

厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
総括研究報告書

精神障害患者の低いがん検診受診率を向上させる勧奨法の開発および標準的ながん治療・ケアへのアクセスを改善するための課題の把握と連携を促進する仕組みの構築

研究代表者	稲垣正俊	島根大学医学部精神医学講座・教授
研究分担者	山田了士	岡山大学大学院医歯薬学総合研究科精神神経病態学・教授
	内富庸介	国立がん研究センター支持療法開発部門・部門長
	藤森麻衣子	国立がん研究センター 社会と健康研究センター健康支援研究部・室長
	樋之津史郎	札幌医科大学医学部医療統計学・教授
	藤原雅樹	岡山大学病院精神科神経科・助教
	堀井茂男	公益財団法人慈圭会 慈圭病院・理事長
	児玉匡史	岡山県精神科医療センター・医療部長 臨床研究部長
	宮路天平	東京大学大学院医学系研究科臨床試験データ管理学講座・特任助教
研究協力者	島津太一	国立がん研究センター 社会と健康研究センター行動科学研究部・室長
	高橋宏和	国立がん研究センター 社会と健康研究センター検診研究部・室長
	中谷直樹	埼玉県立大学保健医療福祉学部健康開発学科・教授
	森田達也	聖隷三方原病院・副院長
	松下貴紀	医療法人社団良友会 山陽病院・医師
	吉村優作	公益財団法人慈圭会 慈圭病院・医長
	宋 龍平	岡山県精神科医療センター・医師
	掛田恭子	高知大学医学部神経精神科学講座・助教
	樋口裕二	こころの医療 たいよの丘ホスピタル・副院長
	山田裕士	一般財団法人江原積善会 積善病院・医師
	井上真一郎	岡山大学病院精神科神経科・助教
	田端雅弘	岡山大学病院腫瘍センター・教授
	岡田裕之	岡山大学大学院医歯薬学総合研究科消化器・肝臓内科学・教授
	原田馨太	岡山大学病院消化器内科・助教
	黒崎美雪	東京大学大学院医学系研究科 臨床試験データ管理学講座 学術支援職員
	清家 久美子	東京大学大学院医学系研究科 臨床試験データ管理学講座 学術支援職員
	和田里穂	岡山大学大学院医歯薬学総合研究科精神神経病態学・大学院生
	江藤 剛	島根大学医学部附属病院 看護師

研究要旨

精神障害者は、がんによる死亡率が一般人口よりも高いことが示されている。精神障害者のがん死亡率が高い背景の1つとして、がん検診受診率が低い、診断の遅れや標準的な治療を受けることができていない等、がんの予防、診療における格差があることが報告されている。そこで、研究1では、精神障害者のがん検診受診率の向上を目的として、かかりつけ精神科臨床場面におけるがん検診受診勧奨法を開発する。研究2では、がんを合併した精神障害者のがんの治療、診断およびケアにおける課題を広く抽出、整理し、解決法の検討に資する知見を得る。

研究1では、1年目に、かかりつけ精神科医療機関における複合的ケースマネジメントによる個別のがん検診受診勧奨法を開発し、パイロット研究で実施可能性と予備的な有効性を明らかとした。2年目である令和元年度は、開発したがん検診受診勧奨法の有効性を検証するために無作為化比較試験を完了した。3年目である令和2年度は、無作為化比較試験のデータ解析を実施し、得られた結果を公表するための論文を作成した。研究2では、1年目に精神障害者のがんの治療、診断およびケアにおける課題を広く抽出する自由記述アンケート調査を実施し、調査票の配布、回収までを行った。2年目に、抽出された意見の質的解析を進め、がん拠点病院における精神障害者の受け入れ、治療体制の課題をはじめ、わが国における精神障害者のがんの診療における具体的課題を明らかとした。3年目である令和2年度は、明らかにした具体的課題がどの程度問題であるかを定量するための質問紙調査を実施した。あわせて、課題と解決方法への理解を促すための症例集を作成した。

