

規制改革推進会議
第6回健康・医療・介護ワーキング・グループ

がん患者の自殺・心血管疾患死亡対策

国立がん研究センターがん対策研究所サバイバーシップ研究部
藤森麻衣子

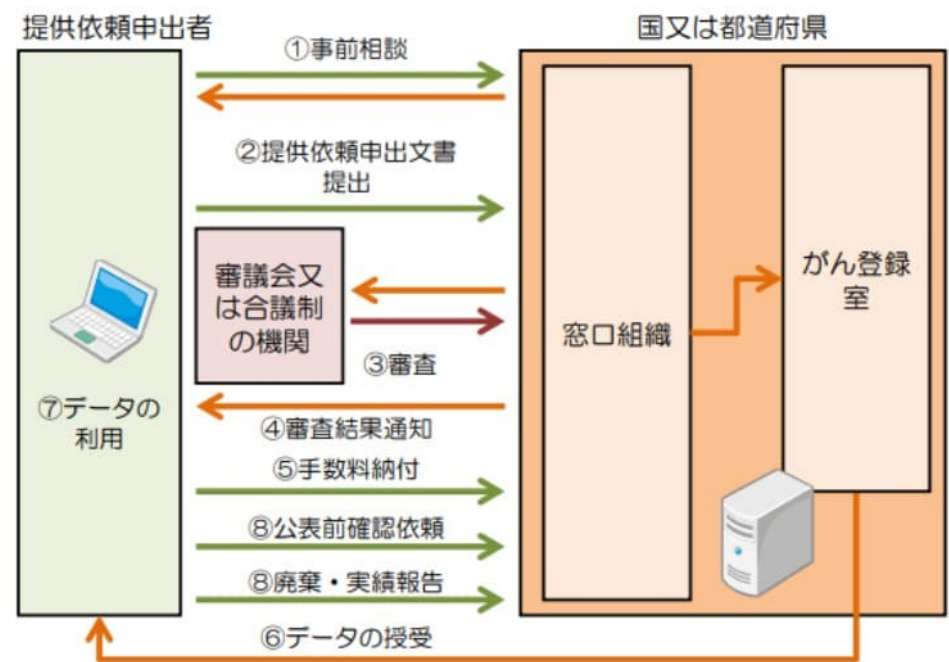
本日の概要

- ① 全国がん登録における詳細な死因情報の利用による研究実例（21条）
- ② 院内がん登録・DPCの統合解析における詳細な死因情報の利活用案

① 全国がん登録における詳細な死因情報の利用による研究実例（21条）

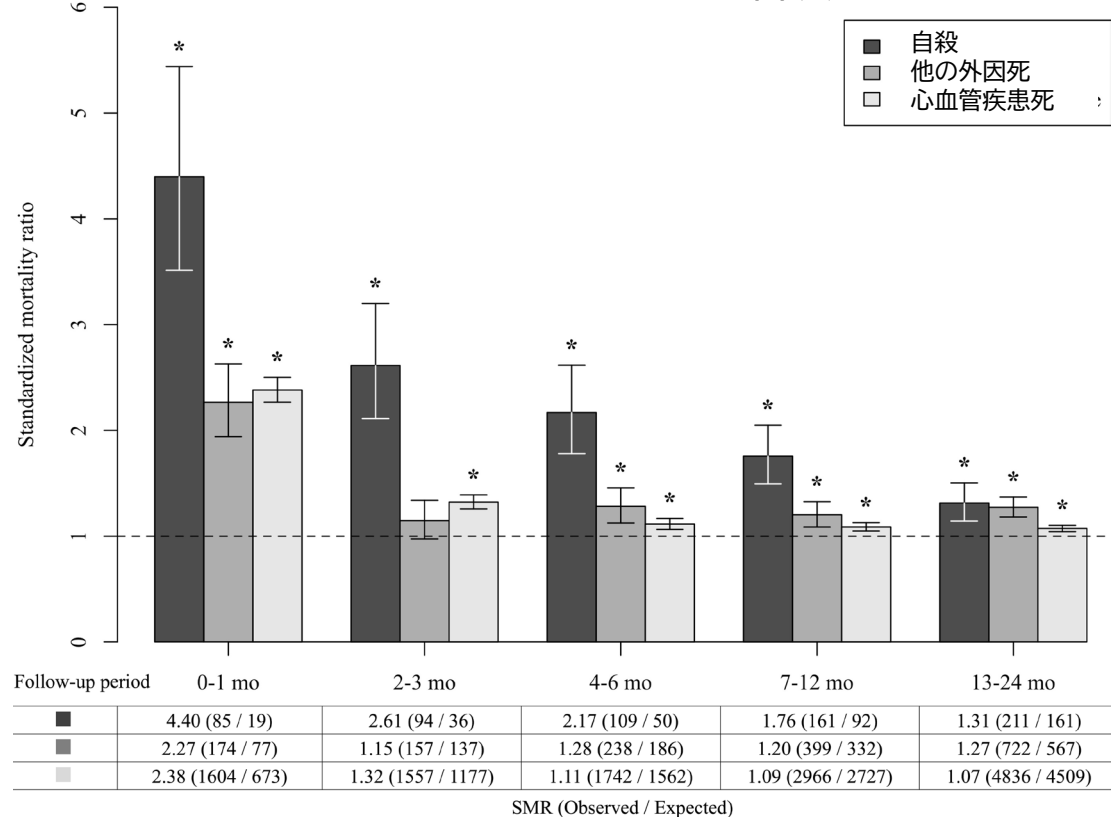
- がん患者の自殺・他の外因死・心血管疾患死のリスクは、全国がん登録に含まれる死因情報の活用により算出が可能である。
- 死因別の死亡リスクを把握することで、がんを有する患者のがん以外での死亡の対策につなげることができる。

