

第4回がんと共生のあり方に関する検討会

日 時： 令和2年1月 29 日(水)16:00-18:00

場 所： 厚生労働省 11 階 共用第8会議室

議 事 次 第

1 開 会

2 議 題

(1)緩和ケアに関する実地調査について

(2)がん患者の自殺の実態調査と専門的ケアにつなぐ体制について

(3)その他

【資 料】

議事次第

座席表

資料1 前回の議論の整理

資料2 緩和ケアに関する実地調査について② ～パイロット調査を踏まえて～

資料3 がん患者の自殺の実態調査と専門的ケアにつなぐ体制について

資料4 がん患者の自殺対策について-現状と課題および今後の方向性-(内富参考人提出資料)

参考資料1 「がんと共生のあり方に関する検討会」開催要綱

参考資料2-1 緩和ケア提供体制に関する実地調査チェックリスト(案)(地域がん診療連携拠点病院)(第1回がんと共生のあり方に関する検討会資料)

参考資料2-2 緩和ケア提供体制に関する実地調査マニュアル(案)(地域がん診療連携拠点病院)(第1回がんと共生のあり方に関する検討会資料)

第4回がんとの共生のあり方 に関する検討会	資料 1
令和2年1月29日	

前回の議論の整理

厚生労働省健康局がん・疾病対策課

第3回がんとの共生のあり方に関する検討会における主な議論の整理

○ がん患者・経験者の仕事と治療の両立支援の更なる推進について

1. 拠点病院の取組について

- 診断初期は、病気そのものに対する不安が大きく、仕事に関するニーズは潜在化しやすい。また、治療の時期によって、支援ニーズや離職を考慮する時期も異なる。経時的スクリーニングや、情報提供する適切な時期の検討、社会的苦痛とニーズを引き出せるよう支援者の資質向上が必要。
- 体力低下を理由に就労継続を断念せざるを得ない方が一定数いる。リハビリ等も含めた就労支援の介入効果に関するエビデンスづくりとプログラムの検討が必要ではないか。

2. 企業の取組について

- 雇用側に両立支援に対する理解を促し、従業員全体へ制度の情報提供を行う等の仕組みが求められる。
- 中小規模を含む企業が両立支援に取り組めるよう、健康経営優良法人認定制度の活用等インセンティブをつける、好事例を共有することが必要。それによって、患者(労働者)側も企業に相談しやすくなる。

3. 施策の整理・改善の必要性について

- 拠点病院と就労専門家の協働体制、企業に対する制度等は拡充されつつあるが、患者(労働者)や企業等に十分届いておらず、積極的に広報すべきである。
- 「療養・就労両立支援指導料」の算定要件のハードルが高い。診療報酬の仕組みの簡便化や、対象疾患、中小企業への対応等、実態に合ったものに改善してほしい。
- 産保センターには、企業に出向き支援できる強みがあるが利用率が低い。国による人材確保と質の担保、ノウハウの共有を図りつつ、ハローワーク事業のような全国展開が求められる。他事業との整合性も必要。
- 両立支援コーディネーター研修は、企業側にもさらに受講を促してほしい。同時に、養成された人の配置状況や活躍の広がりを可視化することも必要ではないか。

○ アピアランスケアによるがん患者の生活の質向上に向けた取組について

1. アピアランスケアの提供体制

- がんの診断時から渡せるようなきちんとした冊子やグループプログラムなどで情報提供ができるか。
- 相談の入り口としてがん相談支援センターを活用し、アピアランスケアという言葉が対応できる相談内容としてきちんと入れていくのはどうか。
- 入院中や、外来の化療室治療中での相談に対応できる体制は重要である。
- 将来的には、アピアランスケアに対する診療報酬等において、病院の中でしっかりと対価がとれるような仕組みになるとよい。

2. アピアランスケアの教育・研修

- 看護師・薬剤師がアピアランスケアについて理解することは重要であり、教育の中に入れてたり勉強会等、課題を要件にきちんと入れていくべきではないか。
- 支持療法のエビデンスレベルが高いものはほとんどなく、本当にそれが患者さんに資するものかどうかも含めながら、今後検討していく必要がある。
- 認定看護師や専門看護師の役割として、院内でアピアランスケアに関してのシステムが整っているか、患者の多様なニーズに合わせてシステム整備できるような教育内容を入れていくことも必要である。

第4回がんとの共生のあり方 に関する検討会	資料 2
令和2年1月29日	

緩和ケアに関する実地調査について② ～パイロット調査を踏まえて～

厚生労働省健康局がん・疾病対策課

第3期がん対策推進基本計画（平成30年3月9日閣議決定）（概要）

第1 全体目標

「がん患者を含めた国民が、がんを知り、がんの克服を目指す。」

①科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実 ②患者本位のがん医療の実現 ③尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

第2 分野別施策

1. がん予防

- (1)がんの1次予防
- (2)がんの早期発見、がん検診
(2次予防)

2. がん医療の充実

- (1)がんゲノム医療
- (2)がんの手術療法、放射線療法、薬物療法、免疫療法
- (3)チーム医療
- (4)がんのリハビリテーション
- (5)支持療法
- (6)希少がん、難治性がん
(それぞれのがんの特性に応じた対策)
- (7)小児がん、AYA(※)世代のがん、高齢者のがん
(※)Adolescent and Young Adult: 思春期と若年成人
- (8)病理診断
- (9)がん登録
- (10)医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組

3. がんとの共生

- (1)がんと診断された時からの緩和ケア
- (2)相談支援、情報提供
- (3)社会連携に基づくがん対策・がん患者支援
- (4)がん患者等の就労を含めた社会的な問題
- (5)ライフステージに応じたがん対策

4. これらを支える基盤の整備

- (1)がん研究
- (2)人材育成
- (3)がん教育、普及啓発

第3 がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項

- 1. 関係者等の連携協力の更なる強化
- 2. 都道府県による計画の策定
- 3. がん患者を含めた国民の努力
- 4. 患者団体等との協力
- 5. 必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化
- 6. 目標の達成状況の把握
- 7. 基本計画の見直し

3 尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

(1) がんと診断された時からの緩和ケアの推進

(現状・課題)

患者とその家族に提供された緩和ケアの質については、施設間で格差がある等の指摘がある。(中略)「身体的苦痛や精神心理的苦痛の緩和が十分に行われていないがん患者が3~4割ほどいる」との指摘があり、がん診療の中で、患者とその家族が抱える様々な苦痛に対して、迅速かつ適切なケアが十分に提供されていない状況にある。

(取り組むべき施策)

- 実地調査や遺族調査等を定期的かつ継続的に実施し、評価結果に基づき、緩和ケアの質の向上策の立案に努める

がん診療連携拠点病院等の指定要件

6. PDCAサイクルの確保

(1) 自施設の診療機能や診療実績、地域連携に関する実績や活動状況の他、がん患者の療養生活の質について把握・評価し、課題認識を院内の関係者で共有したうえで、組織的な改善策を講じること。なお、その際には、Quality Indicatorの利用や、第三者による評価、拠点病院間の実地調査等を用いる等、工夫をすること。

(2) これらの実施状況につき都道府県拠点病院を中心に都道府県内のがん診療連携拠点病院、特定領域病院、地域がん診療病院において、情報共有と相互評価を行うとともに、地域に対してわかりやすく広報すること。

