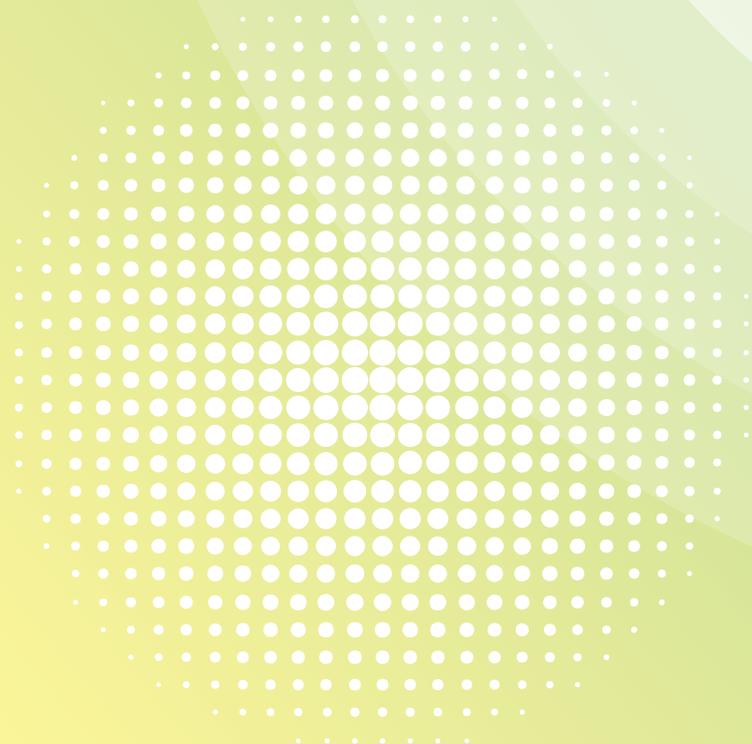


# がん医療における 自殺対策の手引き

2025年度版





## 序文

わが国における自殺は、依然として重大な社会課題の一つです。自殺対策基本法および自殺総合対策大綱に基づく総合的な取り組みにより、自殺者数は長期的には減少傾向にありますが、今なお年間約2万人の尊い命が失われています。なかでも、がんという疾患と向き合う過程にある人々が抱える精神的・身体的・社会的苦痛は深刻であり、がん患者における自殺リスクの高さは、国内外の研究からも繰り返し示されています。

一方、がん医療は近年大きく進歩し、治療成績の向上とともに「がんと共に生きる」時代を迎えています。その中で、がん患者とその家族が安心して療養生活を送るためには、身体的治療のみならず、こころのケアを含めた包括的な支援が不可欠です。特に、がんの診断・告知直後、病状の進行や治療方針の転換時、さらには治療後の長期サバイバーの時期など、人生に大きな影響を及ぼす局面においては、自殺予防の視点をもった医療の関わりが強く求められます。

国立がん研究センターでは、2019年度に「がん医療における自殺対策の手引き」を作成し、全国のがん医療に携わる医療従事者に向けて注意喚起と知識の普及を図ってまいりました。その後、全国がん登録情報の利活用が進み、わが国の実情に即したがん患者の自殺に関する疫学的知見が蓄積されてきました。これらの成果を踏まえ、このたび本手引きを改訂し、最新の科学的知見と臨床現場での経験を反映した2025年度版として取りまとめました。

本改訂版では、がん診断直後に自殺リスクが著しく高まること、進行がんや治療後のサバイバー期においても固有のリスクが存在することなど、それぞれの時期ごとの特徴を整理するとともに、すべての医療従事者が担うべき基本的な姿勢と、多職種・多機関が連携した支援の重要性を明確に示しています。また、がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針において、自殺対策が重要な要件に位置付けられた現在、本手引きは各医療機関における具体的な体制整備や実践を支える指針としての役割を担うものです。

本手引きが、がん医療の現場で日々患者と向き合う医療従事者の皆さまにとって、気づきと行動につながる一助となり、がん患者とその家族が「誰も自殺に追い込まれることのない」医療・社会の実現に近づくことを心より願っております。

結びに、本手引きの作成・改訂に尽力された研究者、医療従事者、関係者の皆さまに深く敬意を表するとともに、今後も国立がん研究センターとして、がん医療におけるこころのケアと自殺対策の推進に取り組んでまいります。

令和8年3月

国立研究開発法人 国立がん研究センター  
理事長 間野 博行

## がん対策における本手引きの位置づけ

わが国のがん対策は、がん対策基本法およびがん対策推進基本計画に基づき、がんによる死亡の減少のみならず、がん患者およびその家族が安心して生活を送ることができる社会の実現を目標として進められてきました。近年、治療成績の向上と生存期間の延長により、がんは「治療する疾患」とすると同時に、「長く向き合う疾患」となり、診断後から治療中、治療後に至るまでの療養生活の質を支える包括的な支援の重要性が、これまで以上に強く認識されるようになってきました。その中で、がん患者における自殺の問題は、がん医療の質と安全、さらには患者の尊厳に深く関わる重要な課題として位置づけられます。

国立がん研究センターがん対策研究所は、がん予防・検診、がん医療、がんと共生に資するエビデンスを創り、ニーズに応えたがん対策につなげ、すべての人に確かな情報を届け、がん対策の実装とその支援を行うことを重要な使命としています。本手引きは、がん患者の自殺に関する国内外の知見を整理するにとどまらず、がん診療連携拠点病院等における体制整備、多職種連携、院内外の連携フローの構築など、がん対策の実装を支える実践的指針として取りまとめられたものです。この点において、本手引きは研究と政策、そして臨床現場を結びつける役割を担うものと位置づけられます。

また、2022年に改訂された「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」において、がん患者の自殺リスクに対する施設としての対応が求められたことは、がん対策の中で自殺対策が明確に位置づけられた重要な節目であると言えます。各医療機関がこうした制度的要請に応えつつ、自施設や地域の実情に応じた具体的な取り組みを検討・実装するための共通基盤として、本手引きが活用されることを期待しております。

がん患者の自殺予防に関しては、依然としてエビデンスが十分とは言えない領域も多く、すべての自殺を防ぐことには限界があることも事実です。しかしながら、現時点で得られている知見を共有し、医療従事者一人ひとりが気づき、連携し、支援につなげる体制を整えることは、がん対策として取り組むべき重要な責務です。本手引きが、全国のがん医療の現場において、患者と家族の苦痛にいち早く気づき、適切な支援を届けるための一助となることを心より願っております。

令和8年3月

国立研究開発法人 国立がん研究センター  
がん対策研究所長 松岡 豊

# 発刊によせて

## わが国の自殺総合対策におけるがん患者への自殺対策

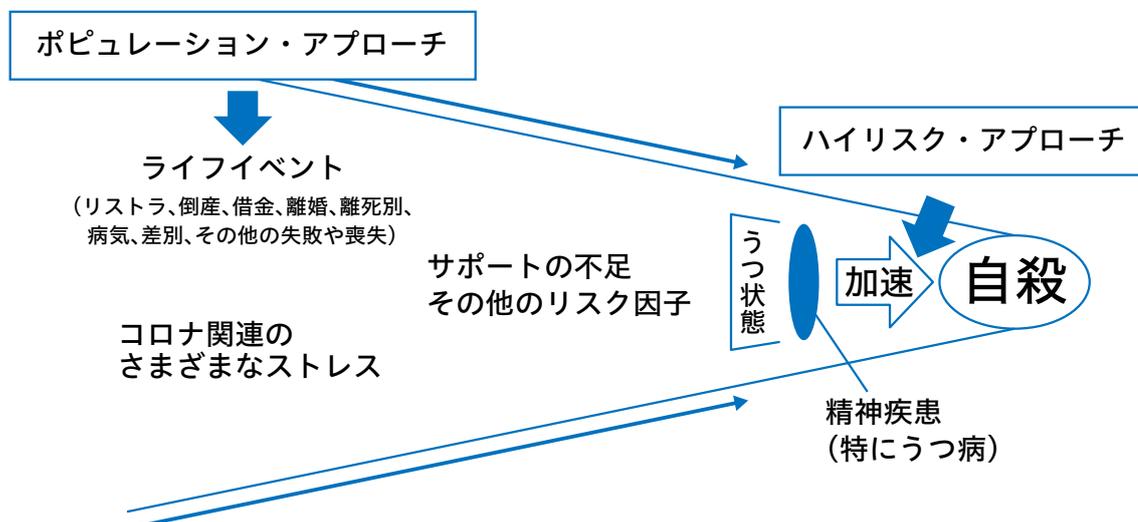
### 自殺対策基本法について

日本では、1998年に自殺者が激増し、統計史上初の年間自殺者3万人超えを記録した。その状態が14年間も続く中、2006年に自殺対策基本法が成立した。そして、翌2007年にそれに基づく国の指針である自殺総合対策大綱が閣議決定され、国全体の自殺予防対策が動き出した。自殺対策基本法は、自殺を社会的な問題と位置づけ、国を挙げてその対策に取り組むことを謳う画期的なもので、世界に類を見ないものであった。その成立の背景には、NPO法人自殺対策支援センターライフリンクによる10万人署名を始めとする民間団体の活動と、自死遺族・遺児の問題に対する国会議員の意識の高まりがあった。1998年の自殺者激増の背景には、1997年の“山一ショック”に象徴される甚大な経済危機があり、激増の主体は中高年の働き盛りの男性であった。その状態が10年以上も続く中で、遺族・遺児の問題もまた大きな社会的問題として浮かび上がっていたのである。

自殺対策基本法の大きな特徴は、自殺を個人的な問題ではなく社会的な問題として捉えるところにある。自殺の背景にはさまざまな社会的要因があり、「社会的に追い込まれた末の死」という認識である。この認識に立てば、あらゆる社会活動が自殺に関係することとなり、自殺予防はすなわち、生きやすい社会作りを目指すことになる。実際、2016年の自殺対策基本法の改正では、「自殺対策は、生きることの包括的な支援」と明記された。

一方、精神医学的には、自殺者の90%以上が自殺時に何らかの精神科診断がつく状態であったことが知られていたが<sup>(1)</sup>、自殺対策基本法では精神保健の問題は最重要課題とは位置づけられず、多領域にわたる総合的な対策が強調された。先進諸国の自殺予防対策は、うつ病対策を始め精神保健対策(いわゆるハイリスク・アプローチ)から進めていくのに対して、日本の場合は社会的な取り組みから広げていく、いわゆるポピュレーション・アプローチ(公衆衛生アプローチとも言う)が重視された点が特徴的である(図1)。

図1. 自殺予防の2つのアプローチ (筆者作成)



日本が採ったこの方策は多大な予算と人員を必要とするが、2006年の法律制定によってそれが可能になったわけである。その成果はどうだったか？実際に動き出したのは2007年の自殺総合対策大綱策定後であるが、その5年後、2012年には15年ぶりに年間自殺者が3万人を下回り、以後、コロナ禍が始まる前の2019年まで順調に自殺者数は減り続けていた。総合的・包括的な対策が同時進行的に行われたため、どの対策がより有効であったかを評価することはできないが、自殺対策基本法の理念に基づく総合的な対策が奏功したことは間違いないと言える。

## 自殺総合対策大綱について

自殺対策基本法が、自殺を社会的な問題として考えるという理念を謳う法律であるのに対して、自殺総合対策大綱はその法律の理念を具現化するための国の指針である。2007年に初めて策定され、5年ごとに改定がなされている。

2007年の大綱では9つの重点施策が掲げられた—「1.自殺の実態を明らかにする、2.国民一人ひとりの気づきと見守りを促す、3.早期対応の中心的役割を果たす人材を養成する、4.心の健康づくりを進める、5.適切な精神科医療を受けられるようにする、6.社会的な取組で自殺を防ぐ、7.自殺未遂者の再度の自殺を防ぐ、8.遺された人の苦痛を和らげる、9.民間団体との連携を強化する。」

改定のたびに重点施策が追加されており、イメージとしては、図1のポピュレーション・アプローチから始まって、段々とさまざまな高リスク対策が追加されてきたという流れである。がん患者の自殺対策については、2017年の改定で初めて明記された。それまでは「適切な精神科医療を受けられるようにする」という大項目の中に「慢性疾患患者等に対する支援」という項目があったが、2017年の改定では、その大項目が「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」に代わり、その中に「がん患者、慢性疾患患者等に対する支援」が配置されたのである。2022年の改定でもそれは継続され、わが国の自殺総合対策において、がん患者の自殺対策は重点課題の一つに位置付けられている。

## がん対策基本法について

がん対策基本法は自殺対策基本法と同じ年、2006年に成立した。翌2007年に行動計画である「がん対策推進基本計画」が閣議決定され、国全体のがん対策が動き出した。この第1期基本計画では、「がんによる死亡者の減少」と「すべてのがん患者およびその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上」が全体目標に掲げられ、2012年の第2期基本計画では「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」が全体目標に加えられた。さらに2017年の改定に向けての議論の中で、がんと共に生きる時代の患者のQOL(quality of life)がより一層重視されるようになり、自殺予防にも目が向けられるようになった。そして、2017年に発表された第3期基本計画で初めてがん患者の自殺問題が取り上げられた。

上述のように自殺総合対策大綱でもほぼ同時期にがん患者の自殺問題が取り上げられた。片やがん医療の現場の声から指摘された自殺問題(ハイリスク・アプローチ)と、片やポピュレーション・アプローチから出発した自殺総合対策大綱の同時期の邂逅は実に興味深いことだが、ともあれこの邂逅によって、がん患者の自殺研究ならびに予防対策がそれまで以上に進展したことは間違いない。(ちなみに、この2つの法律とも故・山本孝史議員が中心になって立案したものであった。

山本議員はあしなが育英会の前身とも言える交通遺児育英会事務局長の経歴を有し、その経験から自殺とその遺児の問題に深く関心を寄せた。また、自身ががんになったことによってがん医療の推進と均てん化に尽力した。そのような背景を持つ2つの法律が接点を持ち、がん患者のQOL向上と自殺予防につながる流れを見ることは大変感慨深い。）

2023年の第4期基本計画でもがん患者の自殺対策は重要課題に位置付けられ、がん相談支援センターの拡充が目指されている。同時に、2022年に改訂された「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」ではがん診療連携拠点病院の指定要件として「がん患者の自殺リスクに対し、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」が追記された。ハード面の整備だけではなく、ソフト面の充実が求められている。それを支えるのが本手引きであり、がん診療現場での自殺予防対策の歩が進められる礎になっている。

### がん患者の自殺について

日本では、自殺容認論ならびに自殺の自己責任論の社会文化的意識が根強いと感じる。そのメンタリティの背景には切腹文化の名残があると筆者は考えている。「責任を取って腹を切る」などの表現が今なお日常会話で通じるのがその証左である。WHOが自殺率(人口10万対)15以上を最高位国に分類しているが、慢性的に自殺率が15以上である日本はその常連国である<sup>(2)</sup>。そのような中、がん患者の自殺は自殺容認論と自己責任論で片付けられてしまうのではないかと危惧している。

私たちはがん患者の自殺の実態を知るべきである。がんの告知を受けた後、半数以上の人が適応反応症(適応障害)もしくはうつ病の状態になることはよく知られているが、がん患者の自殺にそのようなメンタル不調が介在しているのであれば、それは絶対に治療やケアの対象になる。がん患者のメンタル面に配慮やケアが向けられることが自殺予防につながるのである。

他方、メンタル不調の介在しない自殺があるのも事実である。安楽死がその代表であるが、それを認めるかどうかは国全体で広く深く議論されなければならない。日本では安楽死が法制化されていない現在、少なくとも医療従事者は自殺予防の姿勢で日々の仕事に向かうべきである。個人的にも、日本自殺予防学会としても、少しでも自殺が減ることを願って止まない。

一般社団法人 日本自殺予防学会 理事長  
国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 所長  
張 賢徳

### ■引用文献

- (1) Bertolote, J. M., & Fleischmann, A. (2002). Suicide and psychiatric diagnosis: A worldwide perspective. *World Psychiatry*, 1(3), 181–185.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1489848/>
- (2) World Health Organization. (2014). Preventing suicide: A global imperative. World Health Organization.  
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/131056>

## 発刊によせて

“患者にがんという病名を伝えたら絶望して治療を諦めたり自殺してしまうのではないか？”、がん告知が一般的でなかった時代に多くの医療従事者、家族が心配していたことだ。この心配のかたわらで、人権意識の高まり、医師患者関係の変化、医療の進歩による選択肢の増加などさまざまな背景から、1973年の「患者の権利章典(アメリカ病院協会)」、1981年の「患者の権利に関するリスボン宣言(世界医師会)」など、国際的にインフォームド・コンセントが臨床現場に求められるようになった。“がん告知”を行うべきか真剣に議論されたのはこの時期で、1977年に米国メモリアル・スローン・ケタリングがんセンターに精神科部門が設立され、1986年に国際サイコオンコロジー学会が創設された背景の一端に、“がんを伝えたら絶望して自殺してしまうのではないか？”という臨床疑問があったのは間違いないだろう。

自己決定の意識が欧米と多少異なる日本でも“がん告知”、インフォームド・コンセントの潮流は約10年遅れで広まった。1990年初頭の“がん告知”率は約20%だったが、2007年のがん対策基本法施行前後の時期には70%、2016年の調査では90%以上となっている。“がん告知”の是非を問う時代は終わり、がんを伝えたい患者をいかに支えていくかを考える時代となったと言える。国内では1986年に日本臨床精神腫瘍学会(後の日本サイコオンコロジー学会)が、1995年に国立がんセンター研究所支所に精神腫瘍学研究部が創設され、このテーマへの体系的な取り組みが始まった。

精神腫瘍学の基盤ができたことにより、がん患者の精神的苦痛に関する実態調査と研究が進み、がん患者のうつ病や適応反応症(適応障害)の有病率が一般人口より高いことや、がん患者の希死・自殺念慮には抑うつだけではなく痛みや身体機能の低下が関連することが明らかとなった。適応反応症(適応障害)とうつ病以外にも、せん妄や死別後悲嘆など、自殺と関連する精神状態についての研究が行われている。またうつ病や適応反応症(適応障害)をスクリーニングし、がん患者特有の問題に配慮しつつ精神療法や薬物療法を行う方法も開発された。“がん告知”のショック(心理的衝撃)をいかに和らげるかについても研究されており、悪い知らせを伝える際のコミュニケーション技術を学ぶ方法も開発され、国内外のがん治療医がコミュニケーション技術に関する研修を受けられるようになった。

がんを伝えたい患者をいかに支えていくかを考える時代に、これらの研究結果は徐々にがん診療や病院の体制に反映された。がん診療連携拠点病院等では気持ちのつらさのスクリーニングや精神症状に対応する医師や公認心理師の配置が求められ、サイコオンコロジスト(精神腫瘍学を専門とする医師や心理職、看護師など)が、がん診療において重要な役割を担うこととされている。また精神腫瘍学が緩和ケアの制度に深くかかわっていることが日本の緩和ケアの特色だが、2002年に導入された「緩和ケア診療加算」では緩和ケアチームには精神症状担当医が必要とされた。2008年以降、15万人以上の医師(2024年時点)が修了した緩和ケア研修のプログラムでは日本緩和医療学会と日本サイコオンコロジー学会がプログラム開発当初から協働しており、気持ちのつらさ、せん妄、コミュニケーションの精神腫瘍に関する研修が行われている。

これらの研究成果とそれに基づく診療体制の整備は素晴らしいものだが、うつ病などそれぞれの問題と自殺との関係を探るアプローチだけでは、“がんを伝えたら絶望して自殺してしまうので

はないか？”という当初の疑問に答えるには不十分である。なぜなら自殺という事象には、精神医学的背景のみならず、個別の心理特性や経験、社会背景、文化、環境などさまざまな要因が影響して発生することがすでに知られており、うつ病、痛みなど一つ一つの要因からのアプローチでは多要因全体の関連を見ることができないからである。これらの要因がどのように関連しているのか明らかにするためには、自殺という事象をエンドポイントとしたコホートが必要だが、比較的可成りまれな事象である自殺をエンドポイントにするには相当な大規模の集団が必要であり調査が非常に困難であった。しかし、2016年からがん登録等の推進に関する法律に基づく全国がん登録が開始されたことにより、すべての病院および都道府県に指定された診療所から悉皆的に収集された国内のがん患者データを用いて「人口動態統計」による自殺の死亡数と比較できるようになった。ここで初めて“がんを伝えたら絶望して自殺してしまうのではないか？”という疑問に、“がん患者の自殺は一般人口と比べ有意に多いため、がんを伝えたくて患者をいかに支えていくかを考える時代においては、注目して対策をとるべき問題である”と回答できたと言える。これまで構築されてきたがん患者の精神心理支援体制や、サイコオンコロジストの役割に自殺予防が改めて明確に加わった。2022年に改訂された「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」では、指定要件の一つとして「がん患者の自殺リスクに対し、院内で統一したフローを使用し、対応方法や関係機関との連携を明確化すること」が明記され、具体的な取り組みが進んでいる。

このようにがん患者の自殺に関する研究環境が整いつつあるとはいえ、まだ端緒にすぎないばかりである。今後、自殺をエンドポイントとした長期予後や関連要因を明らかにする研究、個別の事例を詳細に検討する研究、個別の要因の自殺への関連を明らかにする研究などを通じ、戦略的に自殺予防に取り組む方法を検討し、さらにその効果を検証していく必要がある。

自殺対策基本法に基づき策定され2017年に見直しが閣議決定された自殺総合対策大綱では、がん患者の自殺対策が重点課題のひとつとして位置付けられ、2017年10月に閣議決定された「第3期がん対策推進基本計画」では、初めて「がん患者の自殺」という課題が取り上げられた。こうした背景のもと、がん医療における自殺や自殺対策に関連する国内外の知見を整理し、医療従事者への注意喚起を目的として2019年度版の『がん患者の自殺対策の手引き』（初版）を2020年3月に発刊した。今回の改訂版は発刊から5年を迎え、全国がん登録情報の利活用が進み、国内におけるがん患者の自殺実態調査をもとにした新たな知見を加え、現時点で最善と思われる対策を記載し改訂したものである。本手引きが、がん診療現場における自殺予防対策を着実に推進するための実践的な指針となることを願っている。

日本サイコオンコロジー学会 代表理事  
がん・感染症センター 都立駒込病院 部長

秋月 伸哉

## I. 本手引きについて

1. 本手引き作成と改訂の背景	10
2. 本手引きを使用するにあたっての留意事項	11
3. 自殺関連用語の定義	12

## II. がん患者の自殺対策 総論

## III. がん患者の自殺対策 各論

1. わが国のがん患者の自殺実態調査	36
2. がん診断直後の自殺対策	44
3. 進行期（積極的治療中～中止前後、終末期）の自殺対策	50
4. サバイバー（治癒 / 病状が安定している時期）の自殺対策	58
5. AYA 世代がん患者の自殺対策	71
6. 患者自殺後の遺族と医療従事者に対する支援	79
7. がん診療における自殺の倫理的側面	84

## IV. 院内自殺対策の実践

## V. がん患者の自殺対策における今後の課題と展望

執筆者・外部評価者一覧	114
-------------	-----

### コラム

がん診療に携わる病院の自殺対策マニュアルおよびフローの推奨項目	30
頭頸部がん患者の自殺予防策樹立に向けて	42
自殺対策に係わる院内・地域連携体制の整備と研修	77
自殺予防と発生後の支援体制への期待	82
医療安全管理者としての自殺対策への関わり	96
卵巣がん患者会の活動で相談者の自殺を経験して	102

# I

---

本手引きについて

## I-1. 本手引き作成と改訂の背景

がん患者の自殺に関する懸念は、「がんという診断を受けた患者が絶望し、自殺に至るのではないか」という臨床的疑問から出発した。

1970年代から1980年代にかけて、インフォームド・コンセントの普及や患者の権利意識の高まりにより「がん告知」の是非が医療倫理の重要課題として議論されるようになり精神腫瘍学という学術領域の発展と並行して本問題が注目されるに至った。日本においても、1990年代以降、がん告知の普及とともに、がん患者の精神的苦痛、適応反応症(適応障害)、うつ病などのメンタルヘルスに関する実態調査と臨床対応が進展した。がん患者における精神疾患の高い有病率や、希死・自殺念慮が痛み・身体機能の低下・社会的孤立と関連することが報告されており、精神科的支援の必要性が強調されてきた<sup>(1)</sup>。

しかしながら、自殺という行為は、精神医学的病態のみならず、個々の心理特性、過去の経験、社会的文化的背景、経済的状况など複合的な因子が交錯して生起する現象であり、単一のリスク要因への介入だけではその全体像を把握することは困難である。従来の疾患単位での介入研究では限界があり、エンドポイントとしての「自殺」を対象とした疫学的研究が求められてきた。

2016年に全国がん登録制度が開始され、死因情報を含む国内のがん患者の情報が悉皆的に把握可能となったことで、全国規模のがん患者の自殺実態調査が実現した。これにより、がん診断後の患者において自殺リスクが一般人口と比較して有意に高いこと、特に診断後1か月以内のリスクが著しく上昇することが明らかとなった<sup>(2)</sup>。

この知見により、「がん告知後に自殺するのではないか」という長年の臨床的問いに対し、統計的裏付けをもって「対策を要する重要な公衆衛生課題である」と結論づけることが可能となった。政策面では、2016年の自殺対策基本法の改正において、がん患者の自殺対策が重点課題のひとつとして明示された。さらに2017年に閣議決定された自殺総合対策大綱(第3次)では、がん患者の自殺対策が重点施策に初めて取り上げられた。また、2022年に改訂された「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」では、「がん患者の自殺リスクに対し院内で統一したフローを用いた対応と連携体制の整備」が指定要件に盛り込まれ診療現場での制度的な対応が加速している。

これらの背景のもと、2020年3月に『がん医療における自殺対策の手引き(2019年度版)』(初版)が刊行された。その後、全国がん登録情報の利用の拡大により、新たな疫学的知見が蓄積され、また臨床現場における対策も進展した。今回の改訂版は、それら最新の知見を反映し、現時点で最善と考えられる対策を実践的にまとめたものである。本手引きは、がん医療に携わるすべての医療従事者に対し、自殺という重要課題への理解と対応力の向上を促す指針としての役割を担うものであり、今後の診療体制と教育・研究の推進に資するものであると考える。

### ■ 引用文献

- (1) 日本サイコオンコロジー学会・日本がんサポーターケア学会(編).(2024). がん患者における気持ちのつらさガイドライン 2024年版. 金原出版.
- (2) Kurisu, K., Fujimori, M., Harashima, S., Akechi, T., Matsuda, T., Saika, K., Yoshiuchi, K., Miyashiro, I., & Uchitomi, Y. (2023). Suicide, other externally caused injuries, and cardiovascular disease within 2 years after cancer diagnosis: A nationwide population-based study in Japan (J-SUPPORT 1902). *Cancer Medicine*, 12(3), 3442–3451.  
<https://doi.org/10.1002/cam4.5122>

## I-2. 本手引きを使用するにあたっての留意事項

本手引きは、がん医療に携わるすべての医療従事者および医療機関管理(責任)者を使用者として想定している。本手引きの主要な目的は、がん医療における自殺や自殺対策に関連する国内外の知見をまとめることで現状を明らかにし医療従事者への注意喚起を促すために知識の普及を図ること、今後の具体的な自殺対策に向けた課題を明らかにすることである。

本手引きは、がん医療に携わる医療従事者や医療機関の業務内容や診療内容の責務を規定しようとするものではないことに留意されたい。また、本手引きでは、各々の医療機関や地域の特徴などの多様性については考慮されていない。したがって、各医療従事者や医療機関においては、本手引きを参考にしたうえで各々の資源の実情を踏まえながら、がん患者の自殺対策を検討し、適用することが望ましい。

せん妄や認知機能低下等を合併した患者の自殺については、自殺か否か区別が難しい状況も存在しうするため、本手引きでは、自殺の原因としてせん妄等は扱わないこととする。ただし、せん妄が自殺に関連する可能性があるため、医療安全や自殺対策の観点から、一部で言及することとした。

自殺関連行動にはさまざまな要因が影響することが多く、がん患者の自殺に関する知見は非常に限られており、がん患者の自殺予防のための有効な介入方法は明らかになっていないのが現状である。そのため、現時点で適切と考えられる対策を講じてもすべての自殺を防ぐことには限界がある。本手引きの内容は必ずしも好ましい結果を保証するというものではなく、また、すべてのがん患者に対して画一的な対応を推奨するものではない。臨床における判断は患者の個別性に十分な配慮を行う必要があり、実際の個々の患者への対応は各患者や状況における判断を優先して医療チームが責任をもって決定すべきである。本手引きの内容に関して、いかなる原因で生じた障害、損失、損害に対しても筆者らは免責される。

本手引きの内容は手引きの作成時点における知見に基づいており、今後がん医療における自殺や自殺対策に関する最新の知見を基に記述を再検討し、一定期間で改訂していく必要がある。

本手引きの改訂にあたっては、令和4-6年度革新的自殺研究推進プログラムの委託研究費「がん患者の自殺に関する全国実態分析とがん診療病院自殺対策プログラムの検討」(JPSCIRS20220203)および厚生労働科学研究費補助金がん対策推進総合研究事業「がん患者の自殺予防プログラム開発とその実装に向けた教育研修に関する研究」(23EA1028)より費用を拠出しており、手引きで扱われている内容から利害関係を生じうる団体はもちろん、その他のいかなる団体からの資金提供も受けていない。

本手引きを日常の臨床やがん医療に携わる医療従事者の研修会等に活用いただき、各々の医療機関におけるがん医療における自殺対策へ役立てていただくことを期待したい。

### I-3. 自殺関連用語の定義

自殺関連行動を表す用語として、自殺、自殺未遂、自殺企図、自傷、希死念慮、自殺念慮などさまざまなものがあり、これらの用語についてその定義や相違は完全には確立されてはいない<sup>(1)</sup>。

本手引きでは、世界保健機関(WHO)の定義<sup>(2)</sup>に準じて、自殺、自殺未遂、自殺関連行動を以下のように定義する。自殺(suicide)とは、故意をもって自らの命を絶つ行為である。自殺未遂(suicide attempt)とは、その具体的手段がどうであれ、死に至らなかった自殺関連行動であり、死に至ることを意図していたかどうか、行為の結果がどうであったかに関わらず、自らの意思で行った服毒、外傷と自傷行為を指す。自殺関連行動(suicidal behaviour)とは、自殺しようと思えること、自殺する計画を立てること、自殺未遂、自殺を含む思考・行為である。しかしながら、自殺総合対策大綱において「自殺は、その多くが追い込まれた末の死」とされているように、自殺を「人が自ら命を絶つ瞬間的な行為としてだけでなく、人が命を絶たざるを得ない状況に追い込まれるプロセスとして捉える必要がある」ことに注意が必要である。また、自分自身の死を強くイメージすることや死を願望することを希死念慮とし、自殺をしようと思えることを自殺念慮とするなど<sup>(1)</sup>、希死念慮と自殺念慮は区別して使用されることもあり、英語の文献等においても”suicidal ideation”, “suicidal thoughts”, “desire for hastened death”などの自殺関連用語が存在するが、本手引きではこれらを区別せず、「希死・自殺念慮」と併記することとする。

遺族に関する表現については、「自殺」ではなく「自死」という表現を用いる<sup>(3)</sup>。

表1. 本手引きにおける自殺関連用語の定義

自殺関連用語	本手引きにおける定義
自殺	故意をもって自らの命を絶つ行為 <sup>(2)</sup>
自殺未遂	死に至らなかった自殺関連行動であり、死に至ることを意図していたかどうか、行為の結果がどうであったかに関わらず、自らの意思で行った服毒、外傷と自傷行為 <sup>(2)</sup>
自殺関連行動	自殺しようと思えること、自殺する計画を立てること、自殺未遂、自殺を含む思考・行為 <sup>(2)</sup>
希死・自殺念慮	自分自身の死を強くイメージすることや死を願望すること、自殺しようと思えること <sup>(1)</sup>

#### ■ 引用文献

- (1) 日本精神科救急学会. (2022). 精神科救急医療ガイドライン 2022年版  
[https://www.jaep.jp/gl/gl2022\\_all.pdf](https://www.jaep.jp/gl/gl2022_all.pdf)
- (2) World Health Organization. (2014). Preventing suicide: A global imperative.  
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779>
- (3) いのち支える自殺対策推進センター. (2024). 自死遺族等を支えるために: 総合的支援の手引(改訂版).  
[https://jscp.or.jp/izoku\\_support/handbook2024.html](https://jscp.or.jp/izoku_support/handbook2024.html)

# II

---

## がん患者の自殺対策 総論

## II-1. 自殺の一般的なリスク因子

自殺の背景には、多くの場合は複数のリスク因子が重なっている<sup>(1)</sup>。自殺プロセスの入口には、病気の診断を含むネガティブなライフイベントが存在することが多く、周囲からのサポートが不足しているとプロセスが進行しやすい<sup>(2)</sup>。自殺者の9割以上は自殺時に何らかの精神医学的な診断がつく状態に陥っていることが報告されており<sup>(3)</sup>、特にうつ状態による「こころの視野狭窄」は自殺のプロセスを加速させると考えられている<sup>(2)</sup>。

表1に一般人口における自殺の主要なリスク因子を示す<sup>(1, 4, 5)</sup>。中でも、自殺未遂の既往は最も明確なリスク因子であることが報告されている<sup>(1, 4, 5)</sup>。また、自殺者が有していた精神疾患としてうつ病やアルコール使用症は特に重要であるが<sup>(1, 2, 5)</sup>、自殺で死亡した者の多くは精神保健専門家を受診していなかったと報告されている<sup>(6-8)</sup>。がんを含む慢性・進行性の身体疾患、慢性的な疼痛なども自殺のリスク因子とされる<sup>(1, 6)</sup>。

表1. 自殺の一般的なリスク因子<sup>(1, 4, 5)</sup>

個人	過去の自殺未遂・自傷行為歴 <sup>(1, 4, 5)</sup>
	自殺の家族歴 <sup>(1, 4, 5)</sup>
	精神疾患(うつ病、アルコール使用症など)、自殺につながりやすい心理状態(希死・自殺念慮、不安・焦燥、衝動性、絶望感、攻撃性など) <sup>(1, 4, 5)</sup>
	喪失体験(身近な者との死別など) <sup>(4, 5)</sup>
	職業・経済問題(失業、経済的損失、多重債務) <sup>(1, 4, 5)</sup>
	慢性・進行性の身体疾患、慢性的な疼痛 <sup>(4, 5)</sup>
	アルコール・薬物の不適切な使用 <sup>(1, 4, 5)</sup>
人間関係	ソーシャルサポートの欠如、孤立感 <sup>(1, 4, 5)</sup>
	人間関係の不和(いじめ、家庭内暴力など)、被虐待歴 <sup>(1, 4, 5)</sup>
社会	自殺の手段への容易なアクセス <sup>(1, 4, 5)</sup>
	不適切なメディア報道 <sup>(1, 4)</sup>
	援助希求行動と関連するスティグマ <sup>(1)</sup>

また、自殺の前には言葉か行動による事前の警告サインがみられることがある<sup>(1)</sup>。わが国における入院中の自殺事例(約半数ががん患者)を対象とした調査においても、過去に遡っての回答のため過小評価の可能性はあるが、自殺の直前にはさまざまな出来事や予兆が認められ、自殺の前に2割以上の患者が、明確な希死・自殺念慮(「死にたい」)や自殺をほのめかす表現(「消えてしまいたい」、「楽になりたい」など)を口にしていた<sup>(9)</sup>。また、自殺の直前に身体症状(痛み、呼吸困難など)や精神症状(不眠、うつ状態、不穏、興奮、いらいら、不安、せん妄など)の悪化・不安定化を多くの事例で認め、病状説明の直後の自殺も少なからず存在したと報告されている<sup>(9)</sup>。

## II-2. がん患者の自殺、希死・自殺念慮－疫学

### 2-1. がん患者の自殺リスク

がん患者の自殺リスクは一般人口と比べて有意に高く<sup>(10, 11)</sup>、メタ解析では一般人口の1.5-1.9倍程度であることが報告されているが、調査が行われた国やがん原発部位、がん診断からの期間などにより幅広い自殺リスクが報告されている<sup>(10, 11)</sup>。

### 2-2. がん患者の自殺のリスク因子－がん診断後の時期

がん患者の自殺リスクはがん診断後の時期により異なることが示されており、がん診断後6か月以内、特にがん診断直後をピークとして経時的に低下することが多く報告されている<sup>(10-22)</sup>。わが国の調査でも、がん診断から1か月以内の自殺リスクが一般人口の4.40倍と最も高い<sup>(22)</sup>。また、退院直後の時期も自殺の多発時期であることが示唆されている<sup>(19, 23)</sup>。

