

## 原 著

## 通院治療中のがん患者における休職関連要因と QOL

コダマ 小玉かおり\* イトウ トシヒロ 伊藤 俊弘<sup>2\*</sup>

**目的** 本研究は、がん患者の休職関連要因および QOL を明らかにし、わが国のがんと就労の問題に対する示唆を得ることを目的とする。

**方法** 北海道内で通院治療中の成人がん患者(20~64歳)に、自記式質問票による調査を実施した。調査項目は基本属性、がん関連属性および QOL (SF-12v2 日本語版)とした。

就労者を休職群と仕事継続群に分類し、QOL は 8 下位尺度とこれらから集計した 3 つのコンポーネントサマリーを比較検討した。各がん関連因子に対する休職の有無の関連について、基本属性の傾向スコアを算出して調整変数とし、このスコアを休職の有無とともに独立変数へ投入することで、がん関連属性に対する休職の有無をロジスティック回帰分析または重回帰分析を用いて検討した。

**結果** 有効回答が得られた147人のうち就労者は79人で、このうち休職群が29人(36.7%)、仕事継続群が50人(63.3%)であった。休職関連要因について傾向スコアを用いたロジスティック回帰分析にて解析した結果、「告知から6か月未満」における休職群のオッズ比は「6か月以上」に対し17.9倍高いことが示された( $P=0.001$ )。また、「手術を受けていない者」は「手術を受けた者」よりもオッズ比が3.9倍高くなる傾向が示された( $P=0.011$ )。

休職群の QOL は、8 項目中 7 項目で国民標準値よりも低値を示した。仕事継続群との比較ではすべての項目で休職群の平均値が低く、このうち 6 項目は有意な低値を認め、とくに日常役割機能(身体・精神)に顕著であった。休職群のコンポーネントサマリーは、仕事継続群よりも役割/社会的側面(RCS)および身体的側面(PCS)のスコアが有意に低値であった。

**結論** 就労中のがん患者を休職群と仕事継続群に分け、休職関連要因および QOL を検討した。その結果、休職群は「がん告知から6か月未満」および「手術を受けていない者」が関連しており、さらに休職群の QOL は仕事継続群に比して低く、とくに身体的側面(PCS)と役割/社会的側面(RCS)が低いことを認めた。以上から、がん患者の就労支援には、これらの特性に配慮することが必要であることが示唆された。

**Key words** : 就労者, がん, 成人, 休職, Quality of Life, SF-12v2

日本公衆衛生雑誌 2019; 66(9): 574-581. doi:10.11236/jph.66.9\_574

## I 緒 言

日本において、がんは1981年以来死因の第1位であり、2018年には死亡者数が37万人を超え、今後も高齢者を中心に死亡数は増加するとみられる<sup>1)</sup>。また2014年における20歳から64歳までのがん罹患患者数は約24万人と推計され、約3人に1人が就業可能年齢でがんに罹患している<sup>2)</sup>。

一方、がん医療の進歩に伴い、わが国における全がんの5年相対生存率は確実に改善傾向にあり、「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」の重要性が増している<sup>3)</sup>。このような背景から、2012年6月に閣議決定された第2期がん対策推進基本計画では、「働く世代へのがん対策の充実」を重点課題に掲げ、適切な医療や支援により社会とのつながりを維持し生きる意欲を持ち続けられるような社会づくりを目指すことが明記された。

がんと就労の問題に関して、「2013年がん体験者の悩みや負担感に関する意識調査<sup>4)</sup>」によると、がんの罹患により依願退職した者は約30%、休職中の者は約9%、自営業者では約14%が廃業、約8%が

\* 旭川医科大学大学院医学系研究科修士課程

<sup>2\*</sup> 旭川医科大学医学部看護学科  
責任著者連絡先: 〒078-8510 旭川市緑が丘東二条1丁目1-1  
旭川医科大学医学部看護学科 小玉かおり

休業中であり、2003年に実施された第一次調査<sup>5)</sup>からほとんど変化していない。

がんになっても安心して暮らせる社会の構築には、がん患者に対する就労支援は重要である。とくに休職中の者は職場復帰が不透明な状態にあることから、就労支援の対象者として重要であると考えられるが、我が国でこれらを対象に検討した報告は見当たらない。