拠点病院等の実地調査に関するこれまでの取り組み

第1回がんと共生のあり方に関する
検討会(平成31年3月13日)資料3より

2006年	がん対策基本法成立
2007年	がん対策推進基本計画(第1期)策定 「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」
2008年	がん医療に携わる医師に対する緩和ケア研修等事業【基本的緩和ケア研修、普及啓発】
2012年	がん対策推進基本計画(第2期)策定 「がんと診断された時からの緩和ケアの推進」 緩和ケア推進検討会の設置
2013年	<u>具体的な施策の医療現場での反映、及び課題抽出のために 厚生労働省が、拠点病院6カ所の実地調査を実施</u>
2014年	拠点病院の拠点病院の緩和ケア提供体制における実地調査に関する ワーキンググループ報告書
2014- 2015年	<u>拠点病院9カ所の実地調査の実施</u>
2015年	がん対策加速化プラン
2016年	緩和ケア推進検討会報告書

- ✓ これまでに、全国15カ所の実地調査を実施。
- ✓ 緩和ケアの医療現場から抽出した課題を踏まえ、具体的な施策を立案・推進。

国・都道府県の実地調査、ピアレビュー、第三者評価について

第1回がんとの共生のあり方に関する
検討会(平成31年3月13日)資料3より

	国・都道府県の実地調査	ピアレビュー	第三者評価
利点	<ul style="list-style-type: none">整備指針への準拠等について、一定の判断・相談ができる都道府県や医療圏全体の状況を鑑みた課題解決につなげることができる調査から抽出された課題を国・都道府県のがん対策に活用できる	<ul style="list-style-type: none">拠点病院同士で問題点を共有し、改善に繋げることができる評価者は他の拠点病院の医療者であり、拠点病院の状況に関する理解があるニーズに基づく評価を確保しやすい	<ul style="list-style-type: none">評価者の独立性が高い評価の方法や評価基準が一定であり、公開されている
課題	<ul style="list-style-type: none">調査の頻度が、都道府県毎に異なる拠点病院以外の実施が困難である可能性がある	<ul style="list-style-type: none">評価が方法全て統一されているわけではないコストは地域の状況によって異なる	<ul style="list-style-type: none">評価者の拠点病院に関する精通度が低い可能性がある評価の頻度が数年に一度である審査料がかかる(数百万円程度)

実地調査から抽出された課題に基づく効果的ながん対策の推進(案)

第1回がんとの共生のあり方に関する検討会(平成31年3月13日)資料3より

○ 目的

- 拠点病院等における指定要件に関する理解の促進や病院の課題整理
- 調査から得られた課題とその解決策について、都道府県のがん対策・国のがん対策に活用

○ 方法

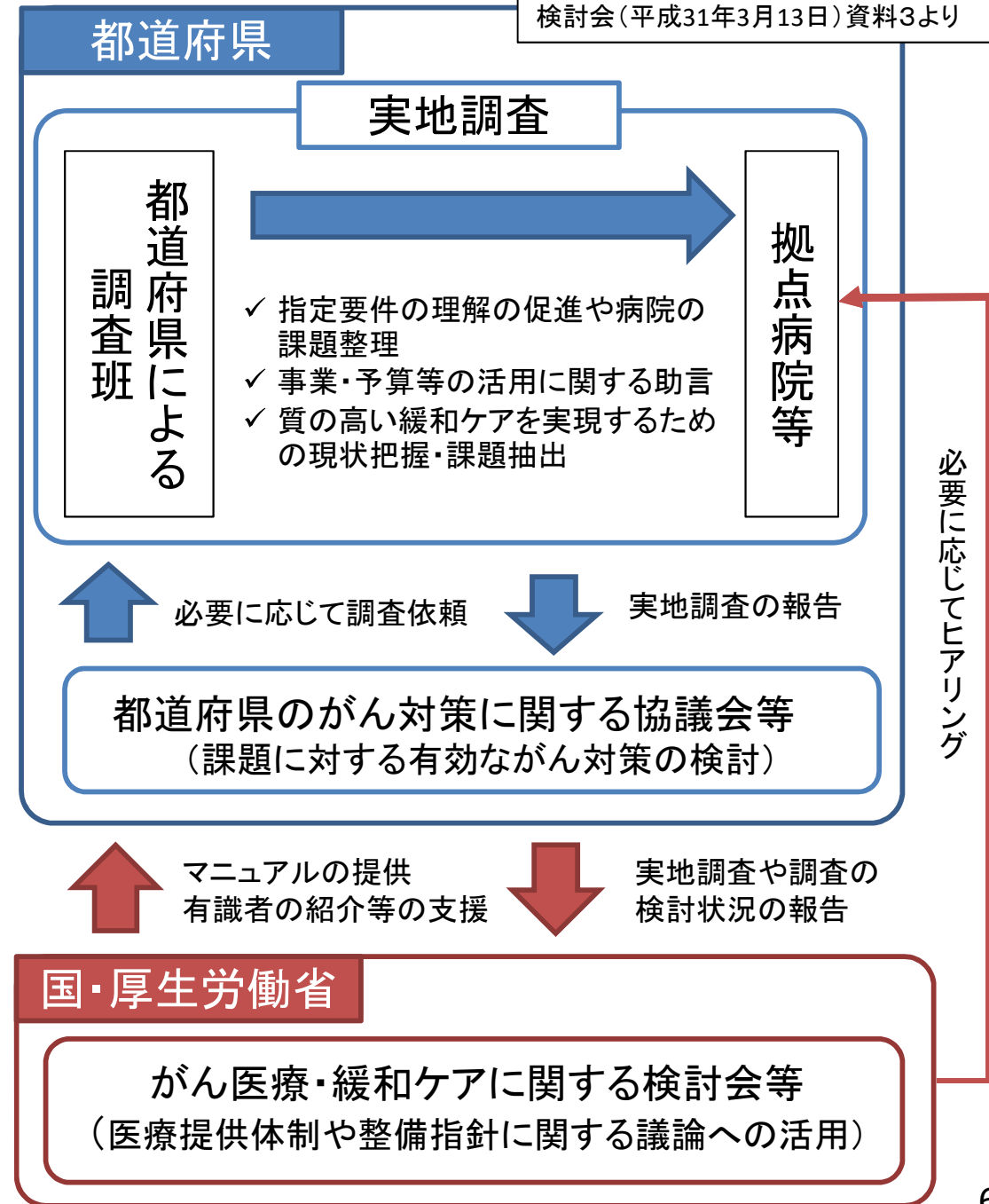
- 緩和ケアに関する有識者を含む都道府県による調査班により施設を訪問し、厚生労働省作成の実地調査マニュアルを参考に、概ね半日程度で以下の調査を実施。結果は、がん対策に関する協議会や厚生労働省に報告。
 - ・ 指定要件に関する具体的な整備状況の確認
 - ・ 病院幹部・緩和ケア等に関わる医療従事者からのヒアリング
 - ・ 課題抽出後の問題解決に向けた指導や相談