### 2-3. がん患者の自殺のリスク因子－社会人口統計学的要因・がんの特性

一般人口と同様にがん患者においても女性と比較して男性の自殺死亡率が高いことが報告されているが、一般人口と比較した自殺リスクについては有意な男女差はみられていない<sup>(11, 12, 22)</sup>。わが国においても自殺死亡率は男性が高く<sup>(22)</sup>、また、性別によってがん患者の自殺のリスク因子が異なる可能性も示唆されている<sup>(24)</sup>。また、海外の一部の報告では高齢のがん患者でより自殺死亡率が高いことが報告されているが<sup>(12-14)</sup>、わが国では年齢による有意な自殺リスクの差はみられていない<sup>(22)</sup>。

進行がんであることががん患者の自殺のリスク因子として多くの調査で報告されており<sup>(10)</sup>、わが国においても遠隔転移がある患者の自殺リスクが特に高い<sup>(22)</sup>。

がん原発部位では、わが国の調査では食道がんの患者で有意に高い自殺リスクが報告されている<sup>(22)</sup>。海外の研究を中心としたメタ解析では食道がん、膵がんなど予後不良のがん原発部位の患者で自殺リスクが特に高いことが示されている<sup>(10)</sup>。また、米国の調査では精巣がんや悪性リンパ腫など一部のがん原発部位の患者ではがん診断後長期にわたって高い自殺リスクが持続する、あるいは経時的に自殺リスクが上昇することが報告されている<sup>(25)</sup>。

また、わが国のがん患者の自殺リスクに都道府県差があることが報告されている<sup>(26)</sup>。

### 2-4. がん患者の自殺の発生場所、手段

わが国の調査では自宅敷地内での自殺が約7割を占め、病院内での自殺は5%以下である<sup>(22)</sup>。一方で、わが国の一般病院に入院中の自殺事例の約半数はがん患者が占めていることが報告されている<sup>(9)</sup>。がん患者の自殺の手段としては、わが国では縊首・絞首・窒息が約7割、高所からの飛び降りが約1割と報告されている<sup>(22)</sup>。

### 2-5. がん患者の希死・自殺念慮

がん患者における希死・自殺念慮については、系統的レビューでその頻度は0.27-53.3%と調査により大きく異なり、対象や希死・自殺念慮の評価方法の違い、希死・自殺念慮の変動性などの問題で差異が生じていると考えられる<sup>(27, 28)</sup>。希死・自殺念慮のリスク因子としては、高齢のがん患者で希死・自殺念慮を有するリスクが特に高いことが一部の研究で報告されており<sup>(28)</sup>、性別による差異については統一的な見解は得られていない<sup>(27, 28)</sup>。わが国のうつ病を有するがん患者を対象とした調査では、半数の

患者で希死・自殺念慮が報告されている<sup>(29)</sup>。

## II-3. がん患者の自殺、希死・自殺念慮－背景要因

本項ではがん患者の自殺の背景要因について検討した先行知見について述べるが、これらの調査の多くは、患者、家族や医療従事者からの情報を基にした後ろ向きな検討であり、結果の解釈の際には背景要因が過小評価されている可能性を念頭に置く必要がある。

### 3-1. がん患者の自殺の背景要因(患者側の背景)

フィンランドの心理学的剖検の報告では、自殺で死亡したがん患者60人のうち半数以上がうつ病や適応反応症(適応障害)などのうつ状態に該当したとされ、精神医学的診断がつかないと判断された者は5%のみであり、がん患者では一般人口同様にうつ状態にまで追い込まれた人々が自殺に至っていると考えられる<sup>(30)</sup>。また、同調査においてがん罹患群ではがん非罹患群と比較してアルコール使用症やパーソナリティ症の頻度がより低かったと報告されている<sup>(30)</sup>。また、米国の調査では、自殺者のうちがん患者では精神疾患の既往や精神疾患の受療、アルコール使用の問題、自殺未遂歴を有する者の割合がより少なく、経済的問題や仕事上の問題、パートナーとの問題を有する者の割合も少ないことが報告されている<sup>(31)</sup>。わが国の東京都の自殺検案事例を対象とした調査でも、自殺で死亡した事例のうちがん罹患群ではがん非罹患群と比較して同居者がいる割合や生活保護・年金の受給を受けている割合が高く、飲酒・喫煙者の割合は少ないことが報告されている<sup>(32)</sup>。海外の報告では婚姻していないがん患者は既婚のがん患者と比較して自殺死亡率が高い傾向が報告されているが<sup>(12)</sup>、わが国のがん患者において同居者がいる場合にも自殺が多く発生していることに注意が必要である<sup>(32)</sup>。また、わが国の入院中のがん患者の自殺・自殺未遂事例のうち、うつ状態が疑われた例が4割、せん妄を呈していた事例が1割以上存在していたことが報告されている<sup>(33)</sup>。

以上のような知見からは、一般人口とがん患者ではうつ状態という共通の自殺の背景要因も存在する一方、アルコール使用症やソーシャルサポートの不足など一般人口における自殺者に高い頻度で認められる他の要因に関しては、がん患者はそれらを有していなくても自殺に至っていることが示唆される。また、重症のうつ病が自殺のリスク因子である一方、わが国においては適応反応症(適応障害)や軽症のうつ病でも致死的な自殺関連行動を起こすとの報告もあり<sup>(2)</sup>、がん患者の自殺のリスクの評価や対策を講じるうえでも適応反応症(適応障害)や軽症のうつ病の一群にも注意と慎重な対応が求められると考えられる。

### 3-2. がん患者の自殺の背景要因(医療面)

わが国の入院中のがん患者の自殺・自殺未遂事例を対象とした調査では、うつ状態やせん妄など精神医学的問題が疑われた事例も多く、自殺念慮を表出していた患者も3割以上存在した一方で、精神科等の専門家が関与できていた患者はそれよりも少なかったこと、コントロール不十分な疼痛が約25%の患者にみられていた一方で、専門的緩和ケアが実施されていた例はその半数程度であったこと、今後の改善策として、精神的苦痛・身体的苦痛の介入や医療従事者間のコミュニケーションの改善、患者家族との情報共有が挙げられていたことが報告されている<sup>(33)</sup>。

また、がん患者の退院直後を中心とした自殺事例の調査では、自殺に関連した主要な医療面の要因として、患者が大きな変化(がんの診断や積極的治療から緩和的治療への移行など)を経験するタイ

ミングで精神心理的ニーズの評価が必要となることを医療従事者が認識せず評価を行わなかったこと、医療従事者間のコミュニケーション不足(患者の精神心理的ニーズについて精神保健専門家に相談しなかったなど)が報告されている<sup>(34)</sup>。

### 3-3. がん患者の自殺の背景要因(治療関連)

手術を受けなかったがん患者は、手術を受けた患者と比較して自殺リスクが高いことが報告されている<sup>(35)</sup>。根治的手術を受けたがん患者の中では、高リスクの手術患者でより自殺リスクがより高かったと報告されている<sup>(36)</sup>。米国の調査では、手術を受けたがん患者の自殺の半数は術後3年以内に発生しており、頭頸部がん、食道がんなどのがん原発部位の患者で特に術後の自殺リスクが高く、5年生存率が低いがん原発部位(食道がんや膵がんなど)では術後早期の自殺が多く、5年生存率が高い原発部位(子宮がんなど)では手術から時間が経過してからの自殺が多い傾向があることが報告されている<sup>(37)</sup>。また、造血幹細胞移植を受けた患者は一般人口と比較して有意に自殺のリスクが高く、自殺の約半数は移植後1年以内に発生し、特に移植後再発や慢性GVHDを合併した患者の自殺の高リスク群として報告されている<sup>(38)</sup>。また、前立腺がん患者において抗アンドロゲン療法が有意にうつ状態と関連することが報告されており<sup>(39)</sup>、抗アンドロゲン療法を受けている前立腺がん患者は有意に自殺リスクが高いことが報告されている<sup>(40, 41)</sup>。

### 3-4. がん患者の希死・自殺念慮の背景要因

がん患者の希死・自殺念慮についても、うつ状態が重要なリスク因子として報告されている<sup>(27, 28, 42)</sup>。また、乏しいソーシャルサポートや非婚姻者、独居、絶望感(hopelessness)、無気力感(demoralization)、不安・精神的苦痛、現在の精神疾患の診断、過去の精神疾患の既往、痛み、倦怠感、嘔吐、身体機能低下、低い社会的機能、経済的問題、実存的苦痛、進行がん、低い教育歴、幼少時の虐待歴などもがん患者の希死・自殺念慮のリスク因子として報告され、腫瘍医との良好な信頼関係が保護因子として報告されている<sup>(26-28, 42-49)</sup>。わが国の調査においては、精神科を受診したがん患者やうつ病を有するがん患者の希死・自殺念慮のリスク因子としてうつ病の診断・重症度、不良な performance status、痛み、進行がん患者や終末期がん患者の希死・自殺念慮のリスク因子としてうつ状態、心理的苦痛(不安、抑うつ)、痛み、他者への依存に対する懸念などが報告されている。

また、わが国の調査において、希死・自殺念慮で精神科にコンサルトされたがん患者のうち57%が気分障害、29%がせん妄、7%が適応反応症(適応障害)に該当したと報告されており<sup>(50)</sup>、うつ状態に加えせん妄の可能性についても評価を行う必要がある。

## II-4. がん患者の自殺対策に関連する知見

### 4-1. 一般集団の自殺予防介入に関する先行知見

自殺には複数のリスク因子や経路が影響することが多いため、自殺対策のためには複合的な介入が重要となる<sup>(1)</sup>。自殺のリスク因子を有する場合も必ずしも自殺関連行動に結びつくわけではないが、自殺のリスク因子を同定し、リスク因子を軽減し保護因子を増やすための適切な介入を行うことは自殺対策の基礎となる<sup>(1)</sup>。自殺対策は一次予防(事前対応)、二次予防(危機介入)、三次予防(事後対応)の3つに分類される<sup>(4)</sup>。

自殺の一次予防(事前対応)としては、自殺予防についてのスタッフの教育・研修、自殺の危険箇所(ホットスポット)への対策、患者・家族に対する必要な情報の提供などがある<sup>(51)</sup>。医療従事者の自殺に関する態度・対応技術の向上には、適切な研修会の受講等のトレーニングが有効であることが報告されている<sup>(52)</sup>。「院内自殺の予防と事後対応のための研修会」を始めとする研修会の開催や「病院内の自殺対策のすすめ方 改訂版」<sup>(51)</sup>、「日常臨床における自殺予防の手引き」<sup>(5)</sup>の刊行など、わが国においても自殺予防のための取り組みが推進されている。

自殺の二次予防(危機介入)の対策としては、自殺の高リスク群のスクリーニング、自殺の高リスク群に対する心理社会的要因や自殺の切迫性の評価、精神保健専門家による介入、心理教育、経済・生活問題、職場問題、家庭問題等に対する最適な社会資源の導入と問題解決、危機対応の窓口の情報提供などが必要であり、部署内・部署間の情報共有や病院内外の連携が重要となる<sup>(4, 5)</sup>。わが国において、救急搬送された自殺未遂者に対するアサーティブ・ケースマネジメントは自殺の再企図発生割合を有意に低下させることが報告され<sup>(53)</sup>、診療報酬化など臨床実装されている。この介入プログラムでは、心理社会的問題に関する情報収集や定期面接、精神科受療支援、一般診療との連携、心理教育や情報提供、社会資源の利用支援などが含まれ、各々の患者の状況や個別性に配慮した多面的・包括的なケアの継続的な提供が行われている。

自殺の三次予防(事後対応)としては、自死遺族等や関わった医療従事者への対応が挙げられる。

#### 4-2. がん患者の自殺予防介入に関する知見

がん患者の自殺、自殺未遂、自傷、希死・自殺念慮をアウトカムとして含む介入研究の系統的レビューでは、がん患者の自殺を介入の一次アウトカムとした研究は存在せず、がん患者のうつ状態の治療を目的とした研究においても、自殺予防効果を示唆する研究は存在しなかった<sup>(54)</sup>。

自殺予防のための十分なトレーニングを受けていないことは、がん患者における自殺の高リスク群同定の障壁となっていることが報告されている<sup>(42)</sup>。わが国のがん診療に関わる医療従事者を対象とした調査において、看護師は精神科医や他の医師と比較して自殺予防のトレーニングに参加歴がある者の割合が少なく、自殺予防に対して消極的な態度の者の割合が多いこと、自殺の危機介入スキル尺度の点数が低いことが報告されている<sup>(55)</sup>。

2022年のがん診療連携拠点病院等の整備に関する指針改訂において、自殺のリスクが高いがん患者に対し、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、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が新たに要件となっている<sup>(56)</sup>。

#### 4-3. がん患者のうつ状態に対する介入・評価に関する先行知見

前述のとおり、がん患者のうつ状態に対する介入において自殺予防効果を示したものはこれまで報告されていないのが現状であるが<sup>(54)</sup>、これらの研究では自殺や自殺未遂自体が発生頻度の少ない事象であることや対象とした患者の選択などの要因により統計学的に有意とならなかった可能性があり、がん患者においても十分なうつ状態の治療により希死・自殺念慮が軽快したとの報告もあることから、がん患者の自殺対策を講じるうえでもうつ状態の治療は重要であると考えられる<sup>(57)</sup>。特にがん患者のうつ状態の治療では、精神症状の評価・介入のみならず、身体症状や身体機能低下による苦痛、社会的・実存的苦痛の評価・介入など、個々の患者のうつ状態の背景にある多領域に渡る苦痛へのアプローチが必要になると考えられる<sup>(28, 57, 58)</sup>。

現状では、がん患者のうつ状態の改善を目的とした精神療法、薬物療法による介入についてはそれぞれ質の高いエビデンスは十分でない<sup>(58-60)</sup>。一方、プライマリ・ケア提供者と精神保健専門家が積極的協力体制を作り多職種による定期評価と精神療法、薬物療法、心理教育を組み合わせた系統的なケアを提供する協働的ケアによる介入は、通常治療と比較してがん患者のうつ状態の改善に対してより効果的であることが報告されており<sup>(61)</sup>、がん患者のうつ状態に対して多職種が連携して包括的なアプローチを行うことの有用性を示唆している可能性がある。わが国の「がん患者における気持ちのつらさガイドライン」においても、協働的ケアは強く推奨されている<sup>(58)</sup>。また、気持ちのつらさに対する介入は必ずしも精神心理的領域の専門家に限って提供されるものではなく、すべてのがん患者を対象に支持的なコミュニケーション(支持的対応、情報提供)を行うこと、気持ちのつらさの可能性に気づくこと、ニーズの特定や対応を行うことは患者に関わるすべての医療従事者の役割として重要である<sup>(58)</sup>。

がん患者のうつ状態や苦痛のスクリーニング法としては、Patient Health Questionnaire(PHQ-9)<sup>(62)</sup> やつらさと支障の寒暖計<sup>(63, 64)</sup> などがあり、PHQ-9は米国臨床腫瘍学会(ASCO)のガイドライン<sup>(65)</sup>、つらさの寒暖計はNational Comprehensive Cancer Network(NCCN)のガイドライン<sup>(66)</sup> においてがん患者のうつ状態や苦痛のスクリーニングとして使用が推奨されている。がん患者においてつらさと支障の寒暖計のスコアが高いほど希死念慮のリスクが高いなどの報告もあるが<sup>(67)</sup>、がん患者の苦痛のスクリーニングによる患者アウトカムの改善や自殺対策としての効果に関する知見は乏しい。苦痛のスクリーニングが心理社会的なケアの質の向上につながるなどの報告もあり<sup>(68-70)</sup>、これらの質問紙等を用いてがん診断時よりうつ状態や苦痛のスクリーニングを定期的に行い、うつ状態や苦痛を有すると判断されたがん患者を精神保健専門家や専門的緩和ケアなどの適切な評価・介入につなげることは、精神症状や苦痛の過小評価の減少につながると考えられ、自殺対策としても重要と考えられる。また、苦痛スクリーニングを単に施行するのみでは患者アウトカムの改善につながらず、スクリーニングに引き続いて適切な心理社会的に介入につなげることの重要性も示唆されており<sup>(68, 69)</sup>、スクリーニングで陽性となった場合の対応フローを各施設であらかじめ定めておいたうえで、各患者のニーズ、重症度などを個別に評価したうえで、必要なケアの提供を行うことが重要である<sup>(58)</sup>。また、患者の気分状態は変動しやすいため、ある時点でスクリーニングが陰性であった場合も、患者の病状や状況の変化を考慮しながら、がん告知直後、治療開始時、再発時、積極的治療から緩和的治療への移行時など特に重要なタイミングを中心にスクリーニングを反復することが推奨されている<sup>(58, 66)</sup>。また、苦痛のスクリーニング尺度に回答しなかったがん患者の自殺リスクが有意に高かったという報告もあり<sup>(71)</sup>、スクリーニングに回答しなかった患者に対してもうつ状態のため回答できない可能性も念頭に、患者との日常の関わりの中で苦痛の評価を行い、適切な支援の提供について検討することが重要である。自殺の高リスク群のがん患者の有効なスクリーニング法を開発するとともに、単一の評価尺度のみで自殺の高リスク者を同定することは難しいと考えられることから、患者と関わる各医療従事者がそれぞれの関わりの中で気持ちのつらさや希死・自殺念慮の可能性に気づくことを推進する必要がある。

#### 4-4. がん患者の希死・自殺念慮の評価方法に関する知見

自殺リスクを評価するうえでは、現在の希死・自殺念慮の確認を行うことが重要であり、傾聴と受容・共感の姿勢で信頼関係を構築しながら、希死・自殺念慮、自殺企図について明確に尋ねることが大切である<sup>(4-6, 42)</sup>。希死・自殺念慮の評価のための多様な評価尺度が存在するが<sup>(27)</sup>、がん患者において感度・特異度が十分に確認された尺度は存在せず、希死・自殺念慮は変動性のある症状であることから自記式評価尺度のみによる評価では不十分な可能性があり、医療従事者が希死・自殺念慮を直接評価すること

が重要である<sup>(6)</sup>。希死・自殺念慮の表出があった場合には医療従事者が適切な時間を割き共感を持って患者の訴えを傾聴しながら、その背景にある苦痛や社会的要因についても系統的な評価を行うことがケアの一貫としても重要と考えられる<sup>(6)</sup>。表2に自殺リスクが高い患者に対して重要となる基本的態度を示す<sup>(4)</sup>。また、自殺の危険の高い者に対する対応の原則として「TALK」の原則がまとめられている(表3)。

また、がん患者の自殺の多くは病院外で発生していることから、家族、知人、地域の人々など、患者を取り巻く周囲が自殺のサインに気づき、それぞれの視点で寄り添うゲートキーパーを増やすために国民全体への自殺予防の知識普及を推進する必要がある。

表2. 自殺のリスクが高い者に対する医療従事者の基本的な態度

受容と共感	患者を一度しっかり受容する。そして「批判的にならない、叱責しない、教条的な説諭をしない」を心掛ける
傾聴	患者の語る話に無批判に耳を傾け、その内容を真剣にとらえる
ねぎらい	患者の苦勞を受け止め、相談したことや自殺について打ち明けたことをねぎらう
支援の表明	力になりたいという医療者側の気持ちを伝える。曖昧な態度をとらない
明確な説明と提案	患者の個別性に配慮し、提案は具体的に行う。安易な励ましや安請け合いをしない

表3. TALKの原則

<p><b>T</b> : 誠実な態度で話しかける、言葉に出して心配していることを伝える (Tell)</p> <p><b>A</b> : 希死・自殺念慮について率直に尋ねる (Ask)</p> <p><b>L</b> : 相手の訴えを傾聴する (Listen)</p> <p><b>K</b> : 安全を確保する (Keep safe)</p>
---

がん患者における有効な希死・自殺念慮のスクリーニング方法や自殺の高リスク者が同定された場合の有効な対応は明らかになっていないが<sup>(42)</sup>、精神疾患が生活上の強いストレスがあり、かつ希死・自殺念慮がある場合には、自殺の高リスク群として精神保健専門家への紹介が推奨されており<sup>(6)</sup>、がんの罹患による強いストレス状態に置かれたがん患者において希死・自殺念慮を認めた場合には、精神保健専門家による評価・介入につなげることが必要であると考えられる。

希死・自殺念慮の強さを評価する自記式評価尺度としては自殺念慮尺度<sup>(72)</sup> (Scale for Suicide Ideation<sup>(73)</sup>を参考に作成)があるが、がん患者における信頼性・妥当性は検討されていない。一般的な自殺対策においては、具体的な自殺方法を計画していること、自殺手段をすでに手に入れているか入手が容易に可能であることが高い自殺リスクの指標になるとされている<sup>(4-6)</sup>。

#### 4-5. がん患者の自殺の事後対応に関する知見

がん患者の自殺の事後対応に関する知見は乏しく、がん医療における自死遺族等や関わった医療従事者への影響、現状で行われている支援の実情は十分明らかでない。しかし、自死遺族は自殺の精神的・身体的健康問題のリスクが高いことが報告されており<sup>(74-76)</sup>、自死遺族等に対する適切な支援を行う必要がある。

## II-5. がん患者の自殺対策

がん患者の自殺予防のための有効な介入方法のエビデンスは存在しないのが現状であるが、がん患者の自殺対策として一般人口における自殺対策をそのまま応用するのみでは不十分であり、がん患者特有の自殺の背景要因やリスク因子を理解し、それらの要因に基づいた対策を講じる必要があると考えられる。表4に先行研究に基づくがん患者の自殺、希死・自殺念慮のリスク因子を示す。ただし、これらのリスク因子がない場合にも自殺関連行動がみられる可能性はあり、リスク因子が少ない患者に対しても自殺の可能性があることを念頭に、すべての患者に精神心理面の評価や必要な支援を提供する必要がある。がん患者の自殺のリスク因子は国や文化による差がある可能性があり、わが国の知見に基づいた自殺対策を講じる必要がある。

表4. がん患者の自殺、希死・自殺念慮のリスク因子

	海外	わが国
自殺	がん診断からの期間が短い(特に6か月以内) <sup>(10,12-14)</sup> 、高齢 <sup>(12)</sup> 、進行がん <sup>(10)</sup> 、食道がん・膵がんなど予後不良のがん原発部位 <sup>(10)</sup>	がん診断から期間が短い(特に1か月以内)、進行がん(特に遠隔転移あり)、食道がん <sup>(いずれも22)</sup>
希死・自殺念慮	うつ状態 <sup>(27, 28, 42)</sup> 、乏しいソーシャルサポート・非婚者・独居 <sup>(27, 27, 42, 43)</sup> 、絶望感 <sup>(28)</sup> 、無気力感(demoralization) <sup>(27, 28)</sup> 、不安・精神的苦痛 <sup>(27, 28)</sup> 、現在・過去の精神疾患の診断 <sup>(27, 28, 42)</sup> 、痛み <sup>(27, 28)</sup> 、倦怠感 <sup>(28)</sup> 、嘔吐 <sup>(27)</sup> 、身体機能低下 <sup>(28)</sup> 、低い社会的機能 <sup>(27)</sup> 、経済的問題 <sup>(27)</sup> 、実存的苦痛 <sup>(28)</sup> 、進行がん <sup>(27)</sup> 、低い教育歴 <sup>(27, 42)</sup> 、幼少時の虐待歴 <sup>(27)</sup>	<p>&lt;精神科を受診したがん患者&gt; うつ病の診断<sup>(44)</sup>、不良な performance status<sup>(44)</sup></p> <p>&lt;うつ病を有するがん患者&gt; 高齢<sup>(29)</sup>、うつ病の重症度<sup>(29, 46)</sup>、不良な performance status<sup>(45, 46(男性のみ))</sup>、痛み(男性のみ)<sup>(46)</sup></p> <p>&lt;進行がん患者&gt; うつ状態(うつ病・適応反応症(適応障害))<sup>(47)</sup>、痛み<sup>(47)</sup></p> <p>&lt;終末期がん患者&gt; 心理的苦痛(不安、抑うつ)<sup>(48)</sup>、他者へ負担をかけることへの懸念<sup>(48)</sup></p>

多くのがん患者では、がんの疑いの指摘から精密検査を経てがんの診断・告知を受け治療を開始するが、その後はがんの進行や再発により治療が困難となり終末期に至る場合と、がんが治癒するか安定して長期生存となる場合の2つの経過に大きく分けられる。前述のとおり、がん患者ではがん診断直後から6か月以内の自殺リスクが最も高いことが報告されており、がん診断直後の自殺はがんの診断・告知に伴う精神心理的苦痛が大きく影響している可能性が示唆されている<sup>(15)</sup>。また、一般的にがん患者は、がんの罹患後も全身機能は比較的良好に保たれた期間が続き、死亡約2か月前の終末期に急激に身体機能が低下するという疾患軌跡をたどることから<sup>(77)</sup>、終末期がん患者では、身体症状による苦痛、自律性・自立性の喪失、実存的苦痛が自殺のリスク因子として報告されている。がんが治癒するか安定している時期(本手引きでは、この時期の患者を狭義の意味で「がんサバイバー」と記載する)も自殺の高リスク群であることが報告されており、この時期では身体的な機能障害、社会的問題が自殺関連行動に影響することも示唆されている<sup>(78)</sup>。

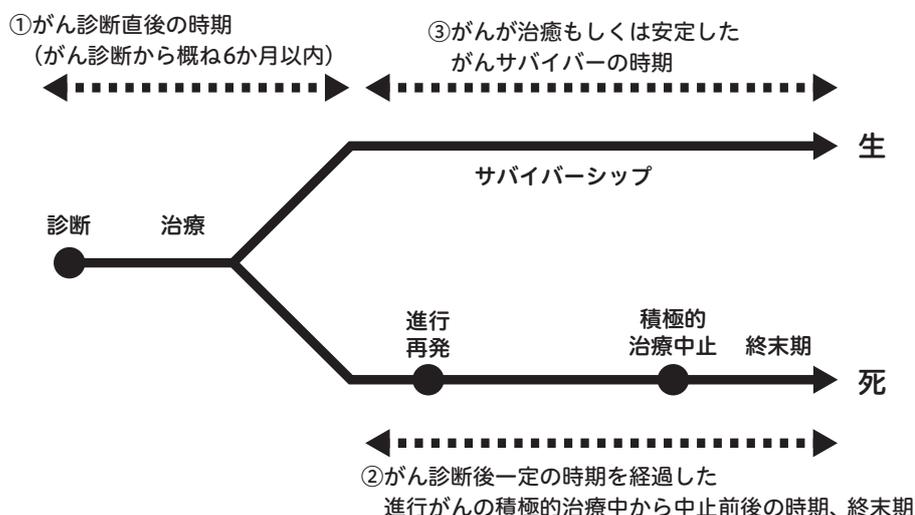
がん患者では、この①がん診断直後(がん診断後概ね6か月以内)、②進行がん患者(がんの積極的治

療中から積極的治療中止前後の時期、そして終末期)、③がんが治癒するか安定している時期のがんサバイバーの時期の3つの時期で自殺リスクやリスク因子が異なることが報告されており、がん患者全体を対象とした基本的な自殺対策に加え、この3つの時期各々に対する特異的な自殺対策を検討する<sup>(57)</sup>。

## まとめ

- ・がん患者では、がん診断1か月以内などがん診断直後の時期が最も自殺のリスクが高い。
- ・がん患者の自殺は自宅での発生が多いが、入院中の自殺の約半数はがん患者が占める。
- ・がん患者では、①がん診断直後(がん診断後概ね6か月以内)、②進行がんの積極的治療中～中止前後の時期・終末期、③がんが治癒するか安定しているサバイバーの時期の3つの時期で自殺リスクやリスク因子が異なることが報告されており、がん患者全体を対象とした基本的な自殺対策に加え、この3つの時期各々に対する特異的な自殺対策を検討する(図1)<sup>(57)</sup>。

図1. がん診断後の3つの時期



### 【一次予防(事前対応)】

- ・気持ちのつらさに対するケアは精神保健の専門家のみが行うのではなく、すべての医療従事者ががん患者を対象に支持的なコミュニケーションを行うこと、気持ちのつらさの可能性に気づくことを推進する。医療従事者に対して、自殺予防やコミュニケーションスキルに関する知識普及、関連するガイドライン等<sup>(51, 58, 79)</sup>や研修会(院内自殺の予防と事後対応のための研修会、日本緩和医療学会 PEACE プロジェクト、日本サイコオンコロジー学会主催がん診療に携わる医師に対するコミュニケーション技術研修会(SHARE-CST)など)を通じた医療従事者の教育体制強化を図る。
- ・すべてのがん患者を対象に、ニーズの確認や関連する相談窓口等(がん相談支援センター、がん看護相談、緩和ケアチーム、精神科(精神科リエゾンチーム)・心療内科・心理職など)についての周知・情報提供を行う。
- ・各医療機関の実情に応じた院内自殺対策を行う(縊首と高所からの飛び降りのホットスポットへの対策、自殺の高リスク群への対応方法や院内外の連携を含めて自殺予防マニュアル/指針を策定し周知しておく、自殺対策に関連する研修の提供、インシデント報告すべき事例に自殺・自殺企図を明記して発生状況を把握する、患者・家族向けの啓発活動など)。

- ・すべてのがん患者に対して気持ちのつらさや苦痛のスクリーニングを定期的に行うことは自殺対策としても重要であり、スクリーニングが陽性となった場合の対応をあらかじめ決めておく。がん告知直後、がんの進行、再発、身体面などの苦痛の出現時、緩和的治療への移行時などのタイミングは、特に注意をして精神心理的苦痛の評価を検討する。また、スクリーニングに回答しなかった患者も自殺の高リスク群の可能性があり、医療従事者が普段の関わりの中で精神心理的苦痛やニーズについて直接確認を行う。
- ・高リスク群(遠隔転移あり、食道がんなど予後不良のがん原発部位、悪い知らせの直後など)はより重点的な対策を検討する。
- ・せん妄の予防やマネジメントを適切に行う<sup>(80)</sup>。
- ・国民全体へ自殺予防に関する啓発、知識普及を行い、家族、知人、地域の人々など患者を取り巻くゲートキーパーを増やす。

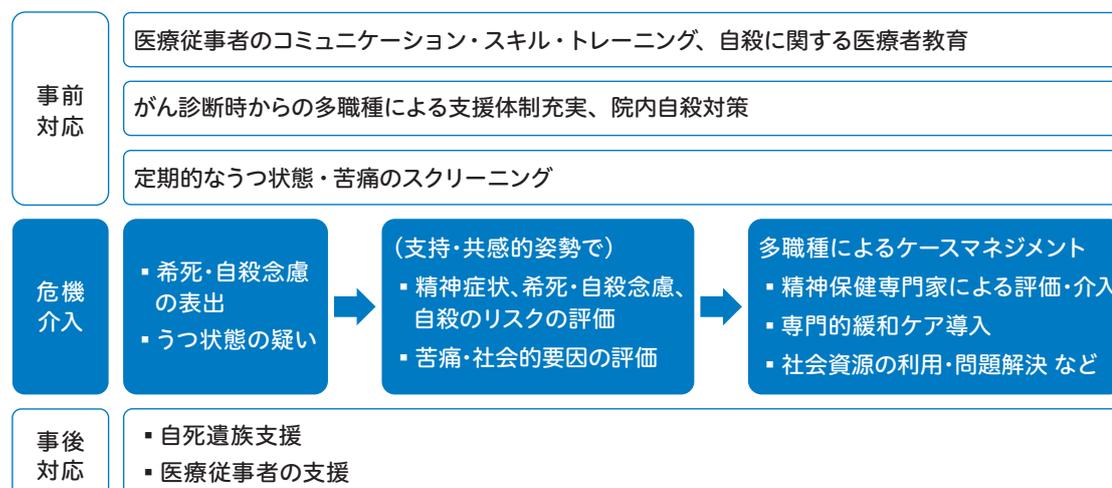
### 【二次予防(危機介入)】

- ・気持ちのつらさのスクリーニングが陽性になった場合やうつ状態を疑う場合、精神症状や希死・自殺念慮の有無を評価するとともに、背景に存在する苦痛や社会的要因を評価する。
- ・希死・自殺念慮の表出があった場合には、医療従事者は受容と共感、傾聴の態度を基本としながら、背景にある苦痛や満たされていないニーズを掘り上げ、自殺の切迫性(具体的な計画など)や自殺企図歴の有無を評価する。
- ・自殺のリスクが高いがん患者に対しては、精神保健専門家による精神症状や自殺の切迫性の専門的評価、介入(精神療法、薬物療法)に加え、患者の苦痛に応じた多職種によるケースマネジメント(患者・家族への心理教育、専門的緩和ケアの導入や利用可能なその他のケアの提供、ソーシャルワークの手法を用いた社会資源の利用)を行う。

### 【三次予防(事後対応)】

- ・自死遺族や当事者となった医療従事者に対して適切な支援を行う体制を確立する。

図2. がん医療における自殺対策の概要



## ■ 引用文献

- (1) World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World Health Organization; 2014.  
Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779>
- (2) 張賢徳. (2016). 自殺リスクの評価. *心身医学*, 56(8), 781–788.
- (3) Bertolote, J. M., & Fleischmann, A. (2002). Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World Psychiatry*, 1(3), 181–185.
- (4) 日本精神科救急学会. (2022). 精神科救急医療ガイドライン 2022年版  
[https://www.jaep.jp/gl/gl2022\\_all.pdf](https://www.jaep.jp/gl/gl2022_all.pdf)
- (5) 日本精神神経学会 精神保健に関する委員会. (2013). 日常臨床における自殺予防の手引き. *精神神経学雑誌*, 115(3), 付録.
- (6) World Health Organization. (2007). 自殺予防:プライマリ・ケア医のための手引き(河西千秋・平安良雄監訳). 横浜市立大学医学部精神医学教室  
[https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/67603/WHO\\_MNH\\_MBD\\_00.4\\_jpn.pdf](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/67603/WHO_MNH_MBD_00.4_jpn.pdf)
- (7) Stene-Larsen, K., & Reneflot, A. (2019). Contact with primary and mental health care prior to suicide: A systematic review of the literature from 2000 to 2017. *Scandinavian Journal of Public Health*, 47(1), 9–17.  
<https://doi.org/10.1177/1403494817746274>
- (8) 廣川聖子, 松本俊彦, 勝又陽太郎, 木谷雅彦, 赤澤正人, & 高橋祥友. (2010). 自殺未遂者の精神科救急医療利用に関する研究. *日本社会精神医学会雑誌*, 19(1), 93–102.
- (9) 河西千秋. (2016). 病院内の入院患者の自殺事故調査. *患者安全推進ジャーナル*, (45), 83–91.
- (10) Heinrich, M., Hofmann, L., Baurecht, H., Kreuzer, P. M., Knüttel, H., Leitzmann, M. F., & Seliger, C. (2022). Suicide risk and mortality among patients with cancer. *Nature Medicine*, 28(4), 852–859.  
<https://doi.org/10.1038/s41591-022-01745-y>
- (11) Amiri, S., & Behnezhad, S. (2020). Cancer Diagnosis and Suicide Mortality: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Archives of Suicide Research*, 24(sup2), S94–S112.  
<https://doi.org/10.1080/13811118.2019.1596182>
- (12) Du, L., Shi, H. Y., Yu, H. R., Liu, X. M., Jin, X. H., Yan-Qian, Fu, X. L., Song, Y. P., Cai, J. Y., & Chen, H. L. (2020). Incidence of suicide death in patients with cancer: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 276, 711–719.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.082>
- (13) Spoletini, I., Gianni, W., Caltagirone, C., Madaio, R., Repetto, L., & Spalletta, G. (2011). Suicide and cancer: where do we go from here?. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 78(3), 206–219.  
<https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2010.05.005>
- (14) Anguiano, L., Mayer, D. K., Piven, M. L., & Rosenstein, D. (2012). A literature review of suicide in cancer patients. *Cancer Nursing*, 35(4), E14–E26.  
<https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e31822fc76c>
- (15) Fang, F., Fall, K., Mittleman, M. A., Sparén, P., Ye, W., Adami, H. O., & Valdimarsdóttir, U. (2012). Suicide and cardiovascular death after a cancer diagnosis. *The New England Journal of Medicine*, 366(14), 1310–1318.  
<https://doi.org/10.1056/NEJMoa1110307>
- (16) Saad, A. M., Gad, M. M., Al-Husseini, M. J., AlKhayat, M. A., Rachid, A., Alfaar, A. S., & Hamoda, H. M. (2019). Suicidal death within a year of a cancer diagnosis: A population-based study. *Cancer*, 125(6), 972–979.  
<https://doi.org/10.1002/cncr.31876>
- (17) Henson, K. E., Brock, R., Charnock, J., Wickramasinghe, B., Will, O., & Pitman, A. (2019). Risk of Suicide After Cancer Diagnosis in England. *JAMA Psychiatry*, 76(1), 51–60.  
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.3181>

