

2. がん治療と就労・生活を支援する リハビリテーション—エビデンスに基づく 実践と展望

辻 哲也*

●1. がん患者における両立支援の背景

本邦では、毎年 99 万人が新たにがんと診断され、そのうち約 3 割が就労世代 (20-64 歳) に該当する¹⁾。治療の進歩に伴いがん患者の 5 年相対生存率は 64.1% にのぼり、慢性化したがんを抱えながら生きるがん生存者数は年々増加している²⁾。がんの治療を受けながら就労を継続している患者数は 2010 年の 32.5 万人から 2019 年には 44.8 万人へと増加しており³⁾、がん患者に対する治療と仕事の両立支援の重要性はますます高まっている。

この両立支援を推進するため、2012 年に策定された第 2 期がん対策基本計画では、「働く世代や小児へのがん対策の充実」が重点課題として加えられた。さらに、2016 年には職場における両立支援の進め方をまとめた「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」³⁾が公表され、2018 年の労働施策基本方針においても、両立支援は国の労働施策の一つとして位置づけられている。

●2. がんサバイバーの就労における課題と実態

しかしながら、その重要性にもかかわらず、がん患者に対する両立支援体制は依然として十分とは言えない。全国のがん体験者を対象とした「がん体験者の悩みや負担等に関する実態調査」によると、がんと診断された後に依願退職または解雇

された人の割合は、2003 年 (第一次調査)⁴⁾、2013 年 (第二次調査)⁵⁾ とともに約 3 割にのぼり、この 10 年間で大きな改善は見られていない。同調査によれば、仕事に関する悩みの第 1 位は「体力の低下 (47.5%)」、第 2 位は「副作用や後遺症 (41.5%)」であった。具体的には、抗がん剤による倦怠感や末梢神経障害 (しびれ)、術後の痛み、リンパ浮腫などが挙げられる。これらの周囲から見えにくい機能障害が、がん患者の就労継続への自信を失わせ、退職の一因となっていることが明らかとなっている。

●3. 病期別のリハビリテーション戦略と就労支援

がんリハビリテーションは、病期に応じて 4 つの段階 (予防的、回復的、維持的、緩和的) に分類される (図 1)⁶⁾。両立支援の観点からは、各ステージで以下の戦略が求められる。

①予防的リハビリテーション (Prehabilitation)

診断後から治療開始前の「空白の期間」に介入を開始する概念である。この時期は精神的動揺から、治療後の予見を持たずに「慌てて退職」を選択してしまう患者が多い。医療者は早い段階で「早まった退職を避けるべきこと」を伝え、がん相談支援センターやハローワークの出張相談などの公的資源を紹介することが、就労継続の鍵となる。

②回復的リハビリテーション

手術や治療に伴う合併症の軽減と機能回復を目指す。入院期間が短縮化する中、筋力や持久力が回復しないまま退院する例も多い。退院時指導では、職場での具体的な業務 (階段昇降や長時間の

* 慶應義塾大学医学部リハビリテーション医学教室
Corresponding author: 辻 哲也 (t.tsuji@keio.jp)

