

医療ソーシャルワークによるがん患者の エンパワメントに資する両立支援の展開

—マインドフルネスを含むホリスティック・アプローチを試みた事例研究—

井 上 祥 明*¹、玉 野 緋呂子*¹
神 矢 恵 美*²、鋏 本 愛季子*³、池 埜 聡*⁴

1. はじめに

医療の発展によって「不治の病」から「治る病」に変容しつつある「悪性腫瘍（がん）」¹。2人に1人が一生のうちにがんに罹患するといわれる現代社会において、がん患者の治療と就労の両立を可能にする「両立支援」の充実は重要な政策課題となっている。厚生労働省（以下、厚労省）は2016年の「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」の策定に続いて同年「改正がん対策基本法」を制定し、がん患者の復職をめぐる職場と医療との連携、雇用継続への配慮、そして自治体のがん対策への努力義務を明示した（厚生労働省、2016）。さらに2017年、「第3期がん対策推進基本計画」では「両立支援コーディネーター」による患者、医療、職場の「トライアングル型サポート体制」の提言がなされ、翌2018年には療養・就労両立支援指導料の診療報酬化が実現した（高橋、2020）。

これら政策的な変遷は、治療法の革新によるがん生存率の上昇、がん罹患に伴う勤労年齢層の労働力不足問題、そしてワーク・ライフ・バランスに象徴される2019年4月の「働き方改革関連法」施行などがその背景にある（遠藤、2020）。がん対策に関連する世論調査の結果を見ると、「現在

の日本社会では、がんの治療や検査のために2週間に1度程度病院に通う必要がある場合、働き続けられる環境だと思いませんか？」という問いに、「働き続ける環境だと思う」と回答した人の割合は2013年から2019年にかけて、26.1%から37.1%に上昇している（内閣府、2019）。がん治療と就労の両立を支えることは社会的に不可欠なものと認識され、両立支援のあり方が熟慮される時代を迎えている。

両立支援はこれまで企業側と医療側双方による取り組みから議論されてきた。企業側には産業医による持続的なサポート、所属部署における就業方法の工夫、企業内の相談体制の確立、そして柔軟な休暇や休職制度の確保——医療側には復職に向けたアドバイスや産業医との連携、休職や退職に向けた保障制度にかかわる情報提供、両立支援プランの作成、そして心理的なサポートなどが求められている（遠藤、2020；、2019；西田・坂本、2017）。両者をつなぐ「連携」は支援の中核機能として位置づけられ、医療側に「両立支援コーディネーター」の人材配置も試みられるようになった（小山ら、2017）。

一方、西田・坂本（2017）は、厚労省がん対策推進総合研究事業にかかわる調査の一環から、就労患者の約25%から30%は診断後に離職、自営業者の13%が廃業しており、離職者のうち約40

キーワード：両立支援、がん、医療ソーシャルワーク、マインドフルネス、エンパワメント

*1 国立病院機構別府医療センター地域医療連携室・医療ソーシャルワーカー

*2 国立病院機構別府医療センター看護部・がん看護専門看護師

*3 国立病院機構別府医療センター看護部・看護師

*4 関西学院大学人間福祉学部教授

%が確定診断前後から初回治療開始までの間に離職している点を明らかにした (p.282)。職場でがん罹患の事実を開示して働き方を相談することに抵抗を示す人は少なくなく (門山, 2015)、医療においても患者から主治医や看護師、医療ソーシャルワーカーなど就労に関する相談を投げかけることは稀である (「がんの社会学」に関する研究グループ, 2013)。

がん患者の一部は、復職しても職場に迷惑をかけるのではないかと、足手まといになるのではないかと気を使い、積極的な相談や資源の活用には至っていない現状が読み取れる。さらに高橋 (2020) は、就労支援はがん患者それぞれの個性が高いにもかかわらず、支援にかかわる登場人物 (プレイヤー) が医療・企業・地域に多数存在し、両立支援の仕組みそのものが複雑化している点を憂慮する。

命にかかわる危機に直面したがん患者にとって、日常生活から就労まで事細かな情報整理と必要な手続きをこなしていくことは容易ではない。筆者ら (第1・第2執筆者) は医療ソーシャルワーカー (以下、MSW) としての実践経験から、副作用や後遺症、そして命の危うさに向き合うがん患者にとって、就労を含めた人生の軌道を取り戻していくための心身の活力の再生、そして生きる意味を再び見いだせるようなスピリチュアルな支えが両立支援には必須であることを痛感してきた。先行研究を精査すると、がん患者のエンパワメントの側面を両立支援に統合していく道筋が十分に議論されているとは言い難い。

医療ソーシャルワークは、両立支援の議論が高まる以前から患者の退院支援及び就労支援が業務として位置づけられてきた (厚生労働省, 2004)。療養中の患者の社会復帰に向けた心理社会的支援は、医療ソーシャルワークの重要なミッションとなる。がん患者の尊厳を尊重し、全人的な観点からその絶え間ない成長を支えていくことに価値を置く MSW は、両立支援をがん患者の生きがいのさらなる探求に資する支えとして発展させていく責務があると考えられる。

2. 研究目的と方法

2.1. 目的

上記の問題意識にもとづき、本研究は、がん患者のエンパワメントに根ざす両立支援の事例を通じて新たな医療ソーシャルワークの射程を浮き彫りにすることを目的とする。2016年の「改正がん対策基本法」の施行以降、がん患者の復職及び就労維持を可能にする環境調整を中心に両立支援が語られてきた。本研究はがん患者を全人的な観点、すなわち身体、心理、社会、スピリチュアルな存在としてとらえる。そして、MSWによる持続的ながん患者への臨床的及び社会的なかわりをもとに、医療ソーシャルワークによる新たな両立支援のあり方を提示する。

2.2. 方法

方法は事例研究法¹⁾を用いる。ソーシャルワークにおける事例研究法は、個別ケースにおける支援のプロセスの描写、介入の実際とその理論的背景、クライアントの心理社会的な変化と介入の関係、そしてソーシャルワーカーの意思決定に至る根拠と価値を明らかにし、今後の実践的示唆を得ることに主眼が置かれる (岩間, 2004)。MSWによるがん患者の両立支援は、検討の初期段階にある。そのため、まず個別ケースを深く描写して支援の方向性や介入方法を導き出すことが肝要であると判断し、事例研究法を用いることにした。

具体的には以下の4段階の手順を踏んで研究が実施された。第1に本研究目的の達成を可能にする事例選択を行った。筆者ら (第1から第4執筆者) の所属機関である別府医療センターで担当した事例を精査し、がん患者へのエンパワメントを包含した両立支援の構築に資する理論的・実践的示唆に富んだ事例を選択した。第2に、選択した事例のケース記録、カルテ、メモなどの文書データ、心理的状態のアセスメントのために用いた質問紙による調査データの整理を行った。第3として、事実確認のための選択した事例にかかわった医療スタッフへの聞き取り、執筆者 (第1から第4) による支援プロセスの省察を目的としたミーティング、そして第5執筆者を交えた事例の省察

と固有性の掘り起こしを目的としたミーティングを行い、多角的なデータを収集した。第4として、これらデータを時系列に整理し、MSWに焦点を当てながら意思決定、判断基準、介入の実際、理論的背景、効果、そして価値体系といった側面を循環的に省察していった。

以上のように、トライアングレーションにもとづく多層データに対する理論と実践の循環的な分析から本事例における両立支援の創造的な側面を抽出していった。

2.3. 倫理的配慮

患者の同意と匿名性を十分担保した上での症例報告は「国立病院機構別府医療センター倫理審査委員会」によって倫理審査の対象外と判断された。その後、本事例の患者本人から内容確認の上、本誌掲載の了承を得た。筆者らのミーティングのうち、第5執筆者は所属が異なるため、患者の特定がなされないような配慮が徹底された。プライバシー保護の目的で、事例の支援過程の理解が損なわれない範囲で一部事実の改編を行っている。ケース記録、質問紙データ、カルテ、メモ等は別府医療センター内の施錠できる場所に保管され、筆者間のミーティングも守秘が徹底される環境で行われた。

以下、最初に近年の両立支援と医療ソーシャルワークの就労支援の軌跡に関する先行研究を示す。次に事例研究法にもとづき、事例の描写と支援の展開に包含された実践理論と方法論を詳述していく。そして、事例研究から見いだされたMSWによる両立支援とがん患者のエンパワメント支援の統合の可能性について検討していく。

3. 先行研究

3.1. 両立支援体制の動向

がん治療の革新によって治癒率が高まっているとはいえ、がんと診断されるショックは今も変わらない（遠藤，2020）。がんの種類にもよるが、告知から長期にわたる治療とリハビリテーションの間、ショック、否認、不安、抑うつ、絶望などの心理的反応と抗がん剤などの副作用が相まっ

て、患者のQOLは脅かされていく。白尾ら（2007）は、11名のがん患者へのインタビュー調査の結果、「がんによる脅威からの回避」と「終結の見えないがんと苦闘」という心の揺れ動きの中で、患者は払拭できないがんへの脅威を長期に抱き続ける実態を描き出した。

がん患者への両立支援は、再発や死への不安にさらされる中、休職、復職、そして就労維持を念頭に置いた持続的な支援体制を構築することに他ならない。両立へのプロセスには、経済的問題の克服、企業側の受け入れ環境の整備、医療側の支援と情報提供が欠かせない。「改正がん対策基本法」にもとづき、2019年に改訂された「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」では、企業側と医療側が実施すべき措置や確立すべき制度の指針を示しており、双方の力動的なやり取りを前提としている（厚生労働省，2019）。