- (18) Yamauchi, T., Inagaki, M., Yonemoto, N., Iwasaki, M., Inoue, M., Akechi, T., Iso, H., Tsugane, S., & JPHC Study Group (2014). Death by suicide and other externally caused injuries following a cancer diagnosis: the Japan Public Health Center-based Prospective Study. *Psycho-Oncology*, 23(9), 1034–1041.  
<https://doi.org/10.1002/pon.3529>
- (19) Tanaka, H., Tsukuma, H., Masaoka, T., Ajiki, W., Koyama, Y., Kinoshita, N., Hasuo, S., & Oshima, A. (1999). Suicide risk among cancer patients: experience at one medical center in Japan, 1978-1994. *Japanese Journal of Cancer Research : Gann*, 90(8), 812–817.  
<https://doi.org/10.1111/j.1349-7006.1999.tb00820.x>
- (20) Johnson, T. V., Garlow, S. J., Brawley, O. W., & Master, V. A. (2012). Peak window of suicides occurs within the first month of diagnosis: implications for clinical oncology. *Psycho-Oncology*, 21(4), 351–356.  
<https://doi.org/10.1002/pon.1905>
- (21) Wang, S. M., Chang, J. C., Weng, S. C., Yeh, M. K., & Lee, C. S. (2018). Risk of suicide within 1 year of cancer diagnosis. *International Journal of Cancer*, 142(10), 1986–1993.  
<https://doi.org/10.1002/ijc.31224>
- (22) Kurisu, K., Fujimori, M., Harashima, S., Akechi, T., Matsuda, T., Saika, K., Yoshiuchi, K., Miyashiro, I., & Uchitomi, Y. (2023). Suicide, other externally caused injuries, and cardiovascular disease within 2 years after cancer diagnosis: A nationwide population-based study in Japan (J-SUPPORT 1902). *Cancer Medicine*, 12(3), 3442–3451.  
<https://doi.org/10.1002/cam4.5122>
- (23) Lin, H. C., Wu, C. H., & Lee, H. C. (2009). Risk factors for suicide following hospital discharge among cancer patients. *Psycho-Oncology*, 18(10), 1038–1044.  
<https://doi.org/10.1002/pon.1483>
- (24) Kitagawa, S., Sobue, T., Zha, L., Morishima, T., Ohno, Y., & Miyashiro, I. (2024). Suicide Risk Among Patients With Cancer by Sex in Japan: A Population-based Study. *Journal of Epidemiology*, 34(11), 505–514.  
<https://doi.org/10.2188/jea.JE20230280>
- (25) Zaorsky, N. G., Zhang, Y., Tuanquin, L., Bluethmann, S. M., Park, H. S., & Chinchilli, V. M. (2019). Suicide among cancer patients. *Nature Communications*, 10(1), 207.  
<https://doi.org/10.1038/s41467-018-08170-1>
- (26) Kurisu, K., Harashima, S., Fujimori, M., Akechi, T., Yoshiuchi, K., & Uchitomi, Y. (2023). Regional disparities in suicide among patients with cancer: A nationwide population-based study in Japan. *Cancer Medicine*, 12(19), 20052–20058.  
<https://doi.org/10.1002/cam4.6574>
- (27) Chen, J., Ping, Z., Hu, D., Wang, J., & Liu, Y. (2024). Risk factors associated with suicidal ideation among cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 14, 1287290.  
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1287290>
- (28) Kolva, E., Hoffecker, L., & Cox-Martin, E. (2020). Suicidal ideation in patients with cancer: A systematic review of prevalence, risk factors, intervention and assessment. *Palliative & Supportive Care*, 18(2), 206–219.  
<https://doi.org/10.1017/S1478951519000610>
- (29) Akechi, T., Okamura, H., Kugaya, A., Nakano, T., Nakanishi, T., Akizuki, N., Yamawaki, S., & Uchitomi, Y. (2000). Suicidal ideation in cancer patients with major depression. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 30(5), 221–224.  
<https://doi.org/10.1093/jjco/hyd057>
- (30) Henriksson, M. M., Isometsä, E. T., Hietanen, P. S., Aro, H. M., & Lönnqvist, J. K. (1995). Mental disorders in cancer suicides. *Journal of Affective Disorders*, 36(1-2), 11–20.  
[https://doi.org/10.1016/0165-0327\(95\)00047-x](https://doi.org/10.1016/0165-0327(95)00047-x)

- (31) Massetti, G. M., Holland, K. M., Jack, S. P. D., Ragan, K. R., & Lunsford, N. B. (2018). Circumstances of suicide among individuals with a history of cancer. *Psycho-Oncology*, 27(7), 1750–1756.  
<https://doi.org/10.1002/pon.4720>
- (32) Fujimori, M., Hikiji, W., Tanifuji, T., Suzuki, H., Takeshima, T., Matsumoto, T., Yamauchi, T., Kawano, K., & Fukunaga, T. (2017). Characteristics of cancer patients who died by suicide in the Tokyo metropolitan area. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 47(5), 458–462.  
<https://doi.org/10.1093/jjco/hyx003>
- (33) Kurisu, K., Fujimori, M., Harashima, S., Okamura, M., Yoshiuchi, K., & Uchitomi, Y. (2025). Exploratory Analysis of Nationwide Japanese Patient Safety Reports on Suicide and Suicide Attempts Among Inpatients With Cancer Using Large Language Models. *Psycho-Oncology*, 34(5), e70150.  
<https://doi.org/10.1002/pon.70150>
- (34) Aboumrad, M., Shiner, B., Riblet, N., Mills, P. D., & Watts, B. V. (2018). Factors contributing to cancer-related suicide: A study of root-cause analysis reports. *Psycho-Oncology*, 27(9), 2237–2244.  
<https://doi.org/10.1002/pon.4815>
- (35) Chen, M. L., Gomez, S. L., O'Hara, R., John, E. M., Morris, A. M., Kurian, A. W., & Linos, E. (2024). Surgery and Suicide Deaths Among Patients With Cancer. *JAMA Network Open*, 7(9), e2431414.  
<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.31414>
- (36) Jayakrishnan, T. T., Sekigami, Y., Rajeev, R., Gamblin, T. C., & Turaga, K. K. (2017). Morbidity of curative cancer surgery and suicide risk. *Psycho-Oncology*, 26(11), 1792–1798.  
<https://doi.org/10.1002/pon.4221>
- (37) Potter, A. L., Haridas, C., Neumann, K., Kiang, M. V., Fong, Z. V., Riddell, C. A., Pope, H. G., Jr, & Yang, C. J. (2023). Incidence, Timing, and Factors Associated With Suicide Among Patients Undergoing Surgery for Cancer in the US. *JAMA Oncology*, 9(3), 308–315.  
<https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2022.6549>
- (38) Tichelli, A., Labopin, M., Rovó, A., Badoglio, M., Arat, M., van Lint, M. T., Lawitschka, A., Schwarze, C. P., Passweg, J., & Socié, G. (2013). Increase of suicide and accidental death after hematopoietic stem cell transplantation: a cohort study on behalf of the Late Effects Working Party of the European Group for Blood and Marrow Transplantation (EBMT). *Cancer*, 119(11), 2012–2021.  
<https://doi.org/10.1002/cncr.27987>
- (39) Nead, K. T., Sinha, S., Yang, D. D., & Nguyen, P. L. (2017). Association of androgen deprivation therapy and depression in the treatment of prostate cancer: A systematic review and meta-analysis. *Urologic Oncology*, 35(11), 664.e1–664.e9.  
<https://doi.org/10.1016/j.urolonc.2017.07.016>
- (40) Guo, Z., Gan, S., Li, Y., Gu, C., Xiang, S., Zhou, J., Gong, L., Chan, F. L., & Wang, S. (2018). Incidence and risk factors of suicide after a prostate cancer diagnosis: a meta-analysis of observational studies. *Prostate Cancer and Prostatic Diseases*, 21(4), 499–508.  
<https://doi.org/10.1038/s41391-018-0073-6>
- (41) Patasius, A., Kincius, M., Kazlauskas, E., & Smailyte, G. (2019). The role of androgen-deprivation therapy on suicide among patients with advanced prostate cancer: A nationwide population-based cohort study. *Psycho-Oncology*, 28(10), 2098–2100.  
<https://doi.org/10.1002/pon.5186>
- (42) Granek, L., & Nakash, O. (2020). Prevalence and risk factors for suicidality in cancer patients and oncology healthcare professionals strategies in identifying suicide risk in cancer patients. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 14(3), 239–246.  
<https://doi.org/10.1097/SPC.0000000000000503>
- (43) Du, L., Shi, H. Y., Qian, Y., Jin, X. H., Li, Y., Yu, H. R., Liu, X. M., Fu, X. L., & Chen, H. L. (2021). Association between social support and suicidal ideation in patients with cancer: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Cancer Care*, 30(2), e13382.

- <https://doi.org/10.1111/ecc.13382>
- (44) Akechi, T., Nakano, T., Akizuki, N., Nakanishi, T., Yoshikawa, E., Okamura, H., & Uchitomi, Y. (2002). Clinical factors associated with suicidality in cancer patients. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 32(12), 506–511.  
<https://doi.org/10.1093/jjco/hyf106>
- (45) Akechi, T., Okamura, H., Yamawaki, S., & Uchitomi, Y. (2001). Why do some cancer patients with depression desire an early death and others do not?. *Psychosomatics*, 42(2), 141–145.  
<https://doi.org/10.1176/appi.psy.42.2.141>
- (46) Akechi, T., Okamura, H., Nakano, T., Akizuki, N., Okamura, M., Shimizu, K., Okuyama, T., Furukawa, T. A., & Uchitomi, Y. (2010). Gender differences in factors associated with suicidal ideation in major depression among cancer patients. *Psycho-Oncology*, 19(4), 384–389.  
<https://doi.org/10.1002/pon.1587>
- (47) Akechi, T., Okamura, H., Nishiwaki, Y., & Uchitomi, Y. (2002). Predictive factors for suicidal ideation in patients with unresectable lung carcinoma. *Cancer*, 95(5), 1085–1093.  
<https://doi.org/10.1002/cncr.10769>
- (48) Akechi, T., Okuyama, T., Sugawara, Y., Nakano, T., Shima, Y., & Uchitomi, Y. (2004). Suicidality in terminally ill Japanese patients with cancer. *Cancer*, 100(1), 183–191.  
<https://doi.org/10.1002/cncr.11890>
- (49) Trevino, K. M., Abbott, C. H., Fisch, M. J., Friedlander, R. J., Duberstein, P. R., & Prigerson, H. G. (2014). Patient-oncologist alliance as protection against suicidal ideation in young adults with advanced cancer. *Cancer*, 120(15), 2272–2281.  
<https://doi.org/10.1002/cncr.28740>
- (50) Akechi, T., Kugaya, A., Okamura, H., Nakano, T., Okuyama, T., Mikami, I., Shima, Y., Yamawaki, S., & Uchitomi, Y. (1999). Suicidal thoughts in cancer patients: clinical experience in psycho-oncology. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 53(5), 569–573.  
<https://doi.org/10.1046/j.1440-1819.1999.00607.x>
- (51) 公益財団法人日本医療機能評価機構 認定病院患者安全推進協議会. 患者安全推進ジャーナル別冊 病院内の自殺対策のすすめ方 改訂版, 2023
- (52) Ferguson, M. S., Reis, J. A., Rabbetts, L., Ashby, H. J., Bayes, M., McCracken, T., Ross, C., & Procter, N. G. (2018). The Effectiveness of Suicide Prevention Education Programs for Nurses. *Crisis*, 39(2), 96–109.  
<https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000479>
- (53) Kawanishi, C., Aruga, T., Ishizuka, N., Yonemoto, N., Otsuka, K., Kamijo, Y., Okubo, Y., Ikeshita, K., Sakai, A., Miyaoka, H., Hitomi, Y., Iwakuma, A., Kinoshita, T., Akiyoshi, J., Horikawa, N., Hirotsune, H., Eto, N., Iwata, N., Kohno, M., Iwanami, A., Mimura, M., Asada, T., Hirayasu, Y., & ACTION-J Group (2014). Assertive case management versus enhanced usual care for people with mental health problems who had attempted suicide and were admitted to hospital emergency departments in Japan (ACTION-J): a multicentre, randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, 1(3), 193–201.  
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70259-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70259-7)
- (54) Kawashima, Y., Yonemoto, N., Inagaki, M., Inoue, K., Kawanishi, C., & Yamada, M. (2019). Interventions to prevent suicidal behavior and ideation for patients with cancer: A systematic review. *General Hospital Psychiatry*, 60, 98–110.  
<https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2019.07.003>
- (55) Inoue, K., Kawashima, Y., Noguchi, H., Fujimori, M., Akechi, T., Kawanishi, C., Uchitomi, Y., & Matsuoka, Y. J. (2021). Attitude to suicide prevention and suicide intervention skills among oncology professionals: An online cross-sectional survey in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 75(12), 401–402.  
<https://doi.org/10.1111/pcn.13297>

- (56) 厚生労働省. (2022). がん診療連携拠点病院等の整備について(令和4年8月1日付).  
<https://www.mhlw.go.jp/content/001553972.pdf>
- (57) Akechi T. (2020). Suicide prevention among patients with cancer. *General Hospital Psychiatry*, 64, 119–120.  
<https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2019.09.004>
- (58) 日本サイコオンコロジー学会・日本がんサポーターティブケア学会 (編). (2024). がん患者における気持ちのつらさガイドライン 2024年版. 金原出版.
- (59) Vita, G., Compri, B., Matcham, F., Barbui, C., & Ostuzzi, G. (2023). Antidepressants for the treatment of depression in people with cancer. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3(3), CD011006.  
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD011006.pub4>
- (60) Okuyama, T., Akechi, T., Mackenzie, L., & Furukawa, T. A. (2017). Psychotherapy for depression among advanced, incurable cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Cancer Treatment Reviews*, 56, 16–27.  
<https://doi.org/10.1016/j.ctrv.2017.03.012>
- (61) Li, M., Kennedy, E. B., Byrne, N., Gérin-Lajoie, C., Katz, M. R., Keshavarz, H., Sellick, S., & Green, E. (2017). Systematic review and meta-analysis of collaborative care interventions for depression in patients with cancer. *Psycho-Oncology*, 26(5), 573–587.  
<https://doi.org/10.1002/pon.4286>
- (62) Muramatsu, K., Miyaoka, H., Kamijima, K., Muramatsu, Y., Yoshida, M., Otsubo, T., & Gejyo, F. (2007). The patient health questionnaire, Japanese version: validity according to the mini-international neuropsychiatric interview-plus. *Psychological Reports*, 101(3 Pt 1), 952–960.  
<https://doi.org/10.2466/pr0.101.3.952-960>
- (63) Roth, A. J., Kornblith, A. B., Batel-Copel, L., Peabody, E., Scher, H. I., & Holland, J. C. (1998). Rapid screening for psychologic distress in men with prostate carcinoma: a pilot study. *Cancer*, 82(10), 1904–1908.  
[https://doi.org/10.1002/\(sici\)1097-0142\(19980515\)82:10<1904::aid-cnrcr13>3.0.co;2-x](https://doi.org/10.1002/(sici)1097-0142(19980515)82:10<1904::aid-cnrcr13>3.0.co;2-x)
- (64) Akizuki, N., Yamawaki, S., Akechi, T., Nakano, T., & Uchitomi, Y. (2005). Development of an Impact Thermometer for use in combination with the Distress Thermometer as a brief screening tool for adjustment disorders and/or major depression in cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 29(1), 91–99.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2004.04.016>
- (65) Andersen, B. L., Lacchetti, C., Ashing, K., Berek, J. S., Berman, B. S., Bolte, S., Dizon, D. S., Given, B., Nekhlyudov, L., Pirl, W., Stanton, A. L., & Rowland, J. H. (2023). Management of Anxiety and Depression in Adult Survivors of Cancer: ASCO Guideline Update. *Journal of Clinical Oncology*, 41(18), 3426–3453.  
<https://doi.org/10.1200/JCO.23.00293>
- (66) National Comprehensive Cancer Network. (2025). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) for distress management V.1.2025.  
<https://www.nccn.org/guidelines/guidelines-detail?category=3&id=1431>
- (67) Chiang, Y. C., Couper, J., Chen, J. W., Lin, K. J., & Wu, H. P. (2022). Predictive value of the Distress Thermometer score for risk of suicide in patients with cancer. *Supportive Care in Cancer*, 30(6), 5047–5053.  
<https://doi.org/10.1007/s00520-022-06801-4>
- (68) McCarter, K., Britton, B., Baker, A. L., Halpin, S. A., Beck, A. K., Carter, G., Wratten, C., Bauer, J., Forbes, E., Booth, D., & Wolfenden, L. (2018). Interventions to improve screening and appropriate referral of patients with cancer for psychosocial distress: systematic review. *BMJ Open*, 8(1), e017959.  
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017959>

- (69) Mitchell A. J. (2013). Screening for cancer-related distress: when is implementation successful and when is it unsuccessful?. *Acta Oncologica*, 52(2), 216–224.  
<https://doi.org/10.3109/0284186X.2012.745949>
- (70) Meijer, A., Roseman, M., Delisle, V. C., Milette, K., Levis, B., Syamchandra, A., Stefanek, M. E., Stewart, D. E., de Jonge, P., Coyne, J. C., & Thombs, B. D. (2013). Effects of screening for psychological distress on patient outcomes in cancer: a systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 75(1), 1–17.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2013.01.012>
- (71) Gascon, B., Leung, Y., Espin-Garcia, O., Rodin, G., Chu, D., & Li, M. (2021). Suicide Risk Screening and Suicide Prevention in Patients With Cancer. *JNCI Cancer Spectrum*, 5(4), pkab057.  
<https://doi.org/10.1093/jncics/pkab057>
- (72) 末木新. (2017). 自殺念慮尺度の信頼性と妥当性の再検討. *こころの健康:日本精神衛生学会誌*, 32(2), 48–54.
- (73) Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. *Journal of consulting and clinical psychology*, 47(2), 343–352.  
<https://doi.org/10.1037//0022-006x.47.2.343>
- (74) Erlangsen, A., Runeson, B., Bolton, J. M., Wilcox, H. C., Forman, J. L., Krogh, J., Shear, M. K., Nordentoft, M., & Conwell, Y. (2017). Association Between Spousal Suicide and Mental, Physical, and Social Health Outcomes: A Longitudinal and Nationwide Register-Based Study. *JAMA Psychiatry*, 74(5), 456–464.  
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.0226>
- (75) Spillane, A., Larkin, C., Corcoran, P., Matvienko-Sikar, K., Riordan, F., & Arensman, E. (2017). Physical and psychosomatic health outcomes in people bereaved by suicide compared to people bereaved by other modes of death: a systematic review. *BMC Public Health*, 17(1), 939.  
<https://doi.org/10.1186/s12889-017-4930-3>
- (76) Pitman, A., Osborn, D., King, M., & Erlangsen, A. (2014). Effects of suicide bereavement on mental health and suicide risk. *The Lancet Psychiatry*, 1(1), 86–94.  
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70224-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70224-X)
- (77) Lunney, J. R., Lynn, J., & Hogan, C. (2002). Profiles of older medicare decedents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(6), 1108–1112.  
<https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2002.50268.x>
- (78) Osazuwa-Peters, N., Simpson, M. C., Zhao, L., Boakye, E. A., Olomukoro, S. I., Deshields, T., Loux, T. M., Varvares, M. A., & Schootman, M. (2018). Suicide risk among cancer survivors: Head and neck versus other cancers. *Cancer*, 124(20), 4072–4079.  
<https://doi.org/10.1002/cncr.31675>
- (79) 日本サイコオンコロジー学会・日本がんサポーターケア学会 (編). (2022). *がん医療における患者-医療従事者間のコミュニケーションガイドライン 2022年版*. 金原出版.
- (80) 日本サイコオンコロジー学会・日本がんサポーターケア学会 (編). (2025). *がん患者におけるせん妄ガイドライン 2025年版*. 金原出版.

## がん診療に携わる病院の自殺対策マニュアルおよびフローの推奨項目

2022年のがん診療連携拠点病院等の整備指針の改正により、がん患者の自殺リスクへの対応が明確に求められるようになり、各医療機関において自殺対策マニュアルや対応フローの整備が進められてきた。しかし、その内容や構成は施設ごとに大きく異なっている。

こうした背景を踏まえ、私たちは、がん診療連携拠点病院で実際に作成・運用されている自殺対策マニュアルおよびフローを収集し、その内容を俯瞰的に整理することを試みた。13施設のマニュアル・フローを対象に、自然言語処理の一手法であるトピックモデルを用いて、記載内容に共通して含まれるテーマや、施設ごとの特徴を示すテーマを抽出した。

分析の結果、がん患者の自殺対策マニュアルやフローには、大きく20のテーマが含まれていることが明らかとなった。その中でも特に、複数の施設で共通して記載されていたテーマとして、「ホットスポットの対策」、「自殺リスク因子とアセスメント」、「希死・自殺念慮のある患者への対応手順と連携体制」、「自殺発見時の現場対応および連絡体制」、「患者・遺族・他の患者との対話方法」などが挙げられた。これらは、施設の規模や立地にかかわらず、がん診療に携わる医療機関が優先的に整備すべき中核的要素であると考えられる。一方で、特定の施設が分量を割いて詳述していたテーマも存在した。例えば、事後のスタッフケアやカンファレンスの具体的運用方法、地域資源との連携の在り方などは、施設の機能やこれまでの経験を反映した内容であり、他施設が自院の体制を検討する際の重要な参考資料となり得るものであった。

本分析から見てきたのは、自殺対策マニュアルやフローは「網羅的であること」よりも、「実際に使われること」を前提に構成される必要があるという

点である。日常診療の中で希死・自殺念慮に直面した際、あるいは自殺事例が発生した際に、誰が・何を・どの順で行うのかが明確に示されていることが、医療従事者の混乱や心理的負担を軽減する。その意味で、共通項として抽出されたテーマは、現場で機能する自殺対策の「骨格」と言えるだろう。

がん患者の自殺対策は、個々の医療者の努力だけで完結するものではない。組織としての備え、そしてその備えを支えるマニュアルやフローの存在が、患者のみならず医療従事者を守る基盤となる。本研究で整理された推奨項目が、各医療機関における自殺対策体制の見直しや改善の一助となることを期待したい。

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

熊田ふみ子  
栗栖健  
岡村優子  
明智龍男  
松村由美  
内富庸介  
藤森麻衣子

### ■ 引用文献

Kumada, F., Kurisu, K., Okamura, M., Akechi, T., Matsumura, Y., Uchitomi, Y., Fujimori, M. (2026). Suicide Prevention in Japanese Cancer Care Hospitals: A Topic Modeling Analysis of Manuals and Workflows. *Frontiers in Psychiatry*, 17, 1743690.

<https://doi.org/10.3389/fpsy.2026.1743690>

表1. トピックモデルで抽出された 20のテーマの名称、内容、記載施設

テーマ	内容				記載施設	タイプ	
	概況	予防					体制
		一次	二次	三次			
<b>がん患者の自殺リスク(一般人口との比較、自殺リスクの高い時期など)</b> ・がん患者の自殺リスクの疫学 ・がん診療連携拠点としての自殺リスクへの対応 ・がん患者の自殺のリスク要因	● ● ●				大学 総合		
<b>自殺対策の概要</b> ・自殺の一次・二次・三次予防 ・社会的責務としての自殺対策 ・自殺対策の具体例(相談、教育、支援、体制) ・自殺の三次予防 ・自殺対策マニュアルの参考文献	● ● ● ● ●				大学	特定	
<b>ホットスポット(自殺が起きやすい場所)の種類と対策</b> ・ホットスポットの種類と対策の具体例		●			大学 総合 がん	共通	
<b>全人的痛みの説明</b> ・全人的な痛み		●			大学		
<b>気持ちのつらさのスクリーニング法</b> ・気持ちのつらさのスクリーニング法 ・事後のスタッフケア		●		●	大学	特定	
<b>自殺企図の切迫したリスクに関する評価と対応</b> ・自殺企図の切迫したリスクのサインと対応 ・評価の記録		● ●	● ●		大学 総合		
<b>自殺リスクを高める要因と評価法</b> ・自殺リスク・アセスメントのチェックリスト ・自殺リスクを高める要因 ・自殺リスク評価のための患者チェックリスト ・入院患者の自殺の要因 ・希死・自殺念慮を有する患者のチェックリスト		● ● ● ●	●		大学 総合 がん	共通	
<b>希死・自殺念慮のある患者への対応手順と連携体制</b> ・希死・自殺念慮がある患者への対応手順と連携体制 ・外来と病棟のメンタルヘルス情報の対応手順と連携体制 ・自殺企図後の入院患者への対応手順と連携体制		●	● ● ●		大学 総合	共通	
<b>自殺関連行動(希死・自殺念慮・自殺企図)への対応方法の具体例</b> ・希死・自殺念慮のある患者への対応方法 ・自殺企図後の患者への対応方法 ・事後の他患者への対応方法 ・自殺の医療者要因(対応方法のDON'T)		● ● ●	● ● ●	● ●	総合	特定	
<b>患者・遺族の抱える問題への対応</b> ・患者が抱える問題(自殺のリスク因子)への対応 ・遺族が抱える問題への対応		●	●	●	大学 総合		

<b>患者・遺族・他の患者との対話方法</b> ・危機介入時の対話方法 ・「生活のしやすさに関する質問票」による患者との対話方法 ・事後の他患者との対話方法 ・事後の遺族との対話方法		●	●	●	●	大学 総合 がん	共通
<b>危機介入(二次予防)と事後対応(三次予防)における情報共有と多職種/地域連携</b> ・緊急外来での自殺企図後の患者の情報共有の方法 ・緊急ミーティングでの情報共有の方法 ・危機介入での情報共有の方法 ・遺族・地域への情報提供の方法			●	●	●	大学	
<b>悲嘆を含む心理反応と支援</b> ・遺族の悲嘆を含む心理反応と支援 ・終末期がん患者の悲嘆を含む心理反応			●	●		大学 総合	特定
<b>自殺発見時の現場の対応手順</b> ・自殺発見時の現場の対応手順				●		大学 総合 がん	共通
<b>自殺発見時の連絡体制</b> ・自殺発見時の連絡・報告手順				●		大学 総合 がん	共通
<b>事後の遺族・スタッフへの心理的ケアの手順</b> ・事後の遺族への心理的ケアの手順 ・事後のスタッフへの心理的ケアの手順				●	●	大学 総合	特定
<b>事後カンファレンスとスタッフケアの体制</b> ・緊急ミーティングの実施手順 ・事後のスタッフケアの体制				●	●	大学 総合	
<b>院内多職種連携と院外機関連携</b> ・院内多職種連携と院外組織連携 ・院内相談体制 ・医療機関の自殺対策の重要性 ・事後の各職種スタッフケア					● ● ● ●	大学	特定
<b>体制の整備(管理、相談、支援、報告、教育等)</b> ・自殺対策としての院内体制(相談、教育、支援) ・事後の院内管理体制 ・担当部署の役割分担・報告体制や教育体制の整備 ・事後の継続的支援体制					● ● ● ●	大学	
<b>自殺対策に関わる相談窓口</b> ・心のケアに関する相談先 ・自死遺族サポートセンターによる遺族の法的問題対応 ・弁護士会等事務的手続きの相談先					● ● ●	大学	

※「テーマ」の項目について、テーマの下に具体的な内容を示し、各内容が該当する分類に「●」を記した。複数の分類を含む内容もある。

※「タイプ」の項目について、「共通」は6施設以上が記載していたテーマ、「特定」は特定の施設が分量をさいて詳細に記載していたテーマである。

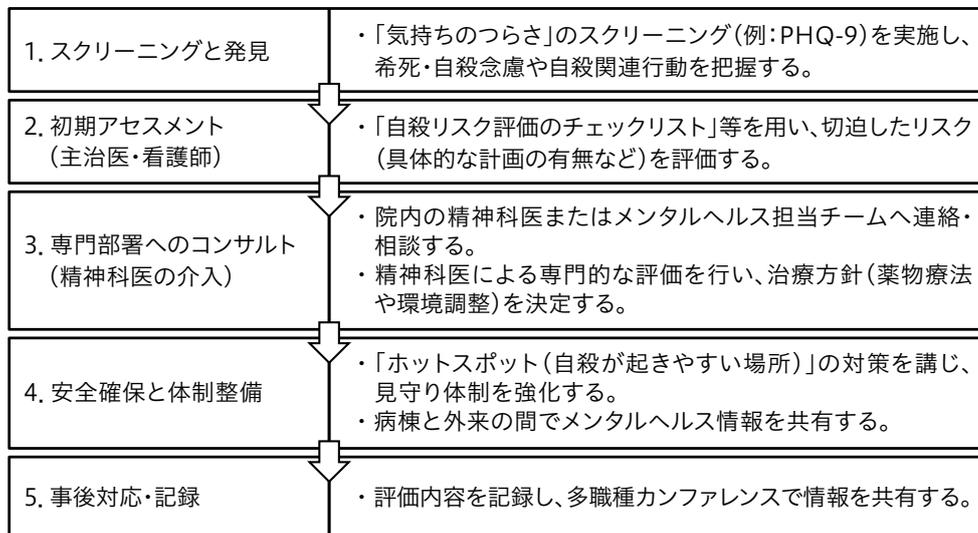
※「記載施設」の下線は、そのテーマについて分量をさいて詳細に記載している施設である。

※「記載施設」の欄について、「大学」は大学病院、「総合」は総合病院、「がん」はがん専門病院である。

図1. 自殺リスクのある患者に対する対応フロー図(例)

【パターン1:院内に精神科医がいる場合の対応フロー】

このパターンでは、院内の多職種連携(リエゾンチーム等)による迅速な専門的介入を軸にします。



※ PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9)の使用には、著作権表示(© kumiko.muramatsu「PHQ-9 日本語版 2018版」)や出典の記載が必要になります。

出典: Muramatsu K, Miyaoka H, Kamijima K et al.

Performance of the Japanese version of the Patient Health Questionnaire-9 (J-PHQ-9) for depression in primary General Hospital Psychiatry. 52: 64-69, 2018. 新潟青陵大学大学院臨床心理学研究, 第7号, p35-39, 2014

※ 「メンタルヘルスケアにおけるうつと不安のアセスメントのために:PHQ-9日本語版(J-PHQ-9)・GAD-7日本語版(J-GAD-7)」

<https://n-seiry.repo.nii.ac.jp/records/2000194>

【パターン2:院内に精神科医がいない場合の対応フロー】

このパターンでは、地域資源や外部医療機関との機関連携、および事務部門・管理部門を介した報告体制を軸にします。

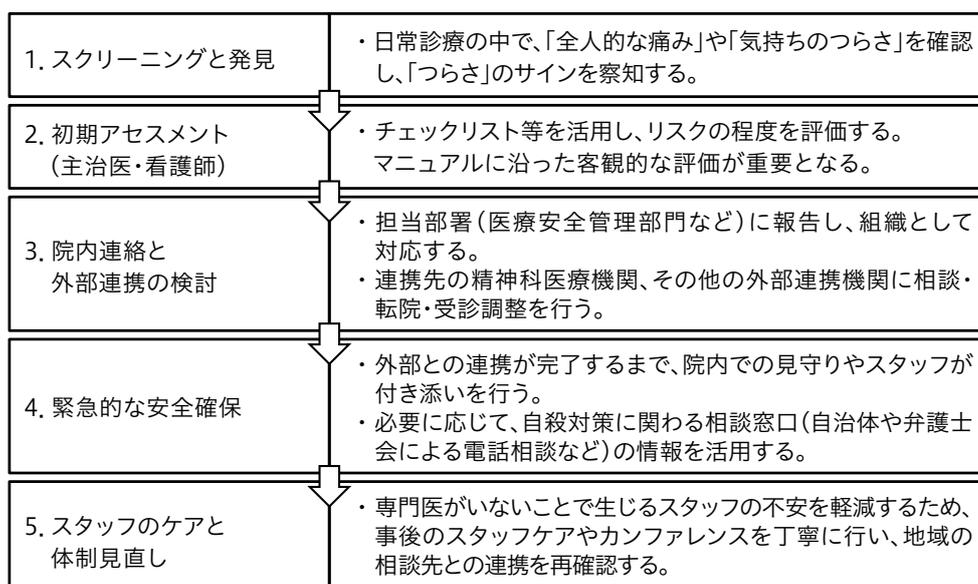
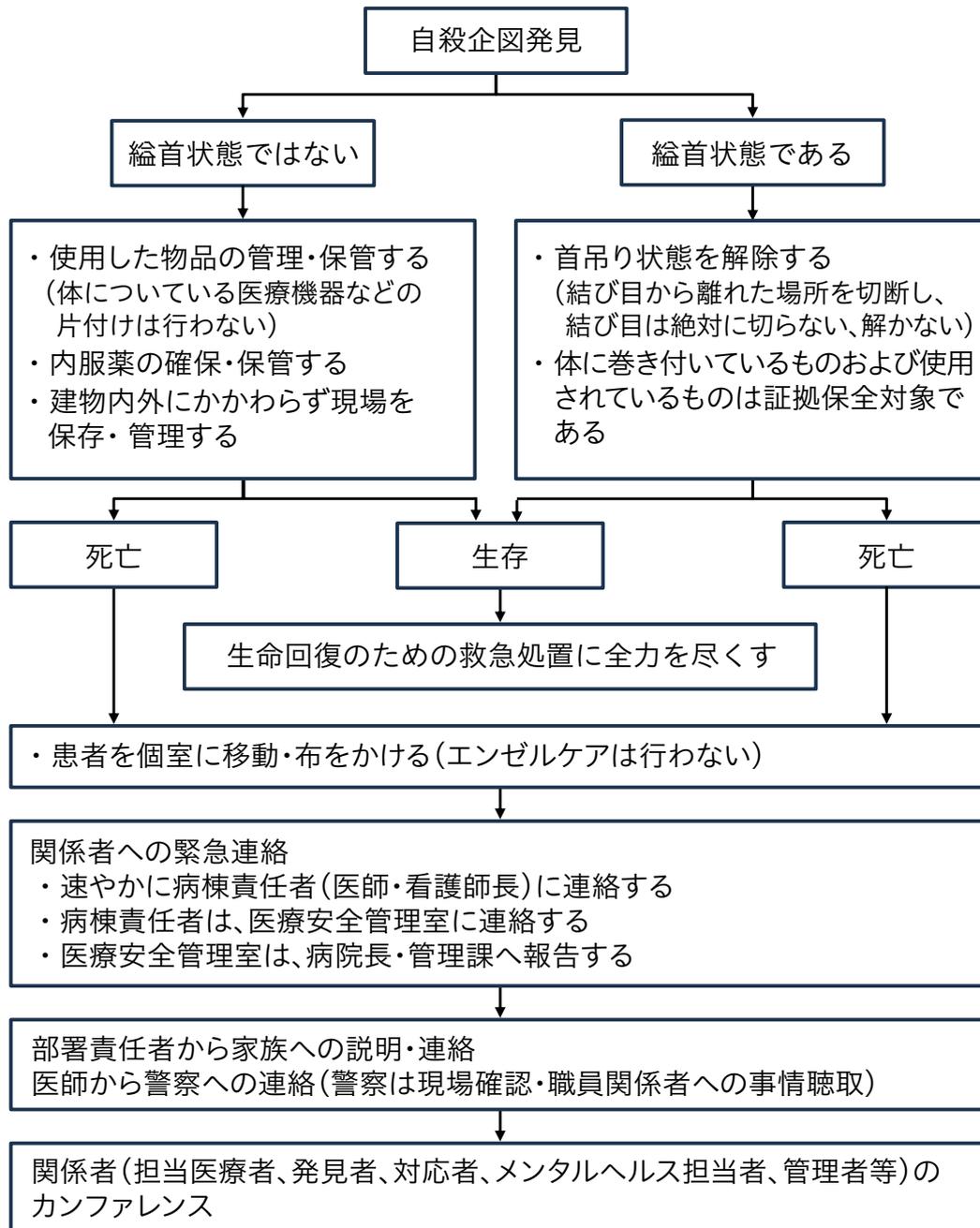