全国がん登録情報の利用の流れ



がん登録等の推進に関する法律（がん登録推進法、平成25年法律第111号）に基づき集められた全国がん登録情報は、がんに係る、あるいは、がん対策のために必要な調査研究のために利用可能であり、詳細な死因情報も含まれる

がん患者の自殺・他の外因死・心血管疾患死のリスク



⇒ いずれも診断後早期は特に死亡リスクが高く、診断から2年後においても有意にリスクが高い

① 全国がん登録における詳細な死因情報の利用による研究実例（21条）

- がん患者の自殺者数と標準化死亡比（SMR）の推移についても、死因情報の活用により把握が可能である。
- 死因別に死亡数、死亡リスクの推移を把握することで、対策の評価につなげることができる。

がん患者の自殺者数と標準化死亡比（SMR）の推移

自殺実数

	患者数	0.5年以内	1年以内	2年以内	3年以内	4年以内
2016年	1087294	288	449	660	833	982
2017年	1059638	310	441	649	814	
2018年	1047442	296	430	633		
2019年	1050026	254	401			
2020年1-6月	467118	153				
2020年1-3月	247934	76				
2020年4-6月	219184	77				
AYA世代	患者数	0.5年以内	1年以内	2年以内	3年以内	4年以内
2016年	41238	NA	NA	15	22	31
2017年	40086	NA	NA	12	19	
2018年	39582	NA	NA	16		
2019年	38907	NA	NA			
2020年1-6月	17555	NA				

患者10万人あたり割合

0.5年以内	1年以内	2年以内	3年以内	4年以内	2年フォローSMR
26.5	41.3	60.7	76.6	90.3	1.82
29.3	41.6	61.3	76.8		1.89
28.3	41.1	60.4			1.91
24.2	38.2				
32.8					
30.7					
35.1					
0.5年以内	1年以内	2年以内	3年以内	4年以内	2年フォローSMR
NA	NA	36.4	53.4	75.2	1.59
NA	NA	29.9	47.4		1.33
NA	NA	40.4			1.74
NA	NA				
NA					