とくに本ガイドラインで示された「両立支援プラン」の策定は、復職及び就労維持に向けた具体的な取り組みを可視化する。両立支援プランには、治療・投薬のプランと今後の通院予定、就業上の措置及び治療への配慮（業務の転換、労働時間の配慮、就業場所の変更、休暇の取得など）、フォローアップとして産業医、看護師、人事労務担当者との面談スケジュールの調整など、医療と企業の協働が盛り込まれるように指導されている。

澤田（2019）は、先進企業事例から企業における両立支援の現状を探索した。そして、両立支援制度をリードする大企業の取り組みとして、時短、フレックスタイム、テレワークといった柔軟な就業環境の整備、人間ドックなど療養支援の拡充、産業医面談の積極活用、がんに対する情報伝達、がん経験者のつながりの創出、上司・産業医・人事課・本人の連携促進、両立支援を促す企業風土作りなどを抽出した。一方、本研究は2018年に実施された労働政策研究・研修機構による調査結果を踏まえ、職場全体の傾向としては、70%近くが産業保健スタッフを整備しておらず、90%以上の企業が復職支援プログラムを持ち得ていない点を指摘した。総じて大企業と中小企業との両立支援に向けた取り組みには差が生じ、さらに非正規雇用の労働者には支援の手が届

いていない現状を明らかにしている。

遠藤（2019, 2020）は、12年間におよび1,278名のがん患者へのコーホート研究から就労問題の現状を浮き彫りにした。がんの種類による違いを踏まえ、フルタイムで復職するまでの期間は約6ヶ月半かかり、復職後5年間の就業率は51.1%であった。本研究で注目すべきは、復職後2年間の再病休を経ることで、その後の就労の持続率は飛躍的に高まることを示した点にある。最終的に、遠藤（2019）は「復職日から2年間勤務を継続できれば、『治療と就労の両立の壁』の75%を超えたことを意味する」（p.94）との結論を導き出した。同時に、医療側が身体症状を中心に語る「疾病性」、企業側が業務遂行上の配慮の観点から語る「事例性」という双方の言語的な齟齬の存在を浮き彫りにし、両者を翻訳する能力を支援者にもってもらふ必要性も強調した。

一方、医療側によるがん患者への両立支援は、先の厚労省によるガイドラインに加え、みずほ情報総研（2012）が策定した両立支援マニュアルがその基本指針を示している。ここでは、がん患者の休職、復職、就労維持の流れに沿った支援を展開すべく、主治医、看護師、MSWなどの医療スタッフによる連携支援のあり方が示されている。支援は主治医を中心とした医療的情報を職場と共有することに加え、傷病手当や休暇制度などの手続きをサポートする社会的支援、そしてがん患者の不安の緩和や意思決定を支える心理的支援を挙げている。とくに患者の総合的なアセスメントを重視し、患者の就労への思い、職場の受け入れ環境、本人の対処能力、経済的側面などの評価にもとづく両立支援プランの作成を医療側に推奨している。

独立行政法人労働者健康安全機構による労災病院を中心とした両立支援モデル事業は、医療側から一歩踏み込んだがん患者への両立支援を提示する（原田・佐藤, 2017; 小山ら, 2017）。現在、同機構による「両立支援コーディネーター」の養成課程が確立している。診療報酬としても「療養・就労両立支援指導料」への加算が見込まれ、全国の病院へと認定取得者の拡充が図られている（労働者健康安全機構, 2020）。両立支援コーディネーターは、がんの病態の知識、職業・職場環境

の把握、産業保健・労働衛生の理解、そしてコミュニケーション力の涵養といった側面から養成され、病院内の社会福祉士や看護師が担うことを想定している。院内におけるがん患者への寄り添い、職場への復職に向けた提言、院内での連携強化といった機能を可視化した点において本コーディネーター制度の意義は高く、今後の普及の度合いや効果の実証研究が待たれる。

以上、両立支援は、がん患者の治療プロセスに従ってシームレスな企業と医療の連携から就労を支えていくことがその中心理念となる。企業側は、産業医を含む産業保健のスタッフ、人事課、上司、同僚、医療側は、主治医、看護師、MSW、臨床心理士、理学療法士、そして、状況に応じて社会保険労務士、がん相談支援センター、ハローワークなどが両立支援にかかわる（西田・坂本, 2017; 高橋, 2020）。これらの中でコーディネーション機能を担うのはMSW、看護師、がん相談支援センターのスタッフなどが想定される。2018年以降は、両立支援コーディネーターの有資格者がより積極的なコーディネーション機能を果たしていくことが期待されている。

3.2. 両立支援における医療ソーシャルワークの固有性

がん患者を含む終末期医療におけるソーシャルワーク機能についての研究は蓄積されてきたものの（本家, 2002; 上白木, 2018; 大松, 2007）、がん患者の社会復帰に向けたMSWの役割や機能に着目した実証研究は限られている。両立支援の文脈においては、MSWは医師、看護師、心理士、理学療法士、作業療法士らと並列するスタッフとして位置づけられ、MSWの固有の役割が明示されているとはいえない。むしろ「両立支援コーディネーター」制度の笠にMSWも入り、その枠組から両立支援の遂行が求められている現状がある。

しかし、MSWは先に列記した医療スタッフとはその発展経緯と伝統、そして価値基盤が異なる。MSWの専門職団体「公益社団法人日本医療社会福祉協会（JASWHS）」は、日本ソーシャルワーク連盟によって定められた倫理綱領に準じ、MSWとは「保健医療機関において、社会福祉の

立場から患者やその家族の方々の抱える経済的・心理的・社会的問題の解決、調整を援助し、社会復帰の促進を図る業務を遂行する専門職」と定義する (JSWHS, 2020)。人を全人的な存在としてとらえ、保健医療における患者とその家族のウェルビーイング向上を果たすべく社会とのインターフェースに着目しながら、患者や家族のエンバウメントとさまざまな関係機関への働きかけを使命としている。このように、患者の社会生活と QOL を高める MSW の使命は両立支援の理念と親和性が高い。

実際 MSW は、両立支援の検討が開始される以前から患者の退院支援や就労支援の担い手として活躍してきた。近年では、2008 年の診療報酬改正による「退院調整加算」、2010 年には「退院調整加算」に代わる「慢性期病棟等退院調整加算」及び「急性期病棟等退院調整加算」、さらに 2018 年の入院から退院までの一連の流れを重視した「入退院支援加算」が創設され、社会福祉士資格を保有する MSW が生活モデルにもとづく患者の社会復帰に向けた支援を展開している (高山, 2019)。2002 年に改定された厚労省局長通知として示された『医療ソーシャルワーカー業務指針』(以下、業務指針) では、①療養中の心理的・社会的問題の解決、調整援助、②退院援助、③社会復帰援助、④受診・受療援助、⑤経済的問題の解決、調整援助、⑥地域活動の 6 つの業務が定められている。

これら業務の中でも、「退院援助」は MSW の業務の主軸となっている。黒田ら (2010) による MSW を対象にした郵送調査 (n=193) による業務実体の解明結果によると、「転院のための医療機関、退院後の介護保険施設・社会福祉施設等の選定を援助する」業務に対して、97.4% の MSW が「よく実施している」と回答している (黒田, 2010)。

一方、退院支援にあたって MSW が抱える倫理的ジレンマは、見過ごすことのできない問題となっている。時に生活者としての患者の尊厳とウェルビーイング向上という価値よりも組織的価値に従って退院支援を展開せざるを得ない状況が生じる。この渦中にある MSW は、職業的アイデンティティの揺らぎに絶えず直面することとなる。

この点において、回復期リハビリテーション病棟の運営管理部門は退院支援における医療ソーシャルワークに何を期待するのか、そのアウトカム評価を明らかにした高山ら (2016) による実証研究は興味深い。あらかじめ構築した 36 項目 (5 件法) の退院支援アウトカム評価リストのうち、運営管理部門長 (n=170) は「地域の関係機関との信頼関係が構築される」(平均 4.40, SD=.637)、「入院の長期化や転院が減少し、在宅復帰が増える」(平均 4.37, SD=.722)、そして「退院援助が効果的にでき、実入院患者数が増える」(平均 4.30, SD=.795) の順で MSW への期待を表していた。同評価リスト項目の因子分析から抽出された「病院機能向上」因子が最も高い平均値 (4.15) を示した。これらの結果から、運営管理部門は MSW に対して患者と家族の生活支援やウェルビーイング向上もさることながら、地域資源とのつながりや退院促進といった組織維持の価値に根ざした機能を MSW に期待していることが浮き彫りになった。

また、患者・家族の視点から MSW を評価したのものとして、東京都内の MSW 22 名によって構成された「転院問題を考える会」による調査研究にも注目したい。この会は、MSW による転院業務の対象となった患者・家族への郵送調査 (n=167) を実施した (転院問題を考える会, 2003)。本調査報告書によると、「退院 (転院) の医師からの説明について、納得はできましたか」という問いに対し、50.3% の患者・家族が「いいえ」と答え、その理由として 31.2% が「病院の都合のように思えるから」と回答した。また MSW についての質問に対し、患者・家族の約 4 割が「どちらかといえば、転院を納得させる役割を担っているようだった」という回答を寄せている。結果を受け、同調査報告書は以下のように MSW の「価値における葛藤」を指摘している。

「(MSW は) 医療機関側に立って患者・家族を説得し、納得させる係りとなるのか。はたまた、患者・家族の気持ちを代弁し、医師に対して転院しなければならない理由を問いただすのか。または国の制度などを持ち出し、誰もが転院しなければならないことを伝え、

問題を一般化する制度伝道者となるのか。否定的な回答を寄せられた方々はMSWの姿勢のあいまいさを見事に衝いたものである。」(p.66) (括弧内は筆者らが挿入)