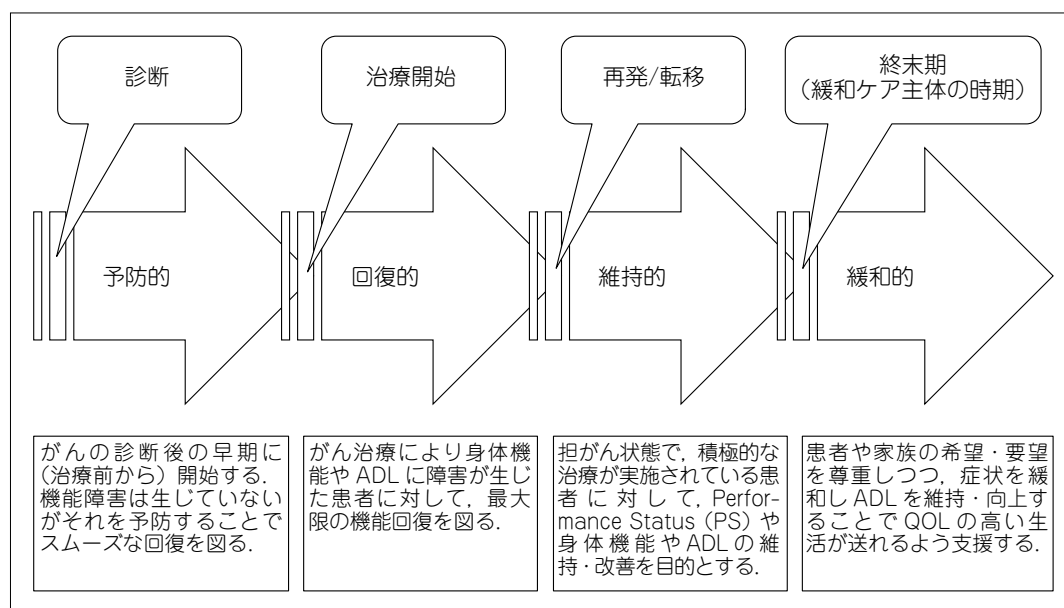


図1 がんのリハビリテーション診療の病期別の目的（文献6から引用、一部改変）

立位など）を想定した身体活動量の向上を図る必要がある。

③維持的リハビリテーション

通院治療を受けながら仕事を続ける患者が増加する中、最も重要性が高まっている。化学療法誘発性末梢神経障害（chemotherapy-induced peripheral neuropathy：CIPN）や、近年の免疫チェックポイント阻害薬による免疫関連有害事象（immune-related adverse events：irAE）は、ADLや仕事の専門技能に影響を及ぼす。この時期には、治療に伴う外見の変化や機能障害を抱えての復職は患者の不安が強いため、復職後も一定期間は外来診療を定期的に行い、症状、機能障害の有無・重症度、勤務状況や困りごとの有無・内容を確認し、多職種で情報共有し継続的に支援することが大切である。

●4. 最近のトピックス：運動腫瘍学（Exercise Oncology）

運動腫瘍学は、がん治療の各段階において身体活動や運動が及ぼす影響を評価し、適切な運動処方を目指す新しい学問分野である。近年の研究により、がんサバイバーに対する運動療法は、身体機能の向上だけでなく、精神心理面やQOLの改善、有害事象の減少、生命予後の改善など、多面的な効果があることが明らかになってきている⁷⁾。

2025年に発表されたステージII/IIIの結腸癌患者を対象とした大規模第3相ランダム化比較試

験「CHALLENGE試験」⁸⁾では、体系的な運動プログラムに参加した群は、健康教育のみの群に比べ、再発・死亡リスクが28%も低下した。8年後の全生存率（OS）においては、運動群90.3%に対し教育群83.2%と、7.1ポイントもの絶対的差が認められた。これは、運動の効果が既存のがん治療薬に匹敵するレベルにあることを示唆しており、手術、薬物療法、放射線療法に続く「第4のがん治療の柱」として、運動療法を診療に組み込む「実装」のステージへと移行したことを意味している。

●5. リハビリテーション専門職の役割と今後の展望

がん患者の両立支援において、リハビリテーション専門職は「身体機能」と「職場ニーズ」を繋ぐ架け橋（ブリッジ）としての役割を担う。すなわち、癌種と病期（生命予後）を理解し、現在の治療内容や副作用、その対処方法を的確に把握しつつ、体力、筋力、ADL・IADL（生活機能）を評価し、希望する職種に必要なレベルに達しているかを判定し、時短勤務、休憩、業務量や内容、作業環境の調整について具体的に提案を行う役割を担う。

●おわりに

がん患者が直面する両立支援の困難さは、周囲に分かりにくい機能障害と、再発の不安、そして生活再編のための長期入院が難しいという時間的

制約に集約される。患者自身を調整の窓口にするのではなく、診断時から医療者が伴走し、科学的根拠に基づいたリハビリテーション診療を提供することが肝要である。

さらには、運動を「補完的なケア」から、生存を左右する「標準治療」へと位置づけ直し、医療・職場・地域がシームレスに連携する社会を構築し、がんサバイバーが、がんを抱えつつも尊厳を持って働き、自立した生活を送るための「サバイバーシップ支援」が、これからのがんのリハビリテーション医療が果たすべき役割である。

文 献

- 1) 全国がん罹患データ (2016 年～2019 年). 国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」(全国がん登録). 入手先：
https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/data/dl/index.html#a14. 参照日 2026 年 7 月 31 日.
- 2) 地域がん登録によるがん生存率データ (1993 年～2011 年診断例) (5 年生存率). 全国がん罹患モニタリング集計 2009-2011 年生存率報告 (国立研究開発法人国立がん研究センターがん対策情報センター, 2020). 入手先：
https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/data/dl/index.html#a30. 参照日 2026 年 7 月 31 日.
- 3) 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. 入手先：
<https://www.mhlw.go.jp/content/11200000/001225327.pdf>. 参照日 2026 年 7 月 31 日.
- 4) 「がんの社会学」に関する研究グループ (研究代表者 山口 建). 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「2003 年がんと向き合った 7,885 人の声」. 入手先：
https://www.scchr.jp/book/houkokusho/taiken_koe.html. 参照日 2026 年 7 月 31 日.
- 5) 「がんの社会学」に関する研究グループ (研究代表者 山口 建). がん体験者の悩みや負担等に関する実態調査報告書「2013 年がんと向き合った 4,054 人の声」. 入手先：
https://www.scchr.jp/cms/wp-content/uploads/2016/06/2013gaiyo_taikenkoe.pdf. 参照日 2026 年 7 月 31 日.
- 6) 辻 哲也(編). がんのリハビリテーションマニュアル第 2 版 周術期から緩和ケアまで. 医学書院; 2021.
- 7) 日本リハビリテーション医学会 がんのリハビリテーション診療ガイドライン改訂委員会(編). がんのリハビリテーション診療ガイドライン第 2 版. 金原出版; 2019.
- 8) Courneya KS, Vardy JL, O'Callaghan CJ, et al; CHALLENGE Investigators. Structured Exercise after Adjuvant Chemotherapy for Colon Cancer. *N Engl J Med*. 2025; 393(1): 13-25.