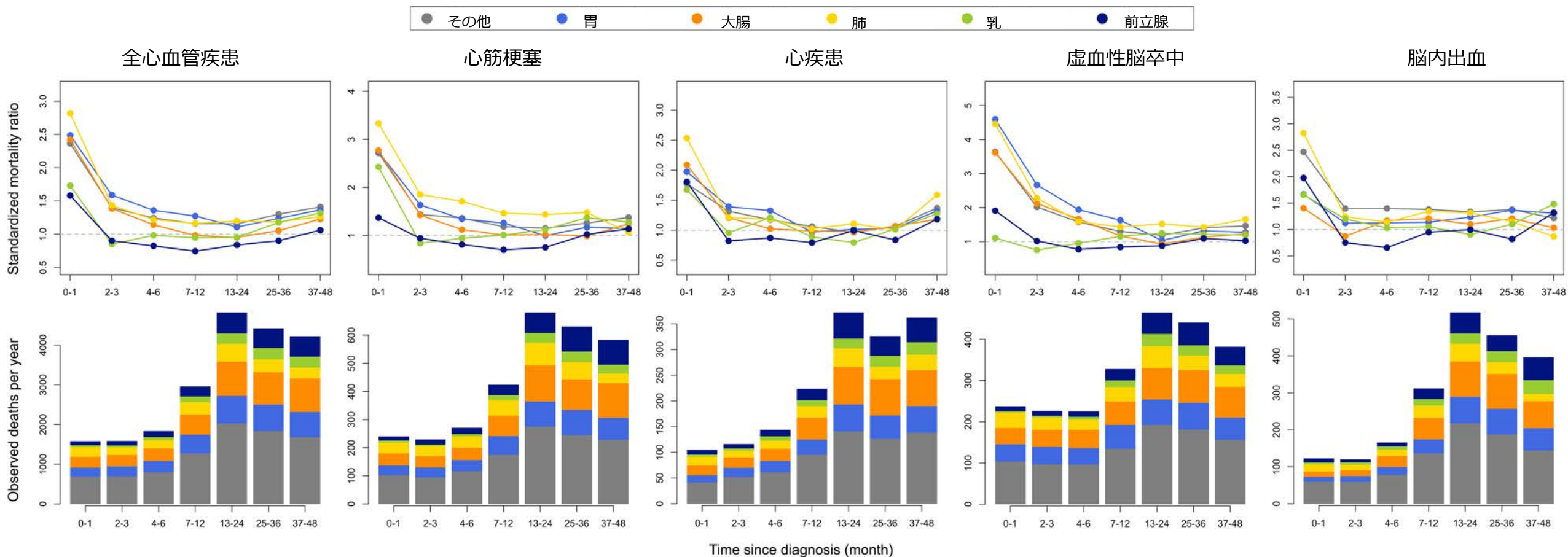
NA: 集計値が1件以上10件未満であるため秘匿とする。本結果は法に基づき、全国がん登録の情報の提供を受け、独自に作成・加工した資料である。

⇒ がん診断後の自殺者は1年以内は41人（10万人当たり）と一般人口（17人）よりも多い

① 全国がん登録における詳細な死因情報の利用による研究実例(21条)

● 死因別のトレンド把握することで、対策の対象者やタイミングの絞り込みにつなげることができる。

がん患者の心血管疾患死亡数と標準化死亡比（SMR）の推移



⇒ がん診断後の心血管疾患による死亡リスクは診断後4年経過しても全体的に高いが、がん種により傾向が異なる

① 全国がん登録における詳細な死因情報の利用による研究実例(21条)

第3期がん対策推進基本計画中間評価（2022.6）

第3章 中間評価

3. 尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

（4）がん患者等の就労を含めた社会的な問題（サバイバーシップ支援）

② 就労以外の社会的な問題について

がん患者の自殺については、2016年1～6月にがんと診断された患者546,148人のうち、がん診断後6か月以内に144人が自殺で亡くなっていた（がん患者10万観察人年あたり58.21人、6か月以内に死亡した全がん患者の0.17%）。これは同じ時期の一般人口と比較すると2.7倍の自殺者がいることを示しており、このリスクは診断後の期間が短いほど高く（1か月以内では4.1倍、3か月以内では3.3倍）、大きな課題の一つと認識された。

がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針（2022.8）

Ⅱ 地域がん診療連携拠点病院の指定要件について

2 診療体制

（3）その他の環境整備等

④ **自殺のリスクが高い患者に対し、院内で共通したフローを使用し、対応方法や関係機関との連携について明確にしておくこと。**また関係職種に情報共有を行う体制を構築していること。自施設に精神科、心療内科等がない場合は、地域の医療機関と連携体制を確保していること。

⇒ 死因情報による死因別実数のモニタリングにより対策の効果を評価することが可能となる

② 院内がん登録・DPCの統合解析における詳細な死因情報の利活用案

- 課題の把握、課題解決に向けた施策の検討のためには、全国がん登録情報のみでは十分ではなく、院内がん登録・DPC・死亡情報の統合解析によるリスク因子の検討が必要である。

第4期がん対策推進基本計画（令和5年3月閣議決定）分野別施策の概要 3. がんとの共生

（1）相談支援及び情報提供

【現状・課題】

- 多様なニーズに対応するため、がん相談支援センターの機能や対応範囲を検討し、地域の実情に応じた集約化や役割分担を行うことが必要である。
- 全ての患者や家族等、医療従事者等が、正しい情報にアクセスできる環境の整備が重要である。