本来、退院支援は組織的な価値を考慮しながらも、患者やクライアントの最大の利益を優先することが望ましいことは言うまでもない。組織的価値と専門的職業価値との狭間に揺らぐ中で退院支援や復職支援を展開し、支援の価値基盤を構築してきたMSWは、今後の両立支援の充実を果たしていくにあたって他の医療スタッフとは異なるユニークな立ち位置にあるといえる。

4. 事例紹介

4.1. 基本情報

今回の研究で選択された事例は、卵巣がんを患った40歳代女性、鈴木淑子氏(仮名)へのエンパワメントを主眼とした両立支援となる。鈴木氏は単身家族で、当時介護福祉士として15年以上の勤務実績を有しており、職場では主任として働いていた。

X年8月ごろから下腹部痛と腹満感があって近医を受診し、同年10月、精密検査のために筆者ら(第1~第4執筆者:本章及び次章における

MSWとは第1及び第2執筆者を示す)の所属医療機関、別府医療センターを初めて受診した。別府医療センターにおける精密検査の結果、卵巣がん(ステージI)と判明。同年12月に手術を行った。術後の病理検査の結果、術後補助化学療法が必要と診断された。MSWはこの時点で鈴木氏とコンタクトし、支援を開始した²⁾。

入退院支援は、患者が安心して療養・生活を継続して行う援助として算定の対象となる。しかし、算定要件に就労の項目(両立支援)は含まれていない。鈴木氏は長年にわたる介護福祉士としてのキャリアをもち、職場では主任として責任ある立場にあった。そのため、就労環境の整備も入退院支援加算の理念である「安心して療養・生活を行う」ための重要な要件であると考え、入退院支援に両立支援を混成させる方針をとった。

援助体制としてMSW、看護師(患者支援看護師)、がん看護専門看護師による週1回のミーティングを継続した。看護師は治療計画に基づく身体的アセスメント、MSWは心理的・社会的アセスメントを行い、MSWと看護師のチーム(以下、MSWら)をベースに両立支援を展開した³⁾。

4.2. 支援プロセス

鈴木氏への支援プロセスは、表1として示される(表1参照)。表1にあるように、支援のフェ

表1 支援プロセス

フェーズ	年月	化学療法	MSWらによる鈴木氏への支援の概要
第1期	X年12月	1回目	〈援助関係の構築〉 ・退院支援に向けたリーチアウト ・初回面接・危機介入・援助契約
第2期	Y年1月 ~2月	2回目 3回目	〈がんリハ及びマインドフルネスの導入〉 ・がんリハ導入への環境整備 ・マインドフルネスの指導及びプログラム構築
第3期	Y年2月	3回目	〈がんサロンとの連携〉 ・「働く女性のためのがんサロン」参加に向けた調整 ・がんサロンのファシリテーションとフォローアップ
第4期	Y年3月 ~5月	4回目 } 6回目	〈心理的な安定〉 ・がんリハ・マインドフルネス・がんサロンの継続支援 ・心理的サポートの継続
第5期	Y年6月 ~7月		〈復職への準備〉 ・産業保健センターとの連携 ・両立支援プランの作成
第6期	Y年8月 ~現在		〈復職及びフォローアップ〉 ・復職後の状況確認 ・持続的な心理的・社会的な支えの保証

ーズは第1期から第6期に分けることが妥当と判断し、以下それぞれの支援内容を描写していく。

4.2.1. 支援第1期「援助関係の構築」(X年12月)

MSWらが鈴木氏の病室を訪れ、自己紹介とともに来室の目的を鈴木氏に説明した。術後7日後のこの訪室が初回面接となった。治療経緯を共有する中で、鈴木氏より今後の抗がん剤治療期間は4ヶ月の予定であること、初回の抗がん剤治療のみ1週間の入院、以降は3日間の入院になるとの発言があった。復職については有給を今月で使い切ること、化学療法のことを職場へ電話連絡すると「治療中は仕事を休むように」と言われたとのことだった。

鈴木氏としては、治療期間すべて休むのではなく、抗がん剤による治療期間のみ休職し、それ以外は職場に迷惑をかけないように仕事に出たいという気持ちをもっていた。しかし、「職場から休むように言われたため戸惑っている」と話された。このとき、鈴木氏の表情は暗く、先行きが見えない不安感が表出されていた。

初回面接では、信頼関係の構築を目的として傾聴に心がけ、今後就労にかかわる相談を受けることができる点や、早期に職場復帰を希望する場合は主治医の了承のもと、復職が可能である旨の診断書を作成することができる点などを鈴木氏に伝達した。鈴木氏は、別府医療センターで就労についても相談ができるとわかったことで安堵された様子を示された。そして、長年主任として責任感をもって介護現場で働いていたこと、そして治療を受けながらもその責任をまっとうしたいにもかかわらず、職場から働くことを認めてもらえないことへの葛藤が吐露された。支援者として鈴木氏的心情に対して支持的に傾聴することを優先し、今後復職も含めた継続的なサポートを提供できる点を再保証して面接を終えた。

4.2.2. 支援第2期「がんリハビリテーション及びマインドフルネスの導入」(Y年1月)

がんリハビリテーションの導入：鈴木氏は、初回面接後に1度退院され、その3日後、第1回目の抗がん剤（化学）療法のために再入院となった。この入院時から、両立支援を念頭に援助が開

始された。鈴木氏の了承のもと、MSWらとしてまず導入したのは、「がんリハビリテーション（以下、がんリハ）」のプログラムで、化学療法施行後から鈴木氏が「がんリハ」を体験できる体制を整えた。

がんリハを両立支援の一環として取り入れるというMSWらの判断は、多くのがん患者の生の声にもとづく。後述するがん患者のピア・サポートを目的とした「がんサロン」において、複数の参加者から「抗がん剤治療を行うと体力、筋力が落ちる。足が上がりずらくすることが少なくない」という発言を耳にしていた。

鈴木氏のように婦人科系がんを患った場合、他のがん患者に比べて治療中・後の身体活動性が低下して倦怠感が生じやすく、QOLが損なわれることが懸念される（日本がんリハビリテーション研究会、2015）。その状況を改善するために、「がん治療早期より、下肢筋力および身体活動量を維持改善するための指導を外来化学療法や入院中に取り入れることが重要」とされる（岡山、2019）。とくに鈴木氏の場合、日常的な活動のみならず、介護職として筋力や体力維持は復職に欠かせない。そのため、化学療法を受けた直後からがんリハを経験することで身体的機能の低下を抑制できると考えた。

この判断から、MSWらは主治医及び別府医療センター内のリハビリテーション科に鈴木氏の両立支援に向けた方針を伝え、がんリハ導入への理解を求めた。がんリハ担当医は婦人科医でもあった。鈴木氏の現状を伝えると、担当医は今まで高齢者を対象にしたがんリハを就労者に適用するメリットについて理解を示した。また、MSWらと理学療法士及び作業療法士（以下、リハ担当者）とのがんリハ導入をめぐる協議では、鈴木氏の化学療法のスケジュール（初回のみ1週間入院、それ以降は各回2泊3日）を考慮し、初回入院時に基本的ながんリハ・プログラムを指導、2回目の化学療法以降は自宅で実施可能なリハビリ・メニューを継続してもらおうというプランが示された。さらに、2回目以降の入院ではMSWらが鈴木氏と毎回面接し、自宅でのリハビリの進行状況の把握と、必要に応じてリハビリ担当者による再指導が可能となる体制を構築した。

これら関係部署との連携から、鈴木氏は初回の化学療法入院からがんリハを開始することができた。最初のがんリハ後のMSWらとの面談において、鈴木氏は「足先が痺れていて2、3回躓きかけた」「思ったより身体がきつい」といった身体的な変化への気づきを示した。そして、「この様子では治療しながらの職場復帰は大変なのかもしれない」といった心情の変化も垣間見られた。また、化学療法が現実のものになり、仕事のことや病気にことが常に頭をよぎるようになって不安感が増してきたこと、将来への不安から気分の落ち込みが続いていること、不眠が続いていることなどが語られた。

マインドフルネスの導入：2回目以降の化学療法に伴う入院時、鈴木氏からMSWらにがんリハの取り組みが報告され、一定の身体機能維持が果たされていることがわかった。一方、鈴木氏は復職への懸念や将来への漠然とした不安感を払拭しきれずにいた。先行研究でも触れたように、鈴木氏の不安や焦燥感のがん患者全般に見られる傾向である。副作用に向き合いながら「再発」や「死」にまつわる反芻思考は、がん患者の心身を脅かしていく。鈴木氏の場合、がんリハによる身体機能の維持に加え、心理的な支えは両立支援における重要な側面になると判断した。

化学療法1回目の段階で、MSWらの定期的な面接による鈴木氏への寄り添いに加え、「マインドフルネス」の導入を検討することになった。マインドフルネスは、多様な瞑想法を組み合わせたプログラムとしてストレス低減、うつ再発予防、不安障害治療に有効性が確認され、がん患者の心理ケアとしても応用されている (Carlson et al., 2011; 保坂, 2019)。MSWはマインドフルネスの国際指導者養成課程を修了しており、鈴木氏にマインドフルネスを導入・指導できる立場にあった⁴⁾。

鈴木氏へのマインドフルネス導入にあたり、メンタルヘルスの状態にかかわる客観的な指標を得るため質問紙調査を実施した。その中で、鈴木氏は抑うつ傾向にあることがわかった。そのため、MSWから主治医へその結果を報告し、主治医より鈴木氏に精神科受診が促された。鈴木氏は精神科医の診察を受けた結果、「がん治療に伴う適応