そこで本研究は、がん患者の休職関連要因およびQOLを明らかにし、わが国のがん就労の問題に対する示唆を得ることを目的とする。就労中の者は社会や家庭で中心的な役割を担う立場にあり、がんの罹患は本人のみならず家族や社会にも大きな影響を及ぼす<sup>3)</sup>ことから、この世代に役立つ示唆を得ることは重要な意義があると考えられる。

## II 研究方法

### 1. 研究対象

本研究は、北海道の「がん診療連携拠点病院」(以下、拠点病院という)および「がん診療連携指定病院」(以下、指定病院という)にて通院で治療を受けている、20歳から64歳のがん患者を対象とした。調査協力の依頼は、2015年4月1日時点における北海道の拠点病院20施設と指定病院21施設の合計41施設に行った。

### 2. 調査方法

医療機関への協力依頼は、各病院の看護部責任者に電話と文書で行い、了承が得られた施設に調査票を郵送した。調査票の配布部数は、拠点病院に各20部(がん化学療法・放射線療法に各10部)、指定病院に各10部(放射線療法は指定要件に含まれていないためがん化学療法のみ)として、2015年9月～12月に調査を行った。調査の実施は、協力医療機関にて主治医又は看護師が選択した患者に対し、各施設の担当職員または著者が調査票一式を患者に手渡した。倫理的配慮として、個人や医療機関は特定されないこと、参加は自由であり不参加の場合も不利益はないことを研究協力依頼書に明記し、口頭でも説明した。調査票の回収は郵送法とし、返信をもって研究協力を同意を得られたものとした。

回収された質問票から就労者を抽出し、さらに休職中の者と仕事継続中の者に分けてこれら进行分析対象とした。

本研究では、「就労者」を会社員、公務員、団体職員、ならびに農林水産業等に従事する正規雇用、非正規雇用およびパートタイム労働者および自営業と定義し、そのうち調査時点において治療等のために仕事を休止している状態のものを休職者とした。

本研究は、旭川医科大学倫理審査委員会の承認(承認番号15040, 2015年7月27日)、および調査協力医療機関の倫理規定に基づいて実施した。

### 3. 調査内容

本研究における質問項目のうち、基本属性として性別、年齢、就業および休職の有無、婚姻歴、子供、同居者の有無の6項目、がん関連属性としてがん告知からの経過期間、手術の有無、外来治療の内容(がん化学療法、放射線療法)、再発・転移の有無の4項目とした。

QOLの測定は、健康関連QOL尺度であるSF-12v2日本語版を用いた。SF-12v2はSF-36(The Medical Outcomes Study36-Item Short Form Health Survey)バージョン2日本語版の短縮版で、信頼性と妥当性が検証されている<sup>6)</sup>。これは12の質問項目により8下位尺度(1.身体機能:PF, 2.日常役割機能(身体):RP, 3.体の痛み:BP, 4.全体的健康観:GH, 5.活力:VT, 6.社会的役割:SF, 7.日常役割機能(精神):RE, 8.心の健康:MH)と、因子構造に基づいてコンポーネントサマリーが算出される。コンポーネントサマリーは、【身体的側面】(PCS: Physical component summary)、【精神的側面】(MCS: Mental component summary)および【役割/社会的側面】(RCS: Role/Social component summary)について得点が示される。いずれも得点が高いほど健康状態が良好であることを示す。

### 4. 解析方法

休職群と仕事継続群の基本属性およびがん関連属性の比較は、カイ二乗検定、Studentの*t*検定またはMann-Whitney *U*検定を行った。各がん関連因子に対する休職の影響は、はじめに休職の有無に対して基本属性を共変量に投入したロジスティック回帰分析から傾向スコアを算出し、この値を調整因子として休業の有無とともに独立変数へ投入することで、がん関連属性に対する休業の有無をロジスティック回帰分析または重回帰分析を用いて検討した。

SF-12v2の8下位尺度得点および3コンポーネントサマリー得点は、SF-12v2専用スコアリングプログラムソフトを用い国民標準値に基づいたスコアリング(norm-based scoring: NBS)による変換を行った。QOL得点の比較にはStudentの*t*検定を用いた。統計解析はSPSS version 23.0を用い、有意水準を5%とした。

## III 研究結果

### 1. 対象者の概要

調査を依頼した医療機関41施設のうち、携拠点病

院10施設および指定病院13施設から了承が得られた。配布した調査票330部のうち178人から回答が得られ（回収率53.9%）、このうちQOL尺度に欠損値がない147部を有効回答とした（有効回答率44.5%）。

