

【第145回生涯教育講座】

精神疾患患者におけるがん医療格差の克服：
実装科学の理論と実践いな がき まさ とし ふじ わら まさ き
稲 垣 正 俊¹⁾ 藤 原 雅 樹²⁾

キーワード：精神障害，がん医療格差，実装科学，がん検診，多職種連携

要 旨

統合失調症をはじめとする重度精神障害を抱える人々は、一般住民と比較して平均余命が10～20年短いという「健康格差」に直面している。この早期死亡の主因は自殺や事故に留まらず、がんや心疾患といった身体疾患にあることが近年の疫学的研究で明らかになった。とりわけ「がん」に関しては、罹患率が一般住民と同等であるにもかかわらず、死亡率が有意に高いという「がん医療格差」が顕著である。本論文では、わが国におけるがん検診受診率の格差の実態を詳述し、この格差を是正するために開発した「ACCESS 勧奨法」の有効性を、実装科学（Implementation Science）の視点から論じる。ランダム化比較試験（ACCESS-1）の成果を踏まえ、病院での実装戦略（ACCESS-2研究）を経て、日常診療に定着させるためのがん検診勧奨プロジェクト（ACCESS プロジェクト）を中国地方5県で展開している。本稿では、精神科医療において身体的健康を守るための実装戦略について記述する。

1 緒論：精神障害を抱える
人の「健康格差」

現代の精神科医療において、最も解決すべき倫理的・医学的課題の一つは、精神障害を抱える人の「身体的健康の不平等」である。WHO（世界保健機関）の報告や近年の国際的なメタ解析によれば、統合失調症や双極性障害などの重度精神障

害（Severe Mental Illness: SMI）を有する患者の平均余命は、一般住民よりも10年から20年短いことが一貫して示されている（文献1）。この衝撃的な事実、精神症状のコントロールに主眼を置いてきた従来の精神医学に対し、患者の「健康」をいかに守るかという重い問いを突きつけている。統合失調症などの重度精神障害のある患者の死亡リスクは、自殺や事故も当然リスクが高いが、全体としての影響を考慮すると、虚血性心疾患や糖尿病に関連する合併症、そして悪性新生物（がん）がその主因である。デンマークにおける大規模なレジストリ調査によれば（文献2）、精神障害を

Masatoshi INAGAKI et al.

1) 島根大学医学部精神医学講座

2) 岡山大学学術研究院医療開発領域 精神科神経科

連絡先：〒693-8501 島根県出雲市塩冶町89-1

島根大学医学部精神医学講座

有する群の悪性新生物による死亡レート比は、非障害群と比較して1.3~1.5倍と高いことが報告されている。メタ解析（文献3）でも統合失調症のある患者と地域住民のがん死亡を比較した結果、15研究から統合失調症患者の標準死亡比は1.4と高く、ハザード比を算出した4研究でも1.5と高い結果であった。

わが国においても、精神障害を抱える患者の数は年々増加傾向にあり、令和6年度版の障害者白書によれば約614万人に上る。これは国民の約10人に1人が何らかの精神的困難を抱えていることを意味する。さらに、この精神障害を抱える人達の年齢構成を見ると、約半数を50歳以上の「がん好発年齢層」が占めるようになっている。これらの現状を鑑みると、精神科医療の現場においてがん対策を講じることは、もはや避けて通れない喫緊の課題と言える。

2 精神障害を抱える人の「がん医療格差」

精神障害を抱える人におけるがん医療の問題は、単に「病気になりやすい」という問題ではない。ここに、極めて深刻な「格差」が存在する。

2.1 罹患率は同程度だが死亡率が高いというパラドックス

疫学的な統計研究によれば（文献4）、統合失調症患者におけるがんの「罹患率（発生率）」は、一般住民と比較して同等、あるいは一部の部位（前立腺がんなど）ではむしろ低い傾向さえ報告されている。例えば、デンマークのコホート研究では、男性の罹患レート比は0.89、女性は1.03と、一般住民と大差ないことが示されている。しかし、その一方で「死亡率」に目を向けると、標準化死亡比（SMR）は1.4~1.5倍と有意に上昇する。つ