図2. 自殺企図発見時の対応フロー図(例)



# III

---

## がん患者の自殺対策 各論

## Ⅲ-1. わが国のがん患者の自殺実態調査

### 1. 全国がん登録を用いたわが国のがん患者の自殺実態調査

#### 1-1. 目的

全国がん登録情報を用いてわが国のがん診断後の自殺の実態を分析し、がん患者の自殺対策の基礎知見とする。また、地域単位での自殺対策に活かせるよう、都道府県による自殺リスクの差について検討する。

#### 1-2. 方法

2016年1月1日～12月31日にわが国でがんと診断され、全国がん登録に登録されたがん患者を対象とした(がんの剖検発見例、死亡者情報票のみの者、がん診断年月が不明の者、性別判定不可・年齢不明・診断時患者住所が国外または不明の者は除外した)。多重がんは対象期間内の最初に診断されたものを対象とした。対象者をがん診断日から年間追跡し、期間内に自殺で死亡した者を全国がん登録に登録されている原死因のICD-10コード(X60-X84、Y87.0)で同定した。

がん患者における自殺の発生件数を、一般人口における期待される件数(対象がん患者の各年における観察人年と、各年の推計人口(総人口)および人口動態統計の死亡総数における年齢、性別ごとの対象死因による死亡率を用いて算出)と比較し、標準化死亡比(Standardized mortality ratios; SMR)を算出した。また、自殺したがん患者を対象に、自殺の手段、自殺の発生場所を調査した<sup>(1,2)</sup>。

年齢、性別、多重がんの有無、がん種、進展度を共変量とし、オフセット項にグループ内の期待死亡数を含めた、ポアソン回帰分析を実施した。これにより、サブグループ間でのSMRの相対リスクを定量化した<sup>(2)</sup>。

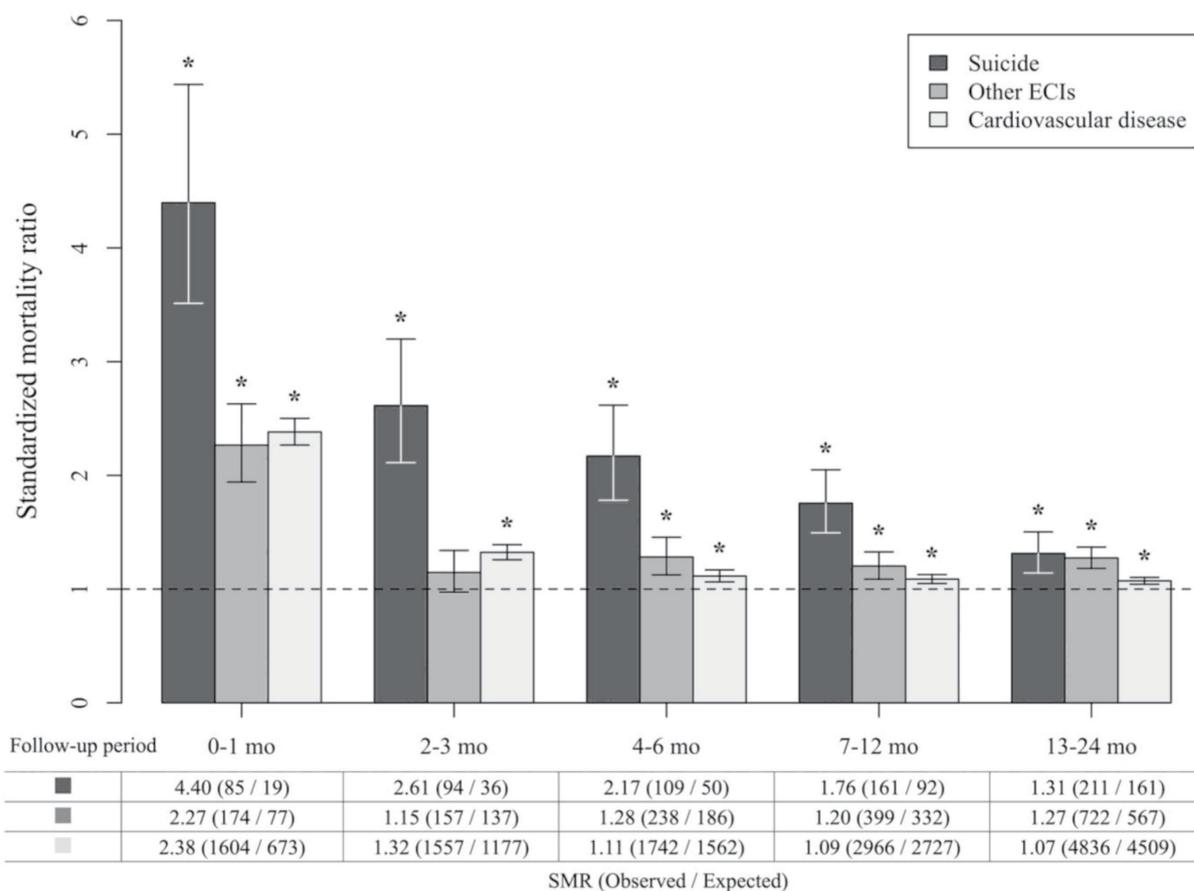
さらに、都道府県ごとに自殺リスクに差があるかどうかを確認するために、居住都道府県を共変量として含めたポアソン回帰分析を実施した。この際、一般人口における期待死亡数の計算において、年齢、性別に加えて、該当都道府県における死亡率を使用した<sup>(3)</sup>。

さらに、全国がん登録情報を用いて、COVID-19パンデミック下である2020年4-6月に新たにがんと診断された患者の6か月追跡での自殺リスクを計算し、それ以前に診断された患者のリスクと比較した<sup>(4)</sup>。

#### 1-3. 結果

解析対象のがん患者1,070,876人のうち、がん診断後2年以内に660人が自殺で死亡していた。この期間での同一年齢、性別の一般人口と比較したSMRは1.84 (95%信頼区間 = 1.71-1.99)であった。SMRは診断後1か月以内が4.40と最も高かった。その後漸減するものの、診断後13-24か月の期間においても1.31と、基準である1.0よりも有意に大きい数値であり、一般人口よりも高い自殺率であることが示された(図1)。

図1. がん診断後の時間別の自殺の標準化死亡比(参照文献2より引用)



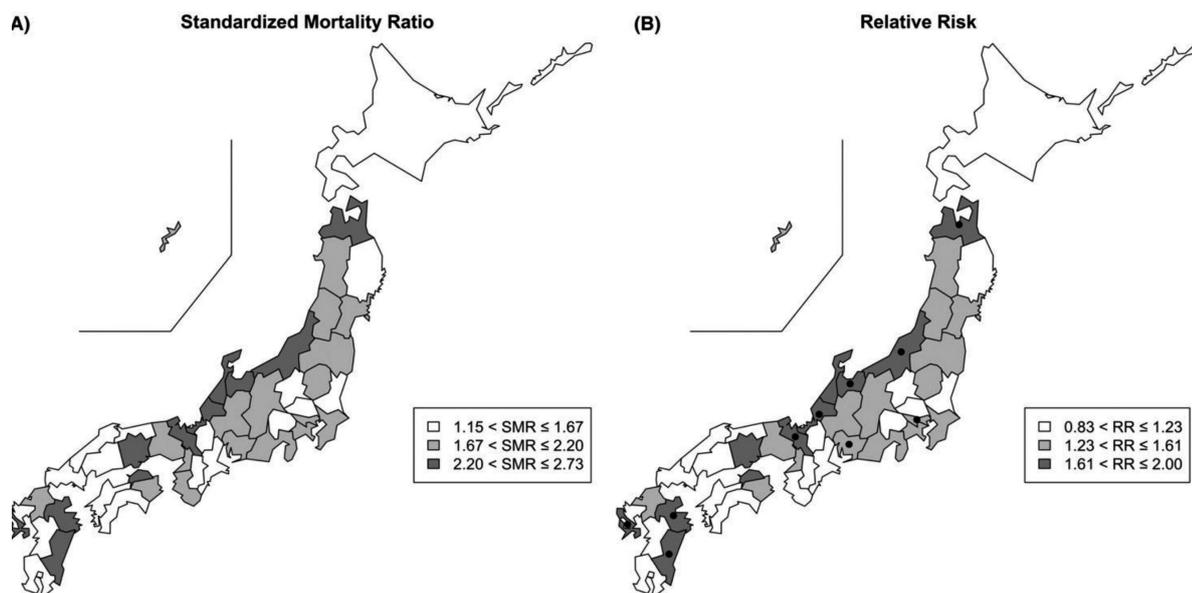
2016年上半期にがんと診断された患者のうちの半年以内の145名の自殺の手段は、縊首・絞首・窒息(X70)106人(73.1%)、高所からの飛び降り(X80)16人(11.0%)、化学物質・有害物質等による中毒(X60-X69)7人(4.8%)、その他6人(11.0%)であった。自殺の発生場所は、自宅敷地内105人(72.4%)、施設・公共の建築物等(病院を含む)9人(6.2%)、その他31人(21.4%)であった<sup>(1)</sup>。

ポアソン回帰分析において、年齢、性別、重複がんの有無では、サブグループ間にSMRの有意差はなかった。がん種では、大腸がんをreferenceとしたときに食道がんの相対リスクが2.01と有意に高いことが示された。進展度に関し、限局をreferenceとすると、より進展度の高い患者においてリスクが有意に高いことが示された<sup>(2)</sup>。

都道府県別のリスク差の解析結果、北陸地方を中心にSMRが高く、島根県が最小(1.15倍)、青森県が最大(2.73倍)であり、SMRに2倍以上の差があることが示された。北海道をreferenceとしたポアソン回帰分析においても、都道府県間の相対リスクに有意差がみられた<sup>(3)</sup>(図2)。

図2. 都道府県別の自殺の標準化死亡率 (A) と相対リスク (B) (参照文献3より引用)

(B) に示されている・は北海道をreferenceとした相対リスクに有意差がみられた都県を示している。



さらに、2020年4-6月に新たにがんと診断された患者の6か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倍であることが明らかになった<sup>(4)</sup>。

#### 1-4. 結論

悉皆的な調査である全国がん登録情報を用いて、がん患者の自殺リスクを調査した結果、診断直後に特に高く、その後も一般人口に比べて有意に高い状態が続くことが示された。さらに、がん種や進展度によってリスクが上昇することや、都道府県間で2倍以上の差があることが明らかになった。これらの結果は、がん患者に対する自殺対策を診断初期に重点的に実施する必要性や、リスク要因や地域差に応じた対策の重要性を示唆している。また、COVID-19パンデミック以降、自殺リスクに変化が生じている可能性があり、今後も追跡が必要であると考えられる。

#### 1-5. 限界

全国がん登録情報における生存期間は月単位で提供されており ([死亡年月(または最終生存確認年月) - がん診断年月] × 30.5日 (1か月) で算出)<sup>(5)</sup>、本調査結果にはそれに伴う誤差が存在する。全国がん登録情報における死亡情報に登録漏れがある可能性や、一部の自殺は自殺以外の外因死として報告されている可能性があり、自殺のリスクが過小評価となっている可能性がある。本調査では喫煙、飲酒、社会経済的状態や精神疾患の既往などの交絡因子の影響は調整できていない。また、全国がん登録情報におけるがん診断日はがん診断のための最も正確な検査(原発巣の組織診、転移巣の組織診、組織診などの決められた階層で決定)の施行日で定義されており<sup>(5)</sup>、患者へのがんの告知日とは異なる点に注意が必要である。

## 2. 東京都監察医務院における自殺検案事例の後方視的検討

### 2-1. 目的

がん診療連携拠点病院以外の自殺事例を含む東京都23区内全体のがん診断の既往を有する自殺既遂者の基本属性の実態を明らかにする。

### 2-2. 方法

東京都監察医務院は、東京都23区で発生したすべての不自然死について死体の検案および解剖を行い、その死因を明らかにしている。本調査では、2009-2013年に東京都監察医務院にて検案されたがんの既往のある自殺で死亡した事例を対象に、東京都監察医務院の死体検案通報書、死体検案調書、調査票に基づくデータベースから後方視的に情報を得て、がんの既往のある者の自殺についての実態を明らかにするとともに関連する背景因子を探索した<sup>(6)</sup>。調査項目は、自殺場所、がん原発部位、がん治療経験等である。

### 2-3. 結果

合計の自殺者数は9,841人で、そのうちがん既往のある者は503人であった(5.1%)。2012年の東京都地域がん登録のデータを基にすると、死亡したがん患者全体の約0.2-0.3%をがん既往のある自殺者が占めることが推計された。

がん原発部位ごとの自殺者数は、消化管(胃・大腸・食道)がん211人(37.7%)、泌尿器(前立腺・腎臓・膀胱)がん82人(14.7%)、肺がん57人(10.2%)、乳がん47人(8.4%)、頭頸部がん36人(6.4%)、肝臓がん30人(5.4%)、婦人科がん29人(5.2%)、血液がん27人(4.8%)、膵がん15人(2.7%)、その他26人(4.6%)であった。51人(10.1%)が、複数のがん原発部位を有していた。

がん既往のある自殺者の死亡した場所の大半(378人、75.8%)が自宅敷地内であり、次いで、川(30人、6.0%)、病院(21人、4.2%)、公園(19人、3.8%)、勤務先(9人、1.8%)、宿泊施設(9人、1.8%)、橋・歩道橋(8人、1.6%)、駅・踏切(8人、1.6%)が続いた。がんの既往のある自殺者の大半(366人、72.8%)ががん治療中であったが、入院中の自殺(25人、5.0%)は少なかった。

### 2-4. 結論

本調査によって、がん既往のある自殺者は、自殺者全体の約5%、死亡したがん患者全体の約0.2-0.3%を占めることが推計され、少なからず、がん患者の自殺が生じていることが確認できた。がん既往のある自殺者の大半が治療中であり、自宅敷地内で死亡していた。そのため、がん患者の自殺対策として、自殺者の数が多い消化管がん等の外来通院中のがん患者を対象とした支援体制の構築が必要であると考えられた。

### 2-5. 限界

本調査は、調査拠点が東京都監察医務院のみに限られており、わが国全体におけるがん患者の自殺の実態をより正確に把握するためには、全国がん登録情報を利用した実態調査結果を参照する必要がある。

### 3. 入院がん患者の自殺に関する医療事故報告の分析

#### 3-1. 目的

日本医療機能評価機構がウェブ上で公開している医療事故情報の分析を通じて、入院中のがん患者の自殺の実態を明らかにする。

#### 3-2. 方法

日本国内の大学病院、国立研究開発法人、国立病院機構、特定機能病院は法令に基づき、院内で起きた自殺および自殺未遂を報告している。これらに加えて、任意で参加している医療機関(その他の病院や診療所など)からの報告を、日本医療機能評価機構が公開している。2010年から2023年までの間に報告された、がん患者の自殺および自殺未遂の記録を抽出した。

これらの報告書には自由記述で、事故前後の状況およびスタッフから提案された改善策が含まれている。これらの記述に対して、トピックを決定するBERTopicモデルによる分析、またOpenAI APIによるGPTモデルによるラベル付けを実施した<sup>(7)</sup>。

#### 3-3. 結果

合計で213件(自殺134件、自殺未遂または転帰不明79件)を解析対象とした。BERTopicで同定されたトピックには、精神的・身体的苦痛、症状の増悪、看護記録、事故発生後の対応などが含まれていた。例えば、精神的・身体的苦痛のトピックでは、「患者から医療従事者に対して“すみません”や“私が入院していることで他の方に迷惑をかけていないか”といった発言が聞かれていた。」などの文章が含まれていた。また、看護記録関連のトピックには「担当看護師が訪室すると、患者が果物ナイフ(刃渡り9cm)で自己の腹部を切りつけている所を発見した。」のような文章が含まれていた。

GPTモデルによるラベル付けにより、49.8%以上が事故発生前に抑うつ症状を呈しており、34.7%程度が希死・自殺念慮を呈していた。しかし、精神的・心理的な介入を受けていた患者は23.9%に留まり、12.7%はせん妄を呈していることが疑われた。また、対策案として最も多く提案されていたのは、精神的苦痛に対する介入、医療スタッフ間のコミュニケーションの改善、患者家族との情報共有などであった。

#### 3-4. 結論

全国の病院から収集された医療事故情報の分析を通じて、入院中のがん患者における自殺・自殺未遂の実態を調査した。この結果から、精神的苦痛に対する早期の介入、医療スタッフ間の連携強化、患者家族を含めた支援体制の構築の重要性が示唆された。

#### 3-5. 限界

事故報告の記載の多くは自由記述であり、参加施設やスタッフによりその記載の質や量には差があると考えられる。また、記載されている対策はアイデアの段階であり、実際に有効であるかどうかは分からない。

#### ■ 引用文献

(1) Harashima, S., Fujimori, M., Akechi, T., Matsuda, T., Saika, K., Hasegawa, T., Inoue, K., Yoshiuchi,

- K., Miyashiro, I., Uchitomi, Y., & Matsuoka, Y. J. (2019). Suicide, other externally caused injuries and cardiovascular death following a cancer diagnosis: study protocol for a nationwide population-based study in Japan (J-SUPPORT 1902). *BMJ Open*, 9(7), e030681.  
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-030681>
- (2) Kurisu, K., Fujimori, M., Harashima, S., Akechi, T., Matsuda, T., Saika, K., Yoshiuchi, K., Miyashiro, I., & Uchitomi, Y. (2023). Suicide, other externally caused injuries, and cardiovascular disease within 2 years after cancer diagnosis: A nationwide population-based study in Japan (J-SUPPORT 1902). *Cancer Medicine*, 12(3), 3442–3451.  
<https://doi.org/10.1002/cam4.5122>
- (3) Kurisu, K., Harashima, S., Fujimori, M., Akechi, T., Yoshiuchi, K., & Uchitomi, Y. (2023). Regional disparities in suicide among patients with cancer: A nationwide population-based study in Japan. *Cancer Medicine*, 12(19), 20052–20058.  
<https://doi.org/10.1002/cam4.6574>
- (4) Kurisu K, Fujimori M, Harashima S, Akechi T, Yoshiuchi K, & Uchitomi Y. (2025) Suicide risk among individuals diagnosed with cancer during versus before the COVID-19 pandemic: a nationwide population-based study. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, Jul 8:hyaf110.  
<https://doi.org/10.1093/jjco/hyaf110>
- (5) 国立がん研究センター . (2025). 全国がん登録情報等の提供 データ定義 診断年2016-2020.  
[https://ganjoho.jp/med\\_pro/cancer\\_control/can\\_reg/national/datause/pdf/ncr\\_teikyojoho\\_teigi\\_shindannen2016-2020.pdf](https://ganjoho.jp/med_pro/cancer_control/can_reg/national/datause/pdf/ncr_teikyojoho_teigi_shindannen2016-2020.pdf)
- (6) Fujimori, M., Hikiji, W., Tanifuji, T., Suzuki, H., Takeshima, T., Matsumoto, T., Yamauchi, T., Kawano, K., & Fukunaga, T. (2017). Characteristics of cancer patients who died by suicide in the Tokyo metropolitan area. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 47(5), 458–462.  
<https://doi.org/10.1093/jjco/hyx003>
- (7) Kurisu, K., Fujimori, M., Harashima, S., Okamura, M., Yoshiuchi, K., & Uchitomi, Y. (2025). Exploratory Analysis of Nationwide Japanese Patient Safety Reports on Suicide and Suicide Attempts Among Inpatients With Cancer Using Large Language Models. *Psycho-Oncology*, 34(5), e70150.  
<https://doi.org/10.1002/pon.70150>

## 頭頸部がん患者の自殺予防策樹立に向けて

がん対策推進基本計画において、自殺対策は重要課題の一つとして掲げられており、なかでも頭頸部がん患者は自殺リスクが高いことが知られている<sup>(1)</sup>。また、患者の自殺は医療従事者にとっても深刻な心理的影響を及ぼす可能性があり、患者のみならず医療従事者への配慮も欠かせない<sup>(2)</sup>。筆者も担当患者の自殺に居合わせた経験をもつ頭頸部外科医である。当時受けた心理的衝撃は大きく、その後の診療姿勢に長く影響を及ぼしたと感じている。「自分たちの対応に至らない点があったのではないか」「何かできたことはなかったのか」といった、答えのない自問を繰り返す中で、厚生労働省がん対策推進総合研究事業「がん患者の自殺予防プログラムの開発に向けた研究(21EA1008)」研究班よりお声がけをいただき、頭頸部がん患者の自殺に関する研究に参画することとなった。

頭頸部がん患者の自殺リスクが高い理由として、生命予後だけでなく、呼吸・嚥下・発声などの基本機能や外貌に重大な影響を及ぼすことが挙げられる。就労や対人関係への影響を通じて、生活の質(QOL)が長期にわたり損なわれることも少なくない。しかし、臓器別がん登録の一種である日本頭頸部癌学会「頭頸部悪性腫瘍全国登録」では自殺に関する情報は収集されておらず、本邦では頭頸部がん患者の自殺に関する全国的な実態調査が行われてこなかった。医療従事者の認識や予防策の現状も不明であり、このような背景から、医療従事者と患者双方に焦点をあてた研究の必要性を強く感じた。

本邦における頭頸部がん患者の自殺は、先行研究の少ない未知の領域であり、まずは全国の実態を把握すべく医療従事者を対象とした調査を開始した。日本頭頸部癌学会倫理委員会の承認を得たうえで、日本頭頸部外科学会専門医制度指定研

修施設および日本頭頸部癌学会歯科口腔外科会員施設代表者に以下の項目を含む質問票を郵送した。1.担当患者における自殺関連行動の経験、2.所属施設全体での自殺関連行動の発生状況、3.自殺関連の研修受講経験、4.患者自殺後のスタッフへのメンタルヘルス支援の有無、5.予防策の実施状況。回答は匿名で収集し、心理的抵抗を最小限に抑えた。

質問票を郵送した181名中、152名(84.0%)から回答を得るという非常に高い回収率であった。そのうち82名(53.9%)が担当患者における自殺関連行動を経験し、69名(45.4%)が実際に患者の自殺を経験していた。一方で、自殺予防研修の受講経験はわずか7名(4.6%)にとどまり、事後のスタッフ支援も約3割に過ぎなかった<sup>(3)</sup>。筆者自身の経験でも、自殺発生後に精神科医主導で医師・看護師のみならず事務職員や警備員にまで支援が行われ、その取り組みに救われたという声を後日耳にした。こうした経験から、事後支援の重要性を痛感している。頭頸部がん診療に携わる以上、患者の自殺を経験する可能性は高く、知識と同時にスタッフケアの充実が急務であることを改めて実感した。

頭頸部がん診療医における患者自殺の経験は決して稀ではなく、回答率の高さからも関心の深さがうかがえた。次のステップとして、実際の症例に踏み込んだ個別事例調査を行った。診療情報に基づく構造化データに加え、心理的要因や診療時期を含む追加項目を設け、自殺関連行動と経過との関連を検討した。しかし、実施にあたっては予想を超える困難があった。国立がん研究センター倫理委員会の承認を得たものの、テーマのセンシティブさから中央一括審査ではなく、各施設での個別審査を求める形となった。その結果、協力施設は限られ、審査過程で厳しい意見をいただくことも少なくな

かった。それでも最終的に12施設から27例(自殺18例、自殺企図9例)の報告を得ることができた。

調査の結果、自殺関連行動は既婚者(19/27)や同居家族のいる症例(21/27)に多くみられた。顔貌に重大な影響を及ぼす副鼻腔腫瘍(10/27)が、疾患の希少性に比して比較的多く含まれており、制御困難あるいは再発病変を有する症例(17/27)が多数を占めていた<sup>(3)</sup>。心理的なセーフティネットとなりうる近い人物の存在が、こうした状況に苦しむ頭頸部がん患者の自殺を必ずしも予防しているとは限らないことが示唆された。一方で、米国の研究では喉頭全摘術を受けた患者の自殺リスクが高いと報告されているが<sup>(4)</sup>、本研究では27例中わずか2例にとどまった。本研究は症例数が限られており慎重な解釈を要するが、文化的背景や社会的支援体制が異なる集団間で結果を単純に外挿することは難しいことがうかがわれた。

自殺関連行動の発生時期は特にハイリスクと報告されている診断直後(4/27)に加え<sup>(5)</sup>、再発のない長期経過観察中(11/27)にも多くみられた<sup>(3)</sup>。これは、治療後長期にわたり患者が後遺症や社会的困難に苦しみ続けている現実を示唆している。また、精神疾患の既往や治療歴を有する者は少なく(5/27)、直前に精神科や緩和ケア科を受診していた症例も多くはなかった。すなわち、長期におよぶ苦痛の中で、患者が助けを求めることも、苦悩を自覚し表出することもできないまま限界に達していた可能性がある。

この研究成果は、頭頸部外科医としての私たちの仕事に改めて問いを投げかけている。私たちはがんの根治や生存期間延長に関わるエビデンスだけを重視しがちであるが、自らの診療に伴う不都合な現実から目を背けてはいないだろうか。頭頸部がん診療に携わる医療従事者には、身体的・心理的・社会的要素を統合した、長期的かつ包括的な介入が求められる。自殺事例は決して他人事では

なく、「がん患者はいつでも自殺しうる」という認識を持つことこそが、日常診療の質を高める第一歩となるだろう。本邦の頭頸部がん患者におけるこれらの知見は、今後の効果的な予防戦略の構築に寄与することが期待される。

国立がん研究センター中央病院 頭頸部外科  
江口紘太郎  
吉本世一

#### ■ 引用文献

- (1) Zaorsky, N. G., Zhang, Y., Tuanquin, L., et al. (2019). Suicide among cancer patients. *Nature Communications*, 10, 207. <https://doi.org/10.1038/s41467-018-08170-1>
- (2) Downey, J. I., & Alfonso, C. A. (2023). The impact of patient suicide on clinicians. *Psychodynamic Psychiatry*, 51, 381–385.
- (3) Eguchi, K., Yoshimoto, S., Fujimori, M., et al. (2025). Nationwide retrospective survey on healthcare professionals' perceptions of suicide-related behaviors among people with head and neck cancer in Japan. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 55, 1259-1266. <https://doi.org/10.1093/jjco/hyaf125>
- (4) Kam, D., Salib, A., Gorgy, G., et al. (2015). Incidence of suicide in patients with head and neck cancer. *JAMA Otolaryngology-Head & Neck Surgery*, 141, 1075–1081. <https://doi.org/10.1001/jamaoto.2015.1708>
- (5) Harashima, S., Fujimori, M., Akechi, T., et al. (2021). Death by suicide, other externally caused injuries, and cardiovascular diseases within 6 months of cancer diagnosis (J-SUPPORT 1902). *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 51, 744–752. <https://doi.org/10.1093/jjco/hyab001>

## Ⅲ-2. がん診断直後の自殺対策

### 1. 本章で扱うがん診断直後の時期の定義について

がん患者の自殺の重要なリスク因子としてがん診断からの期間が短いこと、特にがん診断後6か月以内の時期が自殺のリスクが高いことが報告されており、この時期に特化した自殺対策が必要と考えられるため、本章ではがん診断後、概ね6か月以内を中心としたがん診断直後の自殺に関する知見と自殺対策について述べる。

### 2. がん診断直後の患者の自殺、希死・自殺念慮－背景要因

先行研究においてがん診断後1年以内、特に最初の数か月から6か月以内の時期などがん診断からの時間が短いほど自殺のリスクが高く、その後経時的にリスクは漸減していくことが多くの調査で示されており<sup>(1-10)</sup>、系統的レビューおよびメタアナリシスでも診断後6か月以内の自殺率が特に高いことが示されている<sup>(11,12)</sup>。先行研究に基づくがん診断直後の自殺関連行動のリスク因子を表1に示す。一方、がん診断直後の患者のみを対象とした希死・自殺念慮、自殺未遂のリスク因子に関する知見は乏しい。

表1. がん診断直後の自殺関連行動のリスク因子

	海外	わが国
自殺	がん診断からの期間が短い <sup>(4-7)</sup> 、診断時に遠隔転移あり <sup>(7, 10)</sup> 、進行がん <sup>(6, 10, 13)</sup> 、膵がん <sup>(4, 7, 13)</sup> 、肺がん <sup>(4, 7, 10, 13)</sup> 、食道 <sup>(4, 10)</sup> 、肝臓がん <sup>(4, 14)</sup> 、中枢神経腫瘍 <sup>(4)</sup> 、頭頸部がん <sup>(10, 14)</sup> 、胃がん <sup>(13, 14)</sup> 、膀胱がん <sup>(14)</sup> 、高齢 <sup>(4, 7, 15)</sup> 、未婚・離婚・死別 <sup>(7)</sup> 、男性 <sup>(16)</sup> 、白人 <sup>(16)</sup> 、がん診断前の精神疾患の診断 <sup>(14, 15)</sup>	がん診断1か月以内 <sup>(9)</sup> 、遠隔転移 <sup>(9)</sup>
希死・自殺念慮	<米国の小児ALL患者を対象とした前向き研究 <sup>(17)</sup> > 白人以外、症状負担 <カナダの頭頸部がん患者を対象とした前向き研究 <sup>(18)</sup> > 精神疾患の既往、物質使用 (アルコール・薬物)	<東京の単施設の頭頸部がん患者を対象とした前向き研究 <sup>(19)</sup> > 精神疾患の既往、身体状態(何らかの身体活動制限あり)、治療後の就労状況の変化(休職・退職)
自殺未遂	—	—

約50万人のがん患者を含む30歳以上の全国民約600万人を対象としたスウェーデンの調査において、がん非罹患群と比較したがん罹患群の自殺、心血管疾患による死亡のリスクはがん診断後1週間以内が各々12.6倍、5.6倍と最も高く(がん診断後1週間以内に19人が自殺で死亡、1,318人が心血管疾患で死亡)、その後時間の経過とともに自殺、心血管疾患による死亡のリスクは漸減することが報告されている<sup>(4)</sup>。がん診断後1週間以内という大半ががんの治療開始前の時期の自殺、心血管疾患による死亡のリスクの著明な上昇が示されたことの原因として、がんの診断・告知による急性の精神心理的苦痛が自殺や心血管疾患の大きな誘因となっている可能性が考察されている<sup>(4)</sup>。なお、自殺、心血管疾

患による死亡とともに、がん診断後の経過が長くなるに従いリスクは低減するものの、前述したスウェーデンの調査においては、自殺、心血管疾患による死亡のリスクとものがん診断から1年以上経過後も有意に高いことが示されており<sup>(4)</sup>、一度がんと診断された患者はその後長期にわたり、これらの要因による死亡の対策が重要であることが示唆される。なお、がんサバイバーの自殺対策についてはⅢ-4章で詳述した。

Ⅲ-1章で示したように、全国がん登録情報を用いたわが国のがん患者の自殺実態調査によると、解析対象のがん患者1,070,876人のうち、がん診断後2年以内に660人が自殺で死亡していた。この期間での同一年齢、性別の一般人口と比較した標準化死亡比(Standardized mortality ratios; SMR)は1.84 (95%信頼区間 1.71-1.99)であり、SMRは診断後1か月以内が4.40と最も高かった<sup>(9)</sup>。その後漸減するものの、診断後13-24か月の期間においても1.31と、基準である1.0よりも有意に大きい数値であり、一般人口よりも高い自殺率であることが示された。また、同調査ではがん診断後2年以内の心血管疾患による死亡も一般人口と比較し高く(SMR 1.19, 95%信頼区間1.17-1.22)、診断後1か月以内のSMRが2.38と最も高いことが示されている<sup>(9)</sup>。

がん診断に伴う精神的ストレスの自殺への影響を支持する知見として、精神疾患の既往がない者を対象としたスウェーデンの調査では、がん罹患群ではがん非罹患群と比較した精神疾患の罹患のリスクががん診断後1週間以内の時期にピークとなり、その後急激にリスクは低減すること、また、がん診断直後は精神医学的診断の中でもストレス反応・適応反応症(適応障害)のリスクの上昇が最も顕著であることが報告されている<sup>(19)</sup>。また、この調査において精神疾患の罹患のリスクの上昇ががん診断の10か月前からみられたことから、がんの告知の前の時点、すなわちがんの疑いの指摘やがんの診断のための精密検査の段階から、強い精神心理的苦痛を患者が経験していることが関連していると推定される<sup>(20)</sup>。スウェーデンの乳がん、血液悪性疾患の疑いで精査を行った患者を対象とした調査においても、がんの疑いの精査の段階から精神疾患および心血管系疾患の罹患のリスクが上昇し、最終的に良性疾患や上皮内がんの診断であった場合でも精査中の精神疾患・心血管系疾患のリスクの上昇がみられたことが報告されている<sup>(21, 22)</sup>。

前述のとおり、がん診断直後、特に数か月以内の時期が自殺の高リスク時期であることが報告されているが、入院中の自殺はごくわずかで多くのがん患者の自殺は自宅敷地内で発生していると報告されていること、退院直後もがん患者の自殺の多発時期であるとの報告<sup>(8, 23)</sup>もあることを合わせて考慮すると、がん診断から初回入院までの期間および(初回入院を中心とした)入院の退院直後の時期など医療従事者によるサポートが比較的少ない時期が自殺の多発時期となっている可能性がある。

わが国の初回治療に臨む頭頸部がん患者を対象とした希死・自殺念慮に関する縦断調査(調査時期: T1初回治療前、T2初回治療後、T3登録6か月後、T4登録12か月後)によると、対象患者215人のうち、コロンビア自殺評価尺度により面接評価した希死・自殺念慮の1年有症率は6.5%(14/215)であった。また同調査では質問紙(Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised: SBQR)による希死・自殺念慮評価も縦断的に行われ、SBQRのカットオフ値(合計7点以上)を用いた希死・自殺念慮の1年有症率は、16.3%(35/215)であった。多変量解析により、初回治療1年間の希死・自殺念慮との関連が示唆された因子は、精神科受診歴、身体状態(ECOG performance status 1以上)、初回治療後の就労状況のネガティブな変化(休職、退職)であった<sup>(19)</sup>。

### 3. がん診断直後の患者の自殺対策に関連する先行知見

がん診断直後の患者の自殺予防を目的とした介入研究は存在しない<sup>(24)</sup>。

がんの告知を始め、再発や転移の告知、積極的治療の中止など医師から「悪い知らせ」を伝える際のがん患者の意向に基づく効果的なコミュニケーション<sup>(25)</sup>を実践するための態度や行動がSHAREにまとめられている(表2)。がん診療に携わる医師を対象としたSHAREに基づくコミュニケーション・スキル・トレーニングの2日間のワークショップのランダム化比較試験では、トレーニングを受けた医師の患者群では、対照群の医師の患者群と比較して患者の医師に対する信頼感が高く、患者の抑うつ程度が有意に低かったと報告されている<sup>(26)</sup>。医師の望ましいコミュニケーションが患者のストレスや前向きさに好影響を及ぼす<sup>(27)</sup>ということ、また前述の結果から、患者—医療従事者間の良好なコミュニケーションは、がん罹患・告知による精神的負担を軽減させうる予防策・対応策として中核をなすものと考えられる。

表2. わが国の患者の意向に基づく「悪い知らせ」の伝え方

SHAREの構成要素	患者が望むコミュニケーション
<b>S</b> : Supportive environment (支持的な場の設定)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・プライバシーが保たれた、静かで落ち着いた場所を設定する</li> <li>・十分な時間を設定する</li> <li>・面談が中断しないように配慮する</li> <li>・家族の同席を勧める</li> <li>・患者の目や顔を見て話す</li> </ul>
<b>H</b> : How to deliver the bad news (悪い知らせの伝え方)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者の認識を知る</li> <li>・わかりやすく、明確に伝える</li> <li>・はっきりと伝えるが「がん」という言葉を繰り返し用いない</li> <li>・言葉は注意深く選択し、適切に婉曲的な表現を用いる</li> <li>・理解度を確認しながら話す</li> <li>・質問を促し、その質問に答える</li> </ul>
<b>A</b> : Additional information (付加的情報)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・今後の治療方針について話し合う</li> <li>・病気の日常生活への影響について話し合う</li> <li>・患者の希望があれば、利用できるサポート、代替療法、セカンドオピニオンなどについての話題を取り上げる</li> </ul>
<b>RE</b> : Reassurance and Emotional support (安心感と情緒的サポート)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・優しさと思いやりを示す</li> <li>・感情表出を促し、受け止める</li> <li>・悪い知らせであることをあらかじめ示唆する</li> <li>・患者が希望を持てる情報も伝える</li> <li>・家族に対しても患者同様配慮する</li> <li>・「一緒に取り組みましょうね」と言葉をかける</li> </ul>

## まとめ

- ・ がん診断直後のがん患者の自殺対策にあたっては、がんの診断・告知に伴う急性の精神心理的苦痛やがんの疑いの指摘の時点からの精神心理的苦痛が影響している可能性があること、がん診断から初回入院までの期間や退院直後などの外来通院中の時期の自宅における自殺が多いことを念頭においた相談体制の充実等の対策が必要と考えられる。
- ・ がん診断前後の時期に患者に接する多職種の医療従事者に対するがん患者の自殺に関する知識の普及と、コミュニケーション・スキル・トレーニング(「悪い知らせ」の伝え方や精神症状の早期発見など)の促進が必要と考えられる。
- ・ がんと診断されたときからの緩和ケア(がん患者全員に対して(進行がんに限らず)、がん治療に携わる医療従事者で、診断時より緩和ケアを提供すること)<sup>(28)</sup>を行っていくことはがん診断直後の自殺対策としても重要であると考えられる。がん診断前後からの速やかな精神症状や苦痛のスクリーニングと多職種による相談支援体制の構築、専門的な精神心理的ケアへのアクセス勧奨が必要と考えられる。
- ・ がん診断時からの多職種による支援体制の構築の一貫として、初回のがん告知時に医師と看護師が心理的配慮をして同席面接する体制(がん患者指導管理料1「医師が看護師と共同して診療方針等について話し合い、その内容を文書等により提供した場合」の算定対象)やその後も必要に応じて医師、看護師または公認心理師が患者の不安を緩和するための面接を行う体制(がん患者指導管理料2「医師、看護師または公認心理師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合」の算定対象)の構築を促進する必要があると考えられる。
- ・ がん診断前後の患者の多くががん診療連携拠点病院を受診することから、がん診断前やがん診断の時点からがん相談支援センター、看護相談、緩和ケアチーム、精神科(精神科リエゾンチーム)・心療内科・心理職による介入などの利用可能な相談窓口やケア等についての周知・情報提供を行う必要があると考えられる。
- ・ 自殺リスクが高い患者(気持ちのつらさのスクリーニングが陽性になった場合、うつ状態を疑う場合、希死・自殺念慮の表出があった場合など)に対しては、精神保健専門家による精神症状や自殺関連行動のリスクの専門的評価や介入(精神療法、薬物療法)に加え、精神症状の継続的な評価、患者・家族への心理教育、患者の苦痛に応じた専門的緩和ケアの導入や利用可能なその他のケアの提供、ソーシャルワークの手法を用いた社会資源の利用と問題解決、相談窓口等の情報提供などを組み合わせた、多職種によるケースマネジメントを行う必要があると考えられる。

### ■ 引用文献

- (1) Robson, A., Scrutton, F., Wilkinson, L., & MacLeod, F. (2010). The risk of suicide in cancer patients: a review of the literature. *Psycho-Oncology*, 19(12), 1250–1258.  
<https://doi.org/10.1002/pon.1717>
- (2) Spoletini, I., Gianni, W., Caltagirone, C., Madaio, R., Repetto, L., & Spalletta, G. (2011). Suicide and cancer: where do we go from here? *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 78(3), 206–219.  
<https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2010.05.005>
- (3) Anguiano, L., Mayer, D. K., Piven, M. L., & Rosenstein, D. (2012). A literature review of suicide in cancer patients. *Cancer Nursing*, 35(4), E14–E26.

