

乳がんと就労支援

柄川千代美, 柳川 雄大, 柳井亜矢子, 高塚 雄一

関西労災病院乳腺外科

(2019年4月26日受付)

要旨: 日本人女性におけるがん罹患率は乳がんが最も高く、40代から60代にかけての罹患率が高い。社会および家庭内において重要な役割を果たす多くの女性が、乳がんの治療を行う必要がある。治療期間が長くなると、職場や家庭に大きな影響を及ぼすことになる。このような状況を解決するためには、乳がんの治療中および治療後における就労を支援することが重要である。

乳がんは初発乳がんと進行再発乳がんにより治療方針が異なる。初発乳がんは根治を目指すべく、手術および薬物療法、放射線療法を組み合わせ治療を行う。一方、進行再発乳がんは根治が困難であるため、薬物療法を中心に、生存の延長とQOLの改善を目指す。このように病期により異なるほか、乳がんのサブタイプにより使用する薬剤や治療期間が大きく異なる。例えば初発乳がんの術後薬物療法は、ホルモン受容体陰性、HER2陰性のトリプルネガティブ乳がんの薬物療法は化学療法による治療であり、多くは半年程度で終了するが、ホルモン受容体陽性乳がんで行う内分泌療法は10年におよぶ。しかしながら化学療法のほうが副作用により就労により大きな影響を及ぼす。これらの治療期間、予想される副作用などをがん患者や職場に対して明確にすることにより、治療と就労の両立や、治療による退職後の復職が容易になると思われる。

平成30年度診療報酬改定において、治療と仕事の両立支援に関する診療報酬が新設され、がん患者の職場の産業医と主治医間で情報共有し、がん患者の就労を支援していく体制が整備されつつある。主治医は患者のみならず、職場の産業医にも治療計画などの情報を正確に伝達し、がん罹患したことで不利な状況にならないようサポートしていくことが求められる。

(日職災医誌, 67: 394—399, 2019)

—キーワード—

乳がん, 就労支援

はじめに

乳がんの診断、治療は主に担当する医療者と患者および家族との間で、インフォームドコンセントがなされ、すすめられていくが、周囲の就労を支援する側において情報は不足していると思われる。そのために十分な支援が行われず、治療と就労の両立や復職を希望しているにもかかわらずできない、または就労において乳がんであることによる不利益が生じることは避けるべきである。本論文は乳がん治療や就労支援体制などについて概説しており、乳がん患者の就労支援の一助になれば幸いである。

乳がん発症の好発年齢と就労

全国乳がん患者登録調査報告 2015年次症例によると、乳がんは40代にピークがあり、さらに60代後半にも増

加する(図1)。日本人女性におけるがんの罹患率は乳がんが最も多く、中でも40代から60代までに多く発生していることから、社会的および家庭的に大きな役割を担う多くの女性に乳がんの治療を行う必要がある。そして、治療により就労を中断した場合、回復後には速やかに復職することが望ましい。そのためには医療者および職場いずれにおいてもがん患者の就労を支援する必要がある。また年齢分布によると若年者における妊孕性温存、高齢者特有の合併症や社会経済的事情など、乳がんの治療において様々な問題に配慮する必要がある。

乳がんのサブタイプと薬物療法

乳がんのサブタイプは遺伝子発現による分類が行われるが、免疫組織学的手法でホルモン受容体(エストロゲン受容体: ER およびプロゲステロン受容体: PgR)、HER2、Ki67を簡易的に調べることにより遺伝子発現の