本研究では無職の者を対象から除外し、就労者79人のデータを分析対象とした。就労者のうち休職中の者は29人（36.7%）、仕事を継続中が50人（63.3%）であった。

## 2. 対象者の属性

基本属性の結果を表1に示す。対象者の平均年齢は52.3±7.89歳、性別は男性33人（41.8%）、女性46人（58.2%）、婚姻有りは63人（79.7%）、子供有りは56人（70.9%）、同居者有りは68人（86.1%）であった。休職群と仕事継続群の間には、いずれの変数も有意差はみられなかった。

がん関連属性の結果を表2に示す。全対象者のがん告知からの経過期間の範囲は1か月から13年で、中央値は12か月であった。告知からの経過期間を6か月、1年、2年および3年で区切りそれぞれの人数を比較した。その結果、「6か月未満」15人（19.1%）、「6か月以上1年未満」21人（26.6%）、「1年以上2年未満」19人（24.0%）、「2年以上3年未満」10人（12.6%）および「3年以上」14人（17.7%）で、2年未満の者が全体の7割を占めていた。各期間の人数に統計的有意差はみられなかった（ $\chi^2=4.734$ ,  $P=0.327$ ）。調査時の治療は、がん化学療法が52人（65.8%）、放射線療法が17人

（21.5%）、これらの併用が8人（10.1%）であった。手術を受けた者は57人（72.2%）、再発・転移がある者は39人（49.4%）であった。

休職群と仕事継続群との比較では、がん告知からの経過期間（中央値）は仕事継続群の14か月に対し休職群は6か月と有意差が認められ（Mann-Whitney  $U$ ,  $P=0.001$ ）、同様に経過区分も差を認めた（ $\chi^2=23.126$ ,  $P<0.001$ ）。 $\chi^2$ 検定による区分ごとの比較では、「6か月未満」（調整済み残渣4.5,  $P<0.001$ ）および「2年以上3年未満」（調整済み残渣2.6,  $P<0.01$ ）で差が認められた。

手術を受けた者の割合は、仕事継続群が82%であったのに対し休職群は55%と有意に低い割合であった（ $\chi^2=9.881$ ,  $P=0.007$ ）。

## 3. 休職群の関連要因

がん関連属性の比較において、休職群は「告知から6か月未満」の割合が多かったことから、告知からの期間を6か月で区分した二値変数として以後の検討に用いた。

休職関連要因は、休業の有無に対する基本属性の傾向スコアを調整因子として、がん関連属性に対する休業の有無をロジスティック回帰分析または重回帰分析を用いて検討した。その結果、休職群のオッズ比は、「告知から6か月未満」が「6か月以上」に対して17.9倍高く（ $P<0.001$ ）、「手術を受けていない者」は「手術を受けた者」よりも3.9倍高いこ

表1 対象者の基本属性

|            | 全 体       | 休職群       | 継続群       | P 値         |
|------------|-----------|-----------|-----------|-------------|
| 人数         | 79        | 29        | 50        |             |
| 年齢 (平均±SD) | 52.3±7.89 | 52.3±8.38 | 52.3±7.68 | $P=0.972^a$ |
| 年齢区分       | 人数 (%)    | 人数 (%)    |           |             |
| 30-39歳     | 5 (6.3)   | 3 (10.3)  | 2 (4.0)   |             |
| 40-49歳     | 27 (34.2) | 7 (24.1)  | 20 (40.0) | $P=0.278^b$ |
| 50-59歳     | 28 (35.4) | 13 (44.8) | 15 (30.0) |             |
| 60-64歳     | 19 (24.1) | 6 (20.7)  | 13 (26.0) |             |
| 性別         |           |           |           |             |
| 男          | 33 (41.8) | 12 (41.4) | 21 (42.0) | $P=0.957^b$ |
| 女          | 46 (58.2) | 17 (58.6) | 29 (58.0) |             |
| 婚姻歴        |           |           |           |             |
| あり         | 63 (79.7) | 25 (86.2) | 38 (76.0) | $P=0.277^b$ |
| なし         | 16 (20.3) | 4 (13.8)  | 12 (24.0) |             |
| 子供         |           |           |           |             |
| あり         | 56 (70.9) | 23 (79.3) | 33 (66.0) | $P=0.209^b$ |
| なし         | 23 (29.1) | 6 (20.7)  | 17 (34.0) |             |
| 同居者        |           |           |           |             |
| あり         | 68 (86.1) | 26 (89.7) | 42 (84.0) | $P=0.737^b$ |
| なし         | 11 (13.9) | 3 (10.3)  | 8 (16.0)  |             |

