

# 東邦大学学術リポジトリ

Toho University Academic Repository

タイトル	直腸がん術後排便障害を抱えながらの社会復帰 就労者に焦点をあてて
別タイトル	Social Rehabilitation with Defecation Disorder after Rectal Cancer Surgery : Focus on Return to Work
作成者(著者)	水流添, 秀行 / 増島, 麻里子
公開者	FD委員会 健康科学ジャーナル編集会(東邦大学健康科学部)
発行日	2022.03.31
ISSN	24343838
掲載情報	東邦大学健康科学ジャーナル. 5. p.11 21.
資料種別	学術雑誌論文
内容記述	総説
著者版フラグ	publisher
JaLCDOI	info:doi/10.14994/tohohsj.5.11
メタデータのURL	<a href="https://mylibrary.toho u.ac.jp/webopac/TD42088001">https://mylibrary.toho u.ac.jp/webopac/TD42088001</a>

## 直腸がん術後排便障害を抱えながらの社会復帰

—就労者に焦点を当てて—

水流添 秀行<sup>1</sup> 増島 麻里子<sup>2</sup>

キーワード 直腸がん ストーマ LARS 社会復帰 就労支援

### はじめに

排泄の自立は、人間が成長・発達する中で獲得するものであり、その喪失は、社会生活を営む上で大きな問題となる。

排泄に影響を及ぼす大腸がん罹患した成人は、職業的アイデンティティ、社会的な能力、ストーマの管理による尊厳・プライバシー・自律、性的アイデンティティを喪失することにより、「成人性の喪失」を体験する(Rozmovits & Ziebland, 2004)。

大腸がんには、結腸がんと同様に直腸がんが含まれる。直腸がんの治療は多くの場合、手術療法が用いられる。その術式において、永久的人工肛門(以下、永久的ストーマ)造設の有無は、患者の術後の排泄に大きく影響する要素である。永久的ストーマは、患者に生理的な排泄経路を失わせ、非禁制の肛門ともいえる人工肛門の管理を課す。そのため、患者は肛門からの自然排泄を失ったボディイメージと向き合いながら新たな排泄の自立を目指さなければならない。

一方、手術手技の進歩に伴い、永久的ストーマ造設をせずに肛門を温存する手術(以下、肛門括約筋温存術)は、腫瘍が肛門にかなり近い位置でも可能となった。これは、患者の術後の生理的な排泄経路を維持する一方で、低位前方切除症候群(Low Anterior Resection Syndrome: 以下LARS)と呼ばれる排便障害が生じる。LARSは「直腸切除後の排便機能障害でQOLの低下をもたらすもの」と定義される(Keane et al., 2020)。具体的な症状は、腸機能の変化や予測できない排便、排便習慣の欠如、排便回数が増加、痛み(便意を感じた時、排便時、排便後)、

一度に便を出し切れない便失禁、切迫性の便意、衣類やパッドの汚れがあり、これらの症状があるか組み合わさって生じる(Keane et al., 2020)。

以上のように直腸がんの手術は、永久的ストーマ造設やLARSによる排便障害により患者の排泄管理の自律を障害することで社会復帰を阻害する。特に就労世代の者は、経済的自立や自己実現のため、治療後の就労再開・継続を望むことが多い。そのため、直腸がん術後の排便障害を抱えた就労者は、その排便障害と向き合いながら就業という社会的責任を果たす必要があるため、看護師は、患者に対し排泄管理の自律支援を行う必要がある。本稿では、直腸がん罹患患者の疫学的特徴と直腸がんの術式について述べ、その後、永久的ストーマ造設・肛門括約筋温存術後の術後合併症と社会復帰への影響、就労者への影響と今後の課題について述べる。

### I. 直腸がん罹患患者の疫学的特徴

日本の直腸がんの罹患数は約5万人、がん種別では6位(大腸がんとしては1位)であり、40代から急激に上昇する(国立がん研究センター, 2017)。また、5年生存率は約7割である(Center for Cancer Control and Information Services, 2020; Matsuda T, 2011)。このことから直腸がんは、就労者に多いがん種の1つと言える。

直腸がんは、「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」(厚生労働省, 2016)により、大腸がんとして検診を推奨されているが、受診率は47.8%であり目標の50%には達し

1 東邦大学健康科学部

2 千葉大学大学院看護学研究院

ていない(厚生労働省, 2019)。直腸がん患者の治療前のステージは、Ⅰ期以降が75%で、その中でもⅢ期(22.9%)が最も多い(厚生労働省, 2021)ことから、がんが進行した時点で発見される者が多い。また5年相対生存率は、Ⅰ期: 94.5%、Ⅱ期: 87.2%、Ⅲ期: 77.5%、Ⅳ期: 18.8%であり(国立がん研究センター, 2021)、進行に伴い生存率は低下し、特にⅣ期では顕著である。

直腸がんの各ステージ別で最も多い治療法は、0期は「内視鏡のみ(91.9%)」、Ⅰ期とⅡ期は「手術のみ(Ⅰ期: 60.6%、Ⅱ期: 63.6%)」、Ⅲ期は「手術/内視鏡+薬物(54.0%)」、Ⅳ期は「薬物療法のみ」と「手術/内視鏡+薬物」(各30.5%)である。またⅠ期からⅢ期にかけて外科的切除と放射線治療を併用する割合が増加し、Ⅳ期では治療をしない割合も増加する(厚生労働省, 2021)。尚、ここで述べた治療とは、腫瘍の縮小・切除を意図したものを指す。