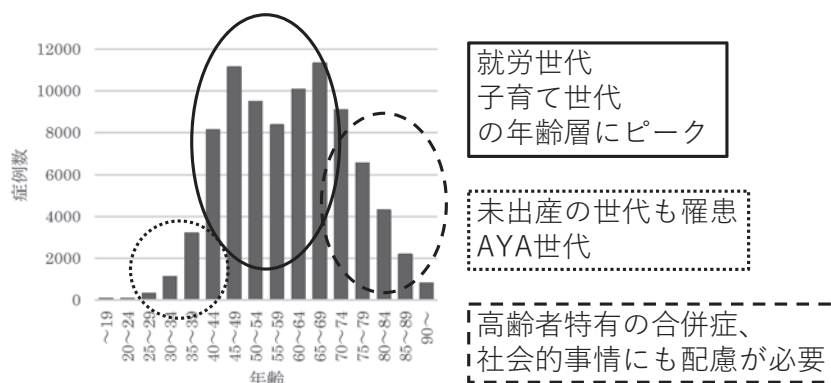


図1 乳がんの年齢分布（全国乳がん患者登録調査報告 2015 年次症例）

表1 乳がんのサブタイプと薬物療法

	ER 陽性	ER 陰性
HER2 陰性	Luminal A (Ki67 低値) ホルモン療法 (+化学療法) Luminal B (Ki67 高値) ホルモン療法+化学療法	トリプルネガティブ 化学療法
HER2 陽性	Luminal HER2 ホルモン療法+化学療法+抗 HER2 療法	HER2 化学療法+抗 HER2 療法

代用としてサブタイプ分類を行い、治療方針を決定している¹⁾。表1のようにLuminal A, Luminal B, Luminal HER2, HER2, トリプルネガティブに分類される。ホルモン受容体陽性乳がんはタモキシフェンやアロマトーゼ阻害薬などの内分泌療法の適応があり、術後の再発予防として5~10年間投与される。一方、HER2 遺伝子の増幅またはHER2 タンパクの発現が認められると、抗HER2療法の対象となる。トリプルネガティブで行われる薬物療法は化学療法である。また治療法はサブタイプのみならず、腫瘍径、リンパ節転移による進行度も考慮される。

乳がんの治療が就労におよぼす影響

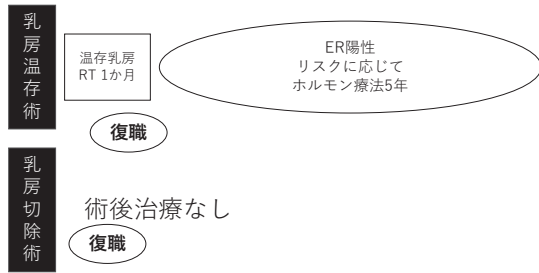
早期乳がん治療は、手術すなわち病巣の外科的切除だけでなく、放射線治療と薬物療法を組み合わせで行う。放射線治療は局所再発の予防のために乳房温存術後の全乳房照射が勧められ、乳房切除術後はリンパ節転移陽性の場合に胸壁および領域リンパ節への照射 (postmastectomy radiation therapy : PMRT) が推奨される。また内分泌療法や化学療法などの全身薬物療法により微小転移の増殖を抑制して再発を予防する。

乳がんの手術は縮小傾向にある。1980年代に標準術式であった胸筋合併乳房切除術は全国乳がん患者登録調査報告 2015 年次症例によると、わずか0.37%となっており、ほとんどの症例は胸筋温存手術である。乳房温存術か乳房全切除術の違いによる多少の差はあるものの、比較的早期に中等度以上の作業ができることが多い。乳房再建の場合はある程度の制限が生じ、皮膚拡張器による乳房再建を行った場合、術後1カ月程度は患側上肢の激しい運動は避けるべきである。さらに半年間程度かけて