障害の傾向にはあるものの服薬の必要はない」とのことだった。その後、精神科医とMSWとの協議を通じて「マインドフルネスは鈴木氏にとってストレス・ケアにつながる」という共通認識を得た。

鈴木氏へのマインドフルネスの導入は、Y年2月、化学療法第2回目後に行われた。最初に、MSWが作成した「マインドフルネス導入の手引き」を用いて鈴木氏に概要を説明した。このとき、鈴木氏は「マインドフルネスを言葉では聞いたことはあるけれども、詳しくはわからない」と述べ、とまどいと不安の表情が確認された。その後、MSWによるガイダンスに従って簡単なマインドフルネスのプラクティス（呼吸瞑想）を行った。すると、鈴木氏から「いろいろな考えが次々に心に浮かんできて呼吸に集中できない」という発言があった。MSWより「マインドフルネスは集中することではなく、『浮かんでくる思考に気づくこと』が大切です。今のやり方で大丈夫ですよ」と説明し、鈴木氏のマインドフルネスへの取り組みを尊重し、肯定的に評価した。

MSWは鈴木氏のとまどいや不安を受けとめ、信頼関係の涵養を念頭に起きながら、鈴木氏の外来受診や化学療法に伴う入院ごとに面接を設定し、マインドフルネスの指導を積み重ねていくことになった。また日常生活でも、日々マインドフルネスのプラクティスが続けることができるように音声ガイド⁵⁾を用意し、鈴木氏に利用してもらえる環境を整えた。

4.2.3. 支援第3期「がんサロンとの連携」

(Y年2月)

マインドフルネス導入後もすぐには鈴木氏の不安感は低減されず、不眠が続いていた。がんリハは自宅で続けているものの、「外出を控えているので気分が上がらない」「食欲も8割程度」との報告を鈴木氏から受けた。そして復職への不安も拭えず、「同じような経験をしている人がいたら話を聞いてみたい」という希望が鈴木氏から示された。この申し出をきっかけに、MSWは鈴木氏に「働く女性のためのがんサロン」があることを伝えたところ、鈴木氏はこのサロンへの参加を希望された。

別府医療センターは2008年に地域がん診療連携拠点病院に指定されており、2010年から「がんサロン」を開催していた。がんサロンでは、がんサバイバー同士が体験を分かち合い、孤立感から脱却できるようなピア・サポート体制が維持されてきた。2015年にはMSWが中心となり、別府医療センター内で実施していたサロンを「地域型サロン」として多機関開催とした。地域に根ざす複数の医療、福祉、がん患者団体と連携してより多くのがんサバイバー同士の交流が可能となるがんサロンを構築した。さらに2019年、MSWは「女性で働く世代の人同士で話をしたい」というがんサバイバーから要望を受け、「働く女性のためのサロン」も設立した。この女性がんサロンは、就労や女性特有の悩みなどを気兼ねなく語り合ってもらえるように、別府医療センターのMSWの紹介制でメンバーを募る方法をとった。鈴木氏にはこの女性がんサロンを紹介し、メンバーとして参加してもらうことになった。

初回の女性がんサロンのミーティングに参加後、鈴木氏から「同じ境遇の方々と話すことですごく安心した」「『自分だけが』という思いで落ち込むことも多かったが、先輩患者（化学療法終了した患者）が明るいのを見てびっくりした」「先輩患者に力を分けてもらえた気がした」といった感想が語られた。その後、「復職を焦らずに化学療法による治療期間は休職し、療養に専念するほうがいい」という鈴木氏の意思が示されるようになった。

4.2.4. 支援第4期「心理的な安定」

(Y年3月～5月)

第2回目の化学療法後、鈴木氏の血液検査結果が芳しくなく、以後2回の化学療法のスケジュールが延期となった。このとき、鈴木氏はMSWに「治療が順調に進まないことで不安が増している」と率直に話された。同時に、「マインドフルネスを初める前だったらパニックに近い状態までなっていたけど、そんなふうになることはなくなった」とも語られた。鈴木氏はマインドフルネスのプラクティスを継続しており、呼吸瞑想を中心に毎日15分の実践を維持していた。また、「音声ガイドに頼らなくてもマインドフルネス瞑想がで

きるようになった」とも話された。

さらにこの段階において、「女性サロンで出会った人たちと入院が一緒になると元気になれる」「がんりハも自宅で週2、3回はやれている」「仕事も休もうと決めてからはあまり気にならなくなっている」といった発言も見られるようになった。

鈴木氏には、以前は不安感をそのまま言葉にしてさらに不安が増大するという悪循環が見られていた。しかし、これら鈴木氏の発言からわかるように、この頃より不安につながる思考や身体感覚に気づき、その思考に没入したりとらわれたりすることが少なくなっていた。鈴木氏は、「今ここ」にある自分に気づき、不安な自分を受け入れられるようになっていたことがわかる。この変化はマインドフルネスによる効果だけではなく、女性がんサロンで出会ったがんサバイバー同士のつながりから生まれる安心感や所属感、さらに自分の経験が他のサバイバーの役に立っているという自己効力感の再獲得によるものではないかと推測される。

鈴木氏の変化は、発言以外に表情や態度からも読み取ることができた。これまで鈴木氏はたいていうつむき加減で話したり歩いたりしていた。しかしこの時期になると、表情も明るくなり、顔を上げ、他の患者と積極的に交流するようになった。実際、後述するY年4月に行った質問紙評価の結果でも不安や抑うつなどの軽減が確認された。女性がんサロンは通常1時間と決めて開催されていたが、サロン終了後にスタッフが片付けをしている部屋の片隅で、数名のサバイバーと談笑する鈴木氏の姿を目にすることも増えていった。

4.2.5. 支援第5期「復職への準備」

(Y年6月～7月)

鈴木氏には、傷病手当金や有給の活用方法の説明、そして就業規則の確認を行うことなど社会的支援を随時展開してきた。鈴木氏は、職場から傷病手当金の概略しか知らされてなかった。そのため、MSWより鈴木氏に傷病手当金の使用方法等を説明し、休職中の経済的支援が可能になるように支援した。また、MSWは病気による有給休暇の残日数及び就業規則について鈴木氏と情報共有

した。鈴木氏は、長年にわたって勤務したことから復職可能になればいつでも戻れるとの回答を職場からもらっていた。

しかし、鈴木氏は身体的な状況から復職に向けて心が揺れていく。化学療法も最終段階となったY年6月初旬の入院（4回目の化学療法）において、鈴木氏は化学療法が身体に及ぼす負担感をより大きく感じるようになっていた。MSWとの面接において、鈴木氏は職場の関係者と復職について話をした際、「職場からは無理せず復帰すればよいと言うが、それは自分への気遣いというより病気になって休んだ人をどうやって受け入れればいいのか分からないという感じだった」との印象を述べた。また、「体力的な不安もあるので復職は時期を見ながら行うつもりだけど、自分の考えと職場の考えが一致しないのではないかと不安に思う」との発言もあった。

面接において、MSWは鈴木氏に対し、主治医と協議しながら復職時期や就労時間を考えていくことができること、就労環境の整備や就労条件を考えていく上で産業保健総合支援センター（以下、産保センター）のサポートも受けることができることなどを伝えた。鈴木氏は職場と復職をめぐる話をする上で、何を確認すればいいのかを見通せずに不安を抱いていたため、産保センターとの面談を希望された。

鈴木氏と産保センター・スタッフとの面談にMSWも同席した。このとき、産保センターからのアドバイスとして、1) 就業規則を確認すること、2) 復帰の前段階として「みなし出勤」を職場に提案してみること、そして3) 勤務時間は徐々に延ばすことなどが示された。鈴木氏の了承のもと、MSWは産保センターとの面談内容を主治医と共有し、両立支援プランを念頭においた職場に提出する鈴木氏の診断書の作成を行うことにした。

この時期に至っても、鈴木氏は復職に向けたがんりハによる体力づくりとマインドフルネスによるセルフ・ケアを継続できていた。さらに、持続的なマインドフルネスのプラクティスによって、鈴木氏はより微細な身体感覚の変化に気づきが生まれるようになった。ストレスが溜まると姿勢が悪くなって肩に違和感が生じることを体感し、肩

の状態からストレス・レベルを素早く察知して、意図的にストレッチを日常生活に取り入れることができるようになっていた。

また、鈴木氏は自分の仕事に対する考え方にも変化を感じ取っていた。「これまでは無理をして仕事をしていないとまるで自分の存在価値がないような気持ちになっていた。でも今は身体が自分の本当の状態を教えてくれる。だから無理をしないで済むと思う」と述べ、身体の状態に向き合うことの大切さを実感されるようになっていた。

この頃、医療用ケアキャップ（以下、ケアキャップ）とマスクをして他の女性がんサロンの参加メンバーとを談笑している楽しそうな姿を院内で目にすることが増えた。がんサロンの開催は月1回のペースであった。参加者同士で連絡を取り合い、サロンの時間以外でも会う機会を設けて互いに支え合うようになっていた。

4.2.6. 支援第6期「復職及びフォローアップ」

（Y年8月～）

鈴木氏の復職は、初回面接から約8ヶ月後に実現した。MSWらは、復職後の通院を機会に鈴木氏との面接を行った。鈴木氏は、復職直後は半日勤務で2週間、その後6時間勤務で就労を継続していた。復職後の配属は、特別養護老人ホームから軽費老人ホームに変更となり、わからないことが多く仕事に慣れない日が続いていた。一方で、鈴木氏は休職以前に比べると焦ることが少なくなったという。「元々せっかちな性格だったけど、焦る気持ちが少なくなった気がする」と報告してくれた。

