任部長）

演題 2. サブタイプ（性質）によって異なる乳がんの治療方針

著者：岩村 将大（医療ソーシャルワーカー）

演題 3. がん治療と仕事の両立支援