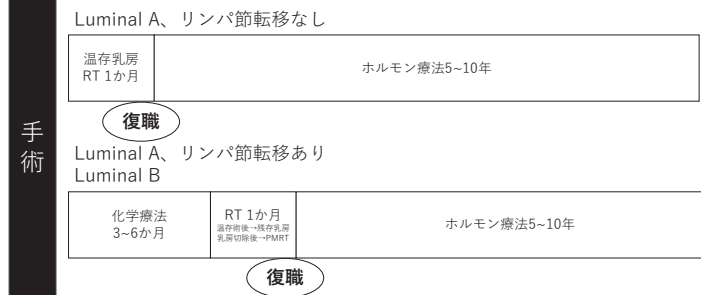
皮膚を伸展させたのちにインプラント入れ替えの手術を要する。自家組織による再建後は広背筋、腹直筋、腹部の脂肪などドナー部位により異なるが、やはり術後の安静期間は再建を行わない場合と比較すると若干長期化する。重労働を要する職種の場合は1カ月程度、休職することが望ましいが、日常生活やデスクワークなどの作業は十分可能であり、個別の職種や体力に応じて休職もしくは配置転換などの対応をすべきと思われる。腋窩手術に関しては、臨床的に腋窩リンパ節転移陰性、すなわち触診、画像所見にて腋窩リンパ節転移陰性と判断した場合はセンチネルリンパ節生検が標準術式であり、腋窩リンパ節郭清術を省略する可能性が高い。センチネルリンパ節生検で転移が認められても、乳房温存術の場合、腋窩リンパ節郭清術を省略しても全生存率、腋窩再発率の低下がないため、省略する方向にある。腋窩リンパ節郭清術をしなかった場合は術後1日目でも出血の心配がない時点ですぐに上肢の運動が可能であり、腋窩リンパ節郭清術をした場合でもドレーンを抜去し退院する時期には運動は開始すべきである。腋窩手術による長期的な運動の制限はなく、積極的に運動し肩関節可動域を広げることが望ましく、多くの場合就労に影響はないと思われる。ただし、患側上肢の感染による蜂窩織炎を発症するのちにリンパ浮腫に移行する可能性が高くなる。重度のリンパ浮腫に至ると就労の制限だけでなくQOLが低下するため、特に患側上肢の感染予防においては職場においても注意する必要がある。

放射線治療は前述のごとく乳房温存術後の全乳房照射、乳房切除術後PMRTがあり、いずれも一般的に50 Gy/25回/5週で行われる。ブースト照射などが加わり、

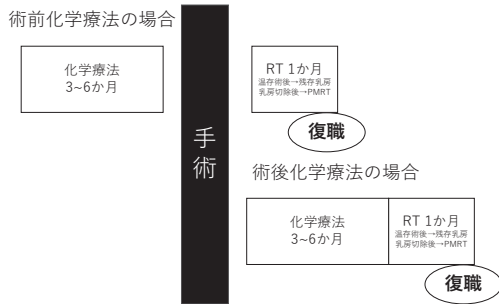
a 非浸潤がん



b Luminal A, B



c トリプルネガティブ



d HER2

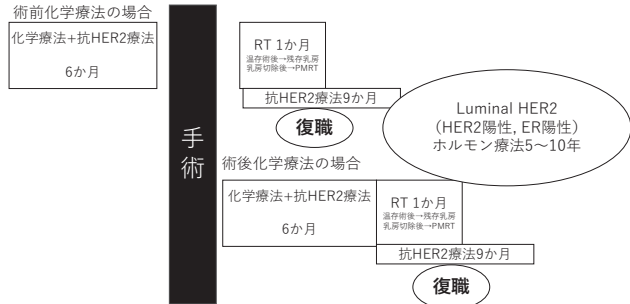


図 2

さらに延長することもあるが最長で2カ月以内には終了する。より短期間で終了する42.5Gy/16回/22日での治療も50歳以上、乳房温存術後のpT1-2N0、全身化学療法を行っていない症例では推奨されており、条件にあてはまると早期の復職を目的として行うことも選択肢となりうる。放射線治療中の副作用は軽度の倦怠感や急性期の放射線皮膚炎があるが、就労に影響を与える重篤なものは少なく、また治療時間も10分以内で終了する。就労時間や手術および化学療法後の体力回復など条件が整えば放射線治療中に働くことは可能である。