A. 研究目的

精神障害者は、貧しい食生活や運動不足、高い喫

煙率など、がんのリスク因子を有していることが多く、がんによる死亡率は一般人口よりも高いことが

示されている (Zhuo et al., Br J Psychiatry, 2017; Erlangsen et al., Lancet Psychiatry, 2017)。精神障害者のがん死亡率が高い背景としては、精神症状・機能障害のために診断の遅れ、標準的な治療を受けることができない、といった理由が想定されている (Irwin et al., Cancer, 2014)。わが国においても、精神障害者はがん検診受診率が低い (Fujiwara, Inagaki, et al. Cancer, 2018; Fujiwara, Inagaki, et al., Psychiatry Clin Neurosci, 2017)、より進行したステージで入院し、侵襲的治療を受ける者が少ない (Ishikawa et al., Br J Psychiatry, 2016)、といった問題があることが部分的に示されており、格差是正のための取り組みが望まれる。

そこで、精神障害者のがん検診受診率の向上を目的として、かかりつけ精神科臨床場面におけるがん検診受診勧奨法を開発する。また、精神障害者のがんの予防からケアまでの一連のアクセスを改善するために、がん拠点病院、精神障害者のかかりつけの医療機関における課題を整理し、解決法の検討に資するデータを得る。

【研究 1】

1 年目は、文献をレビューした上でがん検診受診勧奨法を作成し、パイロット研究を実施して実施可能性と予備的な有効性を明らかとした。2 年目である令和元年度は、開発したがん検診受診勧奨法の有効性を検証するために無作為化比較試験を実施した。3 年目である今年度は、2 年目に実施した試験の解析を行った。

【研究 2】

2 年目である令和元年度はその内容について質的な解析を実施し、精神障害者のがん診療における課題および考えられる解決法を明らかにし、コード、カテゴリとして集約した。3 年目である令和 2 年度は集約した課題をもとに、それぞれの課題がどの程度問題であるかを定量するための質問紙を作成し、優先的に取り組むべき内容を明らかにした。また、課題と解決方法への理解を促すための症例集を作成した。

B. 研究方法

【研究 1】

1) 試験デザイン

市町村による通常のがん検診勧奨を対照とした、非盲検、ランダム化の検証的臨床研究。岡山大学主管の多施設共同研究で、研究対象者組入れ実施施設は岡山県精神科医療センターおよび慈圭病院の 2 施設とした。

2) 対象

外来通院中の 40 歳以上の統合失調症患者 (統合失調感情障害を含む) で、岡山市在住で医療保険が国民健康保険または生活保護に該当し職域検診機会がなく、市の住民検診が対象となる者である。

3) 対象者の登録と割り付け

既存の診療記録から取得可能な情報 (年齢、性、居住地、保険種別) をもとに、参加候補者を同定し、主治医より参加協力を依頼して同意を取得する。主治医及び研究者が適格基準を満たすことを確認して文書で同意を得た後、Electronic Data Capture システム (以下、EDC) を用いて、登録を行った。研究対象者は、EDC を用いて介入群と対照群とに 1:1 にランダムに割り付けられる。ランダム割り付けについては、施設と性別を層別割付調整因子とする層別ブロック法を用いた。

4) 介入の内容

対照群に割り付けられた対象者に対しては、岡山市が住民に対して実施している勧奨は通常通りなされるのみで、何も介入しない。現在、精神科病院でがん検診受診対象者に対してケースマネジメントによる個別の受診勧奨を体系化して行うことは一般的ではない。ただし、対照群の対象者からがん検診受診の相談があれば、通常の臨床通りに応じる。

介入群は、勧奨実施手順に基づいて、初回介入日に、がん検診受診の勧奨を全例に対して行う。本研究では、大腸がん検診の勧奨を主として行う。ケースマネジメントによる介入は、A) ケースマネージャーによる大腸がん検診受診の勧奨、B) 対象者に応じた検診施設の紹介、予約支援、C) 必要に応じた無料券手続きの説明、D) 勧奨後のフォロー連絡 (手続き進捗確認、再勧奨等) を含み、初回のコンタクト日、その後のフォロー連絡 (2 回を基本とするが、患者に応じて増減) として実施する。これら一連の介入は、看護師、精神保健福祉士等によって実施する。介入の内容は日常臨床で行う業務の範囲であり、特別な知識や訓練を必要としないが、各施設で介入に関わるスタッフは、わが国で実施されているがん検診の体系、勧奨となる対象、方法等について事前に一般的資料で理解を深めて実施する。対象者への介入は 2019 年 6 月 1 日以降の同意取得日～12 月 31 日の間で実施した。