<https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e31822fc76c>

- (4) Fang, F., Fall, K., Mittleman, M. A., Sparén, P., Ye, W., Adami, H. O., & Valdimarsdóttir, U. (2012). Suicide and cardiovascular death after a cancer diagnosis. *The New England Journal of Medicine*, 366(14), 1310–1318.  
<https://doi.org/10.1056/NEJMoa1110307>
- (5) Johnson, T. V., Garlow, S. J., Brawley, O. W., & Master, V. A. (2012). Peak window of suicides occurs within the first month of diagnosis: implications for clinical oncology. *Psycho-Oncology*, 21(4), 351–356.  
<https://doi.org/10.1002/pon.1905>
- (6) Wang, S. M., Chang, J. C., Weng, S. C., Yeh, M. K., & Lee, C. S. (2018). Risk of suicide within 1 year of cancer diagnosis. *International Journal of Cancer*, 142(10), 1986–1993.  
<https://doi.org/10.1002/ijc.31224>
- (7) Saad, A. M., Gad, M. M., Al-Husseini, M. J., AlKhayat, M. A., Rachid, A., Alfaar, A. S., & Hamoda, H. M. (2019). Suicidal death within a year of a cancer diagnosis: A population-based study. *Cancer*, 125(6), 972–979.  
<https://doi.org/10.1002/cncr.31876>
- (8) Tanaka, H., Tsukuma, H., Masaoka, T., Ajiki, W., Koyama, Y., Kinoshita, N., Hasuo, S., & Oshima, A. (1999). Suicide risk among cancer patients: experience at one medical center in Japan, 1978-1994. *Japanese Journal of Cancer Research : Gann*, 90(8), 812–817.  
<https://doi.org/10.1111/j.1349-7006.1999.tb00820.x>
- (9) Kurisu, K., Fujimori, M., Harashima, S., Akechi, T., Matsuda, T., Saika, K., Yoshiuchi, K., Miyashiro, I., & Uchitomi, Y. (2023). Suicide, other externally caused injuries, and cardiovascular disease within 2 years after cancer diagnosis: A nationwide population-based study in Japan (J-SUPPORT 1902). *Cancer Medicine*, 12(3), 3442–3451.  
<https://doi.org/10.1002/cam4.5122>
- (10) Dent, K. R., Szymanski, B. R., Kelley, M. J., Katz, I. R., & McCarthy, J. F. (2023). Suicide risk following a new cancer diagnosis among Veterans in Veterans Health Administration care. *Cancer Medicine*, 12(3), 3520–3531.  
<https://doi.org/10.1002/cam4.5146>
- (11) Du, L., Shi, H. Y., Yu, H. R., Liu, X. M., Jin, X. H., Yan-Qian, Fu, X. L., Song, Y. P., Cai, J. Y., & Chen, H. L. (2020). Incidence of suicide death in patients with cancer: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 276, 711–719.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.082>
- (12) Guo, Z., Gan, S., Li, Y., Gu, C., Xiang, S., Zhou, J., Gong, L., Chan, F. L., & Wang, S. (2018). Incidence and risk factors of suicide after a prostate cancer diagnosis: a meta-analysis of observational studies. *Prostate Cancer and Prostatic Diseases*, 21(4), 499–508.  
<https://doi.org/10.1038/s41391-018-0073-6>
- (13) Ahn, M. H., Park, S., Lee, H. B., Ramsey, C. M., Na, R., Kim, S. O., Kim, J. E., Yoon, S., & Hong, J. P. (2015). Suicide in cancer patients within the first year of diagnosis. *Psycho-Oncology*, 24(5), 601–607.  
<https://doi.org/10.1002/pon.3705>
- (14) Choi, J. W., & Park, E. C. (2020). Suicide risk after cancer diagnosis among older adults: A nationwide retrospective cohort study. *Journal of Geriatric Oncology*, 11(5), 814–819.  
<https://doi.org/10.1016/j.jgo.2019.11.006>
- (15) Choi, J. W., Park, E. C., Kim, T. H., & Han, E. (2022). Mental Disorders and Suicide Risk among Cancer Patients: A Nationwide Cohort Study. *Archives of Suicide Research*, 26(1), 44–55.  
<https://doi.org/10.1080/13811118.2020.1779156>
- (16) Kinslow, C. J., Kumar, P., Olfson, M., Wall, M. M., Petridis, P. D., Horowitz, D. P., Wang, T. J. C., Kachnic, L. A., Cheng, S. K., Prigerson, H. G., Yu, J. B., & Neugut, A. I. (2024). Prognosis and risk of

- suicide after cancer diagnosis. *Cancer*, 130(4), 588–596.  
<https://doi.org/10.1002/cncr.35118>
- (17) Raghobar, K. P., Chambers, T., Hill, R. M., Taylor, O., Hockenberry, M., Hooke, M. C., Mitby, P., Moore, I. K., Brown, A. L., & Scheurer, M. E. (2022). Longitudinal investigation of suicidal ideation and associated factors during pediatric acute lymphoblastic leukemia chemotherapy. *Psycho-Oncology*, 31(10), 1782–1789.  
<https://doi.org/10.1002/pon.6014>
- (18) Henry, M., Rosberger, Z., Bertrand, L., Klassen, C., Hier, M., Zeitouni, A., Kost, K., Mlynarek, A., Richardson, K., Black, M., MacDonald, C., Zhang, X., Chartier, G., & Frenkiel, S. (2018). Prevalence and Risk Factors of Suicidal Ideation among Patients with Head and Neck Cancer: Longitudinal Study. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 159(5), 843–852.  
<https://doi.org/10.1177/0194599818776873>
- (19) 厚生労働科学研究費補助金 がん対策推進総合研究事業. (2024). がん患者の自殺予防プログラム開発とその実装に向けた教育研修に関する研究(23EA1028)令和6年度研究報告書.
- (20) Lu, D., Andersson, T. M., Fall, K., Hultman, C. M., Czene, K., Valdimarsdóttir, U., & Fang, F. (2016). Clinical Diagnosis of Mental Disorders Immediately Before and After Cancer Diagnosis: A Nationwide Matched Cohort Study in Sweden. *JAMA Oncology*, 2(9), 1188–1196.  
<https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2016.0483>
- (21) Shen, Q., Jöud, A., Schelin, M. E. C., Sjölander, A., Cao, Y., Sparén, P., Fall, K., Czene, K., Valdimarsdóttir, U., & Fang, F. (2019). Psychiatric disorders and cardiovascular diseases during the diagnostic workup of potential breast cancer: a population-based cohort study in Skåne, Sweden. *Breast Cancer Research*, 21(1), 139.  
<https://doi.org/10.1186/s13058-019-1232-y>
- (22) Liu, Q., Andersson, T. M., Jöud, A., Shen, Q., Schelin, M. E., Magnusson, P. K., Smedby, K. E., & Fang, F. (2019). Cardiovascular Diseases And Psychiatric Disorders During The Diagnostic Workup Of Suspected Hematological Malignancy. *Clinical Epidemiology*, 11, 1025–1034.  
<https://doi.org/10.2147/CLEP.S218063>
- (23) Lin, H. C., Wu, C. H., & Lee, H. C. (2009). Risk factors for suicide following hospital discharge among cancer patients. *Psycho-Oncology*, 18(10), 1038–1044.  
<https://doi.org/10.1002/pon.1483>
- (24) Kawashima, Y., Yonemoto, N., Inagaki, M., Inoue, K., Kawanishi, C., & Yamada, M. (2019). Interventions to prevent suicidal behavior and ideation for patients with cancer: A systematic review. *General Hospital Psychiatry*, 60, 98–110.  
<https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2019.07.003>
- (25) Fujimori, M., Akechi, T., Morita, T., Inagaki, M., Akizuki, N., Sakano, Y., & Uchitomi, Y. (2007). Preferences of cancer patients regarding the disclosure of bad news. *Psycho-Oncology*, 16(6), 573–581.  
<https://doi.org/10.1002/pon.1093>
- (26) Fujimori, M., Shirai, Y., Asai, M., Kubota, K., Katsumata, N., & Uchitomi, Y. (2014). Effect of communication skills training program for oncologists based on patient preferences for communication when receiving bad news: a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*, 32(20), 2166–2172.  
<https://doi.org/10.1200/JCO.2013.51.2756>
- (27) Uchitomi, Y., Mikami, I., Kugaya, A., Nakano, T., Okuyama, T., Akeichi, T., & Okamura, H. (2001). Physician support and patient responses after surgery for nonsmall cell lung carcinoma: a prospective observational study. *Cancer*, 92(7), 1926–1935.  
[https://doi.org/10.1002/1097-0142\(20011001\)92:7<1926::aid-cncr1711>3.0.co;2-l](https://doi.org/10.1002/1097-0142(20011001)92:7<1926::aid-cncr1711>3.0.co;2-l)
- (28) 日本がんサポーターブケア学会 IOP-ワーキンググループ「がんと診断された時からの緩和ケアの推進に関する研究」班. (2019). 「早期からの緩和ケア」と「がんと診断された時からの緩和ケア」の表現に関する提言.  
<http://jascc.jp/wp/wp-content/uploads/2019/11/IOPWG201911.pdf>

### Ⅲ-3. 進行期(積極的治療中～中止前後、終末期)の自殺対策

#### 1. 本章で扱う進行がん患者の時期の定義について

Ⅱ章(総論)において、がんの軌跡を3つの時期に分けて自殺対策を考慮することの重要性が示唆されていることを鑑み<sup>(1)</sup>、本章では進行がんの中でも、がん診断後一定の時期(がん診断後概ね6か月)を経過した、積極的治療中から積極的治療中止前後の時期、そして積極的治療中止後の終末期におけるがん患者の自殺対策について述べる。なお、診断時に進行がんであった患者の場合は、Ⅲ-2章のがん診断直後の自殺対策についての章も参照のこと。

#### 2. 進行がん患者の自殺－背景要因

進行がん患者のみを対象として自殺の背景要因を検討した調査は極めて限られている。在宅緩和ケア受療中に自殺で死亡した終末期がん患者5人に関して心理学的剖検(患者をよく知る医療従事者や家族への面接等を通して、自殺時の精神心理状態を推測する検討方法)を行ったイタリアの報告では、多くの症例に身体的苦痛のみならず、抑うつをはじめとした精神的苦痛が並存しており、全例に共通してみられた要因として、自律(autonomy)および自立(independence)を失うことに対する懸念および他者への依存の拒絶がみられたことが示された<sup>(2)</sup>。一方、その他の特徴として、全例で家族や医療従事者との関係は良好であったなどソーシャルサポートの側面の問題は目立たなかったことや4人は頑固な性格傾向(strong character)を有していたことなども報告されている。少数例の1報告ではあるが、本結果からは、進行がん患者の自殺の背景を考える際には、がん診断直後やがんサバイバーの時期とは異なり、身体状態、精神心理状態に加え、自律性・自立性の喪失や他者への依存をめぐる問題などの実存的苦痛や個々の患者の性格傾向を踏まえた価値観などにも踏み込んだ対策が必要であることが示唆される。ニュージーランドで行われた検死を受けた自殺事例を対象とした検討では、自殺で死亡した65歳以上の終末期がんの患者23人をその他の自殺者群と比較すると、高齢の終末期がん患者群では、有意にうつ病と精神保健サービスの利用が少なく、83%が「合理的な自殺」だと判断されたと報告されている<sup>(3)</sup>。なお、「合理的な自殺」に関してはSiege<sup>(4)</sup>の提唱するクライテリア(自身の状況を現実に即して正しく理解している、精神疾患や情緒的な苦痛によるものではない、大多数の第三者にとって動機が了解可能である)のうち、検討可能であった「動機が了解可能」のみを満たすものとしているなど、結果を考察するうえで大きな限界があることには注意が必要である。この調査は、高齢者の終末期がんにおけるうつ病の過小評価の可能性に加え、自殺の中に「合理的な自殺」の定義に該当するものが高頻度に含まれている可能性を示唆しており、高齢で終末期のがんを有した患者に対しては、うつ病診断の難しさに加え、身体状態や置かれた状況を勘案することなく自殺という行為だけに着目して、単に行為を不可能・禁止にすればよいという姿勢に疑念を呈した内容となっている。

これらの報告からは、進行がん患者の自殺の背景を考える際には、身体症状や精神症状の緩和が必須であるのみならず、実存的苦痛に関する検討や、合理性なども含め一義的に否定すべき事態と考える以外の立場も含めた議論が必要であることが示唆される。一方、治癒が望めない疾患の患者や現在の医療水準では症状緩和ができない苦痛症状を有する終末期疾患に対する安楽死や医師による自殺幫助については、欧米諸国を中心に制度化されている地域もあるが、わが国においては本格的な社会的議論には至っていない。今後、倫理、法制度、文化的背景を含む多角的な視点からの学際的な検討が求められる。

### 3. 進行がん患者の希死・自殺念慮 – 背景要因

進行がん患者の自殺の背景を検討した報告は前述したように極めて限られているため、知見を補完する意味で、進行がん患者の希死・自殺念慮の背景要因に関して検討した。内外の先行研究からは、進行・終末期のがん患者においては、対象や方法によって当然異なるものの、明確な希死・自殺念慮が10-20%程度にみられることが示唆されている<sup>(5-10)</sup>。そして、その背景には、自殺同様、痛みをはじめとした身体症状、うつ状態や絶望感などの精神症状、宗教的なコーピング、自律性・自立性の喪失や他者への依存の増大などの実存的苦痛、乏しいソーシャルサポートなど多彩な苦痛が存在していることが多くの研究で示されている<sup>(5-9, 11-23)</sup>。要因間の関連を詳細に検討した報告では、痛みやソーシャルサポートの乏しさ、低いQOL、実存的苦痛は、希死・自殺念慮に直接関連するのではなく、うつ状態や絶望感の発現を介して希死・自殺念慮発現に寄与することが示唆されている<sup>(7, 9, 24, 25)</sup>。進行がんを含めたがん患者の希死・自殺念慮に関連する要因を検討した系統的レビューや専門家のコンセンサスも、同様に身体、精神、心理社会、実存的苦痛すべての関与を示している<sup>(26, 27)</sup>。先行研究に基づく進行がん患者の自殺関連行動の主なリスク因子を表1に示す(本因子の検討については、系統的レビューを行ったものではないことに留意いただきたい)。うつ状態を代表とする精神症状は、進行がん患者の希死・自殺念慮においても最も重要な要因であり、うつ病の治療で希死・自殺念慮が消失することは臨床上でも経験されている<sup>(28-33)</sup>。なお、うつ病を合併しているがん患者において、希死・自殺念慮発現を促進する要因として、うつ病の重症度と身体的機能の低下などが示唆されている<sup>(34)</sup>。加えて、希死・自殺念慮は死の直前まで変化することが示されており、軽度の希死・自殺念慮を有する症例や絶望感への介入が有用であることを示唆する報告もある<sup>(35)</sup>。

一方、希死・自殺念慮を有する進行がん患者を対象として、その背景要因を質的に検討した報告からは、希死・自殺念慮は多くの臨床的な意味を含んでおり、「生きたい」ことに対する逆説的表現、今後、起こり得る耐え難い苦痛から解放される対処法の一つ、絶望感、死の直前に観察される死の受容に近い表現である可能性が指摘されている<sup>(36,37)</sup>。したがって、「死にたい」「早く死んでしまいたい」と言葉を投げかけてくる患者の背景には、このようなさまざまな「意味」が存在する。言い換えると、希死・自殺念慮は自殺の高リスクを示唆する症状ではあるが、死の直前にみられるある種の受容を表現するものを除けば、多くの場合には、「死にたい」という表現の背後には、気づかれていない何らかの患者ニーズや緩和されていない苦痛があることを示唆しているため、自殺対策の観点からも、希死・自殺念慮を表出する患者に対しては、その背景にある意味を掘り取り、実際のケアや症状緩和に結びつけていく必要がある。中でも従来の精神医学では進行がん患者に対する実存的な苦痛緩和に対しての知見は極めて乏しいため、安易に精神医学的な診断をあてはめるのではなく<sup>(21)</sup>、看護領域で発展してきたスピリチュアルケア<sup>(38)</sup>を積極的に提供することや背景に緩和不可能な苦痛が存在する場合は、慎重に適応を判断しながら持続的あるいは間欠的鎮静などを考慮する必要もある<sup>(39-41)</sup>。

以上、進行がん患者の希死・自殺念慮の関連要因に関する先行研究から示唆されることは、自殺予防として現在の医療でできることは、患者の苦痛軽減に資する徹底的かつ個別的な症状緩和と良質なケアの提供の重要性である。中でも死亡直前の約2か月前から、急激に身体状態が悪化し、さまざまな症状が同時に発現してくることを念頭においた患者中心のケアが必須である<sup>(1)</sup>。

なお緩和ケア領域では、進行がん患者の希死・自殺念慮と類似した状態として「死を早めて欲しいという希望」<sup>(42)</sup>があり、実際には若干異なる背景が想定されるが、本稿ではこれも広く希死・自殺念慮に含めて記述している。

表1. 進行がん患者の自殺関連行動のリスク因子

	海外	わが国
自殺	専門的緩和ケアの受療なし <sup>(43)</sup>	—
希死・自殺念慮	<p>&lt;進行がん&gt; うつ状態<sup>(19, 44, 45)</sup>、不安<sup>(20)</sup>、精神的苦痛<sup>(46)</sup>、現在の精神疾患の診断（心的外傷後ストレス症・パニック症・うつ病）<sup>(16)</sup>、絶望感<sup>(44)</sup>、低い自己効力感<sup>(16, 46)</sup>、尊厳の喪失<sup>(45, 46)</sup>、主治医との低い信頼関係<sup>(47)</sup>、がん診断前・後の精神保健サービス受療<sup>(16)</sup>、痛み<sup>(20)</sup>、倦怠感<sup>(19)</sup>、吐き気<sup>(10)</sup>、主観的な物忘れ<sup>(9)</sup>、不良な身体状態<sup>(14, 16)</sup>、低いQOL<sup>(48)</sup>、睡眠障害<sup>(48)</sup>、気分や他者との関係に影響を与える症状の存在<sup>(48)</sup>、介護者が配偶者以外<sup>(20)</sup>、被サポート感の欠如<sup>(16)</sup>、ネガティブな宗教的コーピング<sup>(15)</sup>、低い信仰心<sup>(16)</sup></p> <p>&lt;終末期&gt; うつ状態<sup>(7, 18, 24, 49, 50)</sup>、絶望感<sup>(7, 18, 24)</sup>、乏しいソーシャルサポート<sup>(7, 18)</sup>、痛み<sup>(7, 12, 14)</sup>、身体機能低下<sup>(18)</sup>、推定予後の短さ<sup>(50)</sup>、食欲の欠如<sup>(14)</sup>、低いQOL<sup>(13)</sup>、低いwell-being<sup>(51)</sup>、悲しみ<sup>(14)</sup>、実存的苦痛<sup>(11, 21)</sup>、人生における意味のなさ<sup>(49)</sup></p>	<p>&lt;進行がん&gt; うつ状態（うつ病・適応反応症〈適応障害〉）<sup>(6)</sup>、痛み<sup>(6)</sup></p> <p>&lt;終末期&gt; 倦怠感<sup>(22)</sup>、心理的苦痛（不安、抑うつ）<sup>(5)</sup>、絶望感<sup>(22)</sup>、他者へ負担感<sup>(5, 22)</sup>、他者への依存<sup>(22)</sup>、意味のなさ<sup>(22)</sup>、楽しめる活動ができないこと<sup>(22)</sup></p>
自殺未遂	—	—

#### 4. 進行がん患者の自殺対策に関連する先行知見

進行がん患者の自殺予防を目的として実施された介入研究はない。

米国の退役軍人の進行肺がん患者23,538人を対象とした調査では、進行肺がん患者の自殺のリスクは一般の退役軍人と比較して5.79倍と有意に高く、単変量解析において進行肺がん患者のうち専門的緩和ケア受療群は非受療群と比較して有意に自殺のリスクが低かった<sup>(27, 43)</sup>。一方、イタリアで多職種による在宅緩和ケアを受けている終末期がん患者17,964人において観察された自殺率を一般人口と比較した調査では、終末期がん患者群で自殺のリスクが有意に低かった（標準化死亡比 男性:0.07、女性:0.03）ことが報告されている<sup>(28, 52)</sup>。なお本調査における在宅緩和ケアチームには、医師、看護師、ボランティア、ソーシャルワーカー、心理職が含まれており、在宅で亡くなるまで継続的なケアが提供された。これらの調査からは、進行がん患者・終末期の患者に対しては、自殺対策という観点からも、良質な緩和ケアの提供が望まれることが示唆される。なお、入院中の進行がん患者に対するコンサルテーション型の緩和ケアチームのサポートの自殺予防に対する影響についての知見はない。

## まとめ

- ・ 進行がん患者の自殺対策にあたっては、がん診断直後、がんサバイバーの時期とは異なり、がんの疾患の軌跡、中でも死亡直前の約2か月前から急激に身体状態が悪化し、さまざまな症状が同時に発現してくることを念頭においたアプローチが必要であると考えられる。
- ・ 進行がん患者の自殺対策にあたっては、がんがもたらすあらゆる領域の苦痛、いわゆる全人的苦痛(身体的苦痛、心理的苦痛、社会的苦痛、実存的苦痛)の緩和が必要であると考えられる。そのため、希死・自殺念慮を表出する患者に対して、まず医療従事者が行うべきこととして、死にたいという気持ちを否定したり、審判するのではなく、背景にある苦痛や満たされていないニーズを掘り上げるようなコミュニケーションから開始する必要があると考えられる。例えば、「(早く)死にたいと思うほど、つらい症状や気がかりがあると思うのですが、よろしければそのことについて、もう少しお話しいただけませんか?」などという言葉がけである。
- ・ その中でもうつ病、うつ状態の治療は他の領域同様、自殺対策において重要な位置づけにあるため、その状態に合併することの多い実存的苦痛への対応が必須となる。
- ・ 実存的苦痛に関しては標準的な治療やケアの方法が国内外を含めて確立されておらず、今後の研究が必要であると考えられる。一方、ケアにおいては害となるものは極めてまれであると考えられるため、必ずしもランダム化比較試験などの高い実証的レベルのエビデンスを待つのではなく、既存のケアの実践<sup>(38)</sup>などは積極的に取り入れることを推奨する。
- ・ 治癒が望めない終末期がん患者の自殺に関しては、自殺の動機を第三者が了解可能である自殺も多く含まれていたという海外の報告もある。したがって、自殺対策を検討することと並行して、今後は、議論を深めるために、倫理、法学、哲学領域などの専門家も含めた議論が必要である。なお、本事項に関しては、死をめぐる問題についての文化差も考慮する必要があり、ステークホルダーとしての患者・家族のみならず、宗教家、社会学者等を含めた文科系領域の専門家も議論に含めることを提言する。
- ・ わが国の現状では、安楽死や自殺幫助は法的に認められていないことから、臨床現場では自殺予防に徹する姿勢が必要である。

## ■ 引用文献

- (1) Akechi T. (2020). Suicide prevention among patients with cancer. *General Hospital Psychiatry*, 64, 119–120.  
<https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2019.09.004>
- (2) Filiberti, A., Ripamonti, C., Totis, A., Ventafridda, V., De Conno, F., Contiero, P., & Tamburini, M. (2001). Characteristics of terminal cancer patients who committed suicide during a home palliative care program. *Journal of Pain and Symptom Management*, 22(1), 544–553.  
[https://doi.org/10.1016/s0885-3924\(01\)00295-0](https://doi.org/10.1016/s0885-3924(01)00295-0)
- (3) Cheung, G., Douwes, G., & Sundram, F. (2017). Late-Life Suicide in Terminal Cancer: A Rational Act or Underdiagnosed Depression?. *Journal of Pain and Symptom Management*, 54(6), 835–842.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.05.004>
- (4) Siegel K. (1986). Psychosocial aspects of rational suicide. *American Journal of Psychotherapy*, 40(3), 405–418.  
<https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1986.40.3.405>
- (5) Akechi, T., Okuyama, T., Sugawara, Y., Nakano, T., Shima, Y., & Uchitomi, Y. (2004). Suicidality in

- terminally ill Japanese patients with cancer. *Cancer*, 100(1), 183–191.  
<https://doi.org/10.1002/cncr.11890>
- (6) Akechi, T., Okamura, H., Nishiwaki, Y., & Uchitomi, Y. (2002). Predictive factors for suicidal ideation in patients with unresectable lung carcinoma. *Cancer*, 95(5), 1085–1093.  
<https://doi.org/10.1002/cncr.10769>
- (7) Chochinov, H. M., Wilson, K. G., Enns, M., Mowchun, N., Lander, S., Levitt, M., & Clinch, J. J. (1995). Desire for death in the terminally ill. *The American Journal of Psychiatry*, 152(8), 1185–1191.  
<https://doi.org/10.1176/ajp.152.8.1185>
- (8) Morita, T., Sakaguchi, Y., Hirai, K., Tsuneto, S., & Shima, Y. (2004). Desire for death and requests to hasten death of Japanese terminally ill cancer patients receiving specialized inpatient palliative care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 27(1), 44–52.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2003.05.001>
- (9) Zhang, Y., He, Y., Pang, Y., Su, Z., Wang, Y., Zhou, Y., Lu, Y., Jiang, Y., Han, X., Song, L., Wang, L., Li, Z., Lv, X., Wang, Y., Yao, J., Liu, X., Zhou, X., He, S., Song, L., Li, J., Wang, B., & Tang, L. (2024). Suicidal ideation in Chinese patients with advanced breast cancer: a multi-center mediation model study. *BMC Psychology*, 12(1), 139.  
<https://doi.org/10.1186/s40359-024-01607-x>
- (10) Tang, L., He, Y., Pang, Y., Su, Z., Zhou, Y., Wang, Y., Lu, Y., Jiang, Y., Han, X., Song, L., Wang, L., Li, Z., Lv, X., Wang, Y., Yao, J., Liu, X., Zhou, X., He, S., Zhang, Y., Song, L., Li, J., & Wang, B. (2022). Suicidal ideation in advanced cancer patients without major depressive disorder. *Psycho-Oncology*, 31(11), 1941–1950.  
<https://doi.org/10.1002/pon.6033>
- (11) Wang, Y. C., & Lin, C. C. (2016). Spiritual Well-being May Reduce the Negative Impacts of Cancer Symptoms on the Quality of Life and the Desire for Hastened Death in Terminally Ill Cancer Patients. *Cancer Nursing*, 39(4), E43–E50.  
<https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000298>
- (12) Mystakidou, K., Parpa, E., Katsouda, E., Galanos, A., & Vlahos, L. (2005). Pain and desire for hastened death in terminally ill cancer patients. *Cancer Nursing*, 28(4), 318–324.  
<https://doi.org/10.1097/00002820-200507000-00014>
- (13) Mystakidou, K., Parpa, E., Katsouda, E., Galanos, A., & Vlahos, L. (2004). Influence of pain and quality of life on desire for hastened death in patients with advanced cancer. *International Journal of Palliative Nursing*, 10(10), 476–483.  
<https://doi.org/10.12968/ijpn.2004.10.10.16211>
- (14) Mystakidou, K., Parpa, E., Katsouda, E., Galanos, A., & Vlahos, L. (2006). The role of physical and psychological symptoms in desire for death: a study of terminally ill cancer patients. *Psycho-Oncology*, 15(4), 355–360.  
<https://doi.org/10.1002/pon.972>
- (15) Trevino, K. M., Balboni, M., Zollfrank, A., Balboni, T., & Prigerson, H. G. (2014). Negative religious coping as a correlate of suicidal ideation in patients with advanced cancer. *Psycho-Oncology*, 23(8), 936–945.  
<https://doi.org/10.1002/pon.3505>
- (16) Spencer, R. J., Ray, A., Pirl, W. F., & Prigerson, H. G. (2012). Clinical correlates of suicidal thoughts in patients with advanced cancer. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(4), 327–336.  
<https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e318233171a>
- (17) Latha, K. S., & Bhat, S. M. (2005). Suicidal behaviour among terminally ill cancer patients in India. *Indian Journal of Psychiatry*, 47(2), 79–83.  
<https://doi.org/10.4103/0019-5545.55950>
- (18) Breitbart, W., Rosenfeld, B., Pessin, H., Kaim, M., Funesti-Esch, J., Galietta, M., Nelson, C. J., &

- Brescia, R. (2000). Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. *JAMA*, 284(22), 2907–2911.  
<https://doi.org/10.1001/jama.284.22.2907>
- (19) Cheng, H. W., Chan, K. Y., Sham, M. K., & Li, C. W. (2014). Symptom burden, depression, and suicidality in Chinese elderly patients suffering from advanced cancer. *Journal of Palliative Medicine*, 17(1), 10.  
<https://doi.org/10.1089/jpm.2013.0422>
- (20) Park, S. A., Chung, S. H., & Lee, Y. (2016). Factors Associated with Suicide Risk in Advanced Cancer Patients: A Cross-Sectional Study. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 17(11), 4831–4836.  
<https://doi.org/10.22034/APJCP.2016.17.11.4831>
- (21) Calagua-Bedoya, E. A., Ernst, C., Shalev, D., & Bialer, P. (2023). Consultation-Liaison Case Conference: Suicidal Ideation in a Patient at the End-of-Life. *Journal of the Academy of Consultation-Liaison Psychiatry*, 64(4), 371–382.  
<https://doi.org/10.1016/j.jaclp.2022.11.004>
- (22) Hatano, Y., Morita, T., Mori, M., Maeda, I., Oyamada, S., Naito, A. S., Oya, K., Sakashita, A., Ito, S., Hiratsuka, Y., Tsuneto, S., & EASED Investigators (2021). Complexity of desire for hastened death in terminally ill cancer patients: A cluster analysis. *Palliative & Supportive care*, 19(6), 646–655.  
<https://doi.org/10.1017/S1478951521000080>
- (23) Rodríguez-Prat, A., Balaguer, A., Booth, A., & Monforte-Royo, C. (2017). Understanding patients' experiences of the wish to hasten death: an updated and expanded systematic review and meta-ethnography. *BMJ Open*, 7(9), e016659.  
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016659>
- (24) Chochinov, H. M., Wilson, K. G., Enns, M., & Lander, S. (1998). Depression, Hopelessness, and suicidal ideation in the terminally ill. *Psychosomatics*, 39(4), 366–370.  
[https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(98\)71325-8](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(98)71325-8)
- (25) Rodin, G., Lo, C., Mikulincer, M., Donner, A., Gagliese, L., & Zimmermann, C. (2009). Pathways to distress: the multiple determinants of depression, hopelessness, and the desire for hastened death in metastatic cancer patients. *Social Science & Medicine*, 68(3), 562–569.  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.10.037>
- (26) Chen, J., Ping, Z., Hu, D., Wang, J., & Liu, Y. (2024). Risk factors associated with suicidal ideation among cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 14, 1287290.  
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1287290>
- (27) Balaguer, A., Monforte-Royo, C., Porta-Sales, J., Alonso-Babarro, A., Altisent, R., Aradilla-Herrero, A., Bellido-Pérez, M., Breitbart, W., Centeno, C., Cuervo, M. A., Deliens, L., Frerich, G., Gastmans, C., Lichtenfeld, S., Limonero, J. T., Maier, M. A., Materstvedt, L. J., Nabal, M., Rodin, G., Rosenfeld, B., Schroepfer, T., Tomás-Sábado, J., Trelis, J., Villavicencio-Chávez, C., & Voltz, R. (2016). An International Consensus Definition of the Wish to Hasten Death and Its Related Factors. *PloS One*, 11(1), e0146184.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0146184>
- (28) Kugaya, A., Akechi, T., Nakano, T., Okamura, H., Shima, Y., & Uchitomi, Y. (1999). Successful antidepressant treatment for five terminally ill cancer patients with major depression, suicidal ideation and a desire for death. *Supportive Care in Cancer*, 7(6), 432–436.  
<https://doi.org/10.1007/s005200050305>
- (29) Rodríguez-Mayoral, O., Pérez-Esparza, R., Domínguez-Ocadio, G., & Allende-Pérez, S. (2020). Ketamine as augmentation for the treatment of major depression and suicidal risk in advanced cancer: Case report. *Palliative & Supportive Care*, 18(1), 110–112.  
<https://doi.org/10.1017/S1478951519000580>