○ 調査対象病院

- 拠点病院等の中で、診療実績が少ない、経過措置が含まれる病院等を優先的に調査

○ 今後の予定

- 2019年度にパイロット調査の実施、及び2020年度以降の全国実施に向けた検討を行う



A県でのパイロット調査の準備～調査までの経緯

時期	実施行事	内容
平成31年 3月	第1回がんとの共生のあり方に関する検討会で議論	<ul style="list-style-type: none"> ・2019年度にパイロット調査の実施 ・2020年度以降の全国実施に向けた検討を行う方針
令和元年 6-7月	都道府県にパイロット調査を依頼	A県とB県が承諾 (県への協力依頼通知発出、予算確保など)
7月3日	実地調査マニュアル(案)を用いた打ち合わせ (厚労省とA県担当者)	<ul style="list-style-type: none"> ・調査の意義や準備について ・対象病院や県内有識者の候補について ・県外有識者は厚労省が紹介 第1回は加藤雅志先生(国立がんセンター)に依頼 第2回はB県の有識者に依頼
7月下旬	対象病院がX病院、Y病院に決定 →対象病院と打ち合わせ(A県担当者)	・目的や調査内容
8-11月	日程調整、事前準備 →確認作業など(A県担当者、対象病院、有識者)	<ul style="list-style-type: none"> ・A県職員が主体となり、適宜厚労省・有識者と相談 ・対象病院により事前資料作成
11月15日	第1回パイロット調査(X病院)	<ul style="list-style-type: none"> ・第1回調査の経験を踏まえ、第2回の調査方法の一部見直しをして第2回調査を実施 ・調査後に対象病院の評価結果を作成
11月21日	第2回パイロット調査(Y病院)	
12月	有識者より評価結果、アンケートの回収	
令和2年 1月	評価結果のまとめを厚労省へ報告し、対象施設へもフィードバック	厚労省にて、アンケート結果等を参考に実地調査の全国実施に向けたマニュアル改定

Y病院でのパイロット調査実施スケジュール

時間		内容	個別事項	対応者
12時集合	※	当日打ち合わせ 事前資料確認	事前資料を確認すると共に、当日の評価方法などを確認	×
13:30～ 13:40	10分	実地調査の説明	実地調査の担当者から実地調査の趣旨を説明	病院長、看護部長、 緩和ケアチームメンバー、 事務担当者
13:40～ 14:00	20分	対象施設からの 全体説明	病院長、看護部長、緩和ケアチームの担当者等から、緩和ケアの提供体制の現状・課題について説明	
14:00～ 14:15	15分	質疑応答		
14:15～ 15:00	30分～60分	施設内訪問	予定されていた訪問場所を訪問 ・正面玄関／緩和ケア外来／一般病棟／緩和ケアチームカンファレンス／緩和ケア病棟／患者サロン／がん相談支援センター等	緩和ケアチームメンバー、 一般病棟(医師、看護師等)、事務担当者
15:00～ 16:00	45分～75分	緩和ケアチーム個別 ヒアリング	緩和ケアチームの各担当者からのヒアリングを実施	緩和ケアチームメンバー
16:00～ 16:30	30分	訪問メンバーでの 課題整理	総括・意見交換に先立ち、訪問メンバーにて、病院の課題及びその対応策を整理	×
16:30～ 17:30	60分	総括・意見交換	病院長、看護部長、緩和ケアチームの担当者等に対する実地調査の総括と、及び課題解決に向けた意見交換	病院長、看護部長、 緩和ケアチームメンバー、 事務担当者
	計3～4時間		総括・意見交換に先立ち、訪問メンバーにて、病院の課題及びその対応策を整理	

※ 行政と有識者の一部メンバーで、午前中から事前資料確認を行った。

A県でのパイロット調査についての事後アンケート結果

回答者	アンケート結果の中で今後の方針に係る主なご意見(抜粋)	
	見直しが必要な点	活用できる点
都道府県担当者	<ul style="list-style-type: none"> ・マニュアル等の書面だけでは、全体像をイメージするのが難しく、有識者向け、行政担当者向けそれぞれに研修会や説明会を開催してほしい。 ・ヒアリングを行政が行うのは難しいため、有識者との役割分担が必要であった。 ・カンファレンスの時間に日程調整するのは難しかった。 ・指定要件が不十分だった場合の対応についての説明が必要である。 ・県外有識者を探すのは、打ち合わせ等負担になる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・初回の調査は準備等大変だったが、2回目は、少し慣れて調査を進行することができた。 ・当日の調査前にも有識者と行政側で打ち合わせを行い、調査は円滑にできた。 ・現場での取り組み状況を実際に見ることで、行政側でも把握でき、理解が深まった。
有識者 ・医師 (緩和ケア医) ・看護師 (ジェネラルマネージャー) ・薬剤師	<ul style="list-style-type: none"> ・チェックリスト等のマニュアルは、より効率的かつ効果的に調査ができるよう改善する必要がある。 ・ピアレビューとの棲み分けが必要である。 ・限られた時間での進行の工夫が必要である。 ・ヒアリングについては、同職種の有識者でないところも多いと思われた。 ・総括は、行政が行ったほうが有識者と対象病院との関係性が保たれると感じた。 ・対象施設をどう選択するか検討が必要。 	<ul style="list-style-type: none"> ・調査当日までの準備の段階で、既に病院の問題点を把握されているのが分かった。 ・行政が行う実地調査は監査的な印象が強く、受け手側の準備時間や心理的負担が大きいようだが、その反面ピアレビューよりしっかりと準備することで、自施設の課題を見直す機会につながるように感じた。 ・実際に施設内の状況を確認できることはよかった。 ・ヒアリングでは、個別にアドバイスができたのが良かった。 ・調査をしながら、自施設の課題や改善方法を考える機会となった。
対象病院スタッフ	<ul style="list-style-type: none"> ・日程調整/変更、事前準備資料の作成、当日のスケジュール調整等が負担となった。 ・当日は緩和ケアチームの診療ができず時間外に対応した。 	<ul style="list-style-type: none"> ・調査を受ける準備の中で課題を改めてチームで共有し全体的に緩和ケアの質が向上したと思う。 ・病院長を含む幹部に院内の緩和ケアチームの活動をを知ってもらった良い機会になった。

※ その他、実地調査について、準備から当日の流れ、評価結果のフィードバック等について、マニュアル等の見直しのための様々なご意見を頂くことができた。(B県については、調査実施中。)

今後の進め方(案)

緩和ケアに関する実地調査について

- パイロット調査を実施したところ、
 - ・ がん拠点病院の現場の課題や工夫などを行政が把握することができた。
 - ・ 個々の施設の立場からも自施設の緩和ケア提供体制の見直しや、組織管理者への理解へつながり、今後の取組の改善が期待された。
 - ・ マニュアル(案)やチェックリスト(案)の見直しに対する具体的な課題だけでなく、目的、方法、調査対象病院、今後の予定などの方向性についても再確認の必要性が得られた。

 - 今後の予定について、
 - ・ がんの緩和ケアに係る部会を設置し、B県のパイロット調査の結果も踏まえながら、全国で実施可能な実地調査の運用について検討をしていく。
- マニュアル等の具体的な見直し、ピアレビューとの棲み分け方法、対象病院の選び方などの議論を含めて進める。

本検討会のスケジュール(案)