5) 評価項目

主要評価項目は、2019 年度に岡山市が実施する大腸がん検診の受診割合 (岡山市の記録に基づく) である。対象者または代諾者に同意を得て、岡山市に対して氏名、住所、生年月日をもとにがん検診受診の有無を照会した。

副次評価項目は、①対象者が受診対象となる 2019 年度に岡山市が実施するその他のがん検診 (肺、胃、乳、子宮頸がん) 受診の有無、②大腸がん検診の受診/未受診の理由、勧奨を受けた感想、便潜血陽性だった場合に精査の受診/未受診理由、精査受診した場合のその後の診療経過 (介入効果の観察期間終了後の 2020 年 1 月～3 月末に追跡インタビュー調査を実施する)、③実施した勧奨内容の記述、④介入実施者から聴取するがん検診受診勧奨について有効と考えられる点、受診に際しての課題、勧奨実施における課題の記述、⑤勧奨の所要時間の記述である。

6) 統計解析方法

主要評価項目である、大腸がん検診受診の受診割合について、カイ二乗検定により群間比較を行う。探索的な事後解析として、背景因子による層別解析を行う。副次評価項目は、①については、胃がん検診は50歳以上男女、乳がん検診は40歳以上女性、子宮頸がん検診は20歳以上女性を解析対象として、各検診の受診割合についてカイ二乗検定により群間比較を行う。②～⑤については、得られた結果を記述する。

7) 目標症例数および設定根拠

目標症例数は172例。2016年に我々が岡山県精神科医療センターで実施した横断調査では、大腸がん検診の受診率が13.5%であった。統合失調症患者に対するがん検診受診勧奨を行った先行研究はないため、2018年度に実施可能性を検討するパイロット研究を実施した2施設の研究者及び十分な精神科臨床経験のある研究者で協議し、介入群の受診率を40%と見積もった。対照群にも研究同意説明がなされることで受診勧奨効果が多少あると考え、対照群の受診率を20%と見積もった。有意水準 α を0.05、検出力を80%として、カイ二乗検定で両側検定する場合片群あたり82例が必要である。各群5%の症例で同意撤回あるいは評価不能となる症例を見込み、1群86例とし、目標症例数を172例に設定した。

(倫理面への配慮)

2019年4月に岡山大学臨床研究審査専門委員会において承認された(臨1904-003)。倫理審査専門委員会で承認の得られた同意説明文書を患者または代諾者に渡し、文書および口頭による十分な説明を行い、患者または代諾者の自由意思による同意を文書で得た。

本研究の介入は、通常の外来診療にあわせてがん検診の受診勧奨を行うものであり侵襲は伴わない。しかし、本研究の実施に伴って研究対象者に健康被害が発生した場合の補償責任に備え、当研究は臨床研究保険に加入して実施した。

【研究2】

精神障害者のがん診療における課題を定量する研究

1) 研究デザイン

岡山大学主管・多施設共同・選択式アンケートを用いた記述的研究。

2) 対象

岡山県および島根県において全域の網羅的な調査を実施するため、岡山県がん診療連携協議会、島根県がん診療ネットワーク協議会、岡山県精神科病院協会、島根県精神科医懇話会へ協力を依頼し、以下のA～C群を対象とした。

A群：がん診療連携拠点病院またはがん診療連携推進病院(全17病院)においてがん治療に関わるがん

治療認定医、緩和ケア医、がん関連の専門/認定看護師、がん診療に専門性の高い資格を有する薬剤師、がん患者の相談支援員

B群：地域がん診療病院(全2病院)においてがん治療に関わる常勤医師、看護師、薬剤師、がん患者の相談支援員(看護師、薬剤師は各病院が十分な臨床経験を有する者を任意で若干名選定する)

C群：精神科病院(岡山県精神科病院協会および島根県精神科医懇話会に加盟する精神科病院のうち、認知症専門病院を除いた全23病院)で精神障害者の治療にかかわる精神科医、身体科医、看護師、支援相談員、薬剤師(看護師、支援相談員、薬剤師は各病院が十分な臨床経験を有する者を任意で若干名選定する)

3) 調査票の内容

回答者の属性：

大問1で職種を自己申告で尋ねた。回答者の所属施設は調査票内に記載された通し番号から把握する。がん医療従事者については、その所属施設をもとに、精神科常勤医、リエゾンチームおよび精神科病棟の有無を把握する。

(がん医療従事者(A、B群)に対する調査票)