- (30) Tomy, M., Alexander, W., Gupta, S., Schaefer, D., & Case, A. A. (2025). Adjunctive Intranasal Esketamine for Comorbid Treatment-Resistant Depression with Suicidal Ideation in Patients Receiving Palliative Care at a Comprehensive Cancer Center: A Case Series. *Journal of Palliative Medicine*, 28(1), 131–136.  
<https://doi.org/10.1089/jpm.2024.0040>
- (31) Decazes, E., Rigal, O., & Clatot, F. (2023). Effect of a single dose of intravenous ketamine on the wish to hasten death in palliative care: A case report in advanced cancer. *Palliative & Supportive Care*, 21(4), 765–767.  
<https://doi.org/10.1017/S1478951523000317>
- (32) Ross, S., Agin-Liebes, G., Lo, S., Zeifman, R. J., Ghazal, L., Benville, J., Franco Corso, S., Bjerre Real, C., Guss, J., Bossis, A., & Mennenga, S. E. (2021). Acute and Sustained Reductions in Loss of Meaning and Suicidal Ideation Following Psilocybin-Assisted Psychotherapy for Psychiatric and Existential Distress in Life-Threatening Cancer. *ACS Pharmacology & Translational Science*, 4(2), 553–562.  
<https://doi.org/10.1021/acsptsci.1c00020>
- (33) Rodríguez-Mayoral, O., Pérez-Esparza, R., Domínguez-Ocadio, G., & Allende-Pérez, S. (2020). Ketamine as augmentation for the treatment of major depression and suicidal risk in advanced cancer: Case report. *Palliative & Supportive Care*, 18(1), 110–112.  
<https://doi.org/10.1017/S1478951519000580>
- (34) Akechi, T., Okamura, H., Yamawaki, S., & Uchitomi, Y. (2001). Why do some cancer patients with depression desire an early death and others do not?. *Psychosomatics*, 42(2), 141–145.  
<https://doi.org/10.1176/appi.psy.42.2.141>
- (35) Rosenfeld, B., Pessin, H., Marziliano, A., Jacobson, C., Sorger, B., Abbey, J., Olden, M., Brescia, R., & Breitbart, W. (2014). Does desire for hastened death change in terminally ill cancer patients?. *Social Science & Medicine* (1982), 111, 35–40.  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.03.027>
- (36) Coyle, N., & Sculco, L. (2004). Expressed desire for hastened death in seven patients living with advanced cancer: a phenomenologic inquiry. *Oncology Nursing Forum*, 31(4), 699–709.  
<https://doi.org/10.1188/04.ONF.699-709>
- (37) Nissim, R., Gagliese, L., & Rodin, G. (2009). The desire for hastened death in individuals with advanced cancer: a longitudinal qualitative study. *Social Science & Medicine* (1982), 69(2), 165–171.  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.04.021>
- (38) 田村恵子・河正子・森田達也。(2017). 看護に活かすスピリチュアルケアの手引き 第2版. 青海社.
- (39) 日本緩和医療学会緩和医療ガイドライン統括委員会。(2018). がん患者の治療抵抗性の苦痛と鎮静に関する基本的な考え方の手引き. 金原出版..
- (40) 森田達也・明智龍男。(2024). 死を前にしたひとのこころを読み解く 緩和ケア÷精神医学. 医学書院..
- (41) 明智龍男。(2023). 抑うつ状態の患者に鎮静・安楽死を提供することは許容されるのか?サイコオンコロジーの立場から. In 森田達也・田代志門(編著), 鎮静と安楽死のグレーゾーンを問う—医学・看護学・生命倫理学・法学の視点. 中外医学社.
- (42) Hudson, P. L., Kristjanson, L. J., Ashby, M., Kelly, B., Schofield, P., Hudson, R., Aranda, S., O'Connor, M., & Street, A. (2006). Desire for hastened death in patients with advanced disease and the evidence base of clinical guidelines: a systematic review. *Palliative Medicine*, 20(7), 693–701.  
<https://doi.org/10.1177/0269216306071799>
- (43) Sullivan, D. R., Forsberg, C. W., Golden, S. E., Ganzini, L., Dobscha, S. K., & Slatore, C. G. (2018). Incidence of Suicide and Association with Palliative Care among Patients with Advanced Lung Cancer. *Annals of the American Thoracic Society*, 15(11), 1357–1359.  
<https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201805-299RL>
- (44) Parpa, E., Tsilika, E., Galanos, A., Nikoloudi, M., & Mystakidou, K. (2019). Depression as mediator and/or moderator on the relationship between hopelessness and patients' desire for hastened

- death. *Supportive Care in Cancer*, 27(11), 4353–4358.  
<https://doi.org/10.1007/s00520-019-04715-2>
- (45) Monforte-Royo, C., Crespo, I., Rodríguez-Prat, A., Marimon, F., Porta-Sales, J., & Balaguer, A. (2018). The role of perceived dignity and control in the wish to hasten death among advanced cancer patients: A mediation model. *Psycho-Oncology*, 27(12), 2840–2846.  
<https://doi.org/10.1002/pon.4900>
- (46) Crespo, I., Rodríguez-Prat, A., Monforte-Royo, C., Wilson, K. G., Porta-Sales, J., & Balaguer, A. (2020). Health-related quality of life in patients with advanced cancer who express a wish to hasten death: A comparative study. *Palliative Medicine*, 34(5), 630–638.  
<https://doi.org/10.1177/0269216320904607>
- (47) Trevino, K. M., Abbott, C. H., Fisch, M. J., Friedlander, R. J., Duberstein, P. R., & Prigerson, H. G. (2014). Patient-oncologist alliance as protection against suicidal ideation in young adults with advanced cancer. *Cancer*, 120(15), 2272–2281.  
<https://doi.org/10.1002/cncr.28740>
- (48) Liu, F., Peng, W., Zhou, R., Huang, X., Yang, H., Wen, M., Zhang, L., Tong, F., Yang, D., Jiang, L., Yi, L., & Liu, X. (2024). Desire for hastened death in advanced cancer: cross-sectional study in China. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 13(e3), e859–e862.  
<https://doi.org/10.1136/spcare-2022-003668>
- (49) Guerrero-Torrelles, M., Monforte-Royo, C., Tomás-Sábado, J., Marimon, F., Porta-Sales, J., & Balaguer, A. (2017). Meaning in Life as a Mediator Between Physical Impairment and the Wish to Hasten Death in Patients With Advanced Cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 54(6), 826–834.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.04.018>
- (50) Villavicencio-Chávez, C., Monforte-Royo, C., Tomás-Sábado, J., Maier, M. A., Porta-Sales, J., & Balaguer, A. (2014). Physical and psychological factors and the wish to hasten death in advanced cancer patients. *Psycho-Oncology*, 23(10), 1125–1132.  
<https://doi.org/10.1002/pon.3536>
- (51) Güell, E., Ramos, A., Zertuche, T., & Pascual, A. (2015). Verbalized desire for death or euthanasia in advanced cancer patients receiving palliative care. *Palliative & Supportive Care*, 13(2), 295–303.  
<https://doi.org/10.1017/S1478951514000121>
- (52) Ripamonti, C., Filiberti, A., Totis, A., De Conno, F., & Tamburini, M. (1999). Suicide among patients with cancer cared for at home by palliative-care teams. *Lancet*, 354(9193), 1877–1878.  
[https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(99\)02232-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(99)02232-1)

### Ⅲ-4. サバイバー(治癒/病状が安定している時期)の自殺対策

#### 1. 本章で扱うサバイバーの時期の定義について

がんサバイバーとは、米国がんサバイバーシップ連合(NCCS)では「人は、がんと診断されたときから人生の最後までサバイバーである。家族、友人、介護者もサバイバーシップの経験によって強い影響を受けるため、がんサバイバーに含まれる。」と定義している<sup>(1)</sup>。また、米国臨床腫瘍学会(ASCO)は、がんサバイバーシップについて“The process of living with, through and beyond a cancer”、すなわち“がんと共に生き、がんを乗り越え、がんを超えて生きる過程”と表現している<sup>(2)</sup>。

本章では、狭義のがんサバイバーシップ<sup>(3)</sup>、すなわち、家族、友人、ケアにあたる人々を除く、がんの治療が終了しているもしくは安定している時期のがん患者本人の自殺対策に着目する。

#### 2. がんサバイバーの自殺関連行動に関する先行研究(表1)

わが国におけるがんサバイバーの自殺関連行動について調査した先行研究は存在せず、わが国におけるがんサバイバーの自殺のリスクやリスク因子などは明らかになっていない。そのため、海外でのがんサバイバーの自殺関連行動に関する先行研究に基づき、がんサバイバーの自殺のリスク因子を整理する。

なお、本項で扱う個々の研究におけるがんサバイバーの定義は異なるため、がん診断後一定の期間を経過した患者を対象とした調査など、必ずしもがんが治癒するか安定しているがんサバイバーだけを対象としていない先行研究も含む。

表1. がんサバイバーの自殺関連行動に関する先行研究

著者	年	国	研究デザイン	がん種	対象者	比較対象	結果
Forbes, H.	2024	イギリス	matched cohort study	全がん	がん患者 853,177 人	出生年・性別・同じ診療所でマッチングした非がん患者 8,106,643 人	がん患者：不安やうつ病のリスクが高い 不安 / うつ病のハザード比はがん診断から 1 年目が最も高く、がん患者の 5 年生存者でも、不安 / うつ病の新たなエピソードのリスクが高い 抗不安薬・抗うつ薬使用は、がん診断後 10 年間、がんサバイバーの方が常に高い
Hu, X.	2023	アメリカ	retrospective cohort study	全がん	がん患者 男性： 8,645,631 人 女性： 8,125,766 人	米国一般人口	自殺死亡：20,792 例 (0.1%) SMR：1.26 (95% CI：1.24-1.28) 診断後： 12-23 か月 SMR 4.18, 24-35 か月 SMR 3.09, 3-4 年 SMR 1.98
Zaorsky, N.G.	2019	アメリカ	retrospective cohort study	全がん	がん患者 8,651,569 人	米国一般人口	自殺死亡：13,311 例 (0.15%) SMR：4.44 (95% CI：4.33-4.55) ・臨床的特徴 追跡期間を通じて、肺がん、頭頸部がん、精巣がん、膀胱がん、ホジキンリンパ腫の SMR が最も高い(5~10 を超える値) 多くのがん種で時間経過(診断後 1 年、1-5 年、5 年以上)とともに SMR が減少するが、精巣がんでは時間経過とともに SMR が上昇し、ホジキンリンパ腫では一貫して SMR が高い
Osazuwa-Peters, N.	2018	アメリカ	retrospective cohort study	全がん	がん患者 4,219,097 人		自殺死亡：全がん 4,493 例 (23.6 suicides per 100,000 person-years), 頭頸部がん 404 例 / 151,167 (63.4 suicides per 100,000 person-years), 脾臓がん 93 例 / 119,108 (86.4 suicides per 100,000 person-years) ・臨床的特徴 頭頸部がんは他がん種より 2 倍リスクが高い (aRR, 1.97; 95% CI: 1.77-2.19), 遠隔転移 (aRR, 2.33) ・背景因子 男性 (aRR, 5.63); 白人 (aRR, 3.28); 離婚 (aRR, 2.03); 未婚 (aRR, 1.84);
Michalek, I. M.	2023	ポーランド	retrospective cohort study	全がん	がん患者 男性：717,000 人 女性：710,000 人	ポーランド一般人口	自殺死亡：830 例 SMR：1.34 (95% CI：1.25-1.75) 診断後：1-2 年 SMR 1.21, 2-3 年 SMR 1.00, 3-5 年 SMR 1.16, 5-10 年 SMR 1.23
Men, Y. V.	2021	香港	retrospective case-control study	全がん	2012-16 年に自殺したがん患者 383 人	出生年、性別、入院年度でマッチングした非自殺のがん患者 766 人	診断後：1 年未満 OR 1.80, 1-5 年 OR 1.16, 5 年以上 OR 0.90 ・臨床的特徴・併存症 転移 / 再発 OR 1.82, 頭頸部がん OR 2.17, 精神疾患 OR 5.14 ・医療利用・治療関連 オピオイド使用 OR 1.47, 救外受診回数が多い OR 2.16, 入院回数が多い OR 2.28

Guo, G.	2024	アメリカ	retrospective cohort study	乳がん	女性乳がん患者 1,190,991 人		10年累積自殺死亡率：乳房切除術 vs 乳房部分切除術を受けた患者 0.059% vs 0.083% (P=0.0003) 多変量 Cox 分析： 乳房部分切除術 (Ref 乳房切除術) HR0.80, 95% CI:0.68-0.95, P=0.009 外科的介入なし (Ref 乳房切除術) HR1.64, 95% CI:1.17-2.29, P=0.004
Shi, J.	2022	アメリカ	retrospective cohort study	乳がん	女性乳がん患者 638,547 人	米国一般人口	自殺死亡：414 例 SMR：1.19 (95%CI：1.08-1.31) 診断後：1 年以内 SMR 1.43, 1-5 年 SMR 1.35, 5-10 年 SMR 0.91 10 年以上 SMR 1.15
Chen, Y.	2022	アメリカ	retrospective cohort study	卵巣がん	女性卵巣 がん患者 149,204 人	米国一般人口	自殺死亡：107 例 SMR：1.86 (95%CI：.54-2.25) 診断後：1 年以内 SMR 3.09, 1-5 年 SMR 2.35, 5-10 年 SMR 1.54 10 年以上 SMR 0.80 *なお II 型卵巣がん患者において長期間リスク持続
Wan, H.	2024	アメリカ	retrospective cohort study	前立腺 がん	男性前立腺 がん患者 3,549,972 人	米国一般人口	自殺死亡：7,108 例 SMR：1.15 (95%CI：1.09-1.20) 診断後：1 年以内 SMR 1.26, 1-5 年 SMR 1.11, 5-10 年 SMR 1.17 10 年以上 SMR 1.13
Crump, C.	2023	スウェーデン	retrospective cohort study	前立腺 がん	男性前立腺 がん患者 180,189 人	診断時の年齢で マッチングした がん既往のない 男性 1,801,890 人	高リスク前立腺がん患者 診断後：3 か月以内 HR3.60, 1-2 年 HR2.78, 5-10 年 HR1.91, 10 年以上 HR3.51 低リスクまたは中間リスク前立腺がん患者 診断後：3 か月以内 HR1.83, 1-2 年 HR0.87, 5-10 年 HR1.04, 10 年以上 HR0.70
Chen, C.	2021	アメリカ	retrospective cohort study	食道がん	食道がん患者 男性：53,665 人 女性：16,108 人	米国一般人口	自殺死亡：161 例 SMR：5.45 (95% CI：4.66-6.35) 診断後：2 か月未満 SMR 216.79, 2-11 か月 SMR 21.57, 1-5 年 SMR 3.89
Chen, C.	2021	アメリカ	retrospective cohort study	肝細胞 がん	肝細胞がん患者 男性：77,630 人 女性：24,937 人	米国一般人口	自殺死亡：70 例 SMR：2.26 (95% CI：1.78-2.84) 診断後：2 か月未満 SMR 26.78, 2-11 か月 SMR 7.22, 1-5 年 SMR 2.20, 5 年以上 SMR 0.51
Ma, Y.	2022	アメリカ	retrospective cohort study	膵がん	膵がん患者 199,604 人	米国一般人口	自殺死亡：180 例 SMR：6.43 (95% CI：5.49-7.37) 診断後：2 か月以内 SMR 90.59, 3-1 2 か月 SMR 10.57, 13 か月以上 SMR 1.89
Guo, C.	2019	アメリカ	retrospective cohort study	腎臓 がん	腎臓がん患者 171,819 人	米国一般人口	自殺死亡：207 例 SMR：1.83 (95% CI：1.59-2.10) 診断後：0-3 年 SMR 2.04, 4-6 年 SMR 1.76, 7-9 年 SMR 1.98 * Cox 回帰分析：男性、未婚、組織学的悪性度が高いこと、腎臓がんに 対する手術が未実施は自殺のリスク因子
Yu, K.	2021	アメリカ	retrospective cohort study	悪性 骨腫瘍	悪性骨腫瘍患者 50,817 人	米国一般人口	自殺死亡：108 例 SMR：2.17 (95% CI：1.80-2.62) 診断後：0-1 年 SMR 4.26, 1-5 年 SMR 2.76, 5-10 年 SMR 0.93, 10 年以上 SMR 2.71 四肢切断術 (Ref 温存術) HR 2.32, 95% CI:1.31-4.09, P<0.01
Su, C.	2022	アメリカ	retrospective cohort study	多重 がん	多重がん患者 645,818 人	米国一般人口	自殺死亡：760 例 SMR：1.89 (95% CI：1.76-2.02) 診断後：0-1 年 SMR 3.48, 1-5 年 SMR 1.46, 5 年以上 SMR 1.38 *がん種別自殺割合：肺および気管支 (14.2%)、前立腺 (13.0%)、結腸 および直腸 (12.1%)、膀胱 (7.9%) *がん種別 SMR：食道がん 5.67、急性骨髄性白血病 4.72、喉頭 4.16、 口腔および咽頭 3.68
Potter, A. L.	2023	アメリカ	retrospective cohort study	全がん 手術症例	手術を受けた がん患者 1,811,397 人		がん種別の自殺までの中央値 (術後経過年数) 脳腫瘍：11.5 か月 (IQR 2.0-37.0) 喉頭がん：15.0 か月 (IQR 3.0-54.0) 膵がん：18.0 か月 (IQR 4.0-59.0) 食道がん：21.0 か月 (IQR 5.0-59.0) 乳がん：55.0 か月 (IQR 23.0-108.0) 腎がん：58.0 か月 (IQR 25.0-106.0) 子宮頸がん：78.0 か月 (IQR 44.0-134.0)
Michalek, I. M.	2023	ポーランド	retrospective cohort study	全がん	診断時 75 歳以上の 高齢がん患者 410,440 人	ポーランド 75 歳以上の 一般人口	自殺死亡：218 例 SMR：1.64 (95% CI：1.43-1.87) 診断後：0-0.5 年 SMR 2.83, 0.5-1 年 SMR 1.29, 1-2 年 SMR 1.93, 2-3 年 SMR 0.90, 3-5 年 SMR 1.74, 5-10 年 SMR 1.32 *特に男性、配偶者がいない者 (独居・死別)、うつ病や慢性疾患の既往 をもつ者、局所治療のみで経過観察中の患者で長期に自殺リスクが持続
Michalek, I. M.	2023	ポーランド	retrospective cohort study	全がん	診断時 AYA 世代の がん患者 50,298 人	ポーランド AYA 世代 一般人口	自殺死亡：218 例 SMR：2.39 (95% CI：1.69-3.28) 診断後：0-0.5 年 SMR 2.40, 0.5-1 年 SMR 1.10, 1-2 年 SMR 1.33, 2-3 年 SMR 2.49, 3-5 年 SMR 2.58, 5-10 年 SMR 3.53 *特に男性 (精巣がん) で長期に自殺リスクが持続
Rosgen, B. K.	2022	カナダ	retrospective cohort study	全がん	診断時 AYA 世代で 5 年生存した がん患者 12,116 人		全体の 61.3% (男性 51.9%、女性 67.1%) が、診断 3 年以上経過後に 何らかの精神疾患を発症 主な精神疾患の発症割合：不安症：48.5%、抑うつ症群：41.5%、心的 外傷およびストレス関連症群：19.1% 物質使用症：7.6%、精神症：5.1%、自殺企図・自傷行為：3.2% *女性：男性よりも全体的に発症率が高く、特に不安・抑うつ・心的外傷 およびストレス関連症群が多い。 *男性：物質使用症と自殺企図・自傷の割合が高い。

Heynemann, S.	2021	アメリカ	retrospective cohort study	全がん	診断時 AYA 世代のがん患者 500,366 人	米国 AYA 世代一般人口	自殺死亡：922 例 SMR：34.1 (95% CI：31.4-36.9) 診断後：0-1 年 SMR 72.8, 5 年以上 SMR 28.1 *診断時年齢別 15-19 歳：診断 5 年後 SMR 49.9 リスク再上昇
Barnes, J. M.	2022	アメリカ	retrospective cohort study	全がん	診断時 0-19 歳の小児がん患者 96,948 人	米国 0-19 歳の一般人口	自殺死亡：89 例 SMR：1.14 (95% CI：0.91-1.43) * 28 歳（自殺による死亡の中央値年齢）以上の生存者は、自殺リスクが有意に上昇していた (SMR 1.40) * 10-14 歳で診断されたサバイバーについてはリスク上昇が認められた (SMR 2.01)
Lubas, M. M.	2020	アメリカ	retrospective cohort study	全がん	がん診断から 5 年以上経過した 18 歳以上のサバイバー 7312 人	米国の一般人口から年齢、性別、および暦年マッチングした対照群 429 人	自殺死亡：21 例 SMR：0.60 (95% CI：0.34-0.86) 累積的な生涯自殺念慮の既往：サバイバー群 15.5% 対照群 10.2% 関連因子：抑うつ症状 OR 9.2, 慢性健康障害 OR 1.9, 疼痛の自覚 OR 1.8 失業 OR 1.9, 社会的孤立 OR 1.8
Korhonen, L. M.	2019	デンマーク フィンランド スウェーデン	retrospective cohort study	全がん	20 歳未満でがんと診断された小児がんサバイバー 29,285 人	性別・出生年・居住国でマッチングした対照群 146,282 人	自殺 RR 1.37：95%CI 1.02-1.83, 危険行動による死亡 RR 1.25 (95%CI: 1.06-1.47) 危険行動による死亡 診断後：1 年未満 RR 1.72, 1-4 年 RR 1.26, 5 年以上 RR 1.19 自殺 診断後：1 年未満 RR 5.34, 1-4 年 RR 1.33, 5 年以上 RR 1.33 *到達年齢 30 ~ 39 歳（多くが長期サバイバー）：自殺 RR 1.56, 危険行動による死亡 RR 1.50 *中枢神経系腫瘍 (CNS) サバイバー：危険行動による死亡 RR 1.49 (95% CI: 1.08-2.05)
Suk, R.	2021	アメリカ	retrospective cohort study	全がん	がん患者 5,362,782 人	米国一般人口	所得：最も低い郡 SMR 1.94 (95% CI: 1.76-2.13), 最も高い郡 SMR 1.30 (95% CI: 1.26-1.34) *診断から 10 年以上：最も所得が低い郡 SMR 1.83 (95% CI: 1.31-2.48), 最も所得が高い郡 SMR 1.00 都会度：農村部 SMR 1.81 (95% CI: 1.70-1.92), 都市部 SMR 1.35 (95% CI: 1.32-1.39) *診断から 10 年以上：農村部 SMR 1.23, 都市部 SMR 1.05

## 2-1. 全がんサバイバー

診断後の期間を通して、複数の国におけるコホート研究の結果から、がん患者の自殺リスクが一般人口よりも高いことが一貫して示されている。米国43州でがんと診断された個人の集団ベースのコホートデータを用いた分析によると、がん患者の自殺標準化死亡比(SMR: Standardized Mortality Ratio)は米国一般人口集団の死亡と比べて1.26倍であった<sup>(4)</sup>。ポーランド国立がん登録データを用いた分析では、一般人口と比べて SMR は1.34であった<sup>(5)</sup>。

米国における地域がん登録データの2000-2014年のデータを用いた後ろ向きコホート研究では、20歳以上のがんサバイバー4,219,097人のうち4,493人が自殺で死亡したことが示された<sup>(6)</sup>。頭頸部がんサバイバーの自殺のリスクは、他のがん原発部位のサバイバーと比較し1.97倍と有意に高かった。男性では膵臓がんのサバイバーは頭頸部がんサバイバーと比較して自殺のリスクが1.53倍と最も高く、女性では頭頸部がんサバイバーの自殺のリスクが最も高かった。また、がんサバイバーの中でも男性、高齢(特に70歳以上)、未婚・離婚者、診断時に遠隔転移を有する者で特に自殺のリスクが高く、2010-2014年の間に診断されたがんサバイバーは、2000-2004年の間に診断されたがんサバイバーと比較し自殺のリスクが高かった。香港監察法院の記録と公立病院の医療記録のリンケージデータを用いた分析では、年齢が低いこと、転移/再発の状態、頭頸部がんで自殺のリスクが高いことが示された<sup>(7)</sup>。

診断後の経過年数によるリスクの変化としては、複数の国による研究では診断直後の6か月間が最もリスクが高く、診断5年目までは高リスクが続き、10年経過後も心理的負担が持続していることが報告されている。米国における地域がん登録の1973-2013年のデータを利用した後ろ向きコホート研究では、8,651,569人のがん患者のうち13,311人が自殺で死亡し、一般人口と比較した自殺のSMRは、4.44であった<sup>(8)</sup>。がん原発部位ごとに、がん診断後1年以内、診断後1年以降5年以内、そして診断後5年以降に分けて自殺のリスクを検討したところ、多くのがん原発部位では診断後1年以内の自殺のリスクが最も高く、診断より時間が経つとともに自殺のリスクは低下する傾向があった。しかし、ホジキン

リンパ腫については自殺のリスクはがん診断から時間が経っても低下せず、精巣がんでは自殺のリスクは上昇していく傾向を認めた。米国の研究では診断から6か月以内の一般集団と比較したSMRは7.19であったが、5年目まではSMRが5.61-2.01と高い状況が持続していた<sup>(4)</sup>。ポーランドでの研究では、診断後6か月以内ではSMRが1.94と高く、2年経過後に一旦減少するが、5-10年後に男性のリスクが再上昇していた(SMR 1.23)<sup>(5)</sup>。多くのがん原発部位では診断後1年以内の自殺のリスクが高いが、がん原発部位によっては診断から時間が経つにつれても自殺のリスクが依然として高い、もしくは、逆に自殺のリスクが高くなることについても注意が必要である。

全がんのサバイバーにおける自殺リスクの要因として、先に述べた米国のコホート研究によると、診断後2年以降では、初発のがんの診断時の年齢が若い(25-49歳)患者では高齢者よりも自殺リスクが高い傾向がみられた。また、診断時の病期が非浸潤性または局所性の場合、進行がんと比べて自殺リスクが高い傾向がみられた<sup>(4)</sup>。精神疾患を併発していると自殺のリスクを高める(オッズ比(OR)= 4.60)ことも報告されている。さらに、転移/再発がんの段階(OR = 1.76)やオピオイド系鎮痛剤の使用(OR = 2.02)も自殺リスクを高めることがわかった<sup>(7)</sup>。医療利用パターンも影響を与えることがわかっており、救急外来受診回数や入院回数が多いと自殺リスクが上昇し、外来受診回数が多い・入院日数が長いと自殺リスクが低下することが示された<sup>(7)</sup>。

英国の研究では、不安やうつ病のハザード比(HR)は診断後1年目が最も高く、その後減少するが、診断後5年経過しても18種類のがんで精神疾患リスクが依然として高い。抗不安薬・抗うつ薬の使用は、がん診断後の10年間を通じて対照群よりも常に高かった<sup>(9)</sup>。

## 2-2. 乳がんサバイバー

アメリカ国立がん研究所(NCI)が主導する米国の全国的ながん登録システムである Surveillance, Epidemiology and End Results(SEER)のデータを使用した分析によると、乳がん患者の自殺リスクは一般人口より高く(SMR 1.19)<sup>(10)</sup>、経過年数による変化として、乳がん診断後1年以内の一般集団と比較したSMRは1.43とリスクが最も高いが、診断後5-10年の間は一般人口と同程度にまで低下(SMR 0.91)し、そして診断から10年以上経過すると再び増加(SMR 1.15)した。

乳がんサバイバーにおいては治療法が自殺リスクに影響を与えることがわかっている。長期の累積自殺死亡率は、乳房切除術を受けた患者よりも乳房温存手術を受けた患者の方が有意に低かった(10年累積死亡率はそれぞれ0.059% vs 0.083%,  $p=0.0003$ )。乳房切除術と比較した場合、乳房温存術は乳がん女性における自殺のリスクを有意に減少させることがわかった(HR = 0.80)。また、外科的介入なしでは自殺のリスクが有意に増加した(HR = 1.64)<sup>(11)</sup>。

## 2-3. 卵巣がんサバイバー

米国のSEERデータを用いた分析では、卵巣がん患者の自殺リスクは一般集団よりも高い(SMR 1.86)ことが分かった。また、事故死のリスクも高い(SMR 1.54)ことがわかった。経過年数による変化としては、診断後1年以内の自殺リスクが最も高い(SMR 3.09)が、時間の経過とともにリスクは減少し、診断から10年後には一般人口と同程度まで低下(SMR 0.80)する。事故死に関しては診断後5年以内にリスクが低下(診断後1-5年 SMR 1.15)するが、その後再び上昇する(診断後10年以上 SMR 2.46)<sup>(12)</sup>。

## 2-4. 前立腺がんサバイバー

複数の国の研究で前立腺がん患者の自殺リスクは一般集団よりやや高い、もしくは同程度であるこ

とが分かった。米国のSEERデータを使用した分析では一般集団と比較したSMRは1.15であったが<sup>(13)</sup>、一方、デンマークの前立腺がん登録を使用した研究では、診断時年齢でマッチングしたがん既往のない男性集団と比較し、観察期間全体での自殺のリスクに統計的に有意な差は認められなかった(HR=1.05)<sup>(14)</sup>。前立腺がん診断後の経過年数による自殺リスクは、診断後1年以内が最も高かった(SMR1.26)。診断5年後のSMRは1.11、診断5-10年後のSMRは1.17であった<sup>(13)</sup>。デンマークの研究では診断後1年以内の前立腺がん患者群の自殺リスクは1.70倍であった<sup>(14)</sup>。

また、スウェーデンの前立腺がん登録(National Prostate Cancer Register: NPCR)を使用した研究では、診断時の年齢でマッチングしたがん既往のない集団と比較し、高リスク前立腺がん患者は診断後3か月未満の調整HRは3.60と高い結果であった。診断から1-2年後に大うつ病発症の調整HRは2.21であり、観察期間中で最も高値であった。診断10年後に自殺リスクが再び上昇した(調整HR 3.51)<sup>(15)</sup>。

前立腺がん患者の自殺のリスク要因は以下のとおりである。うつ病既往がある前立腺がん患者は、うつ病歴のない患者と比較して自殺リスクが約3倍(HR 2.84)と高かった<sup>(14)</sup>。また、高リスク前立腺がん患者では診断から1-2年後に大うつ病発症の調整HRは2.21であり、観察期間中で最も高値となる。高リスク前立腺がん患者は診断直後および10年後に自殺リスクが高く、低リスク・中間リスクの前立腺がん患者では、診断後3-12か月のみリスクが高まるが、長期的には一般人口と同程度のリスクであった<sup>(15)</sup>。

## 2-5. 消化器系がんサバイバー

複数の国の研究から消化器系がん患者の自殺リスクは一般人口よりも高いことが報告されている。米国のSEERデータを用いた研究では、一般集団と比較すると食道がん患者はSMR 5.45<sup>(16)</sup>、肝細胞がん患者はSMR 2.26<sup>(17)</sup>、膵がん患者ではSMR 6.43<sup>(18)</sup>と高かった。

診断後2か月以内で最もリスクが高くなる傾向がみられた。食道がん患者はSMR 216.79<sup>(16)</sup>、肝細胞がん患者はSMR 26.78<sup>(17)</sup>、膵がん患者はSMR 90.59<sup>(18)</sup>であった。診断後1年以内では、食道がん患者はSMR 21.57<sup>(16)</sup>、肝細胞がん患者はSMR 7.22<sup>(17)</sup>、膵がん患者はSMR 10.57<sup>(18)</sup>であった。

診断後1年目以降のリスクは低下傾向であり、食道がん患者は診断後12-59か月でSMR 3.89<sup>(16)</sup>、肝細胞がん患者は診断後5年以降ではSMR 0.51<sup>(17)</sup>、膵がん患者は診断後1年以降ではSMR 1.89<sup>(18)</sup>であった。

消化器系がんサバイバーでは腫瘍の進展度が高いほど自殺リスクが上昇し<sup>(17)</sup>、食道がん・膵がんは特に診断直後の自殺率が高い結果であった<sup>(16, 18)</sup>。また、韓国の2施設の胃がん手術データベースを用いた横断研究では、術後1年以上無再発であった胃がん患者において34.7%に希死・自殺念慮を認めた。多変量解析の結果、実存的苦痛、下痢、脱毛、倦怠感は独立して希死・自殺念慮と関連していた<sup>(19)</sup>。

## 2-6. その他のがん種のサバイバー

米国のSEERデータを使用した分析では、一般集団と比較すると腎がん患者はSMR 1.83<sup>(20)</sup>、悪性骨腫瘍患者はSMR 2.17<sup>(21)</sup>といずれもリスクは高かった。また、デンマーク全国リンパ腫登録を使用した分析では、非ホジキンリンパ腫患者は年齢、性別でマッチングをした非罹患の対照群に比べ、診断後1年以内の向精神薬(抗うつ薬・抗不安薬・抗精神病薬)の新規使用率が上昇していることから精神的負担が大きいことが考察されていた<sup>(22)</sup>。

診断後の経過年数による自殺リスクの変化をみると、診断直後(特に1年以内)が最も高リスクであった。米国の分析では、腎がん患者では診断後3年以内でのSMRは2.04であり<sup>(20)</sup>、悪性骨腫瘍患者は診断後1年以内でのSMRは2.95であり、観察期間内で最も自殺リスクが高い結果であった<sup>(21)</sup>。また、

デンマークの分析では非ホジキンリンパ腫患者は非罹患対照群に比べ、診断後1年以内の向精神薬の新規使用率が上昇していた<sup>(22)</sup>。また、診断から5-10年の間で一時的にリスクが低下する傾向がみられた。米国の分析では、がん患者では診断後4-6年でのSMRが1.76であり<sup>(20)</sup>、悪性骨腫瘍患者では診断1-10年の間に自殺リスクが徐々に減少(1-5年:SMR 2.76、5-10年:SMR 0.93)した<sup>(21)</sup>。また、デンマークの分析ではほとんどの非ホジキンリンパ腫患者は診断から5年後には、向精神薬新規使用率が対照群と同程度まで低下したが、低悪性度非ホジキンリンパ腫患者では、診断後5年以上経過しても向精神薬の使用率が高いままであった<sup>(22)</sup>。

さらに、診断後10年以上経過すると再び自殺リスクが上昇するがん種もあった。米国の分析では、腎がん患者では診断後7-9年でのSMRが1.98と再び上昇し<sup>(20)</sup>、悪性骨腫瘍患者でも診断後10年以上経過でのSMRが2.71と自殺リスクが再び増加した<sup>(21)</sup>。

米国の分析によれば、腎がん患者では、男性、未婚、組織学的悪性度が高い、手術を受けていないことが自殺のリスク因子であった<sup>(20)</sup>。悪性骨腫瘍患者では、男性、四肢の骨腫瘍、局所性骨腫瘍、診断時年齢が60歳以上、四肢切断術が自殺のリスクを有意に増加させる因子であった<sup>(21)</sup>。また、デンマークの分析では、低悪性度非ホジキンリンパ腫患者では長期にわたり向精神薬の使用率が持続しており、精神的負担が大きいと考えられた<sup>(22)</sup>。

## 2-7. 多重がんサバイバー

米国のSEERを用いた分析では、多重がん患者の自殺リスクは一般人口より高いことが示された。多重一次がん(Multiple Primary Cancers:MPC)とは異なる臓器または部位に独立して発生する複数の原発性悪性腫瘍を指すが、MPCの患者では、一般人口より有意に自殺リスクが高く(SMR 1.89)、またMPC患者の5年累積自殺死亡率は、単発がん患者よりも高かった(0.16% vs 0.12%,  $p < 0.001$ )<sup>(23)</sup>。診断後の経過年数による自殺リスクの変化では診断直後(特に1年以内)が最もリスクが高くなっていた。上記の研究において、MPC患者の診断後1年以内の自殺リスクはSMR 3.48と観察期間でもっとも高かった<sup>(23)</sup>。しかし、MPC患者において、診断後5年以上経過するとリスクが低下(SMR 1.38)したものの、高い状況は続いている<sup>(23)</sup>。

第二原発がん(Second Primary Cancers: SPC)とは、初発がんとは異なる臓器や組織に独立して新たに発生する原発性悪性腫瘍を指すが、SEERデータを使用した別の研究では、SPC患者はSPC診断から5-15年後の自殺リスクが高くなり、自殺の大半が診断後5-15年以内に発生していた<sup>(24)</sup>。

自殺患者において割合の多いがん種はSPCでは乳がん(19.0%)、消化器系がん(17.7%)であり<sup>(24)</sup>、MPC患者では肺・気管支がん(14.2%)、前立腺がん(13.0%)、結腸・直腸がん(12.1%)であった<sup>(23)</sup>。また、MPC患者における自殺リスクが高いがん種としては、膵がん(SMR 5.98)、食道がん(SMR 5.67)、急性骨髄性白血病(SMR 4.72)、喉頭がん(SMR 4.16)、口腔・咽頭がん(SMR 3.68)であった<sup>(23)</sup>。

## 2-8. 手術を受けたサバイバー<sup>(25)</sup>

米国のSEERデータを用いた分析によると、手術を受けたがん患者の自殺リスクは一般人口よりも高いことが示された(SMR 1.29)。診断後の経過年数による自殺リスクの変化では、手術後の自殺症例の発生割合は、術後1か月以内が3%、1年以内が21%、3年以内が50%であった。また、がんの種類により手術後の自殺時期が異なっていた。脳腫瘍患者の術後の自殺は約50%が術後1年以内に発生(中央値 11.5か月)していた。一方、子宮頸がん患者の場合、自殺した症例のうち術後1年以内の症例は6%未満であり、自殺までの期間が長い結果であった(中央値 78.0か月)。