【取り組むべき施策】

- 多様化・複雑化する相談支援のニーズに対応できる質の高い相談支援体制の整備、オンラインの活用等による持続可能な相談支援体制の整備
- 拠点病院等と民間団体やピア・サポーター等との連携、ICTや患者団体、社会的人材リソース等を活用した相談支援の充実
- 要配慮者を含む患者や家族等のニーズや課題等の把握、「情報の均てん化」に向けた情報提供の在り方の検討

（2）社会連携に基づく緩和ケア等のがん対策・患者支援

【現状・課題】

- 拠点病院等と地域の医療機関が連携して、相談支援、緩和ケア、セカンドオピニオン等を推進し、患者や家族等を支援することが必要である。

【取り組むべき施策】

- 都道府県がん診療連携協議会において、セカンドオピニオンや、緩和ケア及び在宅医療等に関する情報提供の在り方等の検討
- 地域包括ケアシステムの仕組みも踏まえ、拠点病院等を中心とした施設間の連携・調整を担う者の育成

（3）がん患者等の社会的な問題への対策（サバイバーシップ支援）

【現状・課題】

- 働く世代のがん患者の離職防止や再就職への就労支援の充実が必要である。
- 治療に伴う外見変化に対する医療現場のサポートの重要性が認識されている。
- 医療従事者等による自殺リスクの高い患者への適切な支援が必要である。
- その他の社会的な問題として経済的課題など様々ながん医療への障壁が指摘されている。

【取り組むべき施策】

- 現在の両立支援制度の効果及び課題の明確化、それを踏まえた施策の強化や医療機関等と産業保健との連携、普及啓発等に係る検討
- 様々な就労形態のがん患者の就労・離職の実態把握、それを踏まえた就労支援の提供体制の検討
- 拠点病院等を中心としたアピアランスケアに係る相談支援・情報提供体制の構築
- **がん患者の診断後の自殺リスクや経済的課題等の把握、課題解決に向けた施策の検討**



出典：Kurusu K, Fujimori M et al., Cancer Med 2022

（4）ライフステージに応じた療養環境への支援

【現状・課題】

- 成人でがんを発症した患者とニーズや課題が異なる小児・AYA世代のがん患者・経験者に対し、切れ目ない支援が必要である。
- 小児・AYA世代のがん患者の在宅での療養環境の整備が必要である。
- 高齢のがん患者に対し、身体的状況や社会的背景に合わせた配慮や、家族等に対する早期の情報提供・相談支援体制等が必要である。

【取り組むべき施策】

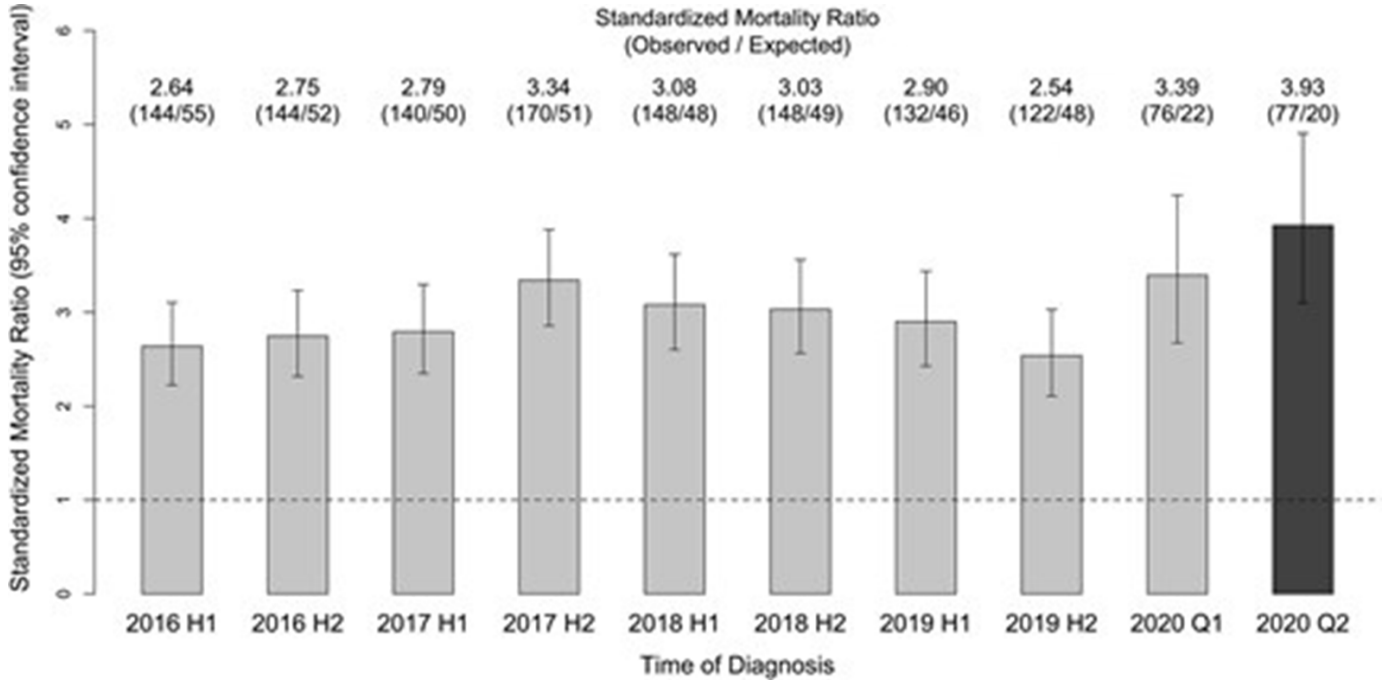
- 療養中の教育支援体制の整備、遠隔教育の実態把握
- 長期フォローアップや晩期合併症等の支援体制等の構築、小児・AYA世代の療養環境の実態把握と体制整備に向けた関係省庁を連携した検討
- 高齢のがん患者の課題の把握、地域における療養の在り方や再発・二次がん・併存疾患のフォローアップ体制の構築、意思決定支援等の取組の検討