そして、「仕事が終わり、夕焼けを見上げると何とも言えない温かい気持ちを感じる。車に乗るまでは身体に意識をむけて歩くのが仕事帰りの日課になっています。病気になってたくさん悲しいことも不安なこともあったけど、たくさんの人との出会い支えられ、マインドフルネスを始めることもできて人生が変わったような気がします。病気はつらいことだけを自分で運んできた訳ではないのかなと今は思えます。これからも、今に意識を向ける習慣を忘れずに続けていこうと思います」と笑顔で語ってくれた。

復職によって約8ヶ月に及ぶ鈴木氏への支援が

1つのフェーズとして終結を迎えたこの時期、鈴木氏は病者から職業人の風貌に変わっていた。外見は抗がん剤治療の副作用によって日々、ヘアキャップを被っていた。しかし、鈴木氏の表情はこれからの人生を見据え、病前、日々多くの人々から頼られていた主任介護職としての顔立ちになっていた。

5. 事例分析

インフォームド・コンセントをもとにY年1月の支援開始期（1回目）とY年4月の心理的安定期（2回目）にそれぞれ実施された鈴木氏への質問紙調査結果は、図1~4として示される（図1~4参照）。質問紙は、乳がん患者のマインドフルネス介入研究（Dobos et al., 2015）及び日本乳癌学会が示している評価ガイドラインを参照

し（日本乳癌学会，2002）、別府医療センターの精神科医のアドバイスのもと、1) 抑うつ及び不安：日本語版 HADS（Hospital Anxiety and Depression）（入田ら，1997）、2) 睡眠の質：日本語版 PSQI（Pittsburgh Sleep Quality Index）（土井ら，1998）、3) 主観的な痛み：日本語版 McGill Pain Questionnaire（長谷川ら，1996）、そして4) がん患者のQOL：日本語版 EORTC QLQ C-30（European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire 30）（下妻，2001）を用いた。

約4ヶ月間の支援を経て、鈴木氏の抑うつ度はカットオフ値（7点）を下回り（13点から6点）、不安度も18点から8点へと大幅に減少した（図1参照）。睡眠の質もカットオフ値（5.5点）を下回り（8点から5点）、改善したことがわかる（図2参照）。また、主観的な痛みも減少し、総合的なQOLも向上したことが推察できる（図3及び図4参照）。

さらに今回の事例研究は、両立支援における6つの固有性を抽出した。それらは、1) 初動としての援助関係の構築、2) がんリハの導入に伴う身体的支援、3) マインドフルネスによる心理的支援、4) 「居場所」としての「働く女性のためのがんサロン」、5) 患者と職場の実情に見合った両立プランの構築、そして6) ソーシャルワークの価値の反映、として表され、その全体像は図5として描写できる（図5参照）。

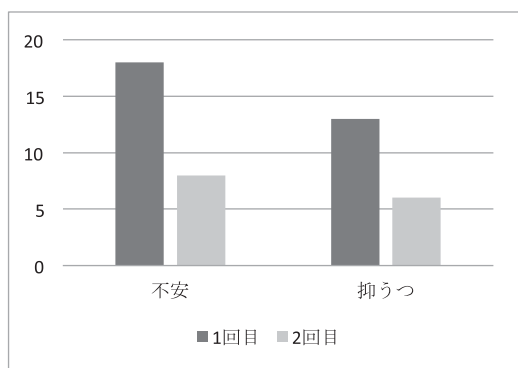


図1 日本語版 HADS

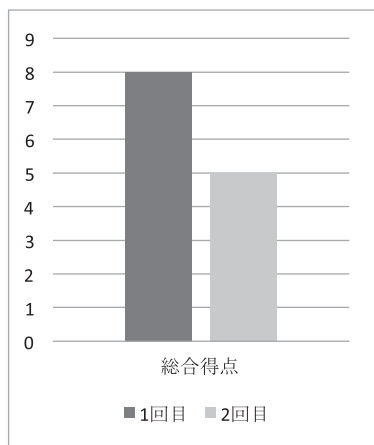


図2 日本語版 PSQI

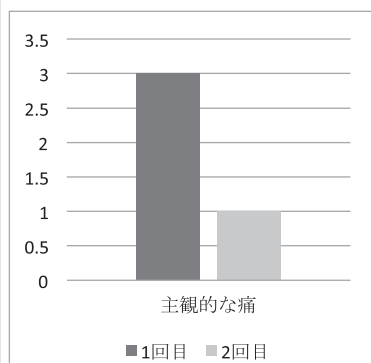


図3 日本語版 McGill Pain Questionnaire

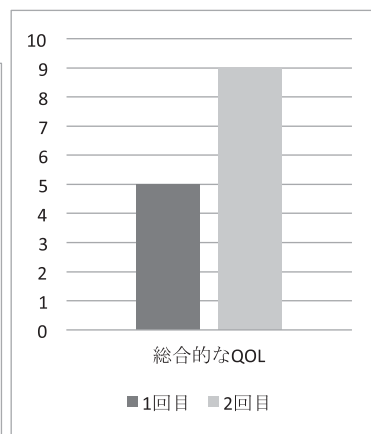


図4 日本語版 EORTC QLQ-C 30

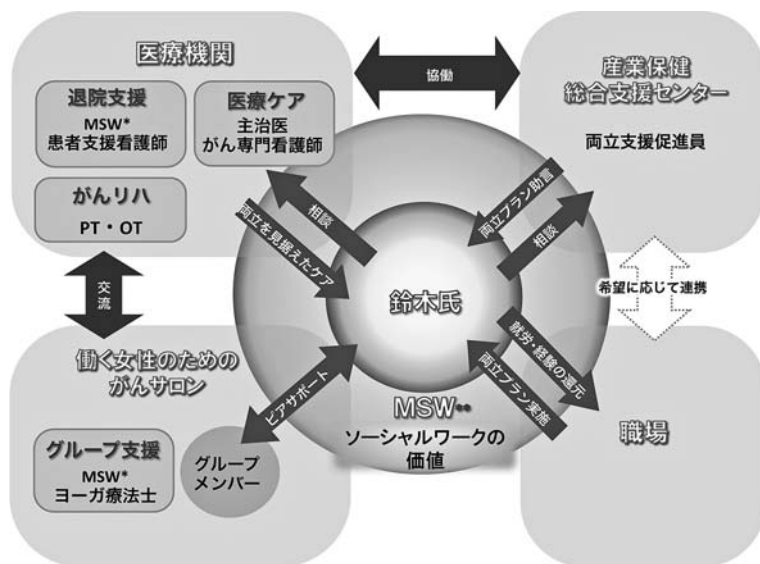


図5 鈴木氏への両立支援の全体像

*組織におけるポジショニングとしてのMSW、**両立支援機能としてのMSW

以下、これら6つの側面についての分析結果を説明していく。

5.1. 初動としての援助関係の構築

2013年に実施された静岡県立がんセンターによる調査では、がんと診断された際の仕事に関する相談相手の約7割は家族、産業医や産業カウンセラー、医療ソーシャルワーカーなど専門職への相談は2%にとどまる（「がんの社会学」に関する研究グループ，2013）。先行研究でも触れたように、両立支援を推進していくためには、治療初期段階から専門職がかかわり、がん患者の心理社会的負担を軽減させていくことが重要となる。鈴木氏の場合、外来のがん告知時ではなかったものの、術後7日までにはMSWらによるリーチアウトによる面接が実現した⁶⁾。

初動ともいえる治療初期段階でのMSWと鈴木氏との援助関係の構築は、危機介入としての役割も果たしたと考えられる。先を見通せない混沌の中、鈴木氏は初回面接から病気による生活の変化、そして仕事の喪失への不安などの感情表出が見られた。鈴木氏の場合、単身生活であり、母親も同じ病気であるために心配させたくないという思いから、家族への相談が限られていたことも不安を高める要因になっていたと推測される。

面接では鈴木氏の情緒的な揺れ動きが明らかであった。そのため、まずは鈴木氏の感情を受けとめ、共感を伴う援助関係の構築に時間を費やした。そして、復職を含む生活全般を支えていくことができることをMSWから鈴木氏に伝えた。MSWとして、今後のがん治療において「ひとりではない」というメッセージが鈴木氏に伝わるような態度を心がけた。その結果、鈴木氏は「一緒に考えてくれる支援者がいると心強い」と反応するなど、危機による混沌から若干の冷静さと希望を取り戻し、退院に臨んでもらえたと推察する。

5.2. がんリハの導入に伴う身体的支援

別府医療センターでは、がんリハは主に高齢者のがん患者を対象に提供されていた。MSWは、成人のがんサロン参加者の間では体力の減退や足腰の疲労の悩みに話題が向くことが多く、就労の壁になっている現状を把握していた。

介護職である鈴木氏にとって、身体的な回復は復職に必須となる。また、復職は鈴木氏自身の自立生活を支える「生きがいの再獲得」にもつながる。鈴木氏は、仕事を手放さないために身体的なケアのあり方に当初から関心を寄せた。無理なく身体を動かすがんりハのメソッドは、患者にとって無力感からの脱却を促すことになる。そして、

「すべての身体機能が奪われたわけではない」という身体への信頼感を取り戻すことにも通じる。鈴木氏は、がんリハを通じて自分の身体との対話を重ね、その変化に揺さぶられながらもがんリハを続けることができた。