- 第1回 (2019年3月13日) ・緩和ケアの質の向上(実地調査①、緩和ケア外来)
・相談支援・情報提供の質の向上(相談員研修①、地域における相談支援①)
- 第2回 (2019年7月31日) ・緩和ケアの提供体制(緩和ケア研修、拠点病院等と地域との連携、苦痛のスクリーニング)
・地域における相談支援②
- 第3回 (2019年10月23日) ・仕事と治療の両立支援の更なる推進
・アピランスケアによる生活の質の向上
- 第4回 (2020年1月29日) ・緩和ケアに関する実地調査②
・自殺の実態調査と専門的ケアにつなぐ体制
- 第5回以降
・患者体験調査の結果を踏まえた評価と課題(相談員研修②、相談支援センター等)
・遺族調査の結果を踏まえた評価と課題
・小児・AYA世代のがん患者・経験者の支援
・高齢世代のがん患者の支援 等

「がんと診断された時からの緩和ケアの推進」について別途議論の場を設ける
ことが必要である



がんの緩和ケアに係る部会を設置し議論を進める

- ・苦痛のスクリーニング
- ・緩和ケアに関する実地調査 等

2020年

とりまとめ

第4回がんと共生のあり方 に関する検討会	資料 3
令和2年1月29日	

がん患者の自殺の実態調査と 専門的ケアにつなぐ体制について

厚生労働省健康局がん・疾病対策課

第3期がん対策推進基本計画（平成30年3月9日閣議決定）（概要）

第1 全体目標

「がん患者を含めた国民が、がんを知り、がんの克服を目指す。」

①科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実 ②患者本位のがん医療の実現 ③尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

第2 分野別施策

1. がん予防

- (1)がんの1次予防
- (2)がんの早期発見、がん検診
(2次予防)

2. がん医療の充実

- (1)がんゲノム医療
- (2)がんの手術療法、放射線療法、薬物療法、免疫療法
- (3)チーム医療
- (4)がんのリハビリテーション
- (5)支持療法
- (6)希少がん、難治性がん
(それぞれのがんの特性に応じた対策)
- (7)小児がん、AYA(※)世代のがん、高齢者のがん
(※)Adolescent and Young Adult: 思春期と若年成人
- (8)病理診断
- (9)がん登録
- (10)医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組

3. がんとの共生

- (1)がんと診断された時からの緩和ケア
- (2)相談支援、情報提供
- (3)社会連携に基づくがん対策・がん患者支援
- (4)がん患者等の就労を含めた社会的な問題**
- (5)ライフステージに応じたがん対策

4. これらを支える基盤の整備

- (1)がん研究
- (2)人材育成
- (3)がん教育、普及啓発

第3 がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項

- 1. 関係者等の連携協力の更なる強化
- 2. 都道府県による計画の策定
- 3. がん患者を含めた国民の努力
- 4. 患者団体等との協力
- 5. 必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化
- 6. 目標の達成状況の把握
- 7. 基本計画の見直し

がん患者の自殺対策について

自殺総合対策

自殺対策基本法(平成18年10月制定)

自殺対策基本法(平成28年4月1日改正)

自殺総合対策大綱(平成29年7月閣議決定)

— 専門的、精神心理的なケアにつなぐことができるよう、がん相談支援センターを中心とした体制の構築と周知を行うことを記載

がん対策

がん対策基本法(平成18年6月成立)

がん対策基本法(平成28年12月9日改正)

— がん患者が尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築を目指すことを掲載

第63回がん対策推進協議会(平成28年12月21日)

— がん患者の自殺対策について議論

第3期がん対策推進基本計画(平成30年3月9日)

— 専門的、精神心理的なケアにつなぐことができるよう、がん相談支援センターを中心とした体制の構築と周知を行うことを記載

● 各研究班の取り組み

	期間	研究課題	研究代表
がん対策推進総合研究事業	H30-R2	WHOの自殺予防戦略に基づくがん患者自殺予防プログラムの開発	松岡 豊
革新的自殺研究推進プログラム	H29-30	がん医療における自殺ならびに専門的・精神心理的ケアの実態把握	内富庸介
	H31-	がん患者の専門的・精神心理的なケアと支援方策に関する研究	内富庸介

