

公募シンポジウム 6

職域における総合的がん対策

5月12日（金） 9：30～11：30 第1会場（TFTホール1000）

座長：中川 恵一（東京大学医学部附属病院 放射線治療部門）

KS6-1 国が進める対策と制度について

渡辺 真俊（厚生労働省 健康局がん・疾病対策課）

KS6-2 職域でのがん教育の重要性

中川 恵一（東京大学医学部附属病院 放射線治療部門）

KS6-3 職域でのがん検診の特徴

立道 昌幸（東海大学 医学部 基盤診療学系 衛生学公衆衛生学）

KS6-4 がん労働者の就労支援

高橋 都（国立がん研究センターがん対策情報センター がんサバイバーシップ支援部）

KS6-5 職域でのがん対策における産業医の役割

立石清一郎（産業医科大学 産業医実務研修センター）

座長の言葉

新たにがんと診断される患者数は年間約100万人を超えており、その約1/3の32万人が20代～65歳までの働く世代である。女性のがん罹患率は、20代では男性の約1.7倍、30代では男性の約2.6倍と、若い世代では男性を大きく上回っている。また、男性のがんは40代から増加傾向がみられ、50代半ばから急激に罹患率が上がっていくのが特徴である。今後、女性の社会進出や定年延長に伴い、働く世代のがん患者は確実に増えていく。

しかし、日本のがん検診受診率は、OECD加盟国30カ国の中で最低レベル。欧米の検診受診率が70%～80%に対し、日本では30%～40%と低いのが現状である。職域におけるがん検診を充実させることが重要である。厚生労働省では、平成21年度より職域におけるがん検診受診率の向上や、がんになっても働き続けられる環境づくりに向けて「がん対策推進企業等連携事業」（通称：がん対策推進企業アクション）を推進している。本事業の趣旨にご賛同いただき、推進パートナーとしてご登録いただいた企業・団体は、2,202社（平成28年12月15日現在）総従業員数は580万人を超え、大企業だけでなく中小企業も多く参加いただき全国47都道府県に広がっている。

企業アクションでは「がんの基礎知識」や「検診の重要性」、「就労支援対策」を推進する為の情報提供やセミナーの開催を行っている。文部科学省は来年度から小・中・高校で「がん教育」を展開する予定であるが、大人への「がん教育」は職域で行う必要がある。がん対策推進企業アクションのセミナーや小冊子等により情報提供は、その点でも大きな役割を担っている。

座長略歴

中川 恵一（なかがわ けいいち）

昭和60年、東大病院医学部卒業。東大病院放射線科助手、専任講師などを経て、現在、准教授、放射線治療部門長。

この間スイスに客員研究員として留学。一般向けの啓蒙活動にも力を入れ、福島第一原発後は、飯舘村など福島支援も行っている。

著作には、「がんのひみつ」、「死を忘れた日本人」、「被ばくと発がんの真実」、「がんと死の練習帳」など多数。日本経済新聞で、コラム「がん社会を診る」を連載中。

KS6-1 国が進める対策と制度について

渡辺 真俊

厚生労働省 健康局がん・疾病対策課

がん医療の進歩は目覚ましく、生存率は上昇しているが、わが国において、がんは死因の第1位であり、2014年人口動態統計によると、がんによる死亡数は年間約37万人であり、依然としてがんは国民の生命と健康を守る上で重要な問題である。

またがん患者の約3人に1人は就労可能年齢で罹患しており、仕事をもちながら悪性新生物で通院している者は、推計32.5万人いるとされており、職域においてもがん対策は重要な課題である。

政府は、「対がん10カ年総合戦略」（昭和59年策定）等に基づいて継続的にがん対策に取り組んできたが、がん対策のより一層の推進を図るため、平成18年に議員立法により成立した「がん対策基本法」に基づき、「がん対策推進基本計画」を策定し、がん対策を総合的かつ計画的に推進している。

現在は、第2期がん対策推進基本計画（平成24年6月閣議決定）に基づき、「がんの年齢調整死亡率（75歳未満）の20%減少」、「全てのがん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上」、「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」という全体目標の達成に向けて、予防・診断・治療に係る様々な取組を進めてきた。

基本計画に基づく取組により、がん対策に一定の進捗はみられるものの、「がん対策推進基本計画中間評価報告書」（平成27年6月）において、このままの状況では、「がんの年齢調整死亡率（75歳未満）の20%減少」の達成が困難であると予測された。こうした状況を踏まえ、平成27年12月に、基本計画に示されている分野のうち、遅れているため「加速する」ことが必要な分野、「加速する」ことにより死亡率減少につながる分野に絞り、短期集中的に実行すべき具体策を明示した「がん対策加速化プラン」を策定した。