リハ担当者と鈴木氏の間には MSW らが介在したことは、鈴木氏のがんリハ継続に少なからず貢献したと考えられる。がんリハによって深まる微細な身体への気づきは、回復への希望と不安など折々の感情表出に直結していく。鈴木氏の場合、がんリハによる身体への気づきは復職への不安として表出されることが多かった。MSW は鈴木氏の感情の揺れを受容し、時には励ましながら信頼関係を深めていった。同時に鈴木氏の心理的状況をリハ担当者とも共有し、MSW 月から鈴木氏に方法の妥当性やペース配分などのアドバイスができるような仕組みを構築することができた。これは、患者にとって外来や短期入院ではかかわりづらいリハ担当者を MSW 月がつなぐ役割を担い、連携を図ることによって鈴木氏にとっての持続可能ながんリハが実現したと思われる。

5.3. マインドフルネスによる心理的支援

支援開始時から不安が溢れていたこと、精神科医との連携、そして良好な援助関係などの側面を踏まえ、MSW は鈴木氏にマインドフルネスの導入を決断した。がんリハに伴う気分の揺れをコントロールしていくことが、鈴木氏を支え、両立支援に向き合ってもらうために不可欠になると判断した。

支援全般にわたって鈴木氏はマインドフルネスのプラクティスを継続し、不安や気分の揺れのコントロールに活用するようになった。その結果、鈴木氏は治療や復職に向けた課題に圧倒されず、長期にわたる両立支援のプロセスを歩むことができたと思われる。

マインドフルネスは、「意図的にあるがままの状態でも、この瞬間に注意を向けること」と定義される (Kabat-Zinn, 1990)。マインドフルネスは、さまざまな瞑想法を組み合わせることで、自動的に生じる不安感や反芻思考にとらわれず、それらを客観的に見つめるメタ認知力を強化していく。この「脱中心化」と呼ばれる認知変容

によって、不安に圧倒されない平静さを獲得していくところにその効果機序が見いだされる (大谷, 2014 ; Segal et al., 2018)。

実践にあたって、マインドフルネスは処方箋のごとく方法を指導するだけでは効果は限定的となり、有害になることもある (Treleaven, 2018)。何よりも指導者自身が十分なマインドフルネスの経験を持ち、指導者としての倫理及び方法のトレーニングを受ける必要がある (Crane et al., 2012)。指導者が何かにとらわれることなく今、ここに心身共に寄り添っている態度が援助関係を通じて患者に感受されていく。この共鳴関係によって、初めて患者の脱中心化やメタ認知の涵養が可能となる (池埜・内田, 2019)。

鈴木氏の場合も指導資格を有する MSW が寄り添い、共にマインドフルネスのプラクティスを続けながら、「今ここ」にある経験を共有していった。鈴木氏から不安にとらわれることなく「今ここ」への気づきが生まれた体験 (マインドフルな体験) を語ってもらい、MSW も日々のマインドフルな体験を鈴木氏に伝えた。このように互いに気づきを深めることで、マインドフルネスの持続が可能となった。これは「ヘルパー・セラピー効果」 (Riessman, 1965)、すなわち支援者が何かを与えて患者が受け取るという一方向の関係性ではなく、両者による双方向からの気づきの深まりによって、鈴木氏の自己効力感とマインドフルネスへの動機づけを高めることができたと推測される。

また、MSW は鈴木氏のペース配分や実践のしやすさを考慮し、柔軟に方法を変更したり組み合わせたりしながらオーダーメイドのマインドフルネスのプランを構築していった。とくにがんリハで習得した身体の動きを用いた瞑想法は鈴木氏にとって受け入れやすく、マインドフルネスの取り組みを続ける要因の一つになったと思われる。

マインドフルネスを導入する際に重要な点は、他の介入法と同じく、患者の言葉や反応を否定せずに尊重することにある。とくにがん患者の場合、一辺通りのレクチャーと音声ガイドの提供だけで終わってはならない。信頼をベースに個々の感覚を尊重しながら副作用の状況、痛みの程度、そして回復過程に沿って患者の負担とならないマ

インドフルネスの方法を共に開発していく慎重さと創造性が肝要であることが事例分析から読み取ることができた。

5.4. 「居場所」としての「働く女性のためのがんサロン」

「働く女性のためのがんサロン」は、鈴木氏にとって不安感や孤独感を和らげ、治療と復職を両立させていくためのいつでも戻れる安心の居場所となった。また、同じ病をもち、治療の先を歩むメンバーとの信頼関係から鈴木氏はがんサバイバーとしてのロール・モデルを獲得し、未来に希望を見いだすきっかけを得ることになった。

MSW は、就労していた女性ががん患者からの要請を受け、新たな女性がんサロンの創出、連携、そしてグループ・ファシリテーターとして運営に携わった。グループ形成においては、女性患者で年齢、職業、両立支援における課題などを調整し、悩みを共有しやすい5名ほどのサイズを目指した。第2執筆者は、同性の立場で女性ががん患者特有の悩みを共有できる立場にある。必要に応じて専門的な知識を提供しながらも、メンバー間のオープンで支え合える関係が深まるようにグループをファシリテートしていった。この際、グループワークの援助技術に加え、ソーシャルワークにおける患者の尊厳重視、そして自己決定の尊重の価値は、グループメンバーの自助機能を高めるための基本的態度を支えてくれた。

サロンは毎回、実施主体であるがん患者団体とMSWらがメンバーを出迎え、茶香炉を焚き、お茶などを飲みながら全員がそろそろまで雑談をしながらリラックスできるようにした。落ち着かない様子のメンバーにお茶菓子をすすめ、その人のニーズに合わせて先輩メンバーと引き合わせる。回を重ねるうち、泣いている人がいれば、誰からともなく「泣いていいよ」と声をかける雰囲気が培われた。参加者の病状や背景は様々だが、交流を通して孤独感が和らぎ、辛い状況の中でも今日を生きている意味、そして人生観を振り返るようなスピリチュアルな語りグループ内に映し出されていった。

笑いの絶えない回が多いものの、自由な語りの中でときには行き場のない怒りを表出させたり、

「死」に関する話題など、緊張が高まる場面もあった。MSWは、場の安全を保ちながら感情表出を受け止め、「そこを生き抜く今、どんなことが役立っているのか」「今ここにいられるのは、どんな力を持っているからなのか」「今何を大切に思っているのか」といったコーピングの視点を加えて参加者の対話が無理なく続けられるように心がけた。

また、このサロンでは地域のヨーガ療法士を招き、ストレスケアとしてがん患者が簡単な身体動作を習得できる機会も提供している。がんサロンを継続する中で、よく話題になるのが「健康の維持・増進」であった。がん患者の多くは、少しでも自分にとって良いことを取り入れたという思いは強い。そして、女性メンバーの中にはヨーガに興味を示す人が少なくなかった。MSWは、患者のがんサロン参加への動機づけを高めるためにもヨーガの導入を実現させるべく調整を行った。

ヨーガ療法は15分から20分程度でMSWらも参加し、メンバーと一緒に行うことで同じ空間を共に過ごすことを心がけた。その後、第1筆者は退室し、第2筆者のファシリテートのもとに女性のみで仕事や日常生活の不安や悩みについて自由に話し合う時間をもった。

ヨーガ療法は、倦怠感の改善、睡眠障害の軽減、心理的落胆や自覚ストレスの軽減、全般的QOLの改善の効果が期待される（日本緩和医療学会、2016）。参加メンバーは、身体との対話を通じてソマティックな気づきを深め、その気づきはやがてグループ内で分かち合われた。この気づきは、治療、生活、そして仕事への思いや悩みを自由に語り合う雰囲気を深めていった。ただ語り合うだけではなく、穏やかな身体動作によるソマティックなレベルの共鳴によって互いの境界を緩め、よりオープンな関係性の構築が果たされた。結果的にヨーガの体験はサロン参加への動機づけを高め、メンバー間の絆を深めることにつながった。

MSW自身のマインドフルネスの経験も、がんサロンの運営やファシリテーションに役立ったと実感している。日常的にマインドフルネスの経験を深めることで、がんサロンの開催中、「今ここ」で繰り返られる参加メンバーの思い、悩み、そ

して不安を感じ、自動的に反応しない態度を維持できた。とくに緊張が高まる場面や参加者の死に向き合う際、マインドフルネスの耕しは心を整え、落ち着き、平静さを保つことにつながったと感じている。

5.5. 患者と職場の実情に見合った両立支援プランの構築

両立支援における社会的支援として、両立支援プランの作成はがん患者の復職を支える重要な要素となる。鈴木氏の回復過程と職場の実情にあった両立支援プランを作成することを目指し、MSWは産保センターに助言を求めた。MSWとして連携してきた経験から、産保センターは事業所の規模やタイプの違いにかかわらず、両立支援に向けた情報とノウハウを蓄積していることを実感していた。そのため、鈴木氏の介護職としての特質や職場環境を念頭においた両立支援プラン作成のため、産保センターからアドバイスを受けることに躊躇はなかった。

両立支援プランは、職場が理解できるもので、かつ合理的配慮の範囲で就労環境を調整できる内容が望ましい。厚労省が示している両立支援プランのフォーマットは多岐にわたり、がん患者の就労に向けたプランを詳細に盛り込めるメリットがある。一方、職場によっては仔細なプランが示されると圧倒されてしまい、結果的にがん患者の復職に対する職場の抵抗感を強めてしまうことにもなりかねない。

産保センター・スタッフとの面談では、鈴木氏の職場の状況に見合った両立支援プランの内容が検討された。産保センターが保有する事例の提示に加え、言葉遣いまでアドバイスを受け、具体案を見通すことができた。先行研究で示した遠藤(2019)が推奨する「事例性と疾病性の翻訳作業」をここで実現することができた。もちろん鈴木氏も面談に同席していたので、随時職場環境を確認しながら鈴木氏の希望と照合せ、鈴木氏の納得のいくプランの下地作成が可能となった。最終的には両立支援プランをMSWらが作成し、主治医の了承を得た上で鈴木氏の復職に役立ててもらった。