自殺総合対策の背景と取組

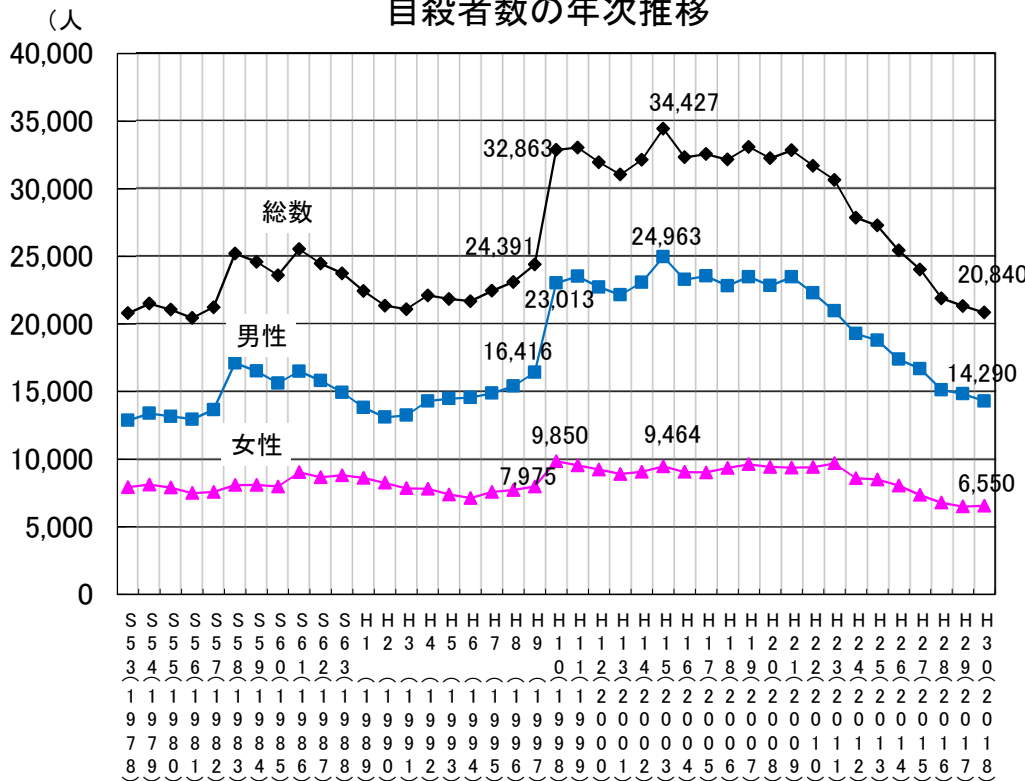
自殺の現状① 日本の自殺者数

○平成30年の自殺者数は20,840人で、前年よりも481人（約2.3%）減少。9年連続で減少し、昭和56年以来37年ぶりに21,000人を下回った。

○男女比は男7:女3。

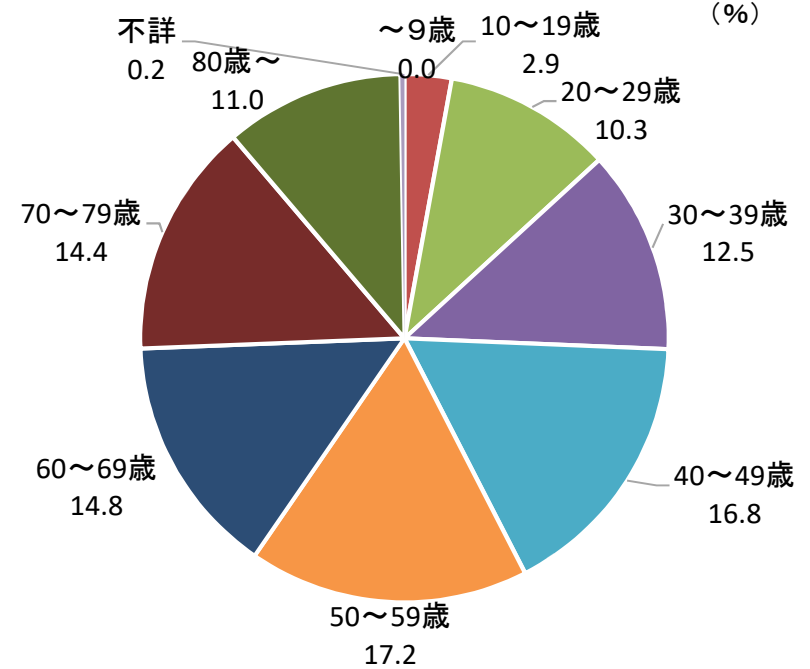
○50代（17.2%）が最も多く、次いで40代（16.8%）、60代（14.8%）、70代（14.4%）の順となっている。

自殺者数の年次推移



資料：警察庁「自殺統計」より厚生労働省自殺対策推進室作成

年齢階級別の自殺者数の構成比 (平成30年)



総数	～9歳	10～19歳	20～29歳	30～39歳	40～49歳	50～59歳	60～69歳	70～79歳	80歳～	不詳
20,840	0	599	2,152	2,597	3,498	3,575	3,079	2,998	2,290	52
(100.0%)	(0%)	(2.9%)	(10.3%)	(12.5%)	(16.8%)	(17.2%)	(14.8%)	(14.4%)	(11%)	(0.2%)

資料：警察庁「自殺統計」より厚生労働省自殺対策推進室作成

自殺の現状② 自殺死亡率

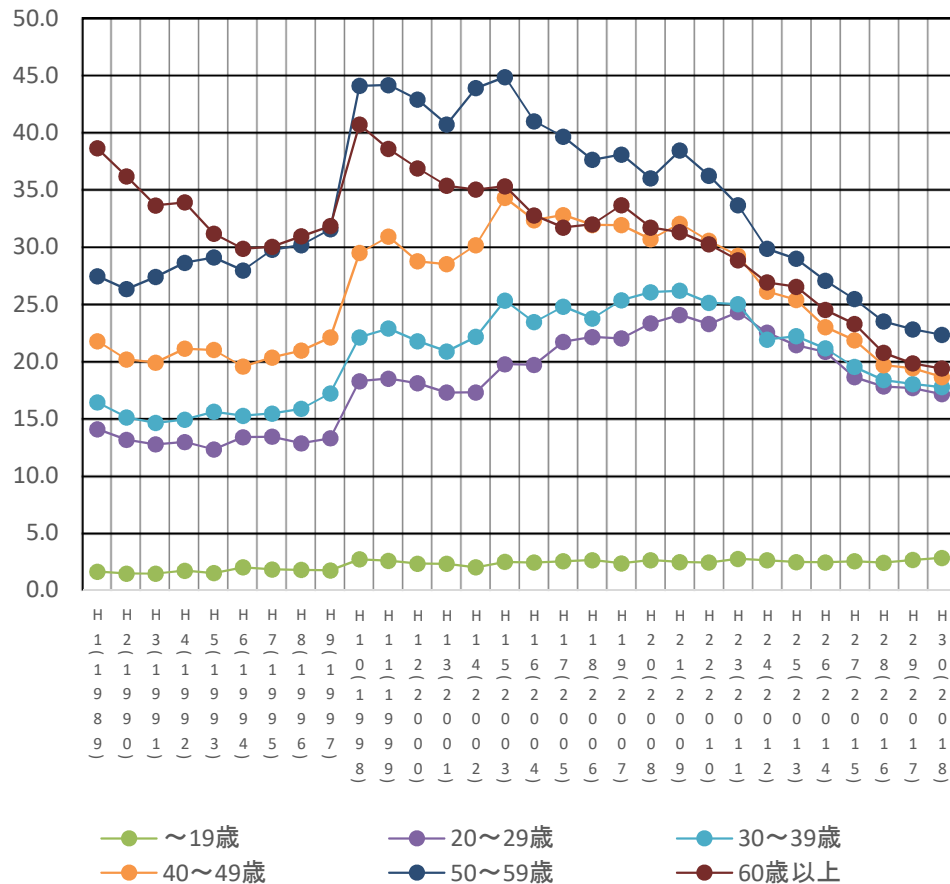
厚生労働省社会・援護局
自殺対策推進室より資料提供

○年齢階級別の自殺死亡率(人口10万人当たりの自殺者数)をみると、全体的には低下傾向にあるが、19歳以下は平成10年以降おおむね横ばい。

○我が国の自殺死亡率は、他の先進国より高い。

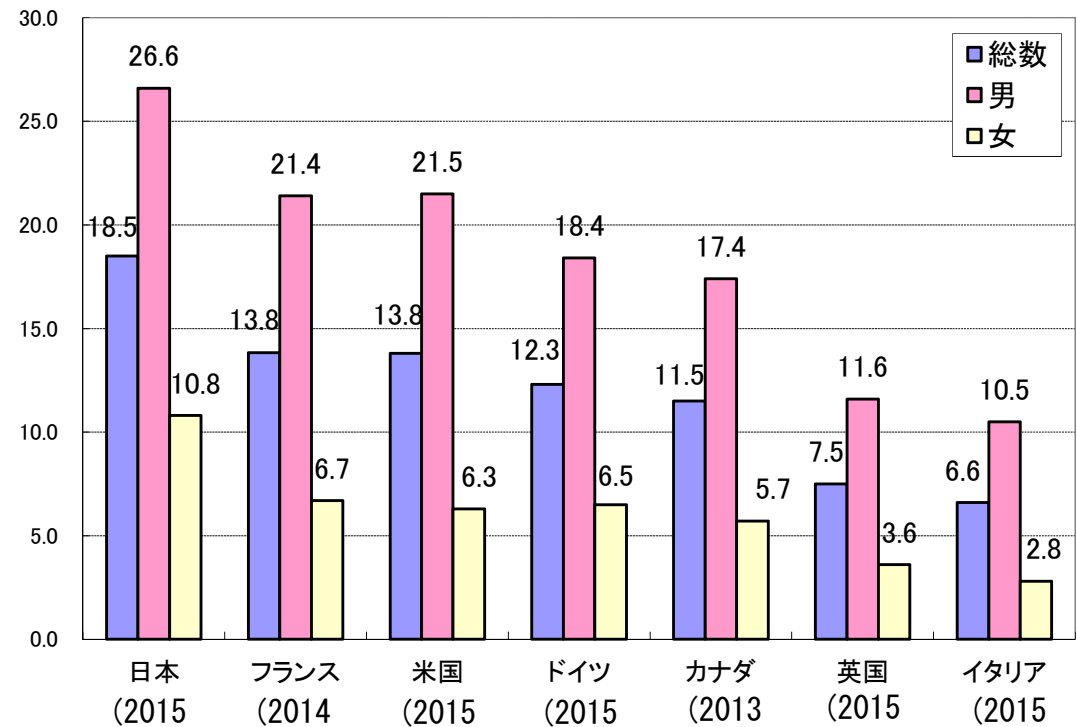
※最新のデータ(2017年の人口動態統計)によると、日本の自殺死亡率は、16.4