a:  $t$ 検定 b: カイ二乗検定

表2 がん関連属性

|                     | 全 体       | 休職群       | 継続群       | P 値              |
|---------------------|-----------|-----------|-----------|------------------|
| 人数                  | 79        | 29        | 50        |                  |
| 告知からの経過(月)<br>(中央値) | 12        | 6         | 14        | $P=0.001^{***}$  |
| 告知からの経過区分           | 人数 (%)    | 人数 (%)    |           |                  |
| 6か月未満               | 15 (19.1) | 13 (44.8) | 2 (4.0)   |                  |
| 6か月以上1年未満           | 21 (26.6) | 6 (20.7)  | 15 (30.0) |                  |
| 1年以上2年未満            | 19 (24.0) | 6 (20.7)  | 13 (26.0) | $P=0.000^{***b}$ |
| 2年以上3年未満            | 10 (12.6) | 0 (0)     | 10 (20.0) |                  |
| 3年以上                | 14 (17.7) | 4 (13.8)  | 10 (20.0) |                  |
| 治療                  |           |           |           |                  |
| がん化学療法              | 52 (65.8) | 16 (55.2) | 36 (72.0) |                  |
| 放射線療法               | 17 (21.5) | 6 (20.7)  | 11 (22.0) | $P=0.216^b$      |
| 併用                  | 8 (10.1)  | 5 (17.2)  | 3 (6.0)   | ※未回答は除外          |
| 未記入                 | 2 (2.5)   | 2 (6.9)   | 0 (0)     |                  |
| 手術                  |           |           |           |                  |
| あり                  | 57 (72.2) | 16 (55.2) | 41 (82.0) |                  |
| なし                  | 20 (27.3) | 13 (44.8) | 7 (14.0)  | $P=0.007^{***b}$ |
| 予定あり                | 2 (2.5)   | 0 (0.0)   | 2 (4.0)   |                  |
| 再発・転移               |           |           |           |                  |
| あり                  | 39 (49.4) | 13 (44.8) | 26 (52.0) |                  |
| なし                  | 40 (50.6) | 16 (55.2) | 24 (48.0) | $P=0.539^b$      |

a: Mann-Whitney  $U$  test b: カイ二乗検定

\*\*  $P<0.001$ , \*\*\*  $P<0.001$

表3 がん関連属性に対する休業の影響 (n=79)

| がん関連要因           | オッズ比  | EXP(B)の95%信頼区間 |      | 有意確率   |
|------------------|-------|----------------|------|--------|
|                  |       | 下限             | 上限   |        |
| 告知6か月            | 17.91 | 3.55           | 90.4 | <0.001 |
| がん化学療法/<br>放射線療法 | 1.934 | 0.73           | 5.1  | 0.184  |
| 手術の有無            | 3.948 | 1.37           | 11.3 | 0.011  |
| 再発転移の有無          | 1.219 | 0.48           | 3.1  | 0.679  |

傾向スコアに投与した因子：性別，年齢，婚姻の有無，子どもの有無，同居の有無

表4 QOL 下位尺度の比較

|    | 国民標準値との比較*             |                        | 群間比較**     |
|----|------------------------|------------------------|------------|
|    | 休業群 (n=29)             | 継続群 (n=50)             |            |
| PF | 42.0±14.4 <sup>b</sup> | 48.0±13.9              | P=0.071    |
| RP | 33.1±9.3 <sup>b</sup>  | 42.5±11.0 <sup>b</sup> | P<0.001*** |
| BP | 39.6±12.1 <sup>b</sup> | 46.6±12.5 <sup>a</sup> | P=0.018*   |
| GH | 45.8±10.5 <sup>a</sup> | 51.5±7.7               | P=0.014*   |
| VT | 47.9±7.8               | 51.9±8.6               | P=0.042*   |
| SF | 42.8±12.0 <sup>b</sup> | 47.2±10.0              | P=0.081    |
| RE | 36.2±10.3 <sup>b</sup> | 47.5±10.6              | P<0.001*** |
| MH | 45.8±11.0 <sup>a</sup> | 50.7±8.2               | P=0.026*   |