その結果、就業時間の漸増に加え、鈴木氏の回

復に見合った柔軟な配属、その他、周囲のスタッフの理解（復職時期はウィッグを使用していたが仕事中はケアキャップの使用を理解してもらう）などの配慮が職場から得られ、鈴木氏は退職することなく就労を継続できている。今後も鈴木氏の回復過程を共にモニターしながら、必要に応じて就業プランの見直しを職場と連携しながら進めていくことが課題となる。

5.6. ソーシャルワークの価値の反映

岩間(2004)は、ソーシャルワークの事例研究を行うにあたり、価値にもとづいた実践を導き出すための4つの分析視点を示した。それらは、1)「本人のいるところ」を起点としているか、2)「存在」を尊重する支援になっているか、3)主体性を喚起する支援になり得ているか、そして4)相互援助システムを形成しているか、として表される。また衣笠(2015:253)は、ソーシャルワークを「個人と社会の再統合の社会的装置」と位置づけ、「『あなたを認める』という存在の社会的実践」としてソーシャルワークにおける価値の重要性を述べている。

これらの視点に立脚すると、まず「鈴木氏のいるところ」、すなわち早期にアウトリーチによって鈴木氏の復職への不安や生活全般の問題をあるがままに聴き入ることで、鈴木氏の「今ここ」に寄り添い、「存在を認める」ことにつながったと考えられる。鈴木氏は診療報酬上の一一般的な退院支援加算の要件には該当しづらく、極論を言えばMSWとして「関与しない」という選択肢も取り得た。しかし、がんに侵され、自らを責め、職場からは腫物に触るような対応をされる鈴木氏の「存在」そのものを尊重し、寄り添い、支援していけるのは「価値の実践家」であるMSWに他ならない。

またMSWらは、マインドフルネスやがんサロンを含む復職に向けたあらゆるエンパワメントの取り組みにおいて鈴木氏の自己決定を尊重し、鈴木氏の主体性への配慮は揺るがなかった。ただし、これらのアプローチは鈴木氏のエンパワメントだけを目的とした「手段」としてのみ語ることはできない。共に時間を過ごし、互いのマインドフルなかかわりから生まれる共鳴は、衣笠

(2015: 252) のいう「共同性の価値」、すなわちどのような立場にある人々にも存在そのものに普遍性を見だし、互いに承認していく中で多様な意味を紡ぎ出していくという価値の具現化につながったといえる。

MSW らとの援助関係やがんサロンなどが、鈴木氏にとって一つの安心の「居場所」となり得たことは、ソーシャルワーク実践における「共同性の価値」の発露を物語っている。この「居場所」を起点に、鈴木氏は職場復帰を見通し、相互援助システムの構築に参加していくことができたと思われる。

身体、心理、社会、スピリチュアルに至るホリスティック・アプローチの観点からがん患者の両立支援を展開するにあたって、上記のソーシャルワークの価値体系は多様な介入方法の目的と意味を見だし、それらを統合していくための理念として常に MSW らの「拠り所」となっていたと振り返る。

6. 考察

本事例の支援全般を通じて、医療ソーシャルワーカー (MSW) はがん患者をホール・パーソン、すなわち身体・心理・社会・スピリチュアルな尊厳ある存在として尊重し、長きにわたる意思決定の連続に伴走しながら、患者が孤独に陥らず、少しでも納得のいく判断ができるように支えていく役割を担った。今回、がん患者のエンパワメントに資する両立支援のあり方は、がんリハの調整、マインドフルネスの導入、がんサロンの創出と活用、そして復職に向けた社会的支援といった側面を包含するホリスティック・アプローチとして展開され、MSW の心理社会的アプローチの独自性が示された。

事例にも見られたように、がん患者は、再発への恐怖、家族や職場に迷惑をかけることへの自責の念、復職への願いと体力の減退との狭間で感じるもどかしさ、経済的な不安、さらに死生観への自問自答と生きがいの再構築など心理社会的な軋轢が波のように押し寄せては引いていく。がん罹患後2年に離職が増大している現状を考慮すると、心身の負担感から早期に各種の意思決定をし

ていくことは、がん患者にとって容易なことではない。職場が両手を広げて復職を待ち受けているケースは少なく、復職できたとしても個別性の高いがん患者の心身の状況から、柔軟な就業体制や細かな配慮と患者の願いとの間には往々にしてずれが生じやすい (佐藤・櫻井, 2018; 澤田, 2020)。場合によっては、両立支援そのものが重層的な意思決定を患者に強いてしまい、結果的にがん患者にとって二次的なストレスや傷つき体験にもなりかねない。

がん患者への両立支援の制度設計が進展する今、両立支援を単に復職や労働力不足の補完といった目的、あるいは効率的な退院促進といった組織優位の価値にもとづくべきではない。全人的な観点からがん患者の QOL の向上と生きがいの再獲得を果たすべく、患者のエンパワメントを考慮した支援を両立支援に組み込んでいく必要がある。本事例研究で浮き彫りになった MSW によるがん患者の両立支援に向けた取り組みは、医療と職場、そして地域を視野に入れながら、関係者それぞれの方法と価値の錯綜を読み解き、「患者中心」の価値を貫く方法の構築につながった。本研究は、両立支援の「質」を考えていく上で、MSW が果たす実践的示唆を浮き彫りにしたといえる。

今後、MSW の臨床力——ミクロ実践におけるコンピテンスの向上は、がん患者の両立支援をより良いものにしていくために欠かせないだろう。MSW は、溢れんばかりの情報や手続きの理解をがん患者に促すだけでなく、あらゆる患者の不安、怒り、そして焦燥感を受けとめ、信頼に満ちた援助関係を構築していかなければならない。そして、迷路のような治療と復職への道筋を患者が一步步歩めるように、揺れ動く心理状態に適切に応答しながら患者の成長を促せるような臨床力が不可欠となる。

マインドフルネスは、不安の強いがん患者への具体的な支援方法となり、今後、医療ソーシャルワークの介入レパートリーとして導入していくための検討が求められる。また、がんサロンに象徴されるセルフ・ヘルプ、ピア・サポート体制の創出においてもソーシャルワークの開発的機能として MSW の実践力が発揮されることが期待され

る。これら MSW の新たな援助技術の射程が広がるように、「日本医療社会福祉協会」や「日本保健医療社会福祉学会」などの専門職団体が研修や資格認定制度などを確立していくことが期待される。

今回の MSW が中心となって展開されたがん患者の両立支援への取り組みが、先行研究で示した患者の利益（専門的職業価値）と医療機関の要請（組織的価値）との狭間で退院促進の役割を担わざるを得ない MSW の閉塞感を打破し、全人的なパースペクティブから臨床力を発揮できる新たな MSW の視界の広がりにつながることを強く望みたい。そして、がん患者のエンパワメントに資する両立支援を可能にする医療ソーシャルワークの実践的、実証的検討がさらに促進されることを期待する。

注

- 1) ここでいう「事例研究」は、質的研究法の文脈で語られる事例研究とは異なり、むしろ医療分野で用いられる「症例研究」の意味合いに近い。大谷（2016）は、症例研究は臨床的意義や科学的意義を表すものの、一般性や普遍性を求めないのに対して、質的研究はたとえ1事例であっても人や社会に潜在する普遍的な意味を見出すことを目的すると述べている。
- 2) 事例紹介及び事例分析では、研究目的に準じて両立支援における MSW の役割と機能に焦点を当てて描写しているが、多くの局面における判断や意思決定は看護師（がん専門看護師及び患者支援看護師）とのチーム協議によって行われている。
- 3) 別府医療センターでは、入退院支援加算の枠組みから支援対象者の選定を行うシステムを構築していた。しかし、鈴木氏の入院時点では入院支援加算の算定は採用されていなかった。そのため入院時ではなく、退院支援を目的としたカンファレンスにおいて鈴木氏の基本情報を病棟看護及び関係スタッフと共有し、アウトリーチによる鈴木氏へのコンタクトから両立支援が開始された。
- 4) 第1、第5執筆者は国際マインドフルネス指導者協会（International Mindfulness Teachers Association: IMTA）（IMTA, 2020）認定のマインドフルネス指導者資格（IMTA-Certified Mindfulness Teacher）を有し、第2、3執筆者は同養成課程の最終段階にある。

- 5) 音声ガイドは、第5執筆者が作成したものを使用した。次の URL からダウンロード可能である（<https://sites.google.com/site/mindfulnesssatoshi-ikenohp/>）。
- 6) 別府医療センターでは、今後がん看護専門看護師が術後に病棟が行ったリンパ浮腫の説明を外来でも継続的に行える仕組みや、外来での病名告知時からがん患者に適切な介入ができるような支援体制の構築を目指している。リンパ浮腫は、多くのがん患者にとって復職後に仕事を継続する上で重要な支援ポイントになるため、継続的に相談できる体制が重要となる。

参考文献

- Carlson, L., Sepeca, M. and Segal, Z. V. (2011) *Mindfulness-Based Cancer Recovery: A Step-by-Step MBSR Approach to Help You Cope with Treatment and Reclaim Your Life*. New Harbinger Publications.
- Crane, R. S., Kuyken, W., Williams, J. M. G., Hastings, R. P., Cooper, L., & Fennell, M. J. (2012) Competence in teaching mindfulness-based courses: concepts, development and assessment. *Mindfulness*, 3(1), 76-84.
- Dobos, G., Overhamm, T., Büssing, A., Ostermann, T., Langhorst, J., Kümmel, S., Paul, A., & Cramer, H. (2015) Integrating mindfulness in supportive cancer care: a cohort study on a mindfulness-based day care clinic for cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*, 23(10), 2945-2955.
- 土井由利子・蓑輪眞澄・内山真他（1998）「ピッツバーグ睡眠質問票日本語版の作成」『精神科治療学』13（6），755-763.
- 遠藤源樹（2019）「がんサバイバーシップにおける就労支援」『日建誌』27(1), 91-97.
- 遠藤源樹（2020）『治療と就労の両立支援ガイドランス：疾病別に見た就労支援の実務』労務行政。
- 「がんの社会学」に関する研究グループ（2013）『2013 がん体験者の悩みや負担等に関する実態調査報告書：がんと向き合った4,054人の声』（https://www.scchr.jp/cms/wp-content/uploads/2016/07/2013_taienkoe.pdf）（2020/12/20）.
- 原田理恵・佐藤さとみ（2017）「がん患者の復職支援と治療就労両立支援モデル事業の取り組み」『職業リハビリテーション』30(2), 21-30.
- 長谷川守・服部卓・猿木信裕・石崎恵二・木谷泰治・町山幸輝・藤田達士（1996）「日本語版 McGill Pain Questionnaire の信頼性と妥当性の検討」『日本ペインクリニック学会誌』3(2), 85-91.