薬物療法は先述のサブタイプ、進行度により検討し、年齢や就労状況を踏まえ、最適な治療を選択する。これらの治療の中で、化学療法が就労に最も影響を及ぼすと考えられている。Jagsiは早期乳がんの生存者において術後化学療法が就労に及ぼす影響を解析しており、多変量解析により年齢56歳以上、併存疾患2つ以上、サポートなし、化学療法あり、が有意に失業率が高くなる因子であった²⁾。また新田らによると就労に影響を及ぼす副作用は手足のしびれが最も多く54%、ついで脱毛50%、倦怠感42%であり、化学療法に起因する症状が多くを占めていた³⁾。小谷らは乳がんの治療別に離職した割合を検討し、早期乳がんで局所療法+化学療法をした場合の失業率は30%であり、局所療法のみ13%、局所療法+内分泌療法の20%に比べ高率であった⁴⁾。また投与法の違いに関して、化学療法は主に点滴治療であり、その期間頻

回に通院する必要があるが、内分泌療法は主に内服薬であり、通院の頻度は少なくなる。化学療法が就労に及ぼす影響は内分泌療法に比べ大きいことが示唆される。

サブタイプ別の治療法と就労の具体例

すべてのタイプや治療法を網羅するものではないが、代表的な治療例と就労可能なタイミングの具体例を提示する(図2)。

1) 非浸潤がん

最も早期の非浸潤がんでは、乳房切除術の場合は手術のみ、乳房温存術の場合は手術+放射線療法、リスクや preference に応じて内分泌療法5年が標準的な治療の流れである。化学療法は適応にならず、術後の体力回復の時期や放射線治療終了後などが復職のタイミングと考えられる。

2) Luminal A, B

Luminal Aでリンパ節転移陰性など予後良好と予測される場合は化学療法を行わないことが多く、乳房温存術の場合は放射線治療を行うものの、比較的早期に復職が可能である。Luminal Aでもリンパ節転移陽性の場合や Luminal Bの場合は化学療法を行う可能性が高く、また乳房切除後であってもPMRTを行うことがある。したがって、化学療法後、さらに放射線治療中または終了後が復職のいいタイミングと思われる。

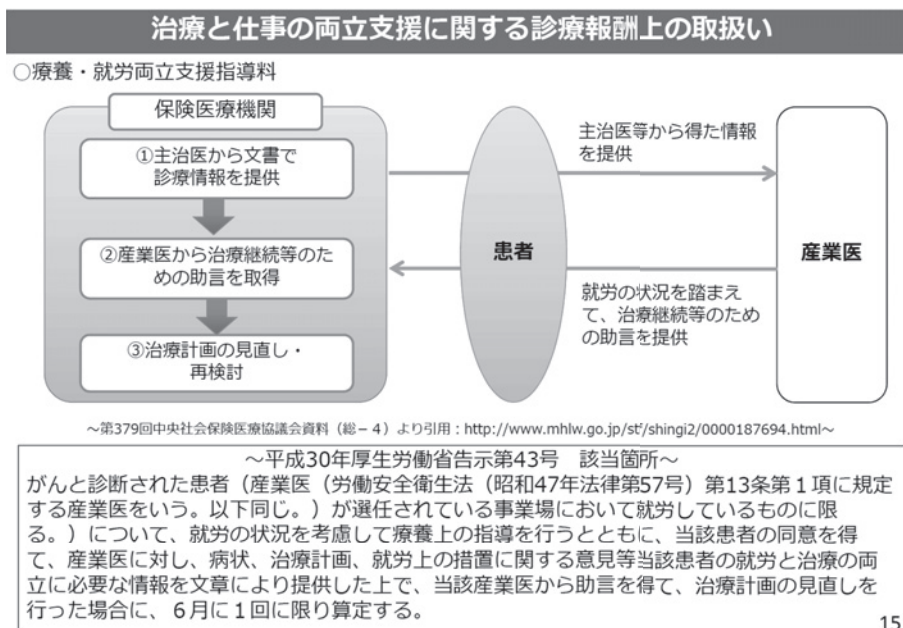


図3 療養・就労両立支援指導料

3) トリプルネガティブ

ホルモン受容体陰性、HER2 陰性のトリプルネガティブでは通常、術前または術後に化学療法が行われる。放射線治療の適応があれば化学療法後に行い、その後の内分泌療法はなく、経過観察のみとなる。治療期間は内分泌療法がないため短い。副作用が遷延し就労に影響を与える可能性が高い。