令和元年度に行った自由記述アンケート調査から抽出された課題カテゴリーのうち、がん医療従事者の診療に関わる5つのカテゴリー(がん医療従事者の態度・スキル、がん医療者と精神科医療者の連携、拠点病院要因、地域要因、精神障害者要因)について尋ねることとし、研究者で協議を行い、5つのカテゴリーに含まれる50のアイテムについて尋ねる選択式アンケートを作成した。

大問2では「がん医療従事者の態度・スキル」に関する18項目および「がん医療者と精神科医療者の連携」に関する5項目について、1) 思わない、2) たまに思う、3) 時々思う、4) よく思う、5) 非常によく思うの5件法で尋ねた。大問3では「拠点病院要因」に関する質問4項目、大問4では「地域要因」に関する質問2項目、大問5では「精神障害者要因」に関する質問21項目について、1) 全くそう思わない、2) どちらかというところ思わない、3) どちらとも言えない、4) どちらかというところ思う、5) 非常にそう思うの5件法で尋ねた。

(精神科医療従事者(C群)に対する調査票)

課題カテゴリーのうち、精神科医療従事者に関わる5つのカテゴリー(精神科医療者の態度・スキル、がん医療者と精神科医療者の連携、精神科医療機関の要因、地域要因、精神障害者要因)について尋ねることとし、研究者で協議を行い、精神科医療従事者に関わる5つのカテゴリーに含まれる36のアイテムについて選択式アンケートを作成した。

大問2では「精神科医療者の態度・スキル」に関する6項目、大問4では「精神科医療機関の要因」

に関する4項目、大問5では「地域要因」に関する2項目、大問6では「精神障害者要因」に関する質問21項目について、1) 全くそう思わない、2) どちらかというところを思わない、3) どちらとも言えない、4) どちらかというところを思う、5) 非常にそう思うの5件法で尋ねた。大問3では「がん医療者と精神医療者の連携」に関する3項目について、1) 思わない、2) たまに思う、3) 時々思う、4) よく思う、5) 非常によく思うの5件法で尋ねた。

なお、先行研究、研究者間で議論を通じて、認知症患者のがんは既に様々議論が始まっていること、その他の精神障害とは異なる視点になることから、本調査では認知症を除いた精神障害についての意見を求める。

4) 解析

調査票の回答された選択肢の分布を記述し、回答の平均値および標準偏差を算出した。加えて、がん医療従事者に対する調査票については、病院背景因子（精神科病棟の有無、精神科リエゾンチームの有無、精神科常勤医の有無）で層別を行い、各項目における点数の分布を記述した。

（倫理面への配慮）

本研究は2020年7月に岡山大学（研2007-034）、9月に島根大学（20200825-2）の倫理委員会において承認された。

研究参加者は文書で研究について説明を受け、調査票上のチェックボックスで研究についての同意を回答する。本研究は、無記名のアンケート調査であり、取得する情報に研究対象者のプライバシー情報は含まれない。結果公表の際にも研究対象者を特定できる情報を含まないようにする。

課題と解決方法への理解を促すための症例集の作成
令和元年度に行った自由記述アンケート調査から抽出された課題、解決方法の内容に基づき、精神科リエゾン経験の豊富な研究者がこれまでの経験を基に、教育資料として架空症例集を作成した。

C. 研究結果

【研究1】

2020年6月3日に第1例目を登録し、9月9日に目標症例数の172例に到達した。そのうち1名は研究同意を撤回し、1名は割付後不適格が判明したため、解析対象は170名となった。予定通り、2020年1月～3月末において対象者に対する追跡インタビュー調査も実施した。また、介入をケースマネージャーとして実施した医療者に対して、実装アウトカム（本勧奨法の受容性、適切性、実施可能性）を評価するためのインタビューも実施した。

6月にデータ固定を終え、主たる結果の解析が10月に完了した。現在、主論文を査読付き英文誌に投稿中である。

【研究2】

精神障害者のがん診療における課題を定量する研究

全体で1009名にアンケートを配布し、651名（64.5%）から回答を得た。対象者種別でみると、A、B群（がん医療従事者）は17病院（89.5%）の協力が得られ、661名にアンケートを配布し、388名（58.7%）が回答した。C群は（精神科病院医療従事者）、20病院（87%）の協力が得られ、348名にアンケートを配布し、263名（75.6%）が回答した。