年齢階級別(10歳階級)の自殺死亡率



資料:警察庁「自殺統計」より厚生労働省自殺対策推進室作成

先進国の自殺死亡率



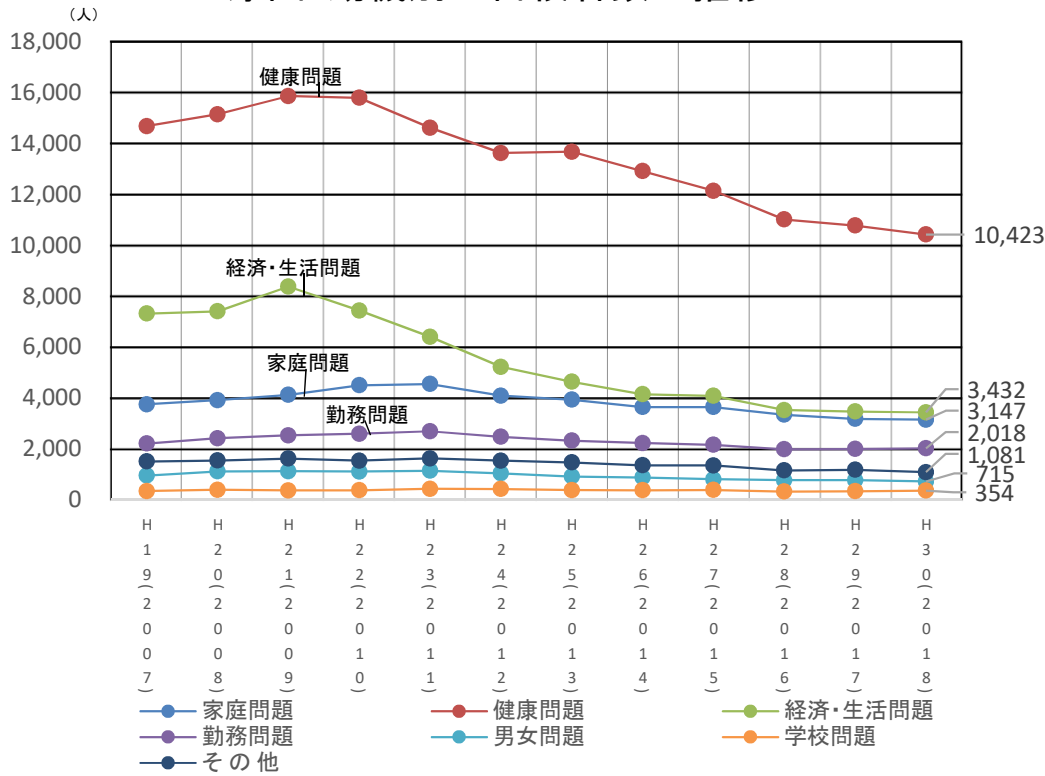
資料:世界保健機関資料(2018年9月)より厚生労働省自殺対策推進室作成

自殺の現状③ 原因・動機別

○原因・動機は、多くの場合、複合的に連鎖。
個別にみると、健康問題、経済・生活問題、家庭問題、勤務問題の順に多くなっている。

○健康問題は、年齢が上がるほど割合が大きくなる。
○19歳以下では学校問題が最も多い。
○健康問題を除くと、20代では勤務問題、30代～60代までは経済・生活問題、70代・80代以降では家庭問題が多い。

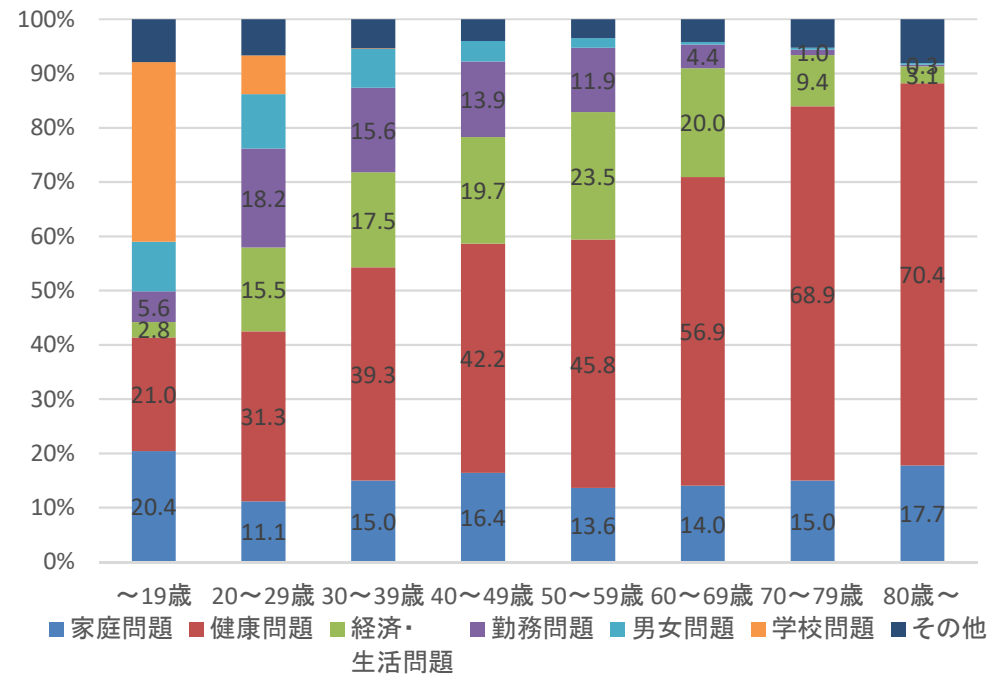
原因・動機別の自殺者数の推移



※遺書等の自殺を裏付ける資料により明らかに推定できる原因・動機を自殺者一人につき3つまで計上可能としている。

資料：警察庁「自殺統計」より厚生労働省自殺対策推進室作成

原因・動機の構成比 (平成30年)



※遺書等の自殺を裏付ける資料により明らかに推定できる原因・動機を自殺者一人につき3つまで計上可能とした上で、構成比を算出している。

資料：警察庁「自殺統計」より厚生労働省自殺対策推進室作成

「自殺総合対策大綱」(概要)

厚生労働省社会・援護局
自殺対策推進室より資料提供

※下線は旧大綱からの主な変更箇所

平成28年の自殺対策基本法の改正や我が国の自殺の実態を踏まえ抜本的に見直し

第1 自殺総合対策の基本理念

誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指す

- 自殺対策は、社会における「**生きることの阻害要因**」を減らし、「**生きることの促進要因**」を増やすことを通じて、**社会全体の自殺リスクを低下**させる