このように直腸がんは、進行に伴い、生存率の低下だけでなく治療による負担も大きくなることから、治療後の社会復帰のためにも早期発見・早期治療が必要となる。

## Ⅱ.直腸がんの術式

直腸切除の原則は、直腸間膜の全切除(total mesorectal excision: 以下 TME)または、局所的な直腸間膜の切除(total-specific mesorectal excision: 以下 TSME)である(大腸癌研究会, 2019)。TMEは直腸がん特有の局所再発を低下させる(Heald, 1982)。また、直腸がんの手術では、がんの進行度、肉眼的な神経浸潤の有無を考慮して、根治性を損なわない範囲で、排尿機能、性機能温存のため自律神経の温存に努めることも必要である(大腸癌研究会, 2019)。

肛門括約筋温存術の適応の必要条件は、腫瘍学的に遺残のない切除が可能であること、術後の肛門機能が保たれることであり(大腸癌研究会, 2019)、この条件を満たせない場合は、腫

瘍摘出後に永久的ストーマ造設をする。

永久的ストーマ造設の術式には、マイルズ手術やハルトマン手術がある。マイルズ手術は、腫瘍を完全に切除することを目的に、肛門を含めた腫瘍切除後に肛門を閉鎖するため、肛門部に創部が生じる(杉原 & 石黒, 2010)。そのため、術後早期は肛門部の創部痛により座位保持が困難となる。ハルトマン手術は、腹腔内の炎症や腸管の浮腫のために吻合が危険と判断した場合や肛門機能不全などの局所要因と栄養状態不良などの全身状態不良の場合に用いられ、肛門側の直腸は空置される(日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会 & 日本大腸肛門病学会, 2014)。そのため、肛門部に創部はない。またハルトマン手術は原因が解除されればストーマ閉鎖を行う場合もある。

肛門括約筋温存術は前方切除術が中心的な術式である。前方切除術は、腹膜反転部を基準に口側の吻合であれば高位前方切除術(High Anterior Resection; HAR)、肛門側であれば低位前方切除術(Low Anterior Resection; LAR)と区分される。また、低位前方切除の内、特に肛門管直上で吻合する場合は超低位前方切除術(Super Low Anterior Resection; sLAR)と区別する。これらの術式の違いによる直腸の残存体積の変化はLARSの症状に影響する(佐藤, 三浦, & 内藤, 2021)。また、内肛門括約筋の切除により根治性を担保しつつ肛門を温存する術式に内肛門括約筋切除術(Intersphincteric resection: 以下 ISR)と呼ぶ。ISRでは内肛門括約筋の部分切除が最も多く行われるが、全切除を行うと自律神経による肛門反射が起らなくなるため、失禁の可能性が高くなる(佐藤 et al., 2021)。LARSの症状は肛門温存手術を実施した50%の患者では術後10年を超えて症状が持続するとの報告もある(Chen et al., 2015; Sturiale et al., 2017)。

前方切除を実施した場合、一時的ストーマを造設することで、縫合不全が減少する(Matthiessen, Hallbook, Rutegard, Simert, & Sjudahl, 2007)。そのため、肛門括約筋温存術後の患者は、一時

的にストーマのセルフケアを修得する必要がある。この場合、一時的ストーマは回腸ストーマであることが多い。回腸ストーマは排泄物が水様かつ、アルカリ性であることから皮膚トラブルを起こすことが多く、注意が必要となる。一時的ストーマは、一定期間が経過するとストーマ閉鎖術を実施する予定の術式であるが、約2割の者は、結果的に一時的ストーマを閉鎖することができない(Lindgren, Hallbook, Rutegard, Sjudahl, & Matthiessen, 2011)。その理由は、肛門機能不全、吻合部狭窄などの合併症や局所再発、転移、患者の希望などがある(日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会 & 日本大腸肛門病学会, 2014)。

### Ⅲ. 永久的ストーマ造設による術後合併症と社会復帰への影響

#### 1. ストーマ関連合併症とストーマ管理

ストーマ・排泄リハビリテーション学用語集(以下用語集)(日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会, 2020)では、「ストーマ関連合併症(stoma related complication)」を、ストーマ合併症とストーマ周囲皮膚合併症と代謝性合併症を包括した状態と定義している。明確な定義はないが、一般的にストーマ関連合併症は、術後1ヶ月で発生したものを早期合併症、それ以降のものを晚期合併症と呼ぶことが多い(野澤 et al., 2021)。早期合併症は、ストーマ壊死、ストーマ周囲膿瘍、ストーマ陥没、ストーマ周囲皮膚炎・皮膚障害、ストーマ粘膜皮膚離開、腸閉塞が多く、晚期合併症は、傍ストーマヘルニア、ストーマ脱出、ストーマ狭窄、ストーマ周囲皮膚炎、皮膚障害が多い(野澤 et al., 2021)。

早期・晚期どちらの時期においても多い合併症は、ストーマ周囲皮膚炎、皮膚障害であり、用語集(日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会, 2020)では、「ストーマ管理」をストーマの周囲皮膚を良い状態に維持すること、「ストーマ管理困難」をストーマ管理に難渋する状態、と定義されている。ストーマ管理困難は、