Norm-based Scoring：NBS（国民標準値に基づいたスコアリング），国民標準値は50±10点

PF：身体機能，RP：日常役割機能（身体），BP：体の痛み，GH：全体的健康感，VT：活力，SF：社会役割機能，RE：日常役割機能（精神），MH：心の健康

\* t検定 <sup>a</sup> P<0.05, <sup>b</sup> P<0.01

\*\* t検定 \* P<0.05, \*\*\* P<0.001

とが示された (P=0.011)。一方，治療の違いおよび再発・転移の有無には有意な関連を認めなかった (表3)。

#### 4. QOL 得点の比較

本研究におけるSF-12v2の8下位尺度の値を国民標準値と比較した結果，仕事継続群ではRPとBPのみが低値であったのに対し，休職群のQOLはVTを除くすべての項目で国民標準値よりも低値を示していた。一方，休職群と仕事継続群の比較では，休職群はRP, BP, GH, VT, RE およびMHの6項目で仕事継続群に対して統計的に有意な低値を示し，残りの2項目 (PF, SF) も有意差は得られなかったが，低値を示す傾向を認めた (P<0.1) (表4)。

コンポーネントサマリーの国民標準値との比較 (表5) では，【役割/社会的側面】と【身体的側面】は休職群と仕事継続群の両群共に国民標準値の平均

表5 QOL コンポーネントサマリー国民標準値との比較

|          | 休業群 (n=29)  | 継続群 (n=50)  |
|----------|-------------|-------------|
| 身体的側面    | 41.2±13.4** | 47.1±12.0*  |
| 精神的側面    | 52.1±10.3   | 53.9±7.1**  |
| 役割/社会的側面 | 36.1±11.1** | 44.3±10.4** |

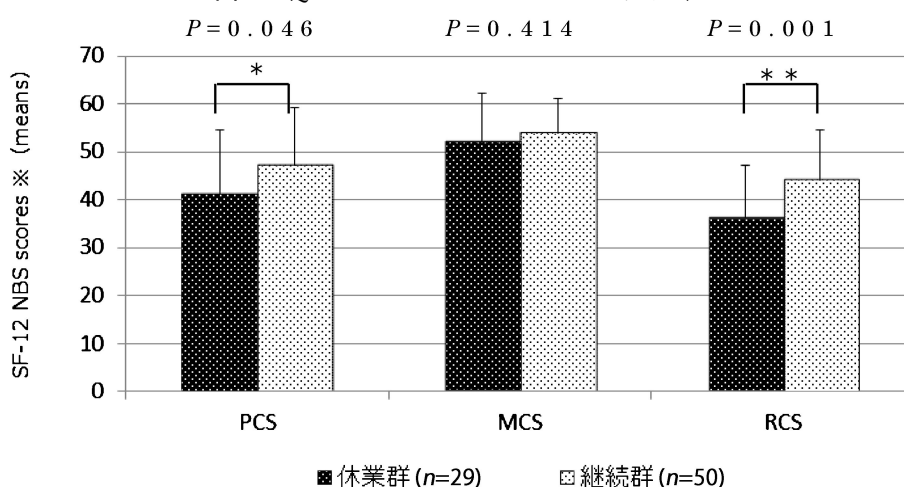
※NBS (Norm-based Scoring)：国民標準値に基づいたスコアリング

国民標準値は50±10点

身体的側面：PCS，精神的側面：MCS，役割/社会的側面：RCS

t検定 \* P<0.05, \*\* P<0.01

図1 QOL コンポーネントサマリー群間比較



PCS：身体的側面， MCS：精神的側面， RCS：役割/社会的側面

※国民標準値に基づいたスコアリング NBS (Norm-based Scoring：NBS)，国民標準値は50±10点

t-test \* P<0.05, \*\* P<0.01

値である50より有意に低値を示したが、【精神的側面】は両群とも国民標準値よりも高い値であり、とくに仕事継続群は統計的にも有意であった ( $P=0.006$ )。

休職群と仕事継続群の比較 (図1) では、【役割/社会的側面】 ( $P=0.001$ ) と【身体的側面】 ( $P=0.047$ ) は休職群が仕事継続群に対し有意な低値を示したが、【精神的側面】には差がみられなかった。