阻害要因：過労、生活困窮、育児や介護疲れ、いじめや孤立等
促進要因：自己肯定感、信頼できる人間関係、危機回避能力等

第2 自殺の現状と自殺総合対策における基本認識

- 自殺は、その多くが追い込まれた末の死である
- 年間自殺者数は減少傾向にあるが、**非常事態は**いまだ**続いている**
- 地域レベルの実践的な取組を**PDCAサイクル**を通じて**推進**する

第3 自殺総合対策の基本方針

1. **生きることの包括的な支援**として推進する
2. **関連施策との有機的な連携を強化**して総合的に取り組む
3. **対応の段階に応じてレベルごとの対策を効果的に連動**させる
4. 実践と啓発を両輪として推進する
5. 国、地方公共団体、関係団体、民間団体、企業及び国民の役割を明確化し、その連携・協働を推進する

第4 自殺総合対策における当面の重点施策

1. **地域レベルの実践的な取組への支援を強化**する
2. 国民一人ひとりの気づきと見守りを促す
3. 自殺総合対策の推進に資する調査研究等を推進する
4. 自殺対策に係る人材の確保、養成及び資質の向上を図る
5. 心の健康を支援する環境の整備と心の健康づくりを推進する
6. **適切な精神保健医療福祉サービスを受けられるようにする**
7. **社会全体の自殺リスクを低下**させる
8. 自殺未遂者の再度の自殺企図を防ぐ
9. 遺された人への支援を充実する
10. 民間団体との連携を強化する
11. **子ども・若者の自殺対策を更に推進**する
12. **勤務問題による自殺対策を更に推進**する

「がん患者について、必要に応じ、専門的、精神心理的なケアにつなぐことができるよう、がん相談支援センターを中心とした体制の構築と周知を行う。」

第5 自殺対策の数値目標

- 先進諸国の現在の水準まで減少させることを目指し、**平成38年までに、自殺死亡率を平成27年と比べて30%以上減少**
(平成27年18.5 ⇒ 13.0以下)

(WHO:仏15.1(2013)、米13.4(2014)、独12.6(2014)、
加11.3(2012)、英7.5(2013)、伊7.2(2012))

第6 推進体制等

1. 国における推進体制
2. 地域における**計画的な自殺対策の推進**
3. 施策の評価及び管理
4. 大綱の見直し

自殺に至るプロセス

【本人の状況】

状況が深刻化する前であり、身近に相談にのってくれる人がいれば改善できる状態

例) 子育ての悩みを抱える人の中で、誰かに相談できれば状況が良くなるような人

【本人の状況】

市町村圏域に配置される各種相談機関が支援して改善できる状態

例) 複合的な課題を抱えており、ごみ屋敷や引きこもりの人

【本人の状況】

自殺のリスクが高く状態が切迫している

例) うつ状態や希死念慮のある人

自殺

対象者の状態に応じた相談の受け止め

状態が深刻化する前に早期に対象者を発見し支援する

各種相談機関が、複合的課題をアセスメントし支援する

自殺に関して専門的知識を有する者が、緊急支援や専門的対応を実施する

支援の実施

地域共生社会

- 早期に対象者を発見し、本人の抱える課題を分野に捉われず丸ごと受け止める。
- 地域の中で居場所や参加する場をつくる。

生活困窮者自立支援

- 複雑化した課題を整理し、プランを作成する。
- 本人の状態に応じて、適切な機関を紹介したり、関係機関の間を調整する。

自殺対策事業

- 関係者の連携による包括的な生きる支援や、自殺予防に向けた居場所づくり。
- 自殺のリスクが高い人への専門的支援の実施。

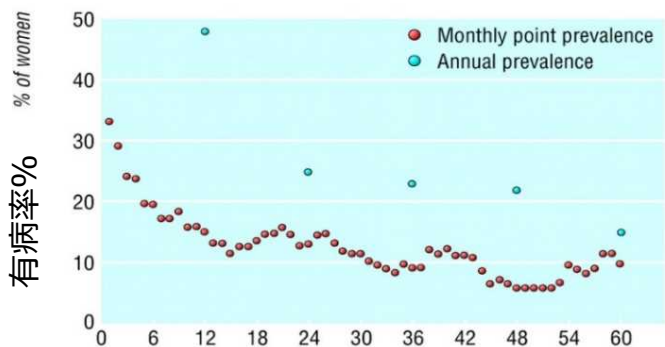
自殺予防

がん患者の自殺対策について

がん診断後のストレス

早期乳がん患者222名のうつと不安を面接調査:一ヶ月有病率%

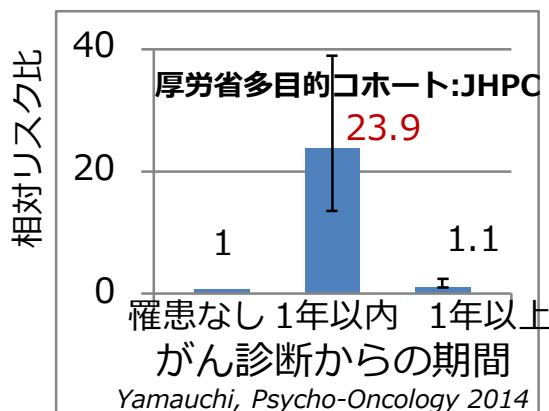
Burgess, C. et al. BMJ 2005



がん診断からの期間 Time from diagnosis (months)

がん診断後自殺リスク24倍

40歳以上の男女約14万人を20年以上追跡

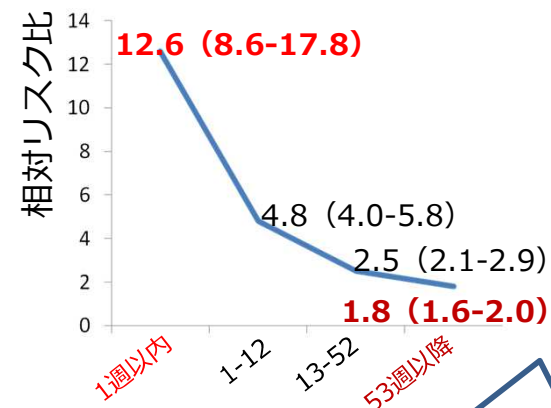


Yamauchi, Psycho-Oncology 2014

がん診断後1週間13倍

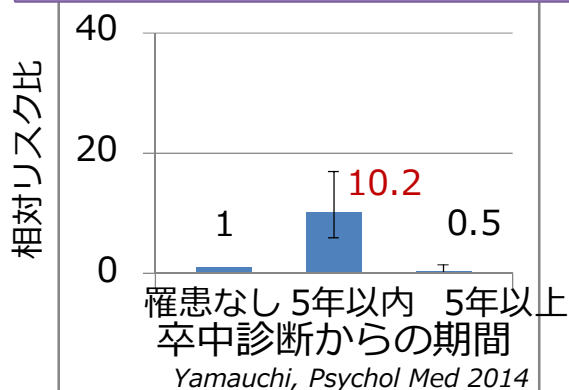
30歳以上の一般住民600万人スウェーデン住民コホート (追跡期間1991年-2006年)

Fang F et al, N Engl J Med 2012



102,843人中11,187人ががん発症、34人が自殺。
そのうち13人(0.12%、RR=23.9)が1年以内に自殺。二年目以降21人が自殺(RR=1.1)。
→がん患者100万人/年にあてはめると、がん罹患後1年以内の自殺者は1,162人(全自殺者の約5%を占める)。
罹患後2年目以降は？