上記のようなストーマ合併症があれば必ず生じるものではなく、例えば傍ストーマヘルニアがあってもストーマ装具の管理が出来ていれば生じることはない。反対にストーマ合併症が生じていなくても、ストーマセルフケアを患者がうまく行えない、または拒否している、経済的問題などにより生じることもある。そのため、早期から患者のストーマセルフケアの修得を支援することが重要となる。

ストーマセルフケアは入院中に修得する必要がある。セルフケア修得が不可能な場合は、介護者に指導を行ったり、訪問介護・看護やデイサービスなどでの装具交換などの支援環境を調整する必要がある。しかし退院後の生活では、外出や就業中のトラブル、体重の増減や腹部の筋肉量の減少などによるストーマ周囲の腹壁の変化、季節ごとの発汗や乾燥などによる皮膚状態の変化など入院中にはない状況が発生するため、ストーマ外来などで継続的な支援が必要となる。ストーマ外来は、ストーマリハビリテーションを行う外来部門のこと(日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会, 2020)であり、ストーマ保有者の約9割が退院後に受診している(Stoma Image Up Project, 2020)。ストーマ保有者のQOL高得点群は、低得点群に比べてストーマ外来を受診している者が有意に多い(磯崎, 2013)。また、ストーマケアの専門家である皮膚・排泄ケア認定看護師(Certified Nurse in Wound, Ostomy and Continence Nursing: 以下WOCN)の活動の場であり、WOCNは、退院後のストーマ保有者の相談者としての割合が最も高い(Stoma Image Up Project, 2020)。また、近年の入院期間の短縮化により、患者は入院中のストーマに関するセルフケア手技の早期獲得が求められる。そのような背景から術前のストーマ外来が実施され、WOCNが担当をする傾向がある(上川 & 西口, 2012)。

このように、患者が退院後の日常生活の中でストーマ管理が適切に行えるように、入院中のセルフケア支援だけでなく、術前からの支援や

術後の継続的な支援が重要であり、その中でWOCNやストーマ外来は重要な役割を担っている。

## 2. ストーマ保有者の社会復帰に向けた問題と支援

ストーマ保有者のQOLを測定する短縮版オストメイトQOL調査票(進藤 et al., 2020)の項目には、身体の調子や心理的問題など基本的健康感に関わる基本因子、外での活動(旅行や運動など)や普段すること(勤務、家事、趣味)など日常生活における心身の状態に関わる日常因子、ストーマが人に知られる(スタイルを含む)への引け目など社会における適応や社会環境状態に関する適応因子、ストーマ周囲の皮膚状態やストーマ排泄物において、漏れ、音への懸念などストーマのセルフケアに関わるストーマ因子、性的関心への低下、経済的な問題といったストーマに関連したその他の事項に関わる関連因子がある。

ストーマ保有者の社会復帰には、外出時の問題や周囲との人間関係が重要になってくる。外出時の問題には、外出時のストーマトラブル(ストーマ装具からの漏れ、におい、音)がある。ストーマ装具からの漏れは、装具の貼付がうまく行えれば予防できる。しかし、不随意的排便や排ガスによるにおいや音は、それだけでは対処できない。

このにおいや音への対処には食事メニューの調整が考えられる。ストーマ造設後に特別な食事制限はないが、食事内容により排泄物の臭気に変化したり、排ガスが生じやすくなったりする。例えば臭気が強くなる食べ物には、チーズなどの発酵食品、逆に軽減させるものには乳酸飲料水や経口消臭食品など、ガスを発生させやすいものには、炭酸飲料水などがある(日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会 & 日本大腸肛門病学会, 2014)。また、ストーマ保有者の臭いの不安は、臭いそのものの他に、装具内に便が多量にあることや外出時に増強し、排便・排ガスが自身で調整できないことに関連し

ていると考えられている(梶原, 2015)。つまり、外出時のストーマ装具からの漏れ、におい、音への問題には、ストーマ装具の管理や食事療法により患者自身がコントロール感を持つことが重要と言える。

また、外出時の問題には、外出先のトイレの存在も重要となる。ストーマ保有者は、外出先での排泄物の破棄や装具交換の際に、オストメイト対応トイレが使用できる。オストメイト対応トイレは、ストーマ保有者のバリアフリーとして設置された公共的施設内の障害者トイレや多機能トイレのこと(日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会, 2020)であり、2006年に施行された「高齢者、障害者等の移動等の円滑化の促進に関する法律」(バリアフリー法)により特定の施設での設置義務が定められている(国土交通省, n.d.)。一方でオストメイト対応トイレは市街地に集中しているとするデータがあり、設置基準は明確でないことが問題とされている(茂野, 安田, 梅村, 伊井, & 道券, 2016)。また、近年オストメイト対応トイレが検索できるスマートフォンのアプリケーションも開発され(NPO m-akt, 2021)、外出時のトイレへの不安軽減へ貢献している。

ストーマ保有者と周囲との人間関係については、ストーマ保有者自身のがんや治療、ストーマについて誰にどこまで伝えるかの自己開示が問題となる。これらを他者に自己開示することは、社会復帰を目的に周囲からの協力を得るために必要である一方で、関係性や相手のがんや障害者に対する認識により差別的扱いを受ける可能性もある。ストーマ保有者は、ストーマ保有者への理解不足や周囲のサポートが得られないことに負担感を感じる(田中 et al., 2016)ため、医療者は自己開示に関する心理的支援も必要と考える。また、他者への自己開示は、がんに罹患したことやストーマ保有者である自身の受容状況に関係する。永久的ストーマ造設による喪失体験からストーマのある生活の意味を獲得するには、同病者と悩みを共有するプロセスが必要とされており(武 & 堤, 2020)、そ