4) HER2, Luminal HER2

HER2 陽性の薬物療法は化学療法+抗 HER2 療法が行われる。トリプルネガティブと同様に化学療法を行うためそのための就労への影響は大きいと予想される。化学療法後に抗 HER2 療法のみまたは抗 HER2 療法+内分泌療法の時期になると復職できると思われるが、やはり化学療法の副作用の程度、遷延状況に左右される。また抗 HER2 療法中は3週間に1回の通院が必要となるため、職場での対応が求められる。

就労支援のとりくみ

厚生労働省のホームページには「治療と仕事の両立について」と題し、「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」が紹介されている⁵⁾。ガイドラインには「治療と職業生活の両立支援を行うための環境整備」「治療と職業生活の両立支援の進め方」「がんに関する留意事項」などが記載されている。このガイドラインが多く事業場で普及し、環境整備、両立支援が進むことが期待される。医療者側は、乳がんの治療方針が決定すれば治療により起こりうる副作用や治療期間なども同時に説明する必要がある。そして就労を継続または休職するかについて検討する。休職する場合には治療計画に沿って、いつ頃に復職できるかどうかについても相談

していく必要が生じる。平成30年度診療報酬改定において新設された「療養・就労両立支援指導料」を算定するにあたり、主治医から産業医に対して文書で情報提供を行い、産業医から治療継続の助言をうけて治療計画の見直し、再検討を行う(図3)⁶⁾。「療養・就労両立支援指導料」は1,000点であり、相談支援体制が整備されている保険医療機関の場合、500点が上乘せされる。指導料の算定は産業医のいる職場で就労している患者でのみ適応されるが、算定の有無にかかわらず医療機関および事業場いずれにおいてもがん患者の就労の環境を整え、支援していくことが重要と考えられる。

症例提示：就労支援を行い療養・就労両立支援指導料を算定した1例(図4)

51歳女性で職業は医療事務、乳がん stage IIA の診断にて乳房温存術+センチネルリンパ節生検を施行、リンパ節転移陰性、サブタイプはLuminal Bであった。手術の病理結果が判明した時点で、術後治療は化学療法のTC療法(ドセタキセル+シクロフォスファミド、3週ごと)4サイクル計3カ月、温存乳房の放射線治療5週間、ホルモン療法5~10年間を行うことを推奨した(図4)。治療に関して十分に理解され開始したところ、化学療法中に脱毛、手足のしびれ、浮腫、蕁麻疹などの副作用が出現した。放射線治療終了後の復職を目標とし、放射線治療期間中に産業医へ情報提供する診断書を作成、その後、産業医からの返答あり、元の職場ではなく自宅から近隣の職場への配置転換をさせていただけることとなった。放射線治療後にスムーズに復職でき、療養・両立支援指導料を算定した。本来は化学療法前の治療計画時に情報提供などの支援を開始すべきであるが、就労支援希

化学療法 3か月	温存乳房 胸壁、SC RT 1か月	ホルモン療法5~10年
-------------	-------------------------	-------------

RT期間中
RT終了後から復職予定
上司に診断書の提出を命じられる

RT終了頃
職場復帰の可否に関する診断書作成
時短勤務、エレベーター使用許可、重いものを持つことを控えることについて記載

産業医より返書あり
医療事務として通勤していた前職より自宅に近い職場への変更を
検討していただいた

療養・両立支援指導料を算定

図4 就労支援を行い療養・就労両立支援指導料を算定した症例

望の確認のタイミングが遅れたために放射線治療中となった。化学療法と就労の両立は困難であるが、放射線治療が終了し化学療法の副作用からおおむね離脱でき、内分泌療法のみとなった時点で両立が可能となったことは、医療機関と事業場の連携を含めた支援が功を奏したと考えられる。