がん対策加速化プランは、①「予防」、②「治療・

研究」、③「がんとの共生」を3つの柱とし、「予防」に関しては、がん検診、たばこ対策、学校におけるがん教育等の取組の推進、「治療・研究」に関しては、がんのゲノム医療、標準的治療の開発・普及、がん医療に関する情報提供、小児・AYA（Adolescent and Young Adult）世代のがんや希少がん対策等の推進、「がんとの共生」に関しては、がん患者の就労支援、支持療法の開発・普及、緩和ケアの推進に取り組み、基本計画で掲げた目標の達成を図ることとしている。

また、昨年12月にがん対策基本法の一部を改正する法律が議員立法により成立した。法の成立から10年が経過し、その間に、これまでの取組によりがん対策は進展し、成果を納めてきた。しかし、がん患者が置かれている状況に応じ、必要な支援を受けることができるようにすることが課題となっており、がん患者が置かれている状況に応じ、適切ながん医療のみならず、福祉的支援、教育的支援等の必要な支援を受けることができるようにすること等が基本理念に明記された。更に、事業主の責務について定めるほか、がん患者の療養生活の質の維持向上に係る規定の改正、がん患者の雇用の継続に係る及びがんに関する教育の推進のための規定の新設等、基本的施策の充実を図る内容となっている。

平成28年春から、がん対策推進協議会において、次期（第3期）がん対策推進基本計画の策定に向けて議論が開始されている。改正されたがん対策基本法の理念も踏まえ、検討を進めている。

略歴

渡辺 真俊（わたなべ まさとし）
 平成4年 厚生省（当時）入省
 平成13年 厚生労働省 障害保健福祉部 精神保健福祉課
 平成18年 “ 医政局 国立病院課
 平成22年 “ 医政局 医療安全推進室長
 平成23年 文部科学省 高等教育局 医学教育課 企画官
 平成25年 厚生労働省 保険局 医療課 医療指導監査室長
 平成27年 “ 医政局 医事課長
 などを経て、平成28年6月より現職（健康局がん・疾病対策課長）

KS6-2 職域でのがん教育の重要性

中川 恵一

東京大学医学部附属病院 放射線治療部門

現在、国民の2人に1人が“がん”になり、3人に1人が“がん”で亡くなっており、我が国においてがんは昭和56年以来、死亡原因の第1位になっている。

日本で新たにがんと診断される患者数は年間約100万人。その約1/3の32万人が20代～65歳までの働く世代である。

乳がんは40代後半、子宮頸がんは30代前半に罹患ピークがあるため、54歳までは女性にがんが多い。一方、男性は50歳以降に急激にリスクが上昇する。女性が働き、男女とも定年が延長するなか、会社員にがんが多発することになる。60歳までにがんを発症する確率は男女とも1割程度であるが、65歳まででは15%である。

遊びも仕事もこなす現代サラリーマンの代表、島耕作さんは、サザエさんの波平さんより若く見える。しかし、どちらががんになりやすいかは圧倒的に島さんである。がんは遺伝子の老化と言える疾病であり、発症リスクは年齢によって規定される。波平さんは54歳、その年までにがんになる確率5%程度、島さんの69歳までとなると22%。体は生活習慣によっていくらでも若くなるが、遺伝子の劣化は年齢で決まる。肉体と遺伝子の「経年劣化」の解離が進んでいると言える。

肉体的に若く、そして長く働く日本人の会社員にがんが多発する。定年退職者から現役社員の病気になった。私は厚生労働省の「がん対策推進企業アクション」という職域でのがん対策の事業を任されている。働き方改革実現会議で総理は治療と仕事の両立について、主治医、会社、産業医などのトライアングル型のサポート態勢に踏み込んでいる。産業医もかかわるのは大きなステップだ。

日本は世界でもがん患者が多い国だが、国民ががんのことを知らない。5年生存率は平均で7割弱ま

で上がってきたが、診断後1年以内の自殺率はそれ以外の人と比べ20倍。3割が離職し、自営業者の17%が廃業に追い込まれる。収入が診断前の4割に減ったというデータもある。退職時期が診断確定時で32%、最初の治療まででさらに9%、つまり4割超が治療が始まる前に辞めてしまう。

この時期は重要なことは決まらずに「我々はがんでも辞めない、辞めさせない」と肝に銘じなければならない。

東京都内のある病院では平日夜10時まで放射線治療をしており、フルタイムで働ける。放射線治療の95%以上は通院でき、肺がんなどは4回の治療で手術と同じような成績が得られる。