〈がん医療従事者に対する調査項目〉

大問1で尋ねた対象者の職種については、身体的治療を行う医師198名（55.5%）、緩和ケア医9名（40.9%）、薬剤師46名（73%）、看護師73名（76%）、生活支援相談員40名（47.1%）であった。またその他、もしくは回答が得られず職種不詳であったものが22名であった。

病院背景因子を把握出来たがん医療従事者は、回答を得た388名のうち364名（93.8%）であった。このうち精神科常勤医とリエゾンチームを持たない6施設からの回答者が77名、精神科常勤医を有するがリエゾンチームをもたない4施設からの回答者が57名、精神科常勤医とリエゾンチームのどちらも有する7施設からの回答が230名であった。

（大問2）がん医療従事者の態度・スキル／がん医療者と精神医療者の連携

表1（分担研究報告書2の資料参照）に平均値と回答の分布を示した。回答平均値が高く、相対的に困難と感じられていた項目を以下に挙げる。

最も困難度が高かったのは「精神障害を有する患者の意思決定能力の評価が難しい（問2-7）」で、4（よく思う）、もしくは5（非常によく思う）と答えた回答者は42.6%で回答平均値は3.23であった。次いで困難度が高かったのは「精神障害を有する患者の治療に対する意向が家族と異なる場合の意思決定支援が難しい（問2-9）」で、回答平均値が3.15であり、4もしくは5と答えた回答者は37%であった。意思決定に関する他の質問についても比較的困難度が高かった（問2-10、問2-11）。

3番目に困難度が高かったのは「がんの検査/治療に必要な、安静保持、服薬管理、副作用の報告、セルフケア等が可能かどうかの評価が難しい（問2-12）」であり、4もしくは5と答えた回答者が34.3%で、回答平均値は3.05であった。患者の理解や能力の評価に関連した質問は困難度が比較的高かった（問2-5、問2-8）。患者の理解や能力の評価だけでなく、身体症状の評価についても困難度が高かった（問2-14）。

（大問3）拠点病院要因

表2（分担研究報告書2の資料参照）に平均値と回答の分布を示した。項目の中では、「障害者差別解消法に沿い、精神障害者に対して差別的扱いをしないため／合理的配慮を行うための院内での啓発、研修が十分に行われている（問3-1）」について1（全

くそう思わない) もしくは 2 (どちらかというところ思わない) と答えた回答者が 47.4%に至った。また表 10 に病院背景で層別した解析の結果を示した。

(大問 4) 地域要因

表 3 (分担研究報告書 2 の資料参照) に平均値と回答の分布を示した。「(あなたの病院も含め) 二次医療圏内に、重度の精神障害を有する患者のがん治療に十分に対応できるがん拠点病院がある(問 4-1)」について 1 (全くそう思わない) もしくは 2 (どちらかというところ思わない) と答えた回答者が 28.6%で、「精神障害者を有するがん患者を地域で支援する福祉サービスが十分に整っている(問 4-2)」について 1 もしくは 2 と答えた回答者が 30%だった。

(精神科医療従事者に対する調査項目)

大問 1 で尋ねた対象者の職種については、身体的治療を行う医師 8 名 (32%)、精神科医 100 名 (65.8%)、薬剤師 27 名 (81.8%)、看護師 82 名 (98.8%)、生活支援相談員 38 名 (92.7%) であった。またその他、もしくは回答が得られず職種不詳であったものが 8 名であった。

(大問 2) 精神科医療者の態度・スキル

表 4 (分担研究報告書 2 の資料参照) に平均値と回答の分布を示した。「がんを含め患者の身体的健康に注意を払っている(問 2-3)」について 4 (どちらかというところ思う) もしくは 5 (非常にそう思う) と答えた回答者は 88.3%で、「患者のがん予防のための、禁煙や生活習慣の指導を行なっている」と答えた回答者は 49.8%であった。一方で、「患者のがん治療のサポートに必要な知識、技術を有している(問 2-6)」については 1 (全くそう思わない) もしくは 2 (どちらかというところ思わない) と答えた回答者が 58.4%で、「がんの身体症状に適切に対応するための知識、技術を有している(問 2-4)」「患者のがん早期発見のための、がん検診受診勧奨などを行なっている(問 2-2)」についてはそれぞれ 51.3%、48.3%であった。