おわりに

がん患者における就労支援の体制が十分整っていると現時点では言い難いが、患者を取り巻く様々な関係者が支援の重要性を認識し、多くのがん患者が良い環境で働ける状況となることを望む。

利益相反：利益相反基準に該当無し

文献

- 1) Sorlie T, Perou CM, Tibshirani R, et al: Gene expression patterns of breast carcinomas distinguish tumor subclasses with clinical implications. *Proc Natl Acad Sci U S A* 98 (19): 10869—10874, 2001.
- 2) Jagsi R, Hawley ST, Abrahamse P, et al: Impact of adjuvant chemotherapy on long-term employment of survivors

of early-stage breast cancer. *Cancer* 120 (12): 1854—1862, 2014.

- 3) 新田佳苗, 柄川千代美, 沖代格次, 他: 治療別にみた乳癌患者の就労状況. *日本職業・災害医学会誌* 63: 276—283, 2015.
- 4) Kotani H, Kataoka A, Sugino K, et al: The investigation study using a questionnaire about the employment of Japanese breast cancer patients. *Jpn J Clin Oncol* 8 (8): 712—717, 2018.
- 5) 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. <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000115267.html> (参照 2019-4-22).
- 6) 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, 治療と職業生活の両立支援についての取り組み. <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000213499.pdf> (参照 2019-4-22).

別刷請求先 〒660-8511 尼崎市稲葉荘 3-1-69
関西労災病院乳腺外科
柄川千代美

Reprint request:

Chiyomi Egawa

Department of breast surgery, Kansai Rosai Hospital, 3-1-69, Inabaso, Amagasaki, Hyogo, 660-8511, Japan

Employment Support for Patients with Breast Cancer

Chiyoimi Egawa, Takehiro Yanagawa, Ayako Yanai and Yuichi Takatsuka
Department of breast surgery, Kansai Rosai Hospital

Breast cancer is the most common cancer among Japanese women and the incidence is highest in the age range of 40 to 60. Therefore, many women who play an important role both in society and at home suffer from breast cancer. Leaving their job or housework due to their treatment has great impact. In order to resolve this problem, employment support for patients with breast cancer is necessary during and after treatment.

The treatment strategy of breast cancer depends on the stage. In the early stage, the objective is to cure cancer, and treatment consists of a combination of surgery, radiotherapy and pharmacotherapy. On the other hand, in the advanced or metastatic stage, the objective is to improve the patients' quality of life (QOL) and to extend their survival because their cure potentiality is extremely low. Most of the treatment at this stage is pharmacotherapy such as chemotherapy and hormonal therapy. In addition to the stage, breast cancer subtype is very important to determine the kind of drug and the treatment duration. For example, adjuvant therapy for triple negative breast cancer (TNBC) i.e. estrogen receptor (ER)-negative and HER2 status negative, is chemotherapy that is mostly completed within 6 months. Compared to the short chemotherapy duration, hormonal therapy for ER-positive breast cancer is 10 years as the longest. However, the side effects of chemotherapy are much more severe than hormonal therapy and affect patients' ability to work. Clarifying the side effects and duration of treatment to patients and people in a workplace can possibly be helpful for patients to balance work and treatment, or to return to work after treatment.

In the medical fee revision in 2018, support for balancing treatment and work was included. A new system is being established where doctors responsible for treatment and occupational health physicians share patients' information and support their employment. Doctors responsible for treating breast cancer patients should clearly explain the treatment plan not only to patients, but also occupational health physicians in order to avoid patients' disadvantage in the workplace.

(JJOMT, 67: 394—399, 2019)

—Key words—

breast cancer, employment support