の場にはストーマ保有者同士の患者会がある。ストーマ保有者の患者会には、公益社団法人日本オストミー協会という全国規模の患者会が存在する。看護師をはじめとする医療者は、患者の状況やニーズに合わせ患者会を紹介することも心理的支援を行える。

### 3. 永久的ストーマ造設者の経済的支援と就労支援

永久的ストーマ造設者はその時点で膀胱・直腸機能障害の4級が認定される（厚生労働省，2003）。身体障害者手帳の取得により、ストーマ装具の給付をはじめ、障害年金の取得などが行える。また各自治体によってさまざまな福祉制度がある（日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会 & 日本大腸肛門病学会，2014）。

また、身体障害者手帳の取得により受けられる就職支援には、就職困難者として失業給付を一般の所定日数より延長することや障害者雇用枠での就職がある（厚生労働省職業安定局，2021）。このように、永久的ストーマ造設者は、身体障害者としての経済的支援、就労支援を受けられる仕組みがあり、医療者はこれらを十分に活用できるよう情報提供の支援が必要である。

永久的ストーマを造設したがん患者は、就業中の便漏れや臭気への懸念、通勤時間や方法・服装・便破棄や食事のタイミングなどを工夫する対処行動、職場へストーマ造設について伝える、就業困難のイメージの払拭、就労継続の検討、仕事量の調整などを体験する（水流添，増島，& 小野，2018）。ストーマ保有者は、このような就業中のストーマトラブルやその対処を体験しながら就労継続する必要があり、職場の上司や同僚、顧客など周囲との関係も避けて通れない場合も多い。そのため、これまでに挙げた支援を行う場合、看護師をはじめとした医療者は、患者の就業上の情報として、就労継続の意志、休職可能期間、就業内容、就業中にトイレに行ける頻度、就業上がんやストーマのことを伝える必要があるか、などを考慮したセル

フケア支援が必要となる。

## IV. 肛門括約筋温存術による術後合併症と社会復帰への影響

前述の通り肛門括約筋温存術による術後合併症には、LARS と呼ばれる排便障害が生じる可能性がある。その症状は、発生頻度の高い順に、便失禁（97%）、頻回な排便（80%）、排便の切迫感（67%）、排便機能障害（47%）、ガスと便の識別困難（34%）が挙げられる（Keane, Wells, O'Grady, & Bissett, 2017）。これらの症状が生じる要因には、便貯留能の低下、内肛門括約筋機能の低下、左側結腸の運動の低下、直腸肛門抑制反射の欠如によるサンプリング能の低下、肛門管上皮の感覚低下が考えられている（穴澤，2009）。

LARS の排便障害の程度は、術後1年で低下するが、2年目以降から再度上昇する傾向がある（藤田，佐藤，岡，& 佐川，2002）。また、直腸がん肛門括約筋温存術後1年経過しても約半数で発生する（Sun et al., 2021）。このことからLARSの症状とは長期的に付き合っていく必要があることが分かる。

LARS には、食事療法、薬物療法、骨盤底筋リハビリテーション療法、仙骨神経刺激療法などが有効である（Maris, Devreese, D'Hoore, Penninckx, & Staes, 2013）。日本における施設での実施率は、食事療法（錦織，石井，古角，& 富田，2019）・薬物療法（錦織 et al., 2019）（船橋，板橋，赤木，幸田，& 前田，2019）が8割、仙骨神経刺激療法（船橋 et al., 2019）は1割以下である。

食事療法は、LARS による便秘や下痢など患者の状況によって調整をする必要がある。指導の内容としては、軟便や頻便になりやすい食べ物の情報を提供すること、よく噛んでゆっくり食べること、少量ずつゆっくりとること、食事を抜かないこと、新たな食品は1種類ずつ排便に与える影響をみながら試すこと、十分な水分を摂取することなどがあげられる（松原，2021）。

骨盤底筋リハビリテーションは、外肛門括約筋や肛門挙筋など骨盤底筋を収縮する訓練によって便失禁や尿失禁を改善する治療法である（日本大腸肛門病学会，2017）。これは特に必要な器具はなく、いつでもどこでも実施できる利点がある一方、実際の肛門括約筋の収縮を自覚しにくい。それに対して肛門筋電計や肛門内圧系を用いて骨盤底筋収縮力を患者自身が視覚的に体験して実施をするバイオフィードバック療法もあるが、実施率は1-3割（錦織 et al., 2019; 船橋 et al., 2019）である。これらの実施者は、ほとんどが手術の担当医師であり、一部ではWOCNが実施している（船橋 et al., 2019）。

LARS に対して看護師が行う支援として、佐藤が開発した看護プログラムでは、骨盤底筋運動や食事指導、温水洗浄便座の利用、排便意外に注意を転換させることを含む介入プログラムを実施し、術後1-3か月の排便障害の軽減を認めており（佐藤，2014）、看護介入によるLARSの症状軽減への有効性が示されている。