欧米は患者の6割が放射線を受けるが、日本は3割に満たない。がん検診受診率も欧米の半分ほどだが、胃、肺、大腸がんなどは6～7割が職域、会社で受けている。検診や早期発見・治療を推進するには職域へのがん教育が重要。企業アクションの大きなミッションで、パートナー企業は2200社を超えた。自分だけががんにならないと言う喫煙者、検診は怖いからやらないと言う人に聞いてもらうには、一種の強制力を持つ職場しかない。

早期がんは基本的には放射線か手術で薬物療法は必要ない。大腸がんはステージ4だと5年生存率が16%、検便で早期がんが見つければ98%。治療費や生存率だけでなく、会社員なら休職中の給与や企業の逸失利益を考えると、検診や早期治療はとても大きな効果がある。

平成29年度から始まる学校でのがん教育に対応した「大人へのがん教育」も職域に行うべきだと考える。会社でのがん教育も企業アクションの大きなミッションと言える。

略歴

中川 恵一 (なかがわ けいいち)

昭和60年、東大病院医学部卒業。東大病院放射線科助手、専任講師などを経て、現在、准教授、放射線治療部門長。

この間イスに客員研究員として留学。一般向けの啓蒙活動にも力を入れ、福島第一原発後は、飯舘村など福島支援も行っている。

著作には、「がんのひみつ」、「死を忘れた日本人」、「被ばくと発がんの真実」、「がんと死の練習帳」など多数。日本経済新聞で、コラム「がん社会を診る」を連載中。

KS6-3 職域でのがん検診の特徴

立道 昌幸

東海大学 医学部 基礎診療学系 衛生学公衆衛生学

職域でのがん検診は、多くは健保組合の補助が主体となり、一部は事業主が補助あるいは個人負担で実施されている。地方自治体主導の無料がん検診も存在するが、7割近くの労働者は職域で受診している実態がある。がん対策基本法の加速度プランにおいても職域のがん検診をいかに充実させるかは今後のがん対策において非常に重要なテーマであるとの認識に至っている。

がん検診には、いくつかの制約がある。がん検診の受診については、利益と不利益が存在しそのバランスを考慮して受診するものである。そもそも各人で各がんに対するリスクが異なるため、本来ならその利益—不利益バランスは個別性があるため複雑である。そこで、個別性を無視したRCTで「死亡率減少効果がある」という「エビデンスの紋所」の元に、対策型検診としてガイドラインが出されている。しかし、集団での有効性と個人の有用性が合致するかどうかは議論がある。職域でのがん検診の特徴は、住民検診に比べ小規模で、個人へのアクセスが容易であることと、個人情報の問題さえクリアできれば、がん関連の感染症情報、日常生活習慣情報、経年的ながん検診所見情報の蓄積などからある程度の発がんリスク評価が可能であるという特徴を持つ。リスク評価ができればがん検診は、個人の意思の元に個別に開始年齢、検査項目、頻度を設定することも可能であるとともに、リスクに基づいた利益—不利益バランスを個人として考えることも可能となる。このことは、職域でこそパーソナライズされたがん検診が可能であることを意味する。

また、がん検診については、日本では受診率が低いことが課題として大きく取り上げられているが、精査率が低いことはさらに問題となっている。受診率の課題は、職域では医療職の関与は必須ではなく、職場の上司や職場の制度として奨励すれば、極端に

は社長が一声かければ受診率は向上する。一方で、精査率については、がん検診で判定される所見に対するリテラシーが高くないので、紙で送られてくる結果だけでは精査につながる動機が得られない。また、「がん」に対する精査は、がんの診断を目的とするため、最終的には病理診断が必要となり、一般に侵襲を伴うか放射線の被爆を伴う。また、法定健診の事後措置とは異なり、私傷病であるので自らの有休を使い、そして健康保険での受診となるので結構な自己負担が発生する。従って、精査率の向上には、受診者の十分な納得感が必要となるため医療職の個別対応が求められる。一方医療職側においては、がん検診の所見に基づいた事後措置、すなわち精査の内容、精査に適する病院の紹介等々についてはかなりの専門的知識や情報が必要になる。これまで、産業現場においては、がん検診の結果は労働者の同意が必要な個人情報として取り扱われてきたので守備範囲外とされてきた。健保組合においても、大手には保健師がいるもののほとんどの健保組合においては、医療職の関与は低く、検診の費用補助はするが、その後のデータ管理や精査勧奨までは実施されていない。さらには、データ管理ができるほど所見については医療機関で千差万別であり一元管理できない環境にある。