また、5年生存率が低いがんで手術を受けた患者は、5年生存率が高いがんで手術を受けた患者よりも、手術後間もない時期の自殺が多い傾向であった。

手術を受けたがんサバイバーの自殺リスクはがん種により異なり、喉頭がん(SMR 4.02)、口腔咽頭がん(SMR 2.43)、食道がん(SMR 2.25)、膀胱がん(SMR 2.09)、膵臓がん(SMR 2.08)、胃がん(SMR 1.70)、脳腫瘍(SMR 1.61)などのリスクが特に高い。

また、手術を受けた患者のうち、高齢患者は若年患者よりも自殺リスクが低く(副分布ハザード比 Sub-distribution Hazard Ratio (SHR):0.56)。男性は女性と比較してSHRが4.94と高かった。さらに、離婚歴のある患者または未婚の患者は、既婚患者よりも自殺のリスクが高かった(離婚歴:SHR 2.01、未婚:SHR 1.59)。遠隔転移のあるがんに対する手術を受けた患者は、限局性のがんに対する手術を受けた患者と比較して、統計的に有意に自殺のリスクが低かった(SHR 0.71)。

## 2-9. 高齢がんサバイバー

ポーランド国立がん登録を使用した解析では、75歳以上のがん患者の自殺リスクは一般の高齢者人口よりも高い(SMR 1.64)。高齢がんサバイバーの診断後の経過年数による自殺リスクの変化では、診断6か月以内で全がん種でもSMRが2.83と最も高く、肛門がん(SMR 49.71)、リンパ腫(SMR 9.94)、肺がん(SMR 3.45)、大腸がん(SMR 3.40)、前立腺がん(SMR 2.53)といったがん種でもリスク増加がみられた。また、前立腺がんでは、診断後12-24か月で自殺リスクの2回目のピークを示した(SMR 2.38)。尿路がんでは診断後3-5年目(SMR 2.62)、5-10年目(SMR 2.80)にかけて自殺リスクが上昇した。また、多発性骨髄腫では診断後5-10年目に自殺リスクが上昇した(SMR 15.33)。診断から年数が経過してもがん種によりリスクが上昇することが明らかになった<sup>(26)</sup>。

高齢がんサバイバーの自殺リスクを性別で見ると男性のSMRは1.70、女性のSMRは1.28であり、高齢がんサバイバーでは男性でより高いリスクが観察された。また、上述したとおり、がん種ごとに異なるリスクパターンがみられた。

## 2-10. AYA世代のがんサバイバー

複数の研究で、AYA世代(15-39歳)でがんと診断された患者の自殺リスクは一般人口よりも高いことが示されている。ポーランド国立がん登録を使用した解析では、一般人口と比較してSMRが2.39とリスクが高く<sup>(26)</sup>、また、米国のSEERデータを使用した解析では、一般人口と比較したSMRは34.1と極めて高い値を示した<sup>(26)</sup>。診断後の経過年数では診断直後(特に1年以内)が最も高リスクであった。米国での結果では診断後12か月以内のSMRは72.8であり<sup>(27)</sup>、ポーランドの結果では診断後6か月以内でのSMRは2.40<sup>(28)</sup>と自殺リスクががん診断直後で高い結果であった。

しかし、がん診断から3-10年後も持続的にリスクが高いことも示されている。米国の研究では、自殺リスクは時間とともに減少するが、5年を超えても一般人口より高い(SMR 28.1)という結果であった<sup>(27)</sup>。ポーランドの研究結果においても、診断から3-5年後のSMRは2.58、診断から5-10年後のSMRは3.53と持続的に高いリスクを示した<sup>(28)</sup>。特に精巣がんの診断後は、時間が経過してもリスクが高く、診断後2-3年のSMRは4.23、診断後5-10年のSMRは3.82であった<sup>(28)</sup>。

AYA世代のがんサバイバーでは診断後5年以上経過しても精神疾患のリスクが持続していた<sup>(29)</sup>。カナダのAlberta AYA Cancer Survivor Studyというコホート研究データを用いた分析では、5年生存者の61.3%が精神疾患を発症しており、特に女性で精神疾患リスクが高かった(女性67.1%、男性51.9%)。多い精神疾患としては不安症(男性39.0%、女性54.5%)、うつ病(男性32.7%、女性

47.0%)、心的外傷およびストレス関連症(男性 13.5%、女性 22.5%)であった。

AYA世代のがんサバイバーでは、性別で見ると女性の自殺リスクが高く(女性:SMR 4.18、男性:SMR 2.18)、精神疾患発生リスクも高い<sup>(26,28)</sup>。また、婚姻状況では未婚者で自殺リスクが高い(未婚:SMR 50.6、既婚:SMR 24.48)<sup>(28)</sup>。進展度では転移性で自殺リスクが高い(限局性:SMR 29.1、転移性:SMR 45.2)<sup>(27)</sup>。また特定のがん種(白血病:SMR 65.3、中枢神経系腫瘍:SMR 67.6、軟部肉腫:SMR 79.3)で特にリスクが高かった<sup>(28)</sup>。

## 2-11. 小児がんサバイバー

小児がん患者の自殺リスクは、研究によって異なる結果がみられた。米国のSEERデータを使用した分析では、がん診断日時点で0-19歳であった患者について全体的な自殺リスクは一般人口と同程度であった(SMR 1.14)<sup>(30)</sup>。一方、米国のセントジュード小児研究病院で治療を受けた患者のコホート研究SJLIFEのデータを用いた分析では、小児がん生存者の自殺死亡リスクは一般人口よりも低かった(SMR 0.60)<sup>(31)</sup>。さらに北欧(デンマーク、フィンランド、スウェーデン)のがん登録データを使用した分析では小児がん生存者の自殺リスクは非罹患の対照群より高かった(リスク比(RR) 1.37)<sup>(32)</sup>。

年齢別にみると青年期(10-19歳)や長期生存後(20-30歳以降)に自殺リスクが上昇することがわかった。米国での結果では、28歳を超えて生存すると小児がんの既往歴のある人々では自殺リスクが有意に上昇した(SMR 1.40)。また、20年以上生存した人々を対象とした感度分析では、全体的な自殺リスクの有意な上昇は認められなかった(SMR 1.19)が、10歳から14歳で診断された人々についてはリスク上昇が認められた(SMR 2.01)<sup>(30)</sup>。

また、長期生存後の精神的ストレスの蓄積による影響も明らかになっている。北米のChildhood Cancer Survivor Study(後ろ向きコホート研究)では、小児がんサバイバー(9,182人)と非罹患の対照群(3,082人)を対象に、希死・自殺念慮を継続的に調査しており、小児がん生存者の7.95%が希死・自殺念慮を持ち、対照群(4.34%)よりも高かった。また小児がん生存者は希死・自殺念慮の新規発現(オッズ比(OR) 1.9)や再発(OR 2.6)のリスクが高かった。さらに希死・自殺念慮を有する者の全死亡率が高かった(HR 1.3)<sup>(33)</sup>。

診断時年齢により自殺のリスクは異なる。10-14歳で診断されたサバイバーは自殺リスクが高く、また28歳以降に自殺リスクが上昇する可能性がある<sup>(30)</sup>。また、5-9歳または15-19歳で診断された者は、自殺リスクおよび危険行動による死亡リスクが高い<sup>(32)</sup>。

また、独身/未亡人/離婚歴のある人(RR 1.50)、過去1年間に請求書の支払いができなかった人(RR 1.48)、また、現在の失業または非正規雇用(RR 1.38)は、急性の自殺念慮のリスクが高いことと関連していた。睡眠障害(RR 1.33)、不安(RR 2.19)、およびうつ病(RR 12.30)もまた、急性の自殺念慮のリスクを高めることが分かった<sup>(31)</sup>。がん種で見ると中枢神経腫瘍患者で危険行動に関連した死亡リスクが高い(RR 1.49)<sup>(32)</sup>。

## 2-12. 居住地によるがんサバイバーの自殺リスクの違い

米国のSEERデータを使用した分析では、所得が低い郡ほど自殺リスクが高くなり(最も所得が低い郡:SMR 1.94、最も所得が高い郡:SMR 1.30)、また農村部のがん患者は都市部より自殺リスクが高かった(農村部:SMR 1.81、都市部:SMR 1.35)。郡レベルの所得四分位や、郡の都市・農村の別に関係なく、自殺による死亡リスクは、がん診断後1年以内が最も高かった。低所得地域では長期にわたって自殺リスクが高いことも示された。最も所得が低い郡の患者では、診断後10年以上経過しても

自殺リスクが高かった(SMR 1.83)。経済的要因としては低所得地域のがん患者は自殺リスクが高く、地域性の要因としては農村部では、都市部よりも一貫して自殺リスクが高かった<sup>(34)</sup>。

### 3. がんサバイバーの自殺関連行動 – 背景要因

上記に示した先行研究に基づくがんサバイバーの自殺関連行動のリスク因子について述べる。がんサバイバーにおいて複数の研究にてがん診断10年経過後も心理的負担や自殺リスクが高いことが示された<sup>(4, 5, 9, 26-29)</sup>。長期リスクのあるがん種としては乳がん<sup>(10)</sup>、高リスク前立腺がん<sup>(15)</sup>、食道がん<sup>(16)</sup>、膵がん<sup>(18)</sup>、胃がん<sup>(19)</sup>、腎がん<sup>(20)</sup>、悪性骨腫瘍<sup>(21)</sup>、低悪性度非ホジキンリンパ腫<sup>(22)</sup>であり、また第二次原発がんの患者は診断から時間が経過してからで自殺件数が増える傾向にあった<sup>(24)</sup>。がん手術に関するものでは、子宮頸がん患者で術後から自殺までの期間が長い傾向にあり<sup>(25)</sup>、また乳がん患者では乳房切除術を受けた患者が温存術を受けた患者に比べリスクが高い<sup>(11)</sup>。属性別ではがん診断時の年齢が若い<sup>(4, 25)</sup>、男性<sup>(20,21, 25)</sup>、未婚<sup>(20, 25)</sup>、精神疾患の既往歴<sup>(7, 14, 22)</sup>がある患者でリスクが高い傾向がみられた。また低所得地域に居住する患者においても長期に自殺リスクが高かった<sup>(34)</sup>。高齢がん患者では尿路がん、多発性骨髄腫、男性でリスクが高い<sup>(26)</sup>。AYA世代では、白血病<sup>(28)</sup>、中枢神経系腫瘍<sup>(28)</sup>、女性<sup>(27, 29)</sup>、精神疾患の既往<sup>(29)</sup>、未婚<sup>(28)</sup>、転移性がん<sup>(28)</sup>で高リスクであった。小児がんサバイバーについては、10-14歳で診断されたサバイバーでリスクが高く、長期生存後にリスクが上昇する<sup>(30)</sup>。また、中枢神経系腫瘍<sup>(32)</sup>、未婚、経済的困窮、失業・非正規雇用<sup>(30)</sup>などが自殺念慮と関連していることが示された。

表2. がんサバイバーの自殺関連行動のリスク因子

	海外	わが国
自殺	頭頸部がん <sup>(7,8)</sup> 、乳がん <sup>(10)</sup> 、高リスク前立腺 <sup>(15)</sup> 、腎 <sup>(20)</sup> 、悪性骨腫瘍 <sup>(21)</sup> 、多重がん(MPC) <sup>(23)</sup> 、第二原発がん(SPC) <sup>(25)</sup> 、再発/転移 <sup>(7,28)</sup> 小児がん既往：成人年齢以降上昇 <sup>(30,32)</sup> 手術・治療関連：乳房切除>温存 <sup>(11)</sup> 属性/背景：高齢(75歳以上) <sup>(26)</sup> 、AYA世代 <sup>(27,28)</sup> 、若年 <sup>(4,25)</sup> 、男性 <sup>(20,21,25)</sup> 、未婚 <sup>(20,25)</sup> 、低所得地域・農村部 <sup>(34)</sup> 精神疾患既往 <sup>(7,14,22)</sup> 外見・機能の大きな変容 <sup>(11,21,25)</sup> 救急外来・入院増加 <sup>(7)</sup> オピオイド使用 <sup>(7)</sup>	—
希死・自殺念慮	小児がんサバイバー(成人) <sup>(33)</sup> AYAサバイバー(女性) <sup>(29)</sup> リンパ腫(低悪性度で顕著) <sup>(22)</sup> 実存的苦痛・下痢・脱毛・倦怠感 <sup>(19)</sup>	—
自殺未遂	—	—

## まとめ

- ・医療従事者や家族、支援者は、がんサバイバーは一般人口と比較して、自殺のリスクが高い可能性があることを念頭に置く必要がある。治療の節目(手術後1年以内、化学療法・放射線治療の終了時、フォローアップの間隔が延びる移行期)に高まりやすく、再発・転移の告知、多重がん(MPC)や第二原発がん(SPC)の診断でも上昇する。さらに一部のがん種では長期経過後(例:乳がん、前立腺がんや骨腫瘍など)にも再上昇がみられうる。注意すべき患者群として、男性、若年/AYA、未婚・離別者、精神疾患既往が挙げられ、外見や機能に大きな変容を伴う術式、再発・転移、多重がん、救急外来受診や入院の増加、オピオイド使用の増加、低所得地域や農村部、失業などの社会要因が重なる場合は特に警戒が必要である。そのため、がんサバイバーの心理社会的な評価および支援を継続的に行っていくことが重要である。自殺対策の観点からも、がんサバイバーの支援体制をより充実させていくことが必要である。
- ・がんサバイバーの自殺の背景には、がん治療と関連した精神的・身体的苦痛や社会的苦痛を含め幅広い心理社会的要因が影響している可能性があり、自殺予防のためには単一の対策ではなく、精神・身体症状に応じたケアや治療、社会的要因に対する支援、医療従事者に対する自殺対策の教育等の複合的な対策が重要である。
- ・今後はわが国におけるがんサバイバーの自殺や希死・自殺念慮の実態やリスク因子を明らかにし、その知見に基づいた自殺対策を講じる必要がある。

## ■ 引用文献

- (1) National Coalition for Cancer Survivorship (NCCS). (2014). Defining cancer survivorship: Living with, through, and beyond a cancer diagnosis. <https://www.canceradvocacy.org/news/defining-cancer-survivorship/>
- (2) American Society of Clinical Oncology (ASCO). (2017). ASCO answers: Cancer survivorship.
- (3) Matsuoka, Y. J., Okubo, R., Shimizu, Y., Tsuji, K., Narisawa, T., Sasaki, J., Sasai, H., Akashi-Tanaka, S., Hamaguchi, T., Iwasa, T., Iwata, S., Kato, T., Kurotani, K., Maruyama, D., Mori, A., Ogawa, A., Sakurai, N., Shimazu, T., Shimizu, C., Tabuchi, T., Takahashi, M., Takano, T., Tatematsu, N., Uchitomi, Y., Watanabe, C., & Fukui, T. (2020). Developing the structure of Japan's cancer survivorship guidelines using an expert panel and modified Delphi method. *Journal of Cancer Survivorship*, 14(3), 273–283. <https://doi.org/10.1007/s11764-019-00840-3>
- (4) Hu, X., Ma, J., Jemal, A., Zhao, J., Nogueira, L., Ji, X., Yabroff, K. R., & Han, X. (2023). Suicide Risk Among Individuals Diagnosed With Cancer in the US, 2000-2016. *JAMA Network Open*, 6(1), e2251863. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.51863>
- (5) Michalek, I. M., Caetano Dos Santos, F. L., Wojciechowska, U., & Didkowska, J. (2023). Suicide after a Diagnosis of Cancer: Follow-Up of 1.4 Million Individuals, 2009-2019. *Cancers*, 15(17), 4315. <https://doi.org/10.3390/cancers15174315>
- (6) Osazuwa-Peters, N., Simpson, M. C., Zhao, L., Boakye, E. A., Olomukoro, S. I., Deshields, T., Loux, T. M., Varvares, M. A., & Schootman, M. (2018). Suicide risk among cancer survivors: Head and neck versus other cancers. *Cancer*, 124(20), 4072-4079. <https://doi.org/10.1002/cncr.31675>
- (7) Men, Y. V., Lam, T. C., Yeung, C. Y., & Yip, P. S. F. (2021). Understanding the impact of clinical characteristics and healthcare utilizations on suicide among cancer sufferers: a case-control study

in Hong Kong. *The Lancet Regional Health - Western Pacific*, 17, 100298.

<https://doi.org/10.1016/j.lanwpc.2021.100298>

- (8) Zaorsky, N. G., Zhang, Y., Tuanquin, L., Bluethmann, S. M., Park, H. S., & Chinchilli, V. M. (2019). Suicide among cancer patients. *Nature Communications*, 10(1), 207.  
<https://doi.org/10.1038/s41467-018-08170-1>
- (9) Forbes, H., Carreira, H., Funston, G., Andresen, K., Bhatia, U., Strongman, H., Abrol, E., Bowen, L., Giles, C., & Bhaskaran, K. (2024). Early, medium and long-term mental health in cancer survivors compared with cancer-free comparators: matched cohort study using linked UK electronic health records. *eClinicalMedicine*, 76, 102826.  
<https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2024.102826>
- (10) Shi, J., Yang, Y., Guo, Y., & Ren, W. (2022). Suicide risk among female breast cancer survivors: A population-based study. *Frontiers in Oncology*, 12, 986822.  
<https://doi.org/10.3389/fonc.2022.986822>
- (11) Guo, G., Li, J., Zheng, Y., Liu, Z. X., & Lin, H. (2024). Breast-conserving surgery is associated with a lower incidence of suicide among females with breast cancer in the United States: a population-based retrospective cohort study. *International Journal of Surgery*, 110(3), 1392–1401.  
<https://doi.org/10.1097/JS9.0000000000001060>
- (12) Chen, Y., Yu, K., Xiong, J., Zhang, J., Zhou, S., Dai, J., Wu, M., & Wang, S. (2022). Suicide and Accidental Death Among Women With Primary Ovarian Cancer: A Population-Based Study. *Frontiers in Medicine*, 9, 833965.  
<https://doi.org/10.3389/fmed.2022.833965>
- (13) Wan, H., Zhan, X., Xiong, S., Chen, T., Liu, X., Deng, X., Xu, S., & Fu, B. (2024). Trends in suicide mortality among prostate cancer survivors in the United States, 1975-2019. *BMC Public Health*, 24(1), 101.  
<https://doi.org/10.1186/s12889-023-17589-1>
- (14) Friberg, A. S., Carlsson, S. V., Vickers, A. J., Dalton, S. O., Larsen, S. B., Saltbæk, L., Høeg, B. L., Envold Bidstrup, P., Helgstrand, T., Røder, A., Brasso, K., & Johansen, C. (2023). Impact of previous depression on the risk of suicide among prostate cancer patients. *Acta Oncologica*, 89–99.  
<https://doi.org/10.1080/0284186X.2023.2173536>
- (15) Crump, C., Stattin, P., Brooks, J. D., Sundquist, J., Bill-Axelsson, A., Edwards, A. C., Sundquist, K., & Sieh, W. (2023). Long-term Risks of Depression and Suicide Among Men with Prostate Cancer: A National Cohort Study. *European Urology*, 84(3), 263–272.  
<https://doi.org/10.1016/j.eururo.2023.04.026>
- (16) Chen, C., Lin, H., Xu, F., Liu, J., Cai, Q., Yang, F., Lv, L., & Jiang, Y. (2021). Risk factors associated with suicide among esophageal carcinoma patients from 1975 to 2016. *Scientific Reports*, 11(1), 18766.  
<https://doi.org/10.1038/s41598-021-98260-w>
- (17) Chen, C., Jiang, Y., Yang, F., Cai, Q., Liu, J., Wu, Y., & Lin, H. (2021). Risk factors associated with suicide among hepatocellular carcinoma patients: A surveillance, epidemiology, and end results analysis. *European Journal of Surgical Oncology*, 47(3 Pt B), 640–648.  
<https://doi.org/10.1016/j.ejso.2020.10.001>
- (18) Ma, Y., Lyu, J., Yang, B., Yan, T., Ma, Q., Wu, Z., Wang, Z., & He, H. (2022). Incidence and risk factors of suicide among patients with pancreatic cancer: A population-based analysis from 2000 to 2018. *Frontiers in Oncology*, 12, 972908.  
<https://doi.org/10.3389/fonc.2022.972908>
- (19) Choi, Y. N., Kim, Y. A., Yun, Y. H., Kim, S., Bae, J. M., Kim, Y. W., Ryu, K. W., Lee, J. H., Noh, J. H., & Sohn, T. S. (2014). Suicide ideation in stomach cancer survivors and possible risk factors. *Supportive Care in Cancer*, 22(2), 331–337.

- <https://doi.org/10.1007/s00520-013-1975-4>
- (20) Guo, C., Zheng, W., Zhu, W., Yu, S., Ding, Y., Wu, Q., Tang, Q., & Lu, C. (2019). Risk factors associated with suicide among kidney cancer patients: A Surveillance, Epidemiology, and End Results analysis. *Cancer Medicine*, 8(11), 5386–5396.  
<https://doi.org/10.1002/cam4.2400>
- (21) Yu, K., Wu, B., Chen, Y., Kang, H., Song, K., Dong, Y., Peng, R., & Li, F. (2021). Suicide and accidental deaths among patients with primary malignant bone tumors. *Journal of Bone Oncology*, 27, 100353.  
<https://doi.org/10.1016/j.jbo.2021.100353>
- (22) Øvlisen, A. K., Jakobsen, L. H., Kragholm, K. H., Nielsen, R. E., de Nully Brown, P., Dahl-Sørensen, R. B., Frederiksen, H., Mannering, N., Josefsson, P. L., Ludvigsen Al-Mashhadi, A., Jørgensen, J. M., Dessau-Arp, A., Clausen, M. R., Pedersen, R. S., Torp-Pedersen, C., Severinsen, M. T., & El-Galaly, T. C. (2022). Mental health among patients with non-Hodgkin lymphoma: A Danish nationwide study of psychotropic drug use in 8750 patients and 43750 matched comparators. *American Journal of Hematology*, 97(6), 749–761.  
<https://doi.org/10.1002/ajh.26538>
- (23) Su, C., Wang, Y., Wu, F., Qiu, Y., & Tao, J. (2022). Suicide and Cardiovascular Death Among Patients With Multiple Primary Cancers in the United States. *Frontiers in Cardiovascular Medicine*, 9, 857194.  
<https://doi.org/10.3389/fcvm.2022.857194>
- (24) Jiang, Y., Wang, Y., Cheng, X., Zhou, Z., Wang, J., Yu, H., Yao, G., Lu, Z., Chen, X., Yan, S., & Zhao, F. (2023). Suicide rates among patients with first and second primary cancer. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 32, e57.  
<https://doi.org/10.1017/S2045796023000690>
- (25) Potter, A. L., Haridas, C., Neumann, K., Kiang, M. V., Fong, Z. V., Riddell, C. A., Pope, H. G., Jr, & Yang, C. J. (2023). Incidence, Timing, and Factors Associated With Suicide Among Patients Undergoing Surgery for Cancer in the US. *JAMA Oncology*, 9(3), 308–315.  
<https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2022.6549>
- (26) Michalek, I. M., Caetano Dos Santos, F. L., Wojciechowska, U., & Didkowska, J. (2023). Risk of suicide in patients with cancer aged 75 years or more - Follow-up of over 400,000 individuals. *Maturitas*, 175, 107785.  
<https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2023.107785>
- (27) Michalek, I. M., Caetano Dos Santos, F. L., Wojciechowska, U., & Didkowska, J. (2023). Suicide risk among adolescents and young adults after cancer diagnosis: analysis of 34 cancer groups from 2009 to 2019. *Journal of Cancer Survivorship*, 17(3), 657–662.  
<https://doi.org/10.1007/s11764-023-01358-5>
- (28) Heynemann, S., Thompson, K., Moncur, D., Silva, S., Jayawardana, M., & Lewin, J. (2021). Risk factors associated with suicide in adolescents and young adults (AYA) with cancer. *Cancer Medicine*, 10(20), 7339–7346.  
<https://doi.org/10.1002/cam4.4246>
- (29) Rosgen, B. K., Moss, S. J., Fiest, K. M., McKillop, S., Diaz, R. L., Barr, R. D., Patten, S. B., Deleemans, J., & Fidler-Benaoudia, M. M. (2022). Psychiatric Disorder Incidence Among Adolescents and Young Adults Aged 15-39 With Cancer: Population-Based Cohort. *JNCI Cancer Spectrum*, 6(6), pkac077.  
<https://doi.org/10.1093/jncics/pkac077>
- (30) Barnes, J. M., Johnson, K. J., Grove, J. L., Srivastava, A. J., Osazuwa-Peters, N., & Perkins, S. M. (2022). Risk of suicide among individuals with a history of childhood cancer. *Cancer*, 128(3), 624–632.  
<https://doi.org/10.1002/cncr.33957>
- (31) Lubas, M. M., Mirzaei Salehabadi, S., Lavecchia, J., Alberts, N. M., Krull, K. R., Ehrhardt, M. J.,

Srivastava, D., Robison, L. L., Hudson, M. M., & Brinkman, T. M. (2020). Suicidality among adult survivors of childhood cancer: A report from the St. Jude Lifetime Cohort Study. *Cancer*, 126(24), 5347–5355.

<https://doi.org/10.1002/cncr.33187>

(32) Korhonen, L. M., Taskinen, M., Rantanen, M., Erdmann, F., Winther, J. F., Bautz, A., Feychting, M., Mogensen, ., Talbäck, M., Malila, N., Ryyänen, H., & Madanat-Harjuoja, L. (2019). Suicides and deaths linked to risky health behavior in childhood cancer patients: A Nordic population-based register study. *Cancer*, 125(20), 3631–3638.

<https://doi.org/10.1002/cncr.32373>

(33) Brinkman, T. M., Zhang, N., Recklitis, C. J., Kimberg, C., Zeltzer, L. K., Muriel, A. C., Stovall, M., Srivastava, D. K., Sklar, C. A., Robison, L. L., & Krull, K. R. (2014). Suicide ideation and associated mortality in adult survivors of childhood cancer. *Cancer*, 120(2), 271–277.

<https://doi.org/10.1002/cncr.28385>

(34) Suk, R., Hong, Y. R., Wasserman, R. M., Swint, J. M., Azenui, N. B., Sonawane, K. B., Tsai, A. C., & Deshmukh, A. A. (2021). Analysis of Suicide After Cancer Diagnosis by US County-Level Income and Rural vs Urban Designation, 2000-2016. *JAMA Network Open*, 4(10), e2129913.

<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.29913>

## Ⅲ-5. AYA世代がん患者の自殺対策

### 1. 思春期・若年成人(Adolescent and Young Adult: AYA)世代のがん

日本では毎年2万人(がん罹患者全体の約2%)を超えるAYA世代(年齢15-39歳)の人々ががんと診断され、その多くが長期生存者(診断後5年以上)となる<sup>(1)</sup>。より多くの患者が長期生存に達するにつれて、内分泌障害、心血管障害、二次腫瘍/悪性腫瘍、中枢神経系/末梢神経系障害、腎障害、肺障害、および長期の心理社会的影響など、がんおよび治療に関連する有害な晩期障害が増加し、長期フォローアップケア中に適切な介入が必要になる<sup>(2)</sup>。

AYA世代の患者は、進学・就職、恋愛・結婚、出産・育児など多くのライフイベントに直面する発達段階である中、がん罹患に伴うさまざまな問題を同時に抱えることで複雑かつ脆弱な状態にある<sup>(3)</sup>。

### 2. AYA世代がん患者の精神的苦痛

がん治療と晩期障害は教育や就職計画を妨げる可能性があり<sup>(4)</sup>、それらの懸念はAYA世代の患者に大きな苦痛をもたらす可能性がある。これまでの研究では、AYA世代がん患者は対照群と比較して身体的および精神的健康状態が著しく悪く<sup>(5)</sup>、また、若年成人のがん患者は高齢患者よりも心理的な問題を含む健康全般への影響が大きいと報告されている<sup>(6)</sup>。

AYA世代がん患者の精神的苦痛に関するレビューによると、閾値以上の抑うつ・不安、心的外傷後ストレス症(PTSD)の有病率は5-56%と示されており<sup>(7)</sup>、また、Oberoiらはコホート研究で、非がんの同世代と比較し、AYA世代がん患者では診断後6か月以内の気分障害、不安症のリスクが11倍であることを示している<sup>(8)</sup>。日本のAYA世代がん患者を対象とした横断調査では、55%の患者が閾値以上の抑うつ(K6(抑うつ・不安のスクリーニング尺度)閾値5点以上)を有していることが示され<sup>(9)</sup>、国内の大規模レセプトデータベースを用いたコホート研究では、AYA世代のがん患者は健康な同世代の患者と比較して大うつ病性障害のリスクが約3倍も高かったと報告されている<sup>(10)</sup>。このように、AYA世代がん患者では、他の世代のがん患者よりも精神的苦痛を有している可能性があり、また非がんの同世代と比較しても、うつ病を含む精神的苦痛の有症率が有意に高く、自殺リスクが高いことが示唆される。

AYA世代がん患者の精神的苦痛には、女性であること、痛みがあること、社会的支援が少ないこと、診断後の収入減少、診断後の就学・就労のネガティブな変化、晩期障害があること、自己イメージおよびアイデンティティの問題に関連していることが示されており<sup>(9, 11, 12)</sup>、身体・心理・社会的因子が幅広く関与している。

### 3. AYA世代がん患者の自殺

#### 3-1. AYA世代がん患者の自殺リスク

Zaorskyらは、米国のSurveillance, Epidemiology, and End Results(SEER)データベースを用いて、がん患者の自殺による死亡の標準化死亡比(standardized mortality ratio: SMR)および年代別のSMRを算出し、患者全体のSMRは4.44(95% CI 4.33-4.55)であり、若い年齢で診断された患者ほど自殺のSMRが高く、診断された年齢が上がるにつれてSMRは徐々に低下すると示した(39歳未満の患者のSMR 37.24に対し、80歳以上の患者のSMR 2.40)<sup>(13)</sup>。近年、AYA世代がん患者に特化した自殺のリスクに関する研究結果が報告されている。米国のSEERデータベースを用いた研究では、米国のAYA世代のがん患者における自殺による死亡リスクは、一般人口と比較して1.15倍から34.1倍高いと示されている(表1)<sup>(14-16)</sup>。また、ポーランドのがん登録データ(登録期間2009-2019年)

を用いた研究では、AYA世代のがん患者における自殺による死亡リスクは、同世代の一般人口と比較して2.39倍であることが示されている<sup>(17)</sup>。AYA世代のがん患者における自殺リスクに関する研究結果の一般化可能性には問題があるものの、日本のAYA世代の死因の第1位が自殺であること、がん罹患により自殺リスクが高まる可能性があることから、医療従事者はAYA世代患者の自殺の可能性の認識を高め、適切な心理社会的介入を行う必要があると考えられる。

表1. AYA世代がん患者の自殺数と標準化死亡比:米国

Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) データベースを用いた解析結果

著者,年	診断年	AYA世代がん患者数	AYA世代がん患者自殺死亡数	SMR(95% CI)
Moke et al.,2021	1975-2012年	162,317	380	1.15(1.04-1.27)
Yang et al.,2021	1973-2015年	572,500	981	1.23(1.16-1.31)
Heynemann et al.,2021	1975-2016年	500,366	922	34.1(31.4-36.9)

SMR:standardized mortality ratio,CI:confidence interval 文献14-16に基づき作成

### 3-2. AYA世代がん患者の自殺のリスク因子

#### 3-2-1. がん診断後の時期

ZhouらはAYA世代群(15-39歳)と全年齢群との自殺リスクを比較し、がん診断後5年以内の自殺リスクは両群とも高いこと示した<sup>(18)</sup>。また、AYA世代のがん患者を対象とした研究でも、がん診断後1年以内の自殺のリスクが最も高く、経時的に漸減する傾向が示されている<sup>(16)</sup>。がん診断後経時的に自殺リスクが漸減する傾向を示している研究が多いが、がん種別の検討では、AYA世代の罹患者数が比較的多い精巣がんで診断後の時間経過とともに自殺リスクが増加すると示唆されており、診断後長期的に注意する必要があると考えられる<sup>(13)</sup>。

#### 3-2-2. 社会人口統計学的因子・がんの特性

性別については、一般女性に比べてがん罹患した女性の方が自殺リスクが高い傾向にあることが報告されている<sup>(16,17)</sup>。また、AYA世代がん患者において男女の自殺リスクを比較すると、男性の方が自殺のリスクが高い傾向にあるとの報告がある<sup>(16,18)</sup>。つまり、一般人口と同様AYA世代がん患者でも男性の方が高リスクであるが、一般人口とがん患者を比較すると一般の女性よりがん罹患した女性の方が高リスクということである。他の人口統計学的因子として、婚姻状況(非婚姻者)が自殺のリスク因子として示されている<sup>(16,18)</sup>。

AYA世代患者のがん原発部位ごとの検討では、精巣がん、白血病、中枢神経系腫瘍、軟部組織肉腫で自殺のリスクが高く<sup>(16,17)</sup>、また、転移のある患者で自殺のリスクが高い傾向にあった<sup>(19)</sup>。

## 4. AYA世代がん患者の希死・自殺念慮,自殺企図

### 4-1. AYA世代がん患者の希死・自殺念慮,自殺企図のリスクと有症率

スウェーデンの全国規模のコホート研究では、AYA世代(15-30歳)のがん患者は、がん診断のない同世代に比べて、自殺行動のリスクが有意に高いことが示されている(相対リスク1.6)<sup>(19)</sup>。また、Rosgenらは、AYA世代がん患者(診断時年齢15-39歳)のコホート研究において、精神疾患(不安症、

抑うつ症群、心的外傷およびストレス関連症、物質関連症、統合失調スペクトラム症および他の精神症群)の有病率が61.3%にのぼることが報告されている<sup>(20)</sup>。また、自殺企図/自傷行為が3.2%の患者にみられ、特に診断時年齢が15-19歳の群ではその割合が7.6%とAYA世代の中で最も高いことが明らかになった<sup>(20)</sup>。この研究では、精神状態が発達や長期的な機能に影響を与えるため、AYA世代の中でも診断時年齢15-19歳の患者に対する支持療法(心理社会的サポート・ケア)が必要であると強調している。

#### 4-2. AYA世代がん患者の希死・自殺念慮, 自殺企図のリスク因子

AYA世代がん患者の希死・自殺念慮, 自殺企図のリスク因子に関する研究はわずかであるものの、がん患者の希死・自殺念慮について、うつ状態が重要なリスク因子であることが多くの調査で報告され、絶望感、無気力感、不安・精神的苦痛、現在や過去の精神疾患の診断、不良な精神的健康、痛み、倦怠感、身体症状の存在、身体機能低下、実存的苦痛、乏しいソーシャルサポート(非婚姻者、独居など)、進行がんであることなどもがん患者の希死・自殺念慮のリスク因子として報告されている<sup>(21)</sup>。

また、若年(20-40歳)の進行がん患者を対象とした米国の調査では、腫瘍医と良好な信頼関係が形成されているほど希死・自殺念慮のリスクが有意に低いことが報告されており<sup>(22)</sup>、医療従事者との良好なコミュニケーションが希死・自殺念慮の予防となりうることを示唆している。

### 5. AYA世代がん患者の自殺対策

自殺対策の事前対応として、定期的なうつ状態・苦痛のスクリーニングが重要視されている。AYA世代がん患者のうつ状態と多様な身体・心理・社会的苦痛に関してはスクリーニングが開発されている。AYA世代がん患者においては、米国のNational Comprehensive Cancer Networkが開発した“Distress Thermometer and Problem List”が有効と報告されており<sup>(23)</sup>、日本でもこれを基にしたスクリーニングシート(図1)が開発された<sup>(24)</sup>。このスクリーニングツールは、つらさの寒暖計(0点「全くつらさはない」～10点「最高につらい」と問題リスト(「日常に関する問題」(12項目)、「家族に関する問題」(6項目)、「気持ちに関する問題」(8項目)、「スピリチュアル/宗教的な懸念」(1項目)、「身体的な問題」(22項目)計49項目)から構成されている。AYA世代がん患者スクリーニング・支援プログラムでは、早期にスクリーニングを実施し、それぞれのニーズに応じて多職種で情報共有を行いながら支援を行っており、気持ちの問題に関しては、つらさの寒暖計4点以上かつ問題リストチェック項目1つ以上である場合にサポートチーム(AYA支援チーム、緩和ケアチームなど)や専門家(精神腫瘍科、精神科、心療内科)による介入を勧めている<sup>(24)</sup>。全国8施設において、このスクリーニング・支援プログラムの実施可能性が示されている<sup>(25)</sup>。