まり、「がんになる確率は同じだが、がんで死ぬ確率が高い」というパラドックスが生じているのである。

2.2 診断の遅れと治療アクセスの障壁

なぜ、死亡率だけが高いのか。その要因の一つは「発見の遅れ」にある。我々は、日本のDPC（Diagnosis Procedure Combination）データとがん登録のデータを基に、大腸がんが発見された際のステージを、統合失調症のある人と、精神障害のない人で比較したところ（文献5）、統合失調症のある人は、がんがより進行したステージで発見されていることを示した。また、この研究では、発見時のステージを統一したとしても、その後の外科的手術や化学療法といった積極的治療の受療率が統合失調症のある人では有意に低いことを示した。これには、精神症状による治療協力の困難さ、副作用への懸念、あるいは医療者側の無意識のバイアス（Diagnostic Overshadowing：身体症状を精神障害のせいにして見過ごすこと）など、多層的な要因が絡み合っているかもしれない（文献6）。

このように、予防（検診）から診断、治療、緩和ケアに至る全てのフェーズにおいて、精神障害を抱える人は「標準的な医療」を享受できていない。これが「がん医療格差」の本質である。

3 がん検診受診率における格差の実態

がん医療格差を解消するための最も基本的かつ効果的な戦略は、早期発見を可能にする「がん検診」の受診率向上である。しかし、ここにも大きな壁が存在する。

3.1 国際的な比較と国内の現状

メタ解析によると（文献7），精神障害を抱える人の大腸がん検診や乳がん検診の受診率は，一般住民と比較してオッズ比で0.6程度にまで低下している。

我々が岡山県で行った調査でも（文献8），この傾向は顕著であった。岡山市民全体の検診受診率と比較して，精神科外来通院中の統合失調症患者の受診率は，大腸がん，胃がん，乳がん，肺がんのいずれにおいても約半分，あるいはそれ以下という低い水準に留まっていた。具体的には，大腸がん検診において一般住民が約40％であるのに対し，患者群は約25％であった。精神障害を抱える人に対してがん検診を受診するよう勧奨するための介入方法は，世界的にもこの時点では開発されていなかった（文献9）。そのため，下記の文脈の理解や，現場の医療者・患者の意見を取り入れ，日本の実臨床場面に沿い，実装可能な介入方法を作成することとした。

3.2 なぜ検診を受けられないのか：文脈の理解

この格差の背景を探るため，患者および医療従事者へのインタビューを実施したところ，いくつかの障壁が浮き彫りになった。

- 認知・情報面：市町村から届く封筒の内容が難解で，自分に関係のあることだと認識できない。認識しても，手続き等がよくわからない。
- 心理・症状面：集団検診の場での対人不安や，幻覚妄想状態による受診拒否。
- 経済・物理面：交通手段の欠如や，自己負担金への不安。
- 医療システム面：精神科主治医が身体的健康管理まで手が回らない，あるいは身体

科の診療科が精神障害を抱える患者の受け入れに消極的・困難である。

これらの障壁は，単なる「個人の努力不足」ではなく，社会制度や医療提供体制の不備に起因するものである。

4 実装科学（Implementation Science）の導入

これまで，精神障害を抱える人の身体的健康を守るための取り組みは，個々の熱心な医療従事者の努力に依存してきた。しかし，それでは持続性や普遍性に欠ける。そこで注目されるのが「実装科学」という学問領域である。

4.1 実装科学とは何か

実装科学とは，「エビデンスに基づいた介入法（EBI）」を日常的な診療や保健活動に定着（実装）させるための方法を研究する学問である。

臨床医学が「何が有効か（What）」を明らかにするのに対し，実装科学は「いかに届けるか（How）」を重視する。地域住民を対象とすると「がん検診が有効である（EBI）」ことは既に自明である。しかし，それが，統合失調症を抱える人達で見ると実際に患者に届いていないことが問題なのである。したがって，この格差を埋めるための「実装戦略（Implementation Strategy）」を開発し，その成果を「実装アウトカム（採用度，忠実度，持続性など）」で評価することが求められる。

4.2 ACCESS 勧奨法の開発

我々の研究チームは，精神科外来の限られた時間の中で，多職種が協力して実施できる「がん検診勧奨パッケージ」として「ACCESS 勧奨法」を開発した（文献10）。この手法は，市町村のが