② 院内がん登録・DPCにおける詳細な死因情報の利活用案

● がん患者の自殺のリスク因子の分析について、全国がん登録情報のみでは詳細なリスク因子の検討が困難である。

がん患者の自殺のリスク因子

変数	相対リスク(95%信頼区間)
がん種	
大腸がん	1.00 (Reference)
食道がん	2.01 (1.33–3.04)
...	...
進展度	
限局	1.00 (Reference)
局所転移	1.49 (1.21–1.83)
遠隔転移	2.37 (1.89–2.99)
不明・その他	2.09 (1.63–2.68)



食道がんなどの特定のがん種や、進展度の高い場合にリスクが高い

2020年4-6月に新たにがんと診断された患者の6ヶ月追跡での自殺リスクは、それ以前に診断された患者のリスクの約1.3倍であった

② 院内がん登録・DPCにおける詳細な死因情報の利活用案

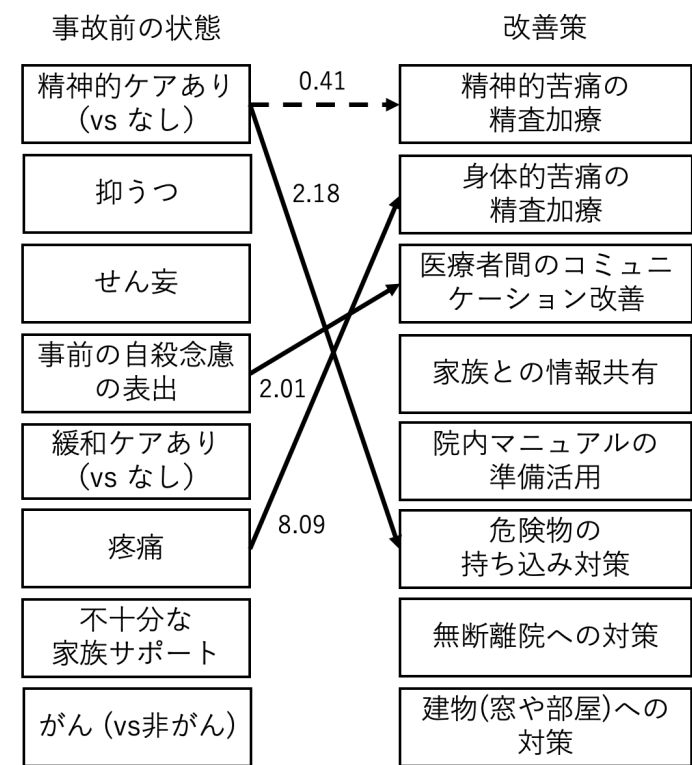
- 医療事故報告の分析から、自殺のリスク因子として症状や治療の影響が示唆される。
- しかし、医療事故報告は、作成者（医療者）の視点に基づく報告のため情報が限定的であり、リスク因子の実態把握は困難である。