卒中後自殺リスク10倍



Yamauchi, Psychol Med 2014

6,073,240人中534,154人ががん発症、786人が自殺。そのうち、最初の1週以内に29人(0.005%、RR=12.6)が自殺。
最初の12週の自殺は110人(RR=4.8)。
最初の52週の自殺は260人(0.05%、RR=3.1)。
53週以降の自殺は526人(RR=1.8)。
*最初の12週の自殺を比較すると、食道・肝・膵(RR=16.0) > 肺(12.3) > 脳(7.8) > 大腸(4.7) > 乳(3.4) > 前立腺(3.2) > 皮膚(1.4)。

○がん患者の自殺対策について

- ・ がんの悪いイメージがついてしまっている可能性があり、**がん教育**が重要な役割を果たすと考える。特に、成人に対しては、**企業での教育**が必要ではないか。
- ・ **心情に配慮した告知**が重要ではないか。
- ・ **悪い知らせの伝え方のトレーニング**が必要ではないか。
- ・ 主治医とのコミュニケーションは重要であり、がん告知を行う医師や医療従事者との良好な関係を築くことが重要ではないか。
- ・ 医師だけの問題ではなく、**全ての医療従事者が、チームとして自殺の問題に取り組むべき**であり、**医療文化として根付かせる**ことが重要ではないか。また、そうすることで、自殺の問題は防げることを認識すべきではないか。
- ・ 自殺対策は、**予防・早期発見・早期ケアによる対応**が重要ではないか。

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

(現状・課題)

我が国のがん患者の自殺は、診断後1年以内が多いという報告があるが、拠点病院等であっても相談体制等の十分な対策がなされていない状況にある。がん診療に携わる医師や医療従事者を中心としたチームで、がん患者の自殺の問題に取り組むことが求められる。

(取り組むべき施策)

国は、拠点病院等におけるがん患者の自殺の実態調査を行った上で、効果的な介入のあり方について検討する。また、がん患者の自殺を防止するためには、がん相談支援センターを中心とした自殺防止のためのセーフティネットが必要であり、専門的・精神心理的なケアにつながるための体制の構築やその周知を行う。

がん診療連携拠点病院における自殺対策に関する取組例

- 調査実施主体: がん診療連携拠点病院 情報提供・相談支援部会
- 対象: がん相談支援センター(21機関)
- 方法: 情報提供・相談支援部会メーリングにてヒアリング
- 期間: 2020年1月9日～1月20日

	地域の取組	病院の取組
自殺予防普及啓発、人材育成	<ul style="list-style-type: none"> ・自治体、保健所、職能団体主催の研修、自殺予防相談会、街角カフェ、ゲートキーパーの養成、事例検討 ・県の自殺対策に「がん拠点病院等は自殺予防の視点を持って診療及び相談支援を行うよう努める」と明記 ・がん相談員向け自殺対策研修会 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域医療者対象のオープンセミナー ・全職員対象の研修(がん患者の自殺率、院内の危険な場所、患者の変化や発言などをキャッチし記録) ・カンファレンスにて精神科によるレクチャー ・がん看護外来やがん相談支援センター等の周知
協議の場への参画	<ul style="list-style-type: none"> ・自殺総合対策ネットワーク会議 ・自殺対策計画策定の委員会 ・自殺未遂支援事業の検討・評価 	
実態把握、分析	<ul style="list-style-type: none"> ・自殺対策推進センターの地域自殺実態プロフィールを基に、2次医療圏、市町村別の実態を把握 	
院内・院外連携(発見時)	<ul style="list-style-type: none"> ・自殺未遂支援事業に基づき、同意が得られた患者には、保健所へ専用様式を使用して情報提供 	<ul style="list-style-type: none"> ・希死念慮のある方への対応フロー、マニュアルの作成 ・対応者が担当医師に報告、精神科、リエゾンチーム、緩和ケアチーム、がん相談支援センター等につなぎケア、アセスメント、対策の検討 ・他施設の患者の場合、通院医療機関へ橋渡し ・匿名相談の場合、相談員のアセスメントや現状の危険性を伝え、主治療機関への相談、精神科への受診勧奨
院内・院外連携(退院時、外来)	<ul style="list-style-type: none"> ・未遂者について保健所と情報共有しモニタリング 	<ul style="list-style-type: none"> ・未遂者の搬送時、必ず退院時に専門医療機関と連携 ・必要に応じて、精神科への受診、転院の支援

- ヒアリングで寄せられた、がん患者等の自殺対策に関する現状課題
 - ・夜間休日に搬送された方への対応。
 - ・介護負担の増大や相談先がなく思い詰めた未遂の事例は増加の印象。がん相談時にも、その視点を含めた評価が必要。
 - ・地方都市のマンパワー不足(医師、看護師、コメディカル)が深刻でスクリーニングが形骸化している。
 - ・がんで亡くなった方のご遺族が生きていることに意味をもてない等、グリーフケアにあたる相談が続いている。
 - ・がん患者の自殺にかかわりのあった医療従事者の心のケアも重要。
 - ・未遂・既遂対策はある程度進んでいるが、希死念慮のある方への行政的対策が進んでいない。

がん患者の自殺防止に関する取組の状況

取り組むべき施策	内容
拠点病院等におけるがん患者の自殺の実態調査の実施	・がん登録を用いた自殺の実態調査(内富班)
効果的な介入のあり方に関する検討	・自殺ハイリスク患者への介入(松岡班)
専門的・精神心理的なケアにつなぐための体制の構築	・コミュニケーション・スキル研修事業 ・緩和ケアスクリーニング、がん患者指導管理料(※)の活用
自殺防止に関する周知	・自殺予防週間(9月10日～16日)、自殺対策強化月間(3月)における啓発活動(自殺対策基本法第7条) ・SNSを活用した相談体制の拡充

(※) がん患者指導管理料 :がん患者の精神的なケア、抗悪性腫瘍剤の副作用等の管理の重要性が増してきていることを踏まえ、医師又は看護師が行う心理的不安を軽減するための介入及び医師又は薬剤師が行う抗悪性腫瘍剤の副作用等の指導管理の評価。

自殺の実態調査と専門的ケアにつなぐ体制について

- 自殺は、その多くが“追い込まれた末の死”。
 - 背景にはさまざまな要因がかかり合っており、社会全体で取り組むべき課題である。
 - 我が国のがん患者の自殺は、診断後1年以内が多い。
- がん患者の方が尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築をめざし、身体的・精神心理的・社会的な苦痛の緩和を図り、自殺を防ぐためには、専門的ケアにつなぐ体制にどのような課題があり、今後どう取り組むべきか。

[課題の例]

1. 自殺につながるサインへの気づき
 - －がんの告知、治療中、治療方針の変更、再発時、治療の中止 等
 - －医療費・生活費、就労、介護、育児、療養にかかわる不安やストレス 等
2. 希死念慮のある方への対応
 - －コミュニケーション、傾聴、信頼関係の構築、危険性のアセスメント 等
3. 専門職・専門機関との連携、安心できる人とのつながり
4. 継続的な見守り
5. 日頃からの普及啓発