- 本家裕子 (2002) 「ターミナルケアにおける医療ソーシャルワークに関する研究の動向」『臨床死生学年報』7, 64-72.
- 保坂隆 (2019) 『がん患者さんのためのマインドフルネス瞑想法』法研.
- 池埜聡・内田範子 (2019) 「マインドフルネスの多様性に呼応する指導者養成の課題: UCLA Training in Mindfulness Facilitation (TMF) の経験を踏まえて」『Human Welfare』11(1), 55-69.
- IMTA (2020) International Mindfulness Teachers Association Website (<https://www.imta.org>) (2020/12/20).
- 入田宏之・東あかね・入城博子・小笹晃太郎・林 恭平・清田啓介・井口秀人・池田順子・藤田きみゑ・渡辺能行・川井啓市 (1997) 「Hospital and Anxiety Depression Scale 日本語版の信頼性と妥当性の検討: 女性を対象とした成績」『心身医学』38(5), 310-315.
- 岩間伸之 (2004) 「ソーシャルワーク研究における事例研究法: 『価値』と『実践』を結ぶ方法」『ソーシャルワーク研究』29(4), 287-291.
- JASWHS (2020) 『公益社団法人日本医療社会福祉協会 web サイト』<https://www.jaswhs.or.jp> (2020/12/20).
- Kabat-Zinn, J. (1990) *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness*. Delta. (春木豊訳 (2007) 『マインドフルネスストレス低減法』北大路書房).
- 門山茂 (2015) 「労働者健康福祉機構の取り組み: 医療機関の視点から」『産業医学ジャーナル』38(1), 9-12.
- 上白木悦子 (2018) 「緩和ケア・終末期医療における医療ソーシャルワーカーの役割遂行の構造に関連する要因」『社会福祉学』59(3), 16-29.
- 衣笠一茂 (2015) 『ソーシャルワークにおける「価値」と「原理」: 「実践の科学化」とその論理構造』ミネルヴァ書房.
- 厚生労働省 (2004) 『医療ソーシャルワーカー業務指針 (厚生労働省健康局長通知 平成14年11月29日健康発第1129001号)』(http://www.jaswhs.or.jp/upload/Img_PDF/183_Img_PDF.pdf) (2020/12/20).
- 厚生労働省 (2016) 『がん対策基本法一部改正と第3期がん対策推進基本計画の検討状況について』厚生労働省健康局がん・疾病対策課 (<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkouyoku-Soumuka/0000168737.pdf>) (2020/12/20).
- 厚生労働省 (2019) 『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』(<https://www.mhlw.go.jp/content/000492961.pdf>) (2020/12/20).
- 小山文彦・加嶋佐知子・宮本直美・石川洋・亀田美織 (2016) 「労働者健康安全機構『復職 (両立支援) コーディネーター基礎研修』の課題と意義」『日本職業・災害医学会会誌』65, 102-106.
- 黒田研二・山中京子・水上然 (2010) 「医療ソーシャルワーカーの業務実態とその関連要因」『社会問題研究』59, 21-30.
- みずほ情報総研 (2012) 『治療と仕事の両立支援マニュアル: 医療ソーシャルワーカー、看護師などがん患者の治療と仕事の両立支援を行う皆様へ』(https://www.mizuho-ir.co.jp/case/research/pdf/mhlw_ryoritsu2013_manual.pdf) (2020/12/20).
- 内閣府 (2019) 『令和元年がん対策・たばこ対策に関する世論調査』(<https://survey.gov-online.go.jp/r01/r01-gantaisaku/index.html>) (2020/12/20).
- 日本がんリハビリテーション研究会 (2015) 『がんのリハビリテーション診断ベストプラクティス』金剛出版.
- 日本緩和医療学会 (2016) 『がんの補完代謝療法クリニカルエビデンス』(<https://www.jspm.ne.jp/guidelines/cam/2016/pdf/cam01.pdf>) (2020/12/20).
- 日本乳癌学会 (2002) 『乳癌患者のための QOL 評価研究のためのガイドライン』(<https://www.csp.or.jp/qol/QOL.html>) (2020/12/20).
- 西田俊朗・坂本はと恵 (2017) 「がん患者の仕事と治療の両立支援の現状」『IRYO』71(1), 281-287.
- 岡山太郎 (2019) 「がん患者における身体活動量を維持改善するために必要なこと: 進行がんを中心に」『第17回日本臨床腫瘍学会学術集会: 会長企画シンポジウム16抄録』(<https://oncol.jp/news/20190807kt>) (2020/12/20).
- 大松重宏 (2007) 「がん専門病院における医療連携とソーシャルワーク」『医療』61(4), 250-253.
- 大谷彰 (2014) 『マインドフルネス入門講義』金剛出版
- 大谷尚 (2016) 「質的研究とは何か」『日本歯科医師会雑誌』68(2), 1125-1134.
- Riessman, F. (1965) The "helper" therapy principle. *Social Work*, 10(2), 27-32.
- 労働者健康安全機構 (2020) <https://www.johas.go.jp> (2020/12/20).
- 澤田幹 (2020) 「がん罹患者に対する治療と仕事の両立支援: 先進企業事例からの示唆」『金沢大学経済論集』40(2), 35-65.
- Segal, Z. V., Williams, M., & Teasdale, J. (2018) *Mindfulness-based Cognitive Therapy for Depression*. Guilford Publications.

- 下妻晃二郎 (2001) 「疾患特異的尺度：がん」池上直己・福原俊一・下妻晃二郎・池田俊也編『臨床のための QOL 評価ハンドブック (pp.52-61)』医学書院.
- 白尾久美子・山口桂子・大島千英子・植村勝彦 (2007) 「がん告知を受け手術を体験する人々の心理的過程」『質的心理学研究』6, 158-173.
- 高橋郁 (2020) 「がん治療と仕事の両立：多職種による支援強化に向けて」『日気食会報』71(2), 57-63.
- 高山恵理子 (2019) 「医療ソーシャルワーカーの業務に医療政策が及ぼした影響：診療報酬の動向と医療ソーシャルワーカーの『退院支援』業務との関わり」『上智大学社会福祉研究』43, 10-30.
- 高山恵理子・山口麻衣・小原真知子・高瀬幸子 (2016) 「退院支援において病院運営管理部門はソーシャルワーカーに何を期待しているのか：回復期リハビリテーション病院運営管理部門を対象としたソーシャルワーク実践アウトカム評価調査より」『医療社会福祉研究』24, 9-25.
- 転院を考える会 (2003) 「第2回転院調査報告書：MSW による患者・家族に対するアンケートの結果から」(http://www.zaitakuiryo-yuumizaidan.com/data/file/data1_20080327074319.pdf) (2020/12/20).
- Treleaven, D. A. (2018) *Trauma-Sensitive Mindfulness: Practice for Safe and Transformative Healing*. Norton.

Medical Social Work Approach for the Empowerment of Cancer Patients that Enhances the Balance Support for Their Work and Cancer Treatment : A Case Study of Holistic Approach Including Mindfulness Practice

Yoshiaki Inoue*¹, Hiroko Tamano*¹
Megumi Kamiya*², Akiko Kuwamoto*³, Satoshi Ikeno*⁴

ABSTRACT

This case study describes a holistic psychosocial approach for a cancer patient implemented by medical social workers. The holistic approach aimed to enhance the balance support of the patient's work and long-term cancer treatment. In terms of the bio-psycho-social-spiritual framework, social workers in a general hospital arranged a rehabilitation program, mindfulness practice, a peer support group named "A Salon for Working Female Cancer Patients", and social resources for the establishment of well-balanced rework plan.

The study emphasizes the importance of empowerment framework in the balance support for any cancer patients due to the necessity of care for their unstable emotional state as well as management of complicated life situation. The result of case study also emphasizes that social workers in medical settings should enhance their competency in direct practice or clinical approach to work with multiple psychosocial needs of cancer patients.

Key words : balance support, cancer, medical social work, mindfulness, empowerment

- * 1 Social Worker, Regional Medical Liaison Office, National Hospital Organization Beppu Medical Center
- * 2 Certified Nurse Specialist in Cancer Nursing, Nursing Department, National Hospital Organization Beppu Medical Center
- * 3 Registered Nurse, Nursing Department, National Hospital Organization Beppu Medical Center
- * 4 Professor, School of Human Welfare Studies, Kwansei Gakuin University