ん検診について市報などで広報するような「パンフレットの配布」に留まらず、以下の具体的なステップで構成されている。

1. 場の設定： 精神障害を抱える患者が定期的に受診する精神科外来場面で実施，精神科外来の医療従事者は患者の症状や特性をよく理解している利点がある。
2. 教育的介入： 認知機能障害のある患者にも分かりやすくデザインされた資料を用い，検診の必要性を説明する。
3. ナビゲーション支援： 検診場所の選定，予約，無料クーポン券の取得手続きをスタッフが補助する。
4. フォローアップ： 次回の外来時に受診の有無を確認し，未受診の場合は再度励ます（リマインダー）。

5 ACCESS-1 研究：ランダム化比較試験による有効性の証明

この ACCESS 勧奨法が実際に受診率を向上させるのかを検証するため，精神科外来に通院している40歳以上の統合失調症患者を対象としたランダム化比較試験（ACCESS-1 study）を実施した（文献11）。先に述べたように，これは，一般地域住民では既に効果が確立した「がん検診」を，統合失調症患者にも「実装する」ための研究とも言える。

5.1 研究デザインと介入内容

対象者を「通常ケア群（市町村からの通知のみ）」と「ACCESS 介入群（ケースマネジメントによる勧奨）」に無作為に割り付け，1年間の大腸がん検診受診率を比較した。介入群では，精神保健福祉士や看護師が，前述のナビゲーション支

援を外来診療の合間に行った。実装可能性を考慮し，介入内容を，現場の精神科医療者とともに，実臨床場面で実施可能な内容となるようあらかじめ検討した。

5.2 効果の検証（受診率の向上）

結果，通常ケア群の受診率が11.8%であったのに対し，ACCESS 介入群の受診率は47.1%に達した。この数値は，一般住民の受診率（約44%）と同等なまでの受診率の向上を示しており，適切な支援があれば精神疾患患者であっても一般住民と同等，あるいはそれ以上の予防行動を取り得ることを証明した。

また，この介入は患者の精神症状を悪化させることなく，むしろ「自分の健康を気遣ってもらえている」という治療関係の深化（ラポールの形成）にも寄与したことが副次的な効果として確認された（文献12）。

6 ACCESS-2 study：実臨床場面（病院）への社会実装

ACCESS-1 研究で証明されたのは研究セッティングで実施した「特定の条件下での有効性（Efficacy）」である。しかし，特定の精神科外来で効果が検証されたからと言って，一般的な精神科病院で，そして，さらには日本中の全ての精神科病院で同じことができるわけではない。次に必要なのは，より多様な実際の臨床場面で，この手法をいかに定着させるかという「実装（Implementation）」のステップである。そこで，ACCESS-1 研究で行った患者に対する介入を，実臨床場面の病院で実施可能かどうかを検証するための研究を「ACCESS-2 研究」として行った（文献13）。

6.1 ACCESS-2 study：実臨床場面（病院）への実装

この研究は、統合失調症のある患者への介入効果の検証（ACCESS-1 研究）とは異なり、病院スタッフに対して教育的な介入等（病院場面への実装戦略）を行うことで、実臨床場面の病院スタッフが、その病院の患者に対してがん検診受診勧奨を行うようになるか、を検討するものである（ACCESS-2 研究）。ACCESS-1 研究で効果が検証された介入方法をそれぞれの病院で導入するためにはその病院の仕組みやリソースに基づき適応（Adaptation）も必要となる。

6.2 病院への実装戦略の開発：ERIC フレームワークの活用

各医療機関で実装を推進するために、我々は「エキスパートによる実装戦略の推奨（ERIC）」という国際的なフレームワーク（文献14）に基づき実装戦略を開発した。このフレームワークでは、「評価的・反復的戦略を用いる」、「対話型の援助を提供する」、「背景に合わせて調整する」、「ステークホルダー間の結びつきを構築する」、「ステークホルダーの訓練と教育」、「臨床家を支援する」、「消費者に働きかける」、「金銭的な戦略を活用する」、「制度、基盤を整える」等が挙げられる。

そこで、ACCESS-2 研究の戦略として、実際に導入した内容の一部を以下に示す。これらの実装戦略については、研究の中では Proctor の Reporting Framework に沿って、用いた実装戦略の要素ごとに、行為者、行動、行動の対象、時系列、影響を受けるアウトカム等について記述し整理した（文献13）（本稿では省略）。