## Ⅳ 考 察

### 1. 休職の要因

本研究は、通院治療中のがん患者の休職関連要因とQOLに着目し分析を試みた。

その結果、がんの告知から6か月未満の者に休職者が多いことが示された。西田はがん患者の仕事と治療の両立に関する実態調査<sup>7)</sup>において、がんと診断された、またはがんと疑われた非常に早い段階で就労者は離職を考えたり実際に離職していることを報告しているが、本研究の結果は休職者においても離職者と同様の傾向を示していた。

がんと診断された当時は今後の治療方針、治療に要する時間、治療による身体への影響の程度や仕事への支障など仕事を継続できるかの判断材料に乏しく<sup>4)</sup>、患者の6割が医療者に対して治療のスケジュールや起こりうる副作用の情報を早めに教えて欲しいと望んでいたことから<sup>7)</sup>、がん告知から早い段階で休職に関連する可能性としてこれらに対する情報不足があると考えられた。

「手術を受けていない者」と休職の関連については、手術を受けていないことが臨床進行度に関与しており、重症であるため休職に至っている可能性もあるが、本研究結果からがん患者の再発・転移と休業との関連は認められなかった。近年は集学的治療の進歩による手術前化学療法や緩和的手術も行われていることから、臨床進行度との関連はさらに詳細な検討が必要である。

### 2. 休職者のQOL

本研究において休職群は継続群に比してQOLが低いことが認められた。とくに日常役割機能に関わる身体面および精神面は仕事継続者より顕著な低値を示したことから、休職中のがん患者のQOL低下は、日常生活機能の変化が影響する可能性があると考えられた。磯見らの報告では、外来通院している消化器系がん患者に行った調査において、女性や無職の者はとくに日常生活での役割機能が心身両面で機能が思うように果たせないと感じている<sup>8)</sup>として、ことから、本研究結果においても、日常役割機能はがん患者のQOLの重要な指標になり得ると考

えられた。

QOLのコンポーネントサマリーでは、休職群は仕事継続群に対し、身体的側面および役割/社会的側面で低値を認めた。古村らは、日本人は進行がん患者において、男女を問わず、治療中または治療後を問わず仕事を重視しており、欧米人に比べて仕事を生きがいとする傾向が強いと述べている<sup>9)</sup>。東京福祉保健局がん患者の就労等に関する実態調査<sup>10)</sup>では、退職していないがん患者の9割が仕事を続けたいと回答し、退職者においても7割が就労継続を希望していた。その理由として、6割の者が「働くことが自身の生きがい」であると回答していた。これらは、仕事のがん患者の精神的支えになっていることを示唆しており、それ故、休職が自己の役割や社会的つながりの喪失をもたらすQOL低下に影響を及ぼし得ると考えられた。

QOLの身体的側面について、本研究はがん化学療法や放射線治療、さらに転移の有無の割合においても休職群と仕事継続群の間に差はみられなかった。しかし、化学療法や放射線治療等の治療を受けているがん患者の多くは、治療に伴うつらい症状や外見の変化など身体影響が仕事の継続に支障をきたしているとの問題が指摘されていることから<sup>11)</sup>、休職に関しても身体的側面からのより詳細な検討が必要であると考えられた。

QOLの精神的側面は、仕事継続の有無で差を認めなかったものの、仕事継続群では国民標準値に比べて有意に高値を示していた。がん患者のQOLの精神的側面は、国内外で報告された様々ながん種や病期においても同様の傾向が示されている<sup>12~18)</sup>。これらから、QOLの精神的側面はがんによる影響を受けにくい側面があると考えられるが、詳細については今後の研究で明らかにする必要がある。

### 3. がん患者の就労支援

本研究の結果から、とくにがん告知からの早い段階と手術を受けていない患者に対する就労支援は、復職機会の増加や離職防止に役立つ可能性がある。

2018年3月に策定された第3期がん対策推進基本計画<sup>19)</sup>は、3年以内に「治療と仕事両立プラン (仮称)」の開発と活用を目標に掲げている。がん患者における休職者の検討は、復職機会の増加や離職防止に向けた支援の示唆を得るとともに、がん患者のQOL向上においても重要であると考えられた。