LARSの症状は、トイレへの依存や排便に関する執着、腸の不調、排便のための策略や妥協、精神的・感情的なウェルビーイング、社会活動や日常活動、関係性と親密さ、役割・コミットメント・責任に影響を及ぼすため、（Keane et al., 2020）、患者の社会復帰を阻害する。また、就労者は工作中的の頻回な便意・排便・便漏れに対する困難（宮澤，磯見，藤江，佐々木，& 酒井，2020）、便臭や放屁による臭気への対応を体験する（大口，2011）。LARSの症状を抱えながら社会復帰するには、患者自身のセルフケアが必要であり、実際には、早めの排便行動や外出時のトイレの場所を確認する、肛門周囲のスキンケアのなど「排便時の対処」、おむつやパッドをしようするなどの「下着による対処」、排便時間を考慮して下剤などの内服を使用する「薬剤による対処」、水分摂取や食べ物の種類を調整することによる「食事による対処」、「(定期的な)運動による対処」、就寝起床時間による排便時間を把握するなど「規則的な

生活リズムによる対処」が実施されている（中野 & 城丸，2020）。また、積極的に症状改善に取り組んでいる患者は、経験的に食事によってどのような排便症状になるかを知ることで工夫をしていることもしばしばみられる（幸田 et al., 2016）。

以上のように肛門括約筋温存術後のLARSの合併症は、便失禁をはじめとした多様な症状がみられ、長期間向き合う必要がある。また、ストーマケアと同様に食事療法や薬物療法などによる排便コントロールや骨盤底筋運動などによる失禁予防、失禁があった場合の対処法といったセルフケア取得の支援することが、就労再開など社会復帰を支援することにつながると考える。

## V. 永久的ストーマ造設術と肛門括約筋温存術を実施した場合のQOLと支援体制の比較

肛門括約筋温存術を実施した場合、縫合不全を予防するために一時的ストーマを造設し、その後ストーマを閉鎖することが多い。しかし、一時的ストーマ閉鎖後は、ボディイメージや余暇活動の実施についての改善はみられるが、ストーマ閉鎖を実施した1年後も消化管に関する症状・問題が持続する例も多く、QOLや日常生活の改善はみられていない（Siassi, 2008）。そのため、必ずしも肛門括約筋温存術後にストーマ閉鎖をした状況が、ストーマのある状態に比べ、QOLの改善や社会復帰を助けるとは限らず、治療の決定は十分なインフォームドコンセントのもとに実施をする必要がある。

また、経済的支援や復職支援を比較をしてみると、永久的ストーマ造設は身体障害者手帳を習得することで、障害年金の取得や、ストーマ装具の給付、所得税・住民税の免除などの経済的支援、障害者枠における復職支援を受けられる。一方で、肛門括約筋温存術後の患者は、基本的には身体障害者としては扱われないため、ストーマ保有者のような経済的支援、就労支援はない。また、肛門括約筋温存術の過程で一時的ストーマ造設する際も、身体障害者手帳取得

の対象とはならないため、経済的な負担もある。

術前・術後のフォローアップ体制を比較すると、ストーマ造設の場合、ストーマ外来があるなど明確なフォローアップ先が確立しているのに対し、肛門括約筋温存術後のフォローアップ先は担当医師がほぼ担っているという現状があり、看護師による支援体制は十分に確立していないことが多いと考えられる。また、患者会などピアサポートについて、ストーマ造設者は、公益社団法人日本オストミー協会のような全国規模の組織があり、比較的ピアサポートを受けられる基盤が整っている。以上の点から肛門括約筋温存術後の患者が社会復帰できるように術前後のフォローアップ体制を十分に整えることが必要と考える。

## VI. 就労者のがん罹患による現状と就労継続への影響

日本では毎年約100万人ががんに罹患し、その約3割が15-64歳の生産年齢人口を占める（国立がん研究センター, 2018）。この現状を受け、第3期がん対策推進基本計画（厚生労働省, 2017）では、がん患者の就労支援を推進し、がんサバイバーが社会の中で尊厳を持って生きられる社会を目指している。世論調査（内閣府, 2019b）によると、日本人の働く理由は、約6割がお金を得るため、約4割は社会の一員として務めを果たすため・自分の才能や能力を發揮するため・生きがいを見つけるためといった自己実現がある。一方でがん診断後、約3割の会社勤めの人、解雇または依願退職をし、約1割の自営業の人が廃業をしている（「がんの社会学」に関する研究グループ, 2016）。内閣府（2019a）の調査では、「現在の日本の社会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のある場合、働き続けられる環境だと思うか」という質問に対して、57.4%が「そう思わない」、「どちらかと言えばそう思わない」と回答し、その理由には「代わりに仕事をする人がいない、またはいても頼みにくいから」「職場が休むことを許してくれるか分からないか

ら」との回答が多かった。また、がん患者の復職に関わる要因として、Mehnert（2011）のシステマティックレビューでは、①医学的要因、②個人的要因、③健康状態に関わる要因、④心理社会的要因、⑤本人の働く意欲に関わる要因、⑥職場要因、⑦就労関係の支援サービスに関わる要因が示されており、がんサバイバーの就労支援は医療者の支援だけでは成り立たず、職場との関係性や就労の専門家である社会保険労務士やハローワークなどの専門機関を踏まえた就労再開・継続の支援が必要と言える。