- リーダーシップの確立： 病院長や看護部長を巻き込み、組織として「がん検診を勧

めること」を業務の一部として位置づける。

- 教育ビデオと資材の提供： 多忙な現場でも短時間で手順を習得できるよう、スタッフ向け学習ツールを整備する。
- 双方向の対話と調整： 定期的なミーティング（ファシリテーション）を通じて、現場で生じた困難（例：人手不足、調整の煩雑さ）を共有し、解決策を共に考える。
- ニュースレターによるフィードバック： 各施設の取り組み事例を紹介し、モチベーションの維持を図る。

6.3 病院への実装戦略の効果

本研究では、実装戦略を開発し、介入がその病院で実装できたか、を測定することを目的としている。そのため、実装戦略のアウトカムとして、参加した病院が、勧奨対象とする患者のうちどの程度の患者に実施できたか（浸透度）、実装戦略の要素のうちどれが実施できたか（忠実度）とした。ただ、この研究では、既に本研究に強く興味を持ってくださった病院に参加を依頼し、結果、依頼した全6施設が勧奨を実施したため、どのぐらいの病院がこの勧奨法を採用してくれたかという指標「採用度」は、不明である。結果、浸透度については、33%から100%の間となっており、概ね、想定した浸透度を満たし、実装戦略が機能したと言える判断している。ただし、1日あたりの患者数が多く、相対的に外来スタッフの数が少ない規模の大きい病院では浸透度が低い傾向にあるなどの課題も明らかとなった。

7 中国地方5県での多施設共同研究

現在展開している「ACCESS プロジェクト」は、ACCESS-2 研究の結果を受け、病院レベル

への実装をさらに広く地域レベルで実装できるか、その実装戦略を作成し、その効果を確認するためのものである。広島、岡山、島根、鳥取、山口の中国地方5県にまたがる精神科医療機関を対象とした大規模な実装研究である (文献13)。ACCESS-1 研究が「患者に対する介入」、ACCESS-2 研究が「医療施設・医療者への介入」と考えることができ、このACCESS- プロジェクトは「地域全体の医療施設、つまり地域への介入」と考えることができる。

8 考察：持続可能なシステム構築に向けて

これまでの歩みを通じて、精神疾患患者におけるがん医療格差は、克服可能な課題であることが見えてきた。しかし、これを一時的な「研究プロジェクト」で終わらせず、持続可能な「社会制度」へと昇華させるためには、さらなるハードルがある。

8.1 モニタリングシステムの必要性

現在、多くの精神科病院において、患者が地域でがん検診を受けたかどうかを把握する手段は、本人への問診やカルテの遡及調査に限られている。これをより効率化するためには、市町村が保有する検診データと医療機関のデータを個人情報に配慮しつつ連携させるシステムの構築が望まれる。実装科学において「評価」は改善のサイクルを回すためのエンジンであり、客観的なデータをリアルタイムで把握できる体制は不可欠である。

8.2 精密検査と治療へのシームレスな連携

検診受診率の向上は、あくまでスタート地点に過ぎない。検診で「要精検」となった患者が、スムーズに身体科を受診し、必要な検査や治療を受

けられるような「地域連携パス」の整備が必要である。特に精神科病院と一般病院の間の心理的・制度的距離を縮めることが、最終的なアウトカムである「死亡率の低減」に直結する。

8.3 公衆衛生としての意義と倫理的責務

精神障害を抱える患者の身体健康を守ることは、単なる医療サービスの問題ではなく、基本的人権と社会正義の問題である。国連の「障害者の権利に関する条約」第25条には、障害者が他の者と同等の水準及び質の保健医療を享受する権利が明記されている。精神障害を理由に、予防可能・治療可能な疾患で命を落とすことが放置される社会は、真に成熟した社会とは言えない。

本実装研究 (一連の ACCESS 研究：患者個人への実装、病院への実装、そして地域への実装) は、こうした国際的な要請に応えるとともに、わが国の精神保健福祉の質を底上げするための先駆的な試みである。