一方で、休職中の者は職場に休職を定めた制度がある、または取得できる職場環境があるというポジティブな解釈もできる。本研究では患者本人の要因に絞って検討したが、今後はさらに職場環境や休職取得理由なども含めた検討を行うことが、がん患者

の就労支援対策に必要と考えられる。

#### 4. 本研究の限界

本研究の限界として、第一に本研究は横断研究であり、休職とQOLの因果関係を特定することはできない。

第二に、サンプリングバイアスの問題として、協力医療機関の主治医又は看護師が選択した患者に対して調査を行った。そのため対象が無作為化されておらず、調査対象が偏っている可能性がある。

### V 結 語

本研究は、がん患者における休職関連要因とQOLを検討し、以下の結果が得られた。

1. がん患者の休職群のQOLは仕事継続群より低く、とくに身体的側面および役割/社会的側面の低値が観察された。
2. 休職の関連要因に、がん告知からの期間が短いこと（6か月未満）、および手術を受けていない者が示唆された。
3. がん告知から早い段階と手術を受けていない患者に対する就労支援は、復職機会の増加や離職防止につながる可能性が考えられた。
4. 本研究は、働く世代のがん患者における休職関連要因およびQOLを量的に明らかにし、就労支援に役立つ示唆を得たという点で意義がある。

本研究の実施にあたり、調査票にご記入いただきました対象者の皆様、北海道内のがん診療連携拠点病院およびがん診療連携指定病院の関係者の皆様に深謝いたします。

本研究に関して、開示すべきCOI状態はありません。

(受付 2018.10.24)  
採用 2019. 4.26)

### 文 献

- 1) 厚生労働省政策統括官（統計情報政策担当）. 平成30年 我が国の人口動態 vital statistics in Japan. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/81-1a2.pdf> (2018年4月13日アクセス可能).
- 2) 国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」地域がん登録全国推計によるがん罹患データ（1975年～2014年）. [https://ganjoho.jp/reg\\_stat/statistics/dl/index.html](https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/dl/index.html)(2019年3月13日アクセス可能).
- 3) 厚生労働省. がん対策推進基本計画（第2期）. [http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan\\_keikaku02.pdf](http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan_keikaku02.pdf) (2018年4月13日アクセス可能).
- 4) 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 がんとうき合った4,054人の声. 2016. <https://www.scchr.jp/cms/wp-content/uploads/2016/07/2013taikenkoe.pdf> (2018年4月13日アクセス可能).
- 5) 山口 建. がんとうき合った7,885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 概要版. 「がんの社会学」に関する合同研究班, 2006. [https://www.scchr.jp/cms/wp-content/uploads/2015/11/taiken\\_koe\\_jpn.pdf](https://www.scchr.jp/cms/wp-content/uploads/2015/11/taiken_koe_jpn.pdf). (2018年4月13日アクセス可能).
- 6) 福原俊一, 鈴嶋よしみ. SF-36v2 日本語版マニュアル：京都：Hope International 株式会社, 2004, 2015.
- 7) 西田俊朗. 働くがん患者と家族の就業支援体制の強化・充実に関する研究—離職率減少と復職率増加にむけた介入方法の検討—. <http://www.daiwa-grp.jp/dsh/results/41/pdf/07.pdf> (2018年4月13日アクセス可能).
- 8) 磯見智恵, 井上裕美, 麻生佳愛, 他. 外来通院している消化器系がん患者のQOLと影響要因. 日本看護学会論文集 2 成人看護 2006; 37: 68-70.
- 9) 古村和恵, 平井 啓, 所 昭宏. がん患者のbenefit findingに関する質的研究. 生老病死の行動科学 2011; 16: 7-17.
- 10) 東京都福祉保健局, がん患者の就労等に関する実態調査報告書. [http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryo/iryo\\_hoken/gan\\_portal/soudan/ryouritsu/other/houkoku.files/honpen.pdf](http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryo/iryo_hoken/gan_portal/soudan/ryouritsu/other/houkoku.files/honpen.pdf) (2018年4月13日アクセス可能).
- 11) 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业支援システムの構築に関する研究班. 治療と就労の両立に関するアンケート調査 結果報告書. [https://www.ncc.go.jp/jp/cis/divisions/05survivor/pdf/inv\\_report2012.pdf](https://www.ncc.go.jp/jp/cis/divisions/05survivor/pdf/inv_report2012.pdf) (2018年4月13日アクセス可能).
- 12) 北村佳子. 外来化学療法を受ける消化器がん術後患者の症状体験, セルフマネジメント力, 自己効力感, QOLの実態および関連. 日本がん看護学会誌 2014; 28: 13-23.
- 13) 黒澤彩子, 森 文子, 塚越真由美, 他. 同種造血幹細胞移植後の長期フォローアップシステム 単施設の実現可能性調査. 日本造血細胞移植学会雑誌 2014; 3: 49-58.
- 14) 高島尚美, 村田洋章. 胃がんで手術を受けた患者の術2か月後までのQuality of Lifeの量的・質的評価に関する研究. 東京慈恵会医科大学雑誌 2013; 128: 25-34.
- 15) Tomich PL, Helgeson VS. Posttraumatic growth following cancer: links to quality of life. Journal of Traumatic Stress 2012; 25: 567-573.
- 16) Sau S, Chatterjee S, Saha I, et al. Baseline Demographic profile and general health influencing the post-radiotherapy health related quality-of-life in women with gynaecological malignancy treated with pelvic irradiation. Indian Journal of Palliative Care 2013; 19: 186-192.
- 17) Hofso K, Bjordal K, Diep LM, et al. The relationships between demographic and clinical characteristics and quality of life during and after radiotherapy: in women