これらのことが解決されれば、職域でのがん検診は住民検診とは異なり、大きくがん対策を推進する可能性を持っている。また、がん検診に対するリテラシーを高めることはがんに対する理解を深めることになり、今後期待される両立支援にも重要な意義をもつことと考える。

略歴

立道 昌幸 (たてみち まさゆき)

【学歴】

1987年 産業医科大学医学部卒業

【職歴】

1987年 東京都済生会中央病院内科研修医

1989年 ソニー(株)本社 専属産業医

1999年 東邦大学医学部助手 (衛生学講座)

2001 International Agency for Research on Cancer (世界がん研究機構) (WHO) Visiting Scientist

2003年 東邦大学医学部助手 (衛生学講座) (復職)

2005年 昭和大学医学部助教授 (衛生学講座) (2007.4 准教授に改名)

2013年 (東海大学医学部基礎診療学系公衆衛生学 教授 (現在に至る))

【受賞歴】 ヘリコバクター学会上原賞、健康開発科学二十年記念特別賞

【専門分野】 産業保健、疫学、環境予防医学

【資格】 産業衛生学会指導医、労働衛生コンサルタント

【主な所属学会・役職】 日本産業衛生学会代議員、日本衛生学会評議員、日本公衆衛生学会、日本疫学会、日本癌学会、日本消化器病学会等

KS6-4 がん労働者の就労支援

高橋 都

国立がん研究センターがん対策情報センター がんサバイバーシップ支援部

平成 28 年 2 月に厚生労働省が発表した「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」では、具体的な留意事項や環境整備ありきた、両立支援の進め方が明記された。必要に応じて事業場が主治医から治療状況などの情報収集を行う際の様式も提案され、両者がコミュニケーションをとる場面は一層増えることが予想される。しかし、患者（労働者）と診療契約を結ぶ主治医と、労働契約を結ぶ事業主の間にはさまざまな前提の違いがあり、本人や職場関係者が共に納得できる就業配慮に向けた情報共有には課題も多い。

また、同年 12 月にはがん対策基本法が 10 年ぶりに改正された。がん患者や家族が直面する社会的問題として就労が注目され、事業主の努力義務としてがん患者の雇用継続等への配慮や国・地方公共団体のがん対策に協力すること、国・地方公共団体ががん患者の雇用継続と就職に向けて事業主への啓発を講じること、国・地方公共団体が学校教育及び社会教育においてがん教育に必要な施策を講じることが明記された。

本発表では、まず、厚労科研がん対策推進総合研究事業「がんと就労」研究班が作成した「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」を紹介して主治医と事業場の連携のあり方について述べ、続いて、これまでの国内の調査やヒアリングにもとづき、事業場、医療機関、地域コミュニティにおいて今後対応が必要になると思われるポイントをまとめた。

シンポジウムご参加の皆さまから率直なご意見を頂ければ大変幸いです。

表 1 対応が必要になると思われるポイント

1. 事業場における両立支援体制の強化

- ・エキスパート産業医・産業看護職の技の伝達（産業保健系学会、職能団体等）
- ・事業場向け個別相談窓口の整備・強化（産業保健センター等）
- ・人事総務向け研修（好事例共有も）

2. 経営マネジメントに向けた啓発

- ・健康経営
- ・がん体験を持つ労働者が職場にいる意味（ダイバーシティ）
- ・がんイメージ・偏見を軽減するとりくみ

3. がん治療を担う医療機関ぐるみの両立支援体制強化（好事例共有も）

- ・就労ハイリスク患者のスクリーニングと相談ニーズの把握
- ・就労継続奨励と早期からの情報提供
- ・院内の個別相談窓口への誘導
- ・院外就労専門家との連携ノウハウの蓄積と共有
- ・地域組織との連携協同（医師会等）
- ・両立支援に役立つ主治医意見書の作成研修

4. 地域コミュニティ資源の活用・連携

- ・ハローワーク
- ・社会保険労務士
- ・患者支援団体
- ・医師会等の職能団体
- ・学術団体（学会等）

5. がん患者・家族への啓発

- ・人事・上司への説明力と交渉力の向上～治療スタッフからの情報提供強化

略歴

昭和 59 年岩手医大医学部卒業。10 年間一般内科臨床に従事したのち、東京大学大学院医学系研究科国際保健学専攻に進学。博士課程修了（保健学博士）。同大医学系研究科公共健康医学専攻講師、UCLA 公衆衛生大学院客員研究員、獨協医科大学公衆衛生学准教授を経て、平成 25 年 4 月より現職。一貫して、がん患者や家族の社会的困難や支援のあり方に関する研究に取り組んでいる。日本サイコオンコロジー学会理事、日本医学教育学会評議員。