がん診療拠点病院等では、専門的な就労相談に対応するため、がん相談支援センターを中心に、社会保険労務士等の就労に関する専門家の活用を促している。しかし、この取組を実施している拠点病院等は、約3分の1にとどまっている（厚生労働省, 2017）。また、がん相談支援センターの利用度（7.7%）は低いことも課題となっている（国立がん研究センターがん対策情報センター, 2015）。がん相談支援センターでの相談支援以外の支援は、転職や再就職の相談に、公共職業安定所に配置されている「就職支援ナビゲーター」と拠点病院等と連携した就職支援事業等がある。この事業における就職率は、2015年度は51.2%と一定の成果を上げており、2016年度からは、全国47都道府県で事業を実施している（厚生労働省, 2017）。

がん患者の職場復帰や治療と仕事の両立についての企業の支援は、支援を必要とするがん患者に対し、患者の治療状況等についての主治医の意見書等の必要な情報を踏まえた上で、就業上の措置等を講じること、必要に応じて、「両立支援プラン／職場復職支援プラン」を作成することが望ましいとされている（厚生労働省, 2017）。しかし、企業が、がん患者の治療状況や生活環境、勤務情報等を整理することは難しい場合がある。そのため、2018年度の診療報酬改定で療養・就労両立支援指導料が創設された。これにより、職場から病院への勤務状況の情報提供を受けて、主治医が職場へ就労と治療の両立のために必要な情報提供をすることで診



療報酬を算定できる（厚生労働省, n.d.）。この診療報酬は、令和2年度の改定により看護師または社会福祉士が相談支援を行った場合加算が取れるようになった（厚生労働省, n.d.）。

日本におけるがん罹患による労働損失は、受療日に就業できないことにより4,528億円/年、就業率の低下や労働生産性の低下により6,896億円/年と推計されており（福田, 2012）、がんと就労の問題は、国の経済的な問題でもある。また、2020年の日本の高齢化率（65歳以上の人口の割合）は28.4%で、4人に1人以上が高齢者であり、さらに2040年には、39.9%と予測されている（厚生労働省, 2020）。一方、65歳以上の労働力人口は892万人、65-69歳の就業率は48.4%で増加傾向にある（厚生労働省, 2020）。このように、日本では就労者の高齢化が進行しているため、それに伴いがん罹患しながら就労する者が増加することが予測される。

## おわりに

直腸がんは術式により永久的ストーマ造設、肛門括約筋温存術を実施するが、ストーマ管理、またはLARSの管理といった排泄コントロールが必要である。これらの支援は患者自身がセルフケアを身につける必要があり、看護師をはじめとした医療者はその支援を行う必要がある。また、永久的ストーマ造設後のフォロー体制を比較するとLARSに対する術前後フォロー体制は十分でないと考えられ、支援体制を整える必要があると考える。

また、今後、日本の少子高齢化や健康寿命の延長に伴い、就労年齢はますます上昇することが想定され、直腸がん罹患しながら働く者の増加が考えられる。直腸がん術後に就労再開する者が、排泄のセルフケアを習得し、就労者として社会で責任を果たしていくには、医療者だけでなく、社会保険労務士やハローワークなど就労の専門家と連携をしながら支援を進めていくことが必要となる。

## 引用文献

- 穴澤貞夫. (2009) : 排泄リハビリテーション : 理論と臨床 中山書店.
- Center for Cancer Control and Information Services, N. C. C. (2020) : Monitoring of Cancer Incidence in Japan - Survival 2009-2011 Report.
- Chen, T. Y., Wiltink, L. M., Nout, R. A., Meershoek-Klein Kranenbarg, E., Laurberg, S., Marijnen, C. A., & van de Velde, C. J. (2015) : Bowel function 14 years after preoperative short-course radiotherapy and total mesorectal excision for rectal cancer: report of a multicenter randomized trial. *Clin Colorectal Cancer*, 14(2), 106-114. doi:10.1016/j.clcc.2014.12.007
- 大腸癌研究会. (2019) : 大腸癌治療ガイドライン医師用 2019年版. <http://www.jccr.jp/guideline/2019/particular.html> (2021. 2. 5 検索).
- 福田敬. (2012) : 厚生労働科学研究費補助金 (がん臨床研究事業) 分担研究報告 がんの罹患による労働損失の推計. [https://hospital.luke.ac.jp/about/research\\_activities/index.html](https://hospital.luke.ac.jp/about/research_activities/index.html) (2021. 1. 12 検索).
- 船橋公彦, 板橋道郎, 赤木由人, 幸田圭史, 前田耕太郎. (2019) : 全国アンケート調査からみた下部直腸がんに対する括約筋間切除術の術後排便障害の発生の現状と問題点. *日本消化器外科学会雑誌*, 52(10), 551-563.
- 「がんの社会学」に関する研究グループ (2016) : 2013 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 がん向き合った4054人の声. <https://www.sccr.jp/book/houkokusho/2013taikenkoe.html> (2022. 1. 11 検索).
- 藤田あけみ, 佐藤和佳子, 岡美代子, 佐川美枝子. (2002) : 直腸癌低位前方切除患者の術後経過期間別の排便障害と自尊感情との関係について. *日本看護科学会誌*, 22(2), 34-43.
- Heald, R. J. (1982) : The mesorectum