自殺事例の事前状態と改善策の関連

日本医療機能評価機構 日本医療安全情報収集事例データベース（全国1569施設で起きた医療事故の医療者報告）の2010年から2023年の自殺事例

	がん(N=213)	非がん(N=214)
当事者職種, N(%)		
医者	55 (25.8)	34 (15.9)
看護師	147 (69.0)	172 (80.4)
その他	11 (5.2)	8 (3.7)
当事者の経験年数, 中央値(範囲)	8 (0-38)	9 (0-36)
事故前の状態, N(%)		
専門家による精神的・心理的ケア	51 (23.9)	62 (29.0)
専門家による緩和ケア	29 (13.6)	2 (0.9)
向精神薬の内服	64 (30.0)	70 (32.7)
抑うつ	100 (46.9)	92 (43.0)
コントロール不十分な疼痛	55 (25.8)	25 (11.7)
不眠	40 (18.8)	29 (13.6)
せん妄	27 (12.7)	26 (12.1)
自殺念慮の表出	74 (34.7)	73 (34.1)
改善策, N(%)		
精神的苦痛の精査加療	114 (53.5)	132 (61.7)
身体的苦痛の精査加療	28 (13.1)	11 (5.1)
医療者間でのコミュニケーション	105 (49.3)	93 (43.5)
家族との情報共有	55 (25.8)	54 (25.2)
院内マニュアルの準備活用	27 (12.7)	33 (15.4)
危険物の持ち込み対策	32 (15.0)	24 (11.2)
無断離院への対策	9 (4.2)	13 (6.1)
建物(窓や部屋)への対策	41 (19.2)	41 (19.2)