KS6-5 職域でのがん対策における産業医の役割

立石 清一郎

産業医科大学 産業医実務研修センター

産業医の役割を広く健康管理における予防全般と考へた場合、がん対策として企業・労働者に貢献できることは数多い。1次予防としては、特別管理物質などの発がん性化学物質の曝露を防ぐこと、受動喫煙の防止、がんになりにくい生活指導などが挙げられる。2次予防としては、がん検診の企画や受診後の再精密検査管理を適切に実施することが必要である。3次予防としては復職後の直接的な対応のみならず、復職に至る規定を整備することなどが求められる。

しかしながら、職場においてはがん対策以外にも様々な産業保健ニーズが存在し、すべての活動を実施することは困難が想定される。一般的には優先順位を検討の上必要な人的資源を投資することになるが、圧倒的多数である嘱託産業医においてはその活動時間の短さからがん対策をしたいと思ったとしてもどこから手を付けていいのかわからない現状があることが推察される。また、事業者の側から見たニーズは、これまでは安全配慮義務に代表されるリスク管理型の対応が多かったことから、産業医に対する期待は、明確に事業者の側に責任のある化学物質の曝露対策や職業性発がんの特殊健康診断などに集中していた。しかしながら、健康経営という考え方が社会にも徐々に浸透することによって人材確保・人材管理という観点から仕事と直接関係のないがん患者の復職対応への対応など従業員健康支援に動き出す企業も増えつつある。

がん検診は個人情報保護という観点でいうと問題が発生しやすくまた従業員側から見ると誤解が多くなりがちの部分である。がん検診は定期健康診断時に同時に実施されることが多い。がん検診の費用は個人負担や健康保険組合負担であることが多く、企業施策として実施されるケースは比較的レアで職場は職場離脱時間があることを許容する程度にとど

まっていることが多い。すなわち、事業者の立場としては場所や時間を提供しているに過ぎず、その後の管理は個人（または費用負担者である健康保険組合など）に期待しているケースが多く存在していると思われる。一方で、定期健康診断結果と同じ結果票にがん検診の結果も記載されていることが多く、事業者としては意図せず個人情報を収集してしまうことが発生する。この時、事業者はがん検診について事後措置を実施する法的根拠は存在しないため定期健康診断の事後措置のみが実施されることにより、健康診断事後措置などで産業医から指導がなされないケースも多く労働者が自己判断で受診不要と判断されたと思ひ込み発見が遅れるというケースも発生している。がん検診は企業において大変重要な施策であるが、その目的を事前に労働者に明確に伝えることと出口戦略を考えずに実施されることが多い。事業者ががん検診の事後措置に関与しないのであれば、そもそも事業者が個人情報を（たとえ意図せずであったとしても）収集するところから大きな問題があると考えられる。ただ、本来的にはスクリーニングとして実施されるがん検診の再精密検査管理は必須であるので、個人情報の問題、費用負担の問題、人的資源の問題などを包括したうえで企業にあるべきがん検診の実施の方略を提案することは産業医にとって重要なスキルであると考えられる。こういった地道な活躍は、万が一がん患者の事例が発生したとしても職場が慌てずに対応できる環境の素地となり得る。

上記のような事情から、がん対策は何らかのポイントを絞った対応をするよりもむしろ全体のパッケージとして提案するほうが事業者にとっては理解しやすい課題となる。本発表では特に人的資源に限りのある中小企業での対応などについて言及するものとする。

略歴

立石 清一郎 (たていし せいいちろう)

【学歴】

2000年 3月 産業医科大学医学部医学科入学

【職歴】

2000年 5月 河北総合病院 臨床研修医

2003年 4月 鹿児島県労働基準協会 鹿児島労働衛生センター 医師

2006年 4月 鹿児島県厚生連健康管理センター 医師

2009年 10月 産業医科大学 産業医実務研修センター 助教

2013年 4月 産業医科大学 産業医実務研修センター 講師

【受賞歴】 なし

【専門分野】 産業保健、健康管理、両立支援、健康診断、中小企業、危機管理、農業

【資格】

労働衛生コンサルタント(保健衛生)、日本産業衛生学会専門医・指導医、日本消化器病学会専門医、日本内科学会認定内科医

【主な所属学会・役職】

日本産業衛生学会代議員、九州農業医学会評議員、日本農村医学会、日本行動医学会