(大問 3) がん医療者と精神医療者の連携

(大問 4) 精神科医療機関の要因

(大問 5) 地域要因

表 5-7 (分担研究報告書 2 の資料参照) に平均値と回答の分布を示した。「精神科病院ではがんなどの身体疾患を診断・治療する医師/設備が乏しい(問 4-4)」に 4 (どちらかというところ思う) もしくは 5 (非常にそう思う) と答えた回答者は 87.3%で、精神科病院でがんを診ることに困難さが伺われた。それにもかかわらず、がん医療機関と精神科医療機関の連携に関わる項目である「精神科に入院している患者を他院に受診させるための、スタッフ等の人的資源・医療費などの金銭的資源の問題がある(問 4-2)」に 4 もしくは 5 と答えた回答者は 57.4%、「精神科医療機関、がん拠点病院間での入院患者の往診が難しい(問 3-3)」に 4 もしくは 5 と答えた回答者

は 52.7%に至った。

(がん・精神科医療従事者に対する調査項目)

精神障害者要因

表 8 (分担研究報告書 2 の資料参照) に平均値と回答の分布を示した。がん診療に影響する患者のヘルスリテラシーの低さ、がん診療に影響する患者の精神症状、孤立・支援の不足、交通の障害など精神障害者が抱える要因についてがんの治療への影響度を尋ねたが、21 項目とも 4 (どちらかというところ思う) もしくは 5 (非常にそう思う) と答えた回答者が多かった。

課題と解決方法への理解を促すための症例集の作成

3 名の研究者で協議を行い、以下の 5 例の架空症例を作成した(詳細は分担研究報告書 2 の資料参照)。

- ① 精神科治療チームとがん治療チームが、積極的な連携を行った事例
- ② 患者の特性を評価し、配慮したケアを一般病棟で提供した事例
- ③ 精神症状が重度で、診断、治療、緩和全てのがん診療場面で困難があった事例
- ④ 精神症状や治療同意能力の評価を精神科チームがサポートして治療導入した事例
- ⑤ 精神科入院による構造化されたケアによって積極的ながん治療を提供した事例

D. 考察

【研究 1】

かかりつけ精神科医療機関における複合的ケースマネジメントによる個別のがん検診受診勧奨法の無作為比較試験を実施した。本研究は、通常外来にあわせて行ったが、理想的環境下で介入法の効能を検証した試験である。今後、追跡調査インタビューの結果を解析し、勧奨法のどのコンポーネントが効果に重要ななど、実臨床下での実装に向けて有用な情報を明らかにする。その結果も踏まえ、次のステージとして、実臨床下で介入法の修正(適応)、有効性を検証する実装研究へと進め、普及を目指す取り組みが望まれる。

【研究 2】

精神障害者のがん診療における課題を定量する研究

精神障害者のがん診療における課題の解決に取り組んでいくにあたっての基礎となるデータが得られた。課題は多岐にわたり、どの課題に優先的に取り組む必要があるかは医療機関ごとに異なる可能性がある。本研究で使用した調査票は、各医療機関で課題を評価するためのツールとして利用できる。今後、それぞれの医療機関で課題を評価し、解決のための取り組みを実践し、好事例を収集していくことが望まれる。

課題と解決方法への理解を促すための症例集の作成

精神障害者のがん診療における課題および解決方法について理解を促すための教育資料を作成するこ

とが出来た。今後、各医療機関で解決方法を具体的に検討する際の資料として活用していく。

E. 結論

【研究1】

かかりつけ精神科医療機関における複合的ケースマネジメントによる個別のがん検診受診勧奨法の有効性を明らかにするため、市からの通常勧奨を対照とした無作為化比較試験を完遂した。3年目である今年度は、主たる結果の解析を完了し、論文投稿を行った。今後は実臨床下への実装に向けた研究を進めていく必要がある。

【研究2】

本年度は、精神障害者のがん診療における課題を定量するための選択式アンケートを実施し、課題の優先度を明らかとした。結果について、今後論文・学会発表を行う。

課題は、医療従事者レベルから組織、地域レベルまで多岐に渡る。今後は整理した課題をもとに、医療機関の個別性に応じた取り組みを具体的に検討・実施していく必要がある。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

藤原雅樹 シンポジウム マイノリティの cancer care を考える 精神疾患を抱える患者のがん医療における格差. 緩和・支持・心のケア合同学術大会 2020.8

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

特記すべきことなし