9 結 論

本論文では、精神疾患患者におけるがん医療格差の現状を概観し、それを是正するための実装科学的アプローチについて詳述した。

ACCESS-1 研究によって証明された「ケースマネジメントによる検診勧奨」の有効性は、これまで「困難である」と思われてきた精神障害者の健康行動変容が、適切な環境調整と支援があれば十分に可能であることを示した。そして現在進行中の ACCESS プロジェクトは、その効果を地域全体の医療システムへと定着させるための実装研究の段階にある。

精神科医療がその専門性を深化させつつ、同時に身体科や地域社会と手を取り合うことで、初め

て患者の「健康」を守ることができる。中国地方5県から発信されるこの実装モデルが、将来的に日本全国、そして世界の精神科医療における標準的なケアとなるよう努力していく。

謝辞

本稿は、厚生労働省科学研究費補助金・がん対策推進総合研究事業（H30-がん対策-一般-006, 21EA1013, 23EA1031；研究代表者 稲垣正俊）、JSPS科研費（23K09741；研究代表者 藤原雅樹；23K09549；研究代表者 稲垣正俊）の助成を受けた研究の結果に言及している。ACCESS studyの実施に際しては、日本がん支持療法研究グループ（J-SUPPORT）の支援を受けた。ACCESS-2 studyに際しては、健康格差是正のための実装科学ナショナルセンターコンソーシアム（N-EQUITY）、国立高度専門医療研究センター 医療連携

推進本部（Japan Health Research Promotion Bureau: JH）横断的研究推進費（JH2019-(1)-4）およびJH横断的事業推進費（JHP2022-J-02）の支援を受けた。ここに深謝する。また、多くの患者、多くの病院とスタッフ、地域の行政機関、そして様々な領域の研究者の皆様の協力をいただき実施してる。

利益相反

本原稿と直接関係はないが、稲垣は以下の講演料等をえている。講演料：ヴィアトリス製薬株式会社；奨学寄附金：大塚製薬株式会社；共同研究：第一生命ホールディングス株式会社

藤原は、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

参 考 文 献

- 1) Hjorthnøj C, et al. Years of potential life lost and life expectancy in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2017; 4(4): 295-301.
- 2) Erlangsen A, et al. Cause-specific life-years lost in people with mental disorders: a nationwide, register-based cohort study. *Lancet Psychiatry*. 2017; 4(12): 937-945.
- 3) Zhuo C, et al. Cancer mortality risk in schizophrenia: a meta-analysis of cohort studies. *BJPsych Open*. 2017; 3(1): 13-20.
- 4) Toender A, et al. Cancer incidence and mortality in people with severe mental illness. *Schizophrenia Research*. 2018; 195: 483-490.
- 5) Fujiwara M, et al. Impact of Schizophrenia Spectrum Disorders on the Receipt of Invasive and Systemic Therapy for Colorectal Cancer: A Nationwide Multicenter Retrospective Cohort Study in Japan. *Acta Psychiatr Scand*. 2026; 153(3): 191-199.
- 6) Irwin KE, et al. Cancer care disparities in people with severe mental illness: state of the science and next steps. *Cancer*. 2014; 120(21): 3283-3293.
- 7) Solmi M, et al. Lower cancer screening rates in people with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2019; 6(2): 119-131.
- 8) Fujiwara M, Inagaki M, et al. Cancer screening rates in people with schizophrenia in Japan: a cross-sectional study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2017; 71(10): 714-726.
- 9) Barley EA, et al. Interventions for encouraging cancer screening in people with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016; 9: CD011082.
- 10) Fujiwara M, et al. Case management to encourage cancer screening for people with schizophrenia (ACCESS): study protocol for a randomized controlled

- trial. *BMJ Open*. 2019; 9: e026656.
- 11) Fujiwara M, et al. Effect of case management on colorectal cancer screening in people with schizophrenia: a randomized controlled trial (ACCESS study). *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2021; 144(6): 582-593.
- 12) Yamada Y, Fujiwara M, et al. Process evaluation of a case management intervention to encourage colorectal cancer screening among people with schizophrenia: a mixed-methods study. *BMJ Open*. 2022; 12: e058693.
- 13) Fujiwara M, et al. Implementing a colorectal cancer screening promotion program for people with schizophrenia: a protocol for a multi-center implementation study (ACCESS-2 study). *Implementation Science Communications*. 2024; 5: 45.
- 14) Powell BJ, et al. A refined compilation of implementation strategies: results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) project. *Implementation Science*. 2015; 10: 21.