P < 0.01だけ抜粋（実線はオッズ比>1、点線はオッズ比<1）

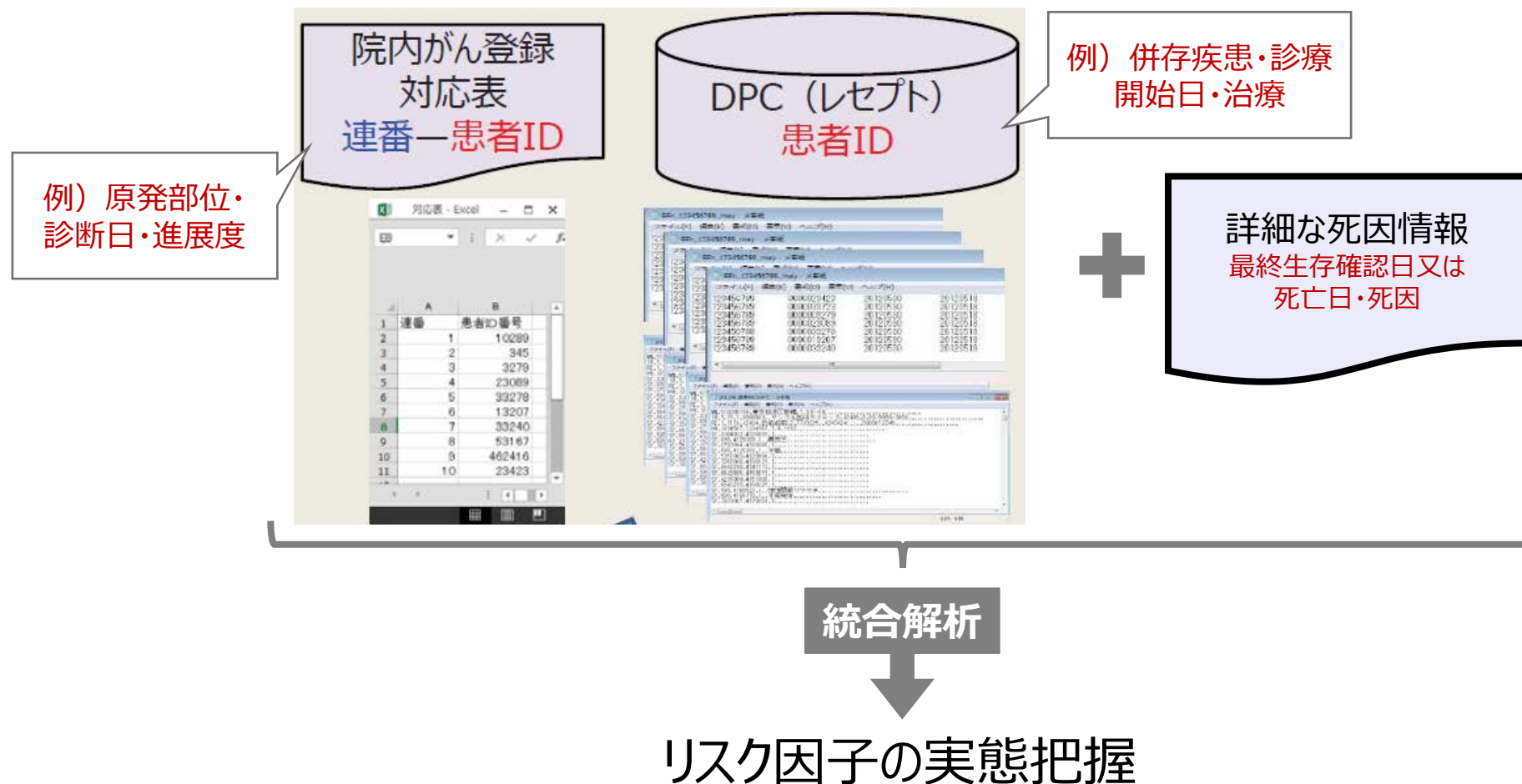


⇒自殺行動前に抑うつや痛み等の症状を有していても
専門家による介入を受けている患者は限られる

② 院内がん登録・DPCにおける詳細な死因情報の利活用案

- 院内がん登録・DPC・死亡情報の統合解析によりリスク因子の検討が可能となる。

がん患者の自殺・他の外因死・心血管疾患死のリスク因子の実態把握



① 全国がん登録における詳細な死因情報の利用による研究実例（21条）

対象を特定した対策効果を評価するために、「自殺」、「他の外因死」、「心血管疾患死」等、詳細な死因情報に基づく発生率を主要評価指標とした死因別のトレンド把握が不可欠である