- with breast cancer. *Quality of Life Research* 2014; 23: 2769-2777.
- 18) Rivard JD, Puloski SS, Temple WJ, et al. Quality of life, functional outcomes, and wound complications in patients with soft tissue sarcomas treated with preoperative chemoradiation: a prospective study. *Annals of Surgical Oncology* 2015; 22: 2869-2875.
- 19) がん対策推進基本計画（第3期）. <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000196975.pdf>（2018年4月13日アクセス可能）.
-

## Sick leave-related factors and quality of life in Japanese working cancer patients receiving outpatient treatment

Kaori KODAMA\* and Toshihiro ITO<sup>2\*</sup>

**Key words** : workers, cancer, adult, sick leave, quality of life, SF-12v2

**Objective** This study aimed (1) to clarify sick leave-related factors in Japanese working cancer patients receiving outpatient treatment and (2) to assess quality of life (QOL) in this group of patients.

**Methods** A survey was conducted using a questionnaire designed for adult cancer patients aged 20 to 64 years who were currently receiving outpatient treatment and living in Hokkaido. The questionnaire was used to collect data on basic characteristics, cancer-related factors, and QOL (SF-12v2, Japanese edition). To clarify the factors related to sick leave, we first calculated the propensity score using logistic regression analysis. The presence or absence of sick leave was the dependent variable, and the basic attributes were the covariates. We then analyzed each variable with significant differences in basic and cancer-related attributes as an independent variable using binomial logistic regression analysis. Quality of life was evaluated by comparing scores on the eight subscales and three component summaries of the SF-12v2.

**Results** There were a total of 147 respondents, of which 79 were included in this study. They were classified into two groups: the leave group (29, 36.7%) and the work continuation group (50, 63.3%). The logistic regression analysis with propensity score adjustment showed that taking leave were associated with patients who were less than 6 months since cancer diagnosis (odds ratio = 17.9,  $P < 0.001$ ) and patients who had not undergone surgery (odds ratio = 3.9,  $P = 0.011$ ). The QOL scores of the leave group were lower than those of the Japanese national sample in seven out of the eight subscales, and there was a significant decrease in the six items for the work continuation group. In particular, two role functioning dimensions—physical and emotional—were remarkably decreased. In the analysis of component summary scores, it was found that QOL scores of cancer patients were lower for the role component summary (RCS) and physical component summary (PCS) compared with the national samples; however, mental component summary scores showed an increasing trend. The leave group had significantly lower RCS and PCS scores compared with the work continuation group.

**Conclusion** We surveyed Japanese working cancer patients and analyzed sick leave-related factors and QOL in that population. We found that having less than 6 months since cancer diagnosis and not having undergone surgery were highly related to leave, and QOL scores (RCS and PCS) were low. The results of this study indicate that Japanese working cancer patients need to be provided with support that is based on their specific characteristics.

---

\* Department of Nursing, Asahikawa Medical University Graduate School of Medicine

<sup>2\*</sup> Department of Nursing, Asahikawa Medical University School of Medicine