- in rectal cancer surgery--the clue to pelvic recurrence? *British journal of surgery*, 69(10), 613-616. doi:10.1002/bjs.1800691019
- 磯崎奈津子. (2013) : 看護師シリーズ オストメイトの QOL に影響を与える要因 ストーマ外来受診状況に焦点をあてて. *日本医科大学医学雑誌*, 9(3), 170-175.
- 梶原睦子. (2015) : ストーマ保有者の袋内消臭剤使用によるにおいの感知度と 日常生活におけるにおい不安との関連. *山梨県立大学看護学部研究ジャーナル*, 1, 37-46.
- Keane, C., Fearnhead, N. S., Bordeianou, L. G., Christensen, P., Basany, E. E., Laurberg, S., . . . Group, L. I. C. (2020) : International Consensus Definition of Low Anterior Resection Syndrome. *Dis Colon Rectum*, 63(3), 274-284. doi:10.1097/DCR.0000000000001583
- Keane, C., Wells, C., O'Grady, G., & Bissett, I. P. (2017) : Defining low anterior resection syndrome: a systematic review of the literature. *Colorectal Dis*, 19(8), 713-722. doi:10.1111/codi.13767
- 国土交通省. (n.d.) : 国土交通省ホームページ バリアフリー法 (建築物関係) . [https://www.mlit.go.jp/jutakukentiku/jutakukentiku\\_house\\_fr\\_000049.html](https://www.mlit.go.jp/jutakukentiku/jutakukentiku_house_fr_000049.html) (2022. 1. 12 検索).
- 国立がん研究センター. (2018) : 国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」 (全国がん登録) .
- 国立がん研究センター. (2021) : 国立がん研究センターがん情報サービス「院内がん登録生存率集計」. <https://hbcr-survival.ganjoho.jp/> (2021. 12. 16 検索).
- 国立がん研究センターがん対策情報センター. (2015) : 平成 26(2014) 年度厚生労働科学研究費補助金がん対策推進総合研究「がん対策における進捗管理評価指標の策定と計測システムの確立に関する研究」 指標にみる我が国のがん対策. [https://www.ncc.go.jp/jp/cis/divisions/health\\_s/health\\_s/020/index.html](https://www.ncc.go.jp/jp/cis/divisions/health_s/health_s/020/index.html) (2021. 1. 12 検索).
- 幸田圭史, 小杉千弘, 平野敦史, 首藤潔彦, 松尾憲一, 栃木透, 田中邦哉 (2016) : 【主題 II: 直腸・肛門部疾患に対する各種肛門内手術後の排便機能障害】 排便のメカニズムからみた ISR 後の LARsyndrome とその対策. *日本大腸肛門病学会雑誌*, 69(10), 507-512.
- 厚生労働省. (n.d) : 治療と仕事の両立支援ナビホームページ. <https://chiryoutoshigoto.mhlw.go.jp/> (2022. 1. 10 検索).
- 厚生労働省. (2003) : 身体障害者障害程度等級表の解説 (身体障害認定基準) について. <https://www.mhlw.go.jp/content/000615256.pdf> (2021. 12. 25 検索).
- 厚生労働省. (2016) : がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針.
- 厚生労働省. (2017) : がん対策推進基本計画 (第 3 期) . <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000183313.html> (2021. 1. 12 検索).
- 厚生労働省. (2019) : 2019 年 国民生活基礎調査の概況. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa19/index.html> (2021. 12. 14 検索).
- 厚生労働省. (2020) : 令和 2 年度 厚生労働白書.
- 厚生労働省. (2021) : 院内がん登録 2020 全国集計. [https://ganjoho.jp/public/qa-links/report/hosp\\_c/pdf/2020\\_report.pdf](https://ganjoho.jp/public/qa-links/report/hosp_c/pdf/2020_report.pdf) (2021. 12. 14 検索).
- 厚生労働省職業安定局. (2021) : ハローワークインターネットサービス. <https://www.hellowork.mhlw.go.jp/help/question05.html> (2021. 12. 27 検索)
- Lindgren, R., Hallbook, O., Rutegard, J., Sjudahl, R., & Matthiessen, P. (2011) : What is the risk for a permanent stoma after low anterior resection of the rectum for cancer? A six-year follow-up of a