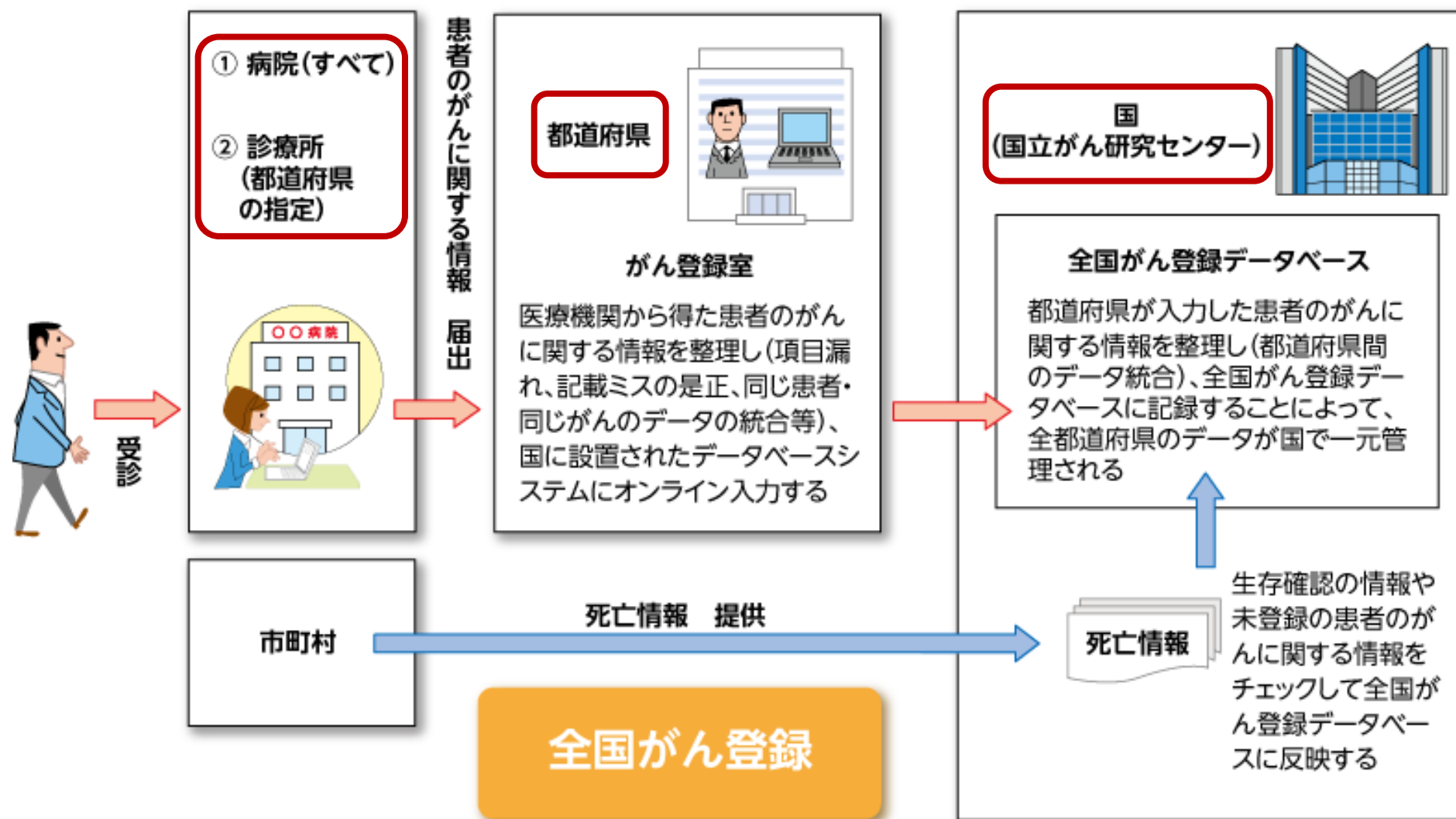
② 院内がん登録・DPCにおける詳細な死因情報の利活用案

死因別のリスク因子を同定するために、医療情報と死因情報を含む統合解析が不可欠である

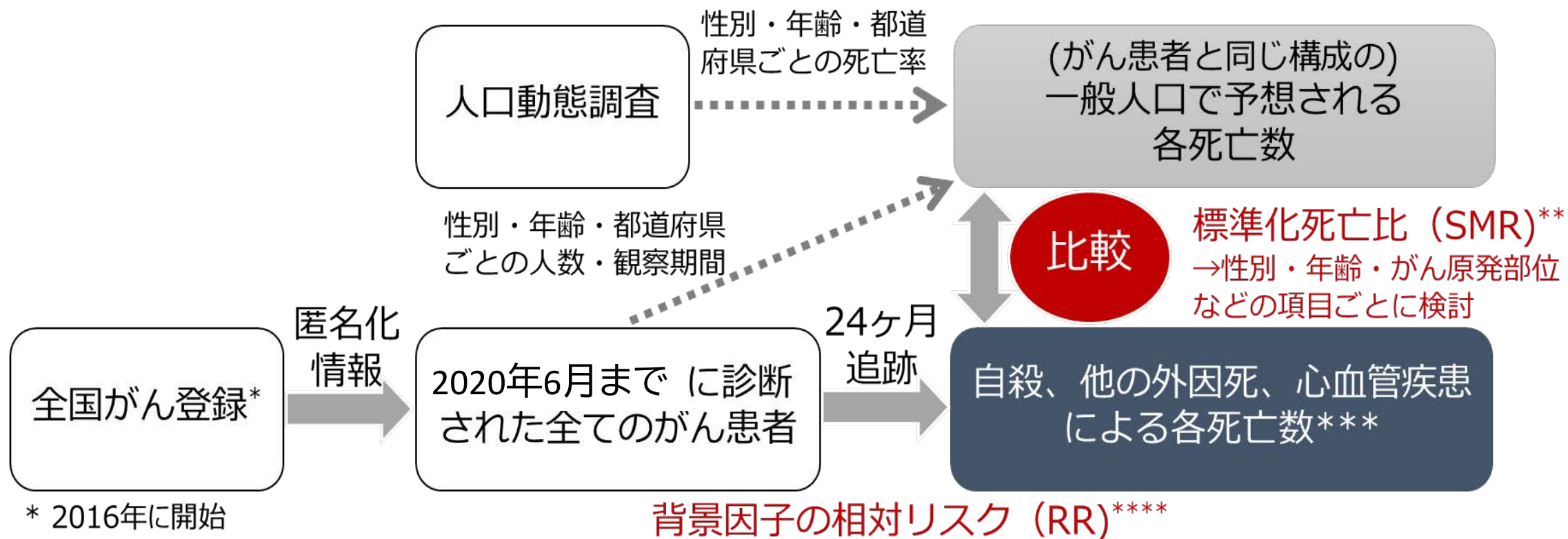
死因別のリスク因子の同定により個別対策を講じることが可能となる

⇒ 院内がん登録の更なる利活用に向けた整備を進めていただきたい

(参考資料) 全国がん登録を用いた実態分析



(参考資料) 実態分析方法



→性別・年齢・がん原発部位などの項目ごとに検討

**** ポアソン回帰または負の二項回帰

** がん患者さんと一般人口では、性別・年齢・都道府県の構成が異なるので、これらを調整した「標準化死亡比」を用いて一般人口とリスクを比較する

*** 他の外因子は自殺を含む、心血管疾患による死亡は精神的インパクトを反映している可能性がある