- multicenter trial. *Dis Colon Rectum*, 54(1), 41-47. doi:10.1007/DCR.0b013e3181fd2948
- Maris, A., Devreese, A. M., D'Hoore, A., Penninckx, F., & Staes, F. (2013) : Treatment options to improve anorectal function following rectal resection: a systematic review. *Colorectal Dis*, 15(2), e67-78. doi:10.1111/codi.12036
- Matsuda T, A. W., Marugame T, Ioka A, Tsukuma H, Sobue T; Research Group of Population-Based Cancer Registries of Japan. (2011) : Population-based survival of cancer patients diagnosed between 1993 and 1999 in Japan: a chronological and international comparative study. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 41, 40-51.
- Matthiessen, P., Hallbook, O., Rutegard, J., Simert, G., & Sjodahl, R. (2007) : Defunctioning stoma reduces symptomatic anastomotic leakage after low anterior resection of the rectum for cancer: a randomized multicenter trial. *Ann Surg*, 246(2), 207-214. doi:10.1097/SLA.0b013e3180603024
- 松原康美. (2021) : 【直腸がんの手術をめぐる看護 ～「食べる・排泄する・動く」をサポートする～】LARSの患者へのセルフケア支援は? *がん看護*, 26(7), 586-590.
- Mehnert, A. (2011) : Employment and work-related issues in cancer survivors. *Crit Rev Oncol Hematol*, 77(2), 109-130. doi:10.1016/j.critrevonc.2010.01.004
- 宮澤芽生, 磯見智恵, 藤江真世, 佐々木茉衣, 酒井 彰久(2020) : 手術を受けた女性大腸がんサバイバーの就労に関連した体験. *日本看護学会論文集: 慢性期看護(50)*, 98-101.
- 内閣府. (2019a) : 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> (2021. 1. 12 検索) .
- 内閣府. (2019b) : 国民生活に関する世論調査 (令和元年 6 月). <https://survey.gov-online.go.jp/r01/r01-life/index.html> (2021. 9. 16 検索) .
- 中野香織, 城丸瑞恵. (2020) : ストーマ閉鎖術後患者の排便状況と対処の経時的変化. *札幌保健科学雑誌(9)*, 34-40.
- 日本大腸肛門病学会. (2017) : 便失禁診療ガイドライン. 南江堂.
- 日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会. (2020) : ストーマ・排泄リハビリテーション学用語集 第4版. 金原出版.
- 日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会, & 日本大腸肛門病学会. (2014) : 消化管ストーマ造設の手引き = *Manual of intestinal stoma construction*: 文光堂.
- 錦織英知, 石井正之, 古角祐司郎, 富田尚裕 (2019) : 直腸癌術後排便障害に関する兵庫県下多施設アンケート調査結果と排便機能障害に対する当院での取り組み. *日本大腸肛門病学会雑誌*, 72(8), 494-502.
- 野澤慶次郎, 橋口陽二郎, 小澤毅士, 島田竜, 端山軍, 松田圭二. (2021) : 【大腸肛門外科における消化管ストーマ造設術とその関連手技】主なストーマ関連合併症とその対応. *手術*, 75(5), 811-817.
- NPO m-akt. (2021) : NPO m-akt ホームページ. <https://m-akt.jp/> (2021.1.11 検索)
- Rozmovits, L., & Ziebland, S. (2004) : Expressions of loss of adulthood in the narratives of people with colorectal cancer. *Qualitative Health Research*, 14(2), 187-203. doi:10.1177/1049732303260874
- 佐藤正美. (2014) : 直腸がん前方切除術後の排便障害を軽減する看護支援に関する研究. *つくばレポジトリ*, 12102乙第2696号.
- 佐藤武郎, 三浦啓壽, 内藤剛. (2021) : 【直腸がんの手術をめぐる看護 ～「食べる・排泄する・動く」をサポートする～】直腸がん治療の実際. *がん看護*, 26(7), 578-582.
- Siassi, M. (2008) : Quality of life and patient's expectations after closure of a

- temporary stoma. *Int J Colorectal Dis*, 23(12), 1207-1212. doi:10.1007/s00384-008-0549-2
- 茂野敬, 安田智美, 梅村俊彰, 伊井みず穂, 道券夕紀子. (2016) : 富山市におけるオストメイト対応トイレの実態調査. *日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会誌*, 32(2), 21-27.
- 進藤勝久, 山口富士子, 上川禎則, 本田優子, 大西直, 福永睦, 中田健. (2020) : 短縮版オストメイト QOL 調査票の作成 外来でのオストメイト QOL 評価を目指して. *日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会誌*, 36(2), 22-38.
- Stoma Image Up Project. (2020) : ストーマ保有者の困った経験の実態調査 2020 あなたに知ってほしいストーマとともに生きること. <http://www.siup.jp/dokuhon/img/hokokusho.pdf> (2021. 12. 18 検索).
- Sturiale, A., Martellucci, J., Zurli, L., Vaccaro, C., Bruscianno, L., Limongelli, P., . . . Valeri, A. (2017) : Long-term functional follow-up after anterior rectal resection for cancer. *Int J Colorectal Dis*, 32(1), 83-88. doi:10.1007/s00384-016-2659-6
- 杉原健一, 石黒めぐみ. (2010) : お医者さんの話がよく分かるから安心できる 「大腸がん」と言われたら…: 株式会社保健同人社.
- Sun, R., Dai, Z., Zhang, Y., Lu, J., Zhang, Y., & Xiao, Y. (2021) : The incidence and risk factors of low anterior resection syndrome (LARS) after sphincter-preserving surgery of rectal cancer: a systematic review and meta-analysis. *Support Care Cancer*. doi:10.1007/s00520-021-06326-2
- 武亜希子, 堤由美子. (2020) : 大腸癌患者の永久的ストーマ保有に伴う体験における意味獲得プロセス. *日本創傷・オストミー・失禁管理学会誌*, 24(3), 289-299.
- 田中寿江, 新田紀枝, 佐竹陽子, 前田由紀, 高島遊子, 奥村歳子, . . . 藤原千恵子. (2016) : 地域で生活をしているストーマ保有者が体験する困難と否定的感情. *大阪大学看護学雑誌*, 22(1), 23-31.
- 水流添秀行, 増島麻里子, 小野智子. (2018) : 永久的消化管ストーマを造設したがん患者の就労体験の質的分析に基づく包括的看護支援の開発. *医療の広場*, 58(11), 17-20.
- 大口二美. (2011) : 下部直腸がんの肛門温存手術後の中年男性の臭いに対する対処行動の特徴. *日本看護学会論文集: 成人看護I(41)*, 307-310.
- 上川禎則, 西口幸雄. (2012) : 術前ストーマ外来の現状と今後の課題. *日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会誌*, 28(2), 11-16.