図1. つらさの寒暖計と問題リスト

<p><b>つらさの寒暖計と問題リスト</b></p> <p><b>つらさの寒暖計</b> 今日までの1週間、あなたが感じてきたつらさを表す数字(0-10)に丸を付けてください。</p> <div style="text-align: center;"> <p><b>つらさの寒暖計</b></p> </div> <p>国立がん研究センター 中央病院 National Cancer Center Hospital</p>	<p><b>問題リスト</b> 下記の中で、今日までの1週間、あなたにとって気になったことに対し、「はい」または「いいえ」でお答えください。</p> <table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <p>はい    いいえ</p> <p><b>身体的な問題</b></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 容姿(見た目、外見)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 入浴/みじたく</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 呼吸</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 排尿に関する変化</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 便秘</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 下痢</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 食べること</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 消化不良</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 疲れ</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> むくみ</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 発熱</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日々の活動</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 記憶/集中力</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 口の痛み</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 吐き気</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 鼻の乾燥/鼻づまり</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 痛み</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 性に関すること</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 皮膚の乾燥/かゆみ</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 睡眠</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 手足のしびれ</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 処方薬以外の薬の使用</p> </td> <td style="vertical-align: top;"> <p>はい    いいえ</p> <p><b>日常に関する問題</b></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> お金に関すること (治療費、生活費、保険など)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 移動手段に関すること (通院、通学、通勤など)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 仕事/学校</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 治療の選択</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 病気・治療の情報</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 相談相手/相談環境</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 大切な予定/行事</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 医療者との関わり</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 家族以外との関わり</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 入院生活</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 育児</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 家事</p> </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <p>はい    いいえ</p> <p><b>家族に関する問題</b></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 親との関わり</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 子どもとの関わり</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> パートナーとの関わり</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> その他の家族との関わり</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 子どもはできるのか</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 家族の健康面・精神面</p> </td> <td style="vertical-align: top;"> <p>はい    いいえ</p> <p><b>気持ちに関する問題</b></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 気持ちの落ち込み</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 不安</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> イライラ</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 恐怖心</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 緊張感</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 悲しみ</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 心配</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 普段の活動に興味を持ってない</p> </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <p>はい    いいえ</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>スピリチュアル・宗教的な気がかり</b></p> <p><b>そのほか困っていること:</b> _____</p> </td> </tr> </table>	<p>はい    いいえ</p> <p><b>身体的な問題</b></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 容姿(見た目、外見)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 入浴/みじたく</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 呼吸</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 排尿に関する変化</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 便秘</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 下痢</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 食べること</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 消化不良</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 疲れ</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> むくみ</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 発熱</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日々の活動</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 記憶/集中力</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 口の痛み</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 吐き気</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 鼻の乾燥/鼻づまり</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 痛み</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 性に関すること</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 皮膚の乾燥/かゆみ</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 睡眠</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 手足のしびれ</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 処方薬以外の薬の使用</p>	<p>はい    いいえ</p> <p><b>日常に関する問題</b></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> お金に関すること (治療費、生活費、保険など)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 移動手段に関すること (通院、通学、通勤など)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 仕事/学校</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 治療の選択</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 病気・治療の情報</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 相談相手/相談環境</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 大切な予定/行事</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 医療者との関わり</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 家族以外との関わり</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 入院生活</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 育児</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 家事</p>	<p>はい    いいえ</p> <p><b>家族に関する問題</b></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 親との関わり</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 子どもとの関わり</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> パートナーとの関わり</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> その他の家族との関わり</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 子どもはできるのか</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 家族の健康面・精神面</p>	<p>はい    いいえ</p> <p><b>気持ちに関する問題</b></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 気持ちの落ち込み</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 不安</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> イライラ</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 恐怖心</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 緊張感</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 悲しみ</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 心配</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 普段の活動に興味を持ってない</p>	<p>はい    いいえ</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>スピリチュアル・宗教的な気がかり</b></p> <p><b>そのほか困っていること:</b> _____</p>	
<p>はい    いいえ</p> <p><b>身体的な問題</b></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 容姿(見た目、外見)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 入浴/みじたく</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 呼吸</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 排尿に関する変化</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 便秘</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 下痢</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 食べること</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 消化不良</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 疲れ</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> むくみ</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 発熱</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日々の活動</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 記憶/集中力</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 口の痛み</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 吐き気</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 鼻の乾燥/鼻づまり</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 痛み</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 性に関すること</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 皮膚の乾燥/かゆみ</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 睡眠</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 手足のしびれ</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 処方薬以外の薬の使用</p>	<p>はい    いいえ</p> <p><b>日常に関する問題</b></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> お金に関すること (治療費、生活費、保険など)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 移動手段に関すること (通院、通学、通勤など)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 仕事/学校</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 治療の選択</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 病気・治療の情報</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 相談相手/相談環境</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 大切な予定/行事</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 医療者との関わり</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 家族以外との関わり</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 入院生活</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 育児</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 家事</p>						
<p>はい    いいえ</p> <p><b>家族に関する問題</b></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 親との関わり</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 子どもとの関わり</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> パートナーとの関わり</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> その他の家族との関わり</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 子どもはできるのか</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 家族の健康面・精神面</p>	<p>はい    いいえ</p> <p><b>気持ちに関する問題</b></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 気持ちの落ち込み</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 不安</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> イライラ</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 恐怖心</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 緊張感</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 悲しみ</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 心配</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 普段の活動に興味を持ってない</p>						
<p>はい    いいえ</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>スピリチュアル・宗教的な気がかり</b></p> <p><b>そのほか困っていること:</b> _____</p>							

がん診断時よりうつ状態や苦痛のスクリーニングを定期的に行い、適切な評価・介入につなげることは、精神症状や苦痛の過小評価の減少につながると考えられ、自殺対策としても重要と考えられている。AYA世代がん患者のスクリーニング・支援プログラムは、全国のAYA支援チームに広げられつつあるが、治癒もしくは状態が安定し定期通院が不要となったがんサバイバー期の対策については課題が残る。がんサバイバーも自殺の高リスク群であることが示唆されており<sup>(13)</sup>、また小児・AYA世代がんのサバイバーでは、晩期障害(内分泌障害、心血管障害、二次腫瘍/悪性腫瘍、中枢神経系/末梢神経系障害、腎障害、肺障害)や長期の心理社会的影響が指摘されているため<sup>(2)</sup>、自殺対策の観点からも身体的な機能障害、社会的問題などによる精神心理的苦痛に継続的な評価と支援が必要である。

**まとめ**

- ・ AYA世代は診断初期から精神的苦痛や精神疾患のリスクが高いため、診断時より継続的なスクリーニングと早期介入を行う体制を整備することが重要である。
- ・ がんによる教育・就労・家庭形成への影響に配慮し、心理的支援、社会的支援、医療的支援を一体的に提供する体制を構築することが求められる。
- ・ 患者との信頼関係を構築し、継続的な対話を通じて個別の不安や苦痛に対応することが、自殺予防において重要である。
- ・ AYA世代に特化した相談支援機能を強化し、全国のAYA支援チームやがん相談支援センターと連携した支援体制を拡充することが望ましい。
- ・ がんサバイバー期においても自殺リスクが持続することから、治療後の長期的フォローアップを通じて精神心理的ケアと社会的再統合を支援することが必要である。

## ■ 引用文献

- (1) 国立がん研究センター . (2024). がん統計. がん情報サービス. [https://ganjoho.jp/reg\\_stat/index.html](https://ganjoho.jp/reg_stat/index.html)
- (2) Hilgendorf, I., Bergelt, C., Bokemeyer, C., Kaatsch, P., Seifart, U., Stein, A., & Langer, T. (2021). Long-Term Follow-Up of Children, Adolescents, and Young Adult Cancer Survivors. *Oncology Research and Treatment*, 44(4), 184–189. <https://doi.org/10.1159/000514381>
- (3) Kaul, S., Avila, J. C., Mutambudzi, M., Russell, H., Kirchhoff, A. C., & Schwartz, C. L. (2017). Mental distress and health care use among survivors of adolescent and young adult cancer: A cross-sectional analysis of the National Health Interview Survey. *Cancer*, 123(5), 869–878. <https://doi.org/10.1002/cncr.30417>
- (4) D'Agostino, N. M., Penney, A., & Zebrack, B. (2011). Providing developmentally appropriate psychosocial care to adolescent and young adult cancer survivors. *Cancer*, 117(10 Suppl), 2329–2334. <https://doi.org/10.1002/cncr.26043>
- (5) Phillips-Salimi, C. R., & Andrykowski, M. A. (2013). Physical and mental health status of female adolescent/young adult survivors of breast and gynecological cancer: a national, population-based, case-control study. *Supportive Care in Cancer*, 21(6), 1597–1604. <https://doi.org/10.1007/s00520-012-1701-7>
- (6) Stava, C. J., Lopez, A., & Vassilopoulou-Sellin, R. (2006). Health profiles of younger and older breast cancer survivors. *Cancer*, 107(8), 1752–1759. <https://doi.org/10.1002/cncr.22200>
- (7) Sansom-Daly, U. M., & Wakefield, C. E. (2013). Distress and adjustment among adolescents and young adults with cancer: an empirical and conceptual review. *Translational Pediatrics*, 2(4), 167–197. <https://doi.org/10.3978/j.issn.2224-4336.2013.10.06>
- (8) Oberoi, S., Garland, A., Yan, A. P., Lambert, P., Xue, L., Decker, K., Israels, S. J., Banerji, S., Bolton, J. M., Deleemans, J. M., Garand-Sheridan, B., Louis, D., Lix, L. M., & Mahar, A. L. (2024). Mental Disorders Among Adolescents and Young Adults With Cancer: A Canadian Population-Based and Sibling Cohort Study. *Journal of Clinical Oncology*, 42(13), 1509–1519. <https://doi.org/10.1200/JCO.23.01615>
- (9) Okamura, M., Fujimori, M., Goto, S., Obama, K., Kadowaki, M., Sato, A., Hirayama, T., & Uchitomi, Y. (2023). Prevalence and associated factors of psychological distress among young adult cancer patients in Japan. *Palliative & Supportive Care*, 21(1), 93–99. <https://doi.org/10.1017/S1478951521002054>
- (10) Akechi, T., Mishiro, I., & Fujimoto, S. (2022). Risk of major depressive disorder in adolescent and young adult cancer patients in Japan. *Psycho-Oncology*, 31(6), 929–937. <https://doi.org/10.1002/pon.5881>
- (11) Geue, K., Brähler, E., Faller, H., Härter, M., Schulz, H., Weis, J., Koch, U., Wittchen, H. U., & Mehnert, A. (2018). Prevalence of mental disorders and psychosocial distress in German adolescent and young adult cancer patients (AYA). *Psycho-Oncology*, 27(7), 1802–1809. <https://doi.org/10.1002/pon.4730>
- (12) Michel, G., François, C., Harju, E., Dehler, S., & Roser, K. (2019). The long-term impact of cancer: Evaluating psychological distress in adolescent and young adult cancer survivors in Switzerland. *Psycho-Oncology*, 28(3), 577–585. <https://doi.org/10.1002/pon.4981>
- (13) Zaorsky, N. G., Zhang, Y., Tuanquin, L., Bluethmann, S. M., Park, H. S., & Chinchilli, V. M. (2019). Suicide among cancer patients. *Nature Communications*, 10(1), 207. <https://doi.org/10.1038/s41467-018-08170-1>
- (14) Moke, D. J., Song, Z., Liu, L., Hamilton, A. S., Deapen, D., & Freyer, D. R. (2021). A Population-Based Analysis of 30-Year Mortality among Five-Year Survivors of Adolescent and Young Adult Cancer: The

- Roles of Primary Cancer, Subsequent Malignancy, and Other Health Conditions. *Cancers*, 13(16), 3956.  
<https://doi.org/10.3390/cancers13163956>
- (15) Yang, P., Zhang, L., & Hou, X. (2021). Incidence of suicide among adolescent and young adult cancer patients: a population-based study. *Cancer Cell International*, 21(1), 540.  
<https://doi.org/10.1186/s12935-021-02225-y>
- (16) Heynemann, S., Thompson, K., Moncur, D., Silva, S., Jayawardana, M., & Lewin, J. (2021). Risk factors associated with suicide in adolescents and young adults (AYA) with cancer. *Cancer Medicine*, 10(20), 7339–7346.  
<https://doi.org/10.1002/cam4.4246>
- (17) Michalek, I. M., Caetano Dos Santos, F. L., Wojciechowska, U., & Didkowska, J. (2023). Suicide risk among adolescents and young adults after cancer diagnosis: analysis of 34 cancer groups from 2009 to 2019. *Journal of Cancer Survivorship*, 17(3), 657–662.  
<https://doi.org/10.1007/s11764-023-01358-5>
- (18) Zhou, H., Xian, W., Zhang, Y., Yang, Y., Fang, W., Liu, J., Shen, J., Zhang, Z., Hong, S., Huang, Y., & Zhang, L. (2019). Suicide among cancer patients: adolescents and young adult (AYA) versus all-age patients. *Annals of Translational Medicine*, 7(22), 658.  
<https://doi.org/10.21037/atm.2019.10.51>
- (19) Lu, D., Fall, K., Sparén, P., Ye, W., Adami, H. O., Valdimarsdóttir, U., & Fang, F. (2013). Suicide and suicide attempt after a cancer diagnosis among young individuals. *Annals of Oncology*, 24(12), 3112–3117.  
<https://doi.org/10.1093/annonc/mdt415>
- (20) Rosgen, B. K., Moss, S. J., Fiest, K. M., McKillop, S., Diaz, R. L., Barr, R. D., Patten, S. B., Deleemans, J., & Fidler-Benaoudia, M. M. (2022). Psychiatric Disorder Incidence Among Adolescents and Young Adults Aged 15-39 With Cancer: Population-Based Cohort. *JNCI Cancer Spectrum*, 6(6), pkac077.  
<https://doi.org/10.1093/jncics/pkac077>
- (21) Kolva, E., Hoffecker, L., & Cox-Martin, E. (2020). Suicidal ideation in patients with cancer: A systematic review of prevalence, risk factors, intervention and assessment. *Palliative & Supportive care*, 18(2), 206–219.  
<https://doi.org/10.1017/S1478951519000610>
- (22) Trevino, K. M., Abbott, C. H., Fisch, M. J., Friedlander, R. J., Duberstein, P. R., & Prigerson, H. G. (2014). Patient-oncologist alliance as protection against suicidal ideation in young adults with advanced cancer. *Cancer*, 120(15), 2272–2281.  
<https://doi.org/10.1002/cncr.28740>
- (23) Patterson, P., D'Agostino, N. M., McDonald, F. E. J., Church, T. D., Costa, D. S. J., Rae, C. S., Siegel, S. E., Hu, J., Bibby, H., Stark, D. P., & International AYA Cancer Distress Screening Group (2021). Screening for distress and needs: Findings from a multinational validation of the Adolescent and Young Adult Psycho-Oncology Screening Tool with newly diagnosed patients. *Psycho-Oncology*, 30(11), 1849–1858.  
<https://doi.org/10.1002/pon.5757>
- (24) Hirayama, T., Fujimori, M., Yanai, Y., Ishiki, H., Shindo, A., Tanaka, M., Kobayashi, T., Kojima, R., Satomi, E., & National Cancer Center Hospital Adolescent and Young Adult Support Team (2023). Development and evaluation of the feasibility, validity, and reliability of a screening tool for determining distress and supportive care needs of adolescents and young adults with cancer in Japan. *Palliative & Supportive Care*, 21(4), 677–687.  
<https://doi.org/10.1017/S147895152200092X>
- (25) Hirayama, T., Fujimori, M., Ito, Y., Ishida, Y., Tsumura, A., Ozawa, M., Maeda, N., Yamamoto, K., Takita, S., Mori, M., Tanaka, K., Horibe, K., & Akechi, T. (2023). Feasibility and preliminary effectiveness of a psychosocial support program for adolescent and young adult cancer patients in clinical practice: a retrospective observational study. *Supportive Care in Cancer*, 31(2), 146.  
<https://doi.org/10.1007/s00520-023-07596-8>

## 自殺対策に係わる院内・地域連携体制の整備と研修

拠点病院として、がん患者に対する自殺対策を実施するためには、院内・地域連携体制の整備と正しい知識を職員で共有できる研修受講が必須である。

自殺は健康問題のみならず、経済・生活問題、家族問題、孤立など複合的なリスク因子が重畳して生じることが多い。がん患者では、通常がん告知のトラウマだけではなく、がんに伴う疼痛、うつ病の発症、長引く高額治療による経済・生活上の損失、介護などケアラーの負担増大、孤立など自殺のリスク因子が複数存在する。これらのリスク因子で解決できるものは解決し、自殺リスクを少しでも減らすために、医療支援だけでなく、経済支援、保健福祉サービスに関わる複数の機関と病院内外で多職種連携が必要である。

では、連携体制をどのように作ったらよいか。ここでは直接がん患者の自殺対策体制とまではいえないが、自殺未遂者の自殺再企図を防ぐ救急患者精神科継続支援<sup>(1)</sup>を行うために、筑波大学附属病院で連携体制を作った事例を挙げて説明したい。

はじめに、ケース・マネジメントに精通した精神保健福祉士を招聘し、院内に自殺対策に係わる看護師、公認心理師、精神保健福祉士、リエゾン精神科医などを集め、多職種連携の実行部隊を作った。

次に、この部隊のメンバー所属部署である看護部、福祉相談部門、心理部門、精神科、救急診療科の長を集め、定期的な会議を行う運営会議体「精神医療・自殺対策連携センター」を設置した。この際、特に連携を密に行う必要があった救急科とは毎週カンファレンスを開いて、自殺関連患者の情報共有・対応協議を行った。

続いて、院外の保健医療福祉サービス機関に会

議体への参加と連携協力をお願いした。自殺対策に通常関わる院外組織は、県の精神保健福祉センター、保健所、市町村の障害(社会)福祉課、保健センター、教育委員会(こどもの場合)、他院精神科クリニックなどである。市町村の自殺対策担当課は、地域の相談窓口を知っているため、そのリストを入手し、自治体主催の自殺対策会議にも出席して相互連携をお願いした。このような連携体制づくりによって、患者の自殺対策のみならず院内患者のメンタルヘルス対応は、おおむね円滑に行えるようになってきた。

しかし、現実にはこのような連携体制の構築は容易ではない。自殺対策に係わる熱意は個人によっても、職種によっても差があり、チーム形成の責任主体や役割分担がしばしば問題となる。基本的にはがん医療における自殺対策の重要性をトップダウンで示して、院内の体制づくりを進めることになるが、自殺対策という主題で協力が得にくい場合には、医療事故防止の視点から医療安全部門に協力を仰ぐ手もあるだろう。自傷・自殺は病院の医療事故となるため、その対策は医療安全上重要である。また内外の連携機関、特に自治体は担当者が毎年変わるため、一旦連携を構築しても定期的に情報共有や研修会を実施して自殺対策のスキルを均てん化する必要がある。

ところで、自殺は自殺関連行動の結果であり、その対策は自殺関連行動の抑止に他ならないが、医療の視点からすれば、そのエビデンスは限られる。しかも対策の考え方は年々変わっていく。

例えば、かつて境界性パーソナリティ症の自殺行動は顕示的行動であるため、中立的対応が重要と教えられたが、今では自殺リスクが高いため積極的な対応をすることが勧められている。そこで、対策の支援担当者は年々変わっていく自殺対策や

---

新たな自殺予防のエビデンスを研修で学び、自らのスキルをあげていくことが望ましい。

一口に自殺対策の研修といっても、家族や民生委員が本人の自殺リスクに気づこうと呼びかける市町村実施のものから、医療専門職に自殺未遂者ケアを行う学会主催のものまでそのレベルや種類は多様である。拠点病院において、医療従事者に求められる自殺対策の知識は、TALKの原則を含む自殺リスクのある患者への基本的対応、現在の自殺リスクの評価とリスク因子、保護因子の確認を踏まえたリスク別の個別性の高い対応方針の決定、精神科医療機関へのコンサルテーション、安全確保、リスクのモニタリング、医療従事者自身のセルフケアなど多岐にわたる。これら一定以上の医療対応を含むスキル取得に合致した研修として、現時点で厚生労働省が委託している自殺未遂者等支援拠点医療機関整備事業の「自殺未遂者支援研修会」、厚生労働大臣指定法人いのち支える自殺対策推進センター等が実施している「自殺未遂者ケア研修」、日本自殺予防学会が実施している「自殺再企図防止のための救急患者精神科継続支援研修会」および「院内自殺の予防と事後対応のための研修会」<sup>(2)</sup>などがあげられる。

がん患者の自殺対策は、死を決意した患者の前で医療従事者側に感情的なジレンマが生じ、苦悩する事例もある。それゆえに、支援担当者が単独で苦悩を抱え込まず仲間でも共有できるという点からも、連携や研修が必要なことを付言しておきたい。

筑波大学医学医療系災害・地域精神医学  
太刀川弘和

#### ■ 引用文献

- (1) 国立研究開発法人日本医療研究開発機構障害者対策総合研究開発事業(精神障害分野)「精神疾患に起因した自殺の予防法に関する研究」研究班(編)(2018) 救急医療から地域へつなげる自殺未遂者支援のエッセンス HOPEガイドブック へるす出版(東京).
- (2) 大塚耕太郎、河西千秋(編)(2025) 病院内の自殺予防とメンタルヘルス対策 医師・看護師・医療安全管理者などすべてのメディカルスタッフ必携 メディカ出版(東京).

## Ⅲ-6. 患者自殺後の遺族と医療従事者に対する支援

### 1. がん患者の自殺後の家族支援

#### 1-1. 自死遺族の背景

家族との死別は非常にストレスフルな出来事であるが、中でも自殺により家族を喪失することは、きわめて強い心理・社会的な苦悩に加え、身体にも負の影響をもたらすことがある。自死遺族を対象とした精神疾患のリスクを調査した先行研究では、うつ病、不安症、心的外傷後ストレス症などのリスクが増加することに加え、自殺リスクが高くなることが示されている<sup>(1-3)</sup>。実際、死因別に遺族を検討した研究においても、自死遺族は事故死や病死などの遺族と比較して、うつ病の発症や自殺企図のリスクが高いことが知られている<sup>(4,5)</sup>。また、高血圧、心血管疾患、慢性閉塞性肺疾患など身体疾患のリスクが上昇することも明らかになっていることから<sup>(6)</sup>、自死遺族には、強力な心理・社会的支援に加え、身体的にも適切なケア必要とされている<sup>(4)</sup>。

#### 1-2. 支援について

一般的に心理・社会的支援は専門家による公的支援と家族や友人、ピアなどによる非公的支援、社会的・法的手続きや経済的問題のアドバイスなどの実務的支援に大別される。自死遺族は非公的支援を受けることが多いとされているが、支援を受ける割合が他の死因と比して低く、また支援を受ける時期も遅くなり<sup>(7)</sup>、支援が行き届いていない現状が知られている。こうした背景には、支援のリソースに関しての情報不足に加え、遺族自体の抑うつ状態などにより援助希求が阻害されること<sup>(8)</sup>や、社会的スティグマの影響もあるとされている。

自死遺族への心理・社会的支援に関する研究は限られており、実証的な根拠に基づいた有用な介入方法は現時点では存在しない。しかし、遺族会や分かち合いの会と呼ばれるピアサポート、冊子やウェブサイトを通じた情報提供、病院におけるグリーフケア外来の設置、法律的な支援をする弁護団の組織など種々の活動がコミュニティの中で行われている。また、自死遺族等に対する総合的支援についてまとめた厚生労働大臣指定法人・一般社団法人 いのち支える自殺対策推進センター「自死遺族等を支えるために～総合的支援の手引(改訂版)」(2024年9月)も公開されており、支援に従事する専門家にとっても有益な情報を提供している。

### 2. 自殺後の医療従事者に対する支援

#### 2-1. 現状と課題

医療スタッフが担当患者の自殺に遭遇する可能性は稀ではなく、またこうした経験が医療スタッフの精神的健康に与える影響も大きいことが知られている。日本医療機能評価機構・認定病院患者安全推進協議会の「精神科領域における医療安全管理検討会」が2015年に実施した調査<sup>(9)</sup>によると、過去3年間で入院患者の自殺事例を経験した病院の割合は「精神科病床のない432の一般病院」において約19%、「精神科病床のある63の一般病院」では約67%であり、多くの医療スタッフが患者の自殺を経験していることが明らかとなっている。また、患者の自殺を経験した医療スタッフは、驚愕、否認、孤立感、離人感、自責感、自信の喪失、不安感、怒りなどさまざまな強い心理的苦痛を経験し、13.7%が心的外傷後ストレス症の高リスクにあることが報告されている<sup>(10,11)</sup>。患者の自殺を経験した医療スタッフの精神心理的ケア(以下、三次予防)の必要性が認識され始めているが、実際にこうした支援に関する体制を整えている医療機関は多くないのが現状である。

## 2-2. 最近の研究と臨床示唆

患者自殺後の医療従事者に対する三次予防に関する実証研究はほとんどなく、確立した介入方法はない。通常の診療の中で用いられる方法として、デスカンファレンスがある。一般にデスカンファレンスは、医療施設や介護施設において、亡くなった患者に関わったスタッフが集まり、治療やケアの流れを振り返ることによってその質の向上を目指すものである。自殺の場合においては、患者に関わったスタッフが集まり、心理職や精神看護専門看護師、精神科医など精神保健の専門家が自殺に関する一般的な心理教育を行ったり、自殺に遭遇した医療従事者が抱く複雑な感情やセルフケアの説明を行ったり、また出席者それぞれの自由な感情表出を促したり、共有したりして、気持ちのつらさを和らげていくことを目的とする。またカンファレンス後、個々の希望に応じて精神保健の専門家の面談を受けられるようにするなど柔軟な対応をすることで、自殺によって二次的に生じるスタッフの精神的な問題への早期介入が期待される。本邦では河西らが中心となって、自殺に遭遇した医療従事者に対するケアの実践、研修、教材開発など、支援体制が整えられてきている<sup>(12,13)</sup>。

### まとめ

- ・ がん患者の自殺後、遺族と医療従事者双方に深刻な影響が及ぶ。遺族は強い心理・社会的苦悩に加え、うつ病や不安症、心的外傷後ストレス症、自殺などのリスクが高まり、身体疾患の発症率も増すことが報告されている。そのため心理・社会的支援や医療的ケアが必要とされるが、現実には支援の利用率は低く、時期も遅れがちである。背景には情報不足、抑うつによる援助希求の困難、社会的スティグマがある。現時点で有効性が実証された介入方法はないが、遺族会やピアサポート、情報提供、グリーフケア外来、法的支援団体など地域レベルでの取り組みが行われている。
- ・ 医療従事者も患者の自殺に強い心理的影響を受け、心的外傷後ストレス症の高リスクにもなりうる。デスカンファレンスによる感情の共有や心理教育、セルフケア支援を行い、希望者には専門家面談を提供するなど柔軟な介入が望ましい。
- ・ 遺族・医療従事者双方への体系的な支援体制の整備が課題である。

### ■ 引用文献

- (1) Agerbo E. (2005). Midlife suicide risk, partner's psychiatric illness, spouse and child bereavement by suicide or other modes of death: a gender specific study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59(5), 407–412.  
<https://doi.org/10.1136/jech.2004.024950>
- (2) Erlangsen, A., Runeson, B., Bolton, J. M., Wilcox, H. C., Forman, J. L., Krogh, J., Shear, M. K., Nordentoft, M., & Conwell, Y. (2017). Association Between Spousal Suicide and Mental, Physical, and Social Health Outcomes: A Longitudinal and Nationwide Register-Based Study. *JAMA Psychiatry*, 74(5), 456–464.  
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.0226>
- (3) Wilcox, H. C., Kuramoto, S. J., Lichtenstein, P., Långström, N., Brent, D. A., & Runeson, B. (2010). Psychiatric morbidity, violent crime, and suicide among children and adolescents exposed to parental death. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(5), 514–530.  
<https://europepmc.org/article/MED/20431471>

- (4) Brent, D., Melhem, N., Donohoe, M. B., & Walker, M. (2009). The incidence and course of depression in bereaved youth 21 months after the loss of a parent to suicide, accident, or sudden natural death. *The American Journal of Psychiatry*, 166(7), 786–794.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.08081244>
- (5) Pitman, A. L., Osborn, D. P., Rantell, K., & King, M. B. (2016). Bereavement by suicide as a risk factor for suicide attempt: a cross-sectional national UK-wide study of 3432 young bereaved adults. *BMJ Open*, 6(1), e009948.  
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009948>
- (6) Spillane, A., Larkin, C., Corcoran, P., Matvienko-Sikar, K., Riordan, F., & Arensman, E. (2017). Physical and psychosomatic health outcomes in people bereaved by suicide compared to people bereaved by other modes of death: a systematic review. *BMC Public Health*, 17(1), 939.  
<https://doi.org/10.1186/s12889-017-4930-3>
- (7) Pitman, A. L., Rantell, K., Moran, P., Sireling, L., Marston, L., King, M., & Osborn, D. (2017). Support received after bereavement by suicide and other sudden deaths: a cross-sectional UK study of 3432 young bereaved adults. *BMJ Open*, 7(5), e014487.  
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014487>
- (8) McMenemy, J. M., Jordan, J. R., & Mitchell, A. M. (2008). What do suicide survivors tell us they need? Results of a pilot study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38(4), 375–389.
- (9) 河西千秋 (2016). 病院内の入院患者の自殺事故調査. *患者安全推進ジャーナル*, (45), 83-91.
- (10) Chemtob, C. M., Hamada, R. S., Bauer, G., Kinney, B., & Torigoe, R. Y. (1988). Patients' suicides: frequency and impact on psychiatrists. *The American Journal of Psychiatry*, 145(2), 224–228.  
<https://doi.org/10.1176/ajp.145.2.224>
- (11) Takahashi, C., Chida, F., Nakamura, H., Akasaka, H., Yagi, J., Koeda, A., Takusari, E., Otsuka, K., & Sakai, A. (2011). The impact of inpatient suicide on psychiatric nurses and their need for support. *BMC Psychiatry*, 11, 38.  
<https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-38>
- (12) 河西千秋 (2023). ~グリーフケアの持続的な発展のために~ 自殺事故後の医療従事者のケア. *グリーフ&ビリーブメント研究*. (4), 25-30
- (13) 公益財団法人日本医療機能評価機構 認定病院患者安全推進協議会. *患者安全推進ジャーナル別冊 病院内の自殺対策のすすめ方 改訂版*, 2023

## 自殺予防と発生後の支援体制への期待

医療の中には多くのヒューマンエラーが潜んでおり、医療従事者の努力だけで完全に防ぐことは困難である。重大な事故を防ぐ基本的な理論として、1990年代にジェームズ・リーズンによって提唱された「スイス・チーズ・モデル」がある。この理論は、組織内の多層的な防御策をスライスチーズの穴に例え、それぞれの場所(スライスチーズ)でどれだけ事故防止策を講じたとしても、「穴(脆弱性)」は存在し、「あり得ないような重大事故」は、偶然にも穴が一致にならび、通り抜けてしまったときに発生すると言われている。このような「あり得ないような重大事故」の発生リスクを下げるためには、何重にもわたって対策を講じていくことが安全対策の基本であり、自殺対策にも同様の考え方が求められる。

1990年代、米国を代表するがんセンターにおいて、治験中の抗がん剤過剰投与による死亡事故が発生した。この「あり得ないような」ヒューマンエラーの連鎖は、米国における医療安全の考え方を大きく変えた。事故後の調査では、10数項目に及ぶ組織上の欠陥が指摘され、約40件の再発防止策が発表された。なかでも、「医療安全への患者・市民の参画」を重視した取り組みは、当時としては画期的な試みであった。事故の背景には、医師を頂点とするピラミッド型の組織構造や、現場でリスクを感じていても「危ない」「改善すべき」と声を上げられない職場風土があったとされている。

航空機産業業界では、2015年3月に発生したジャーマンウイングス9525便墜落事故が、それまでの安全管理の考え方に一石を投じることとなった。これは、メンタルヘルスの不調を抱えた副操縦士が操縦中に自殺を図り、乗客・乗員もろとも山中に墜落させたという痛ましい事故である。事故後、航空各社は再発防止策として、操縦室には常に2

名以上を配置するといった物理的な対策だけではなく、職場での心理的安全性の確保、そして、平時からのピアサポート(同じ体験をした仲間によるサポート)の実施などが推奨されるようになった。航空機産業業界でのピアサポートは、メンタルヘルス不調を抱えたパイロットを見つけ出し、排除するものではなく、事故の予防、復職支援や事故の背景にある個人や構造的な穴をみつけるためにも機能している。

国内では、まだ私たちの記憶に新しいものとして、2024年1月2日に東京国際空港(羽田空港)で起きた飛行機衝突事故がある。当時も、航空評論家などから、「管制官の誘導ミスではないか」といった憶測や、「業務上過失致死傷で捜査開始」といったニュースがテレビやSNS上に流れた。これに対して日本乗員組合連絡会議からは、同年1月5日付で「2024年1月2日発生羽田空港における航空事故に関する緊急声明文」が発表された。声明文には、「事故調査は国際民間航空条約第13付属書に則り再発防止のみを目的とし、罪や責任を課する刑事捜査等の司法行政上の手続きからは分離されなければならない。」こと、また、「情報発信は確認された事実のみとし、それ以外の情報を安易に発信することは事故に対する誤った認識を社会に与える恐れがあり厳に慎むべきである。」と述べられている。重大事故が起きたあとは、原因探しが「人」に対して向けられがちである。今後の対策を考えるうえで、その人が置かれた環境や組織体制など、どこに「穴」があったのかを関係者が率直に話せる場が欠かせず、この声明文が果たした役割は大きい。業界は違うかもしれないが、「命を預かる」という社会的責務の大きさ、類似の組織構造(パイロットを頂点とした多職種からなるピラミッド型組織体系)、燃え尽き症候群などのメンタルヘルス不

---

調を抱えている共通事項は多く、医療界でも、組織的課題としてぜひ応用してほしい取り組みである。

私は自分の従弟と叔母を自殺で失った家族体験者である。学生時代の親友も自殺で失っている。死にたいと思う人を完全に引き留めることは難しいかもしれないが、当事者はそれまでの生活の中で何かの信号は発しているはずである。インシデントが起きる場や機会をまずは無くすこと、次いで、患者や家族から発せられている「助けて」の信号を複数の人が受け取り、連絡をし合える関係を院内や院外に作ること。そして、事故が起きてしまった後の医療従事者、家族の心の支援にも取り組んでほしい。

自殺は、残された人間がどれだけの後悔と悲嘆の思いを抱えても、身内の中でさえ隠されることが多く、気持ちを昇華する機会が持ちにくいのが現状である。これは医療従事者も同様ではないだろうか。第一発見者となる医療関係者、その剖検をしなければならぬ医療従事者が、ひとりで悩まず、信頼できる同僚のピアに打ち明けることができる「心のつながり」や心理的安全性が確保された「居場所づくり」にも取り組んでほしい。

家族の自殺を体験した立場でもあり、がん体験者としては、家族、医療従事者が経験した喪失経験を、「個人の問題」ではなく、「組織の問題」として捉え、次の患者の支援へ紡いでいって欲しいと願っている。リスク予防の徹底に加え、事後の心のケアについても、すべての関係者に提供されることが、この手引きへの期待である。

一般社団法人全国がん患者団体連合会理事  
一般社団法人CSRプロジェクト代表理事  
桜井なおみ

### Ⅲ-7. がん診療における自殺の倫理的側面

一般的な自殺の倫理的検討は、酷すぎて死ぬほうがましであるというような合理的な自殺があり得るのかどうか、いわば自殺の合理性と、自殺が道徳的に許容され得るのかどうかという自殺の道徳性に分けて行う必要がある。また、自殺の合理性は、そのような状況があり得るかという問題と、そのような状況において人は明晰に予測判断を下せるのかという評価の信頼性の問題に区別することができる。

仮に合理的な自殺があり得たとしても、自殺が許容されるかという道徳性の問題は別である。自殺が倫理的に許容されるかについての問いは、古今東西の哲学・思想のなかで長きに渡って問われ続け、さまざまな立場が存在している。13世紀の宗教学者であるトマス・アクィナスは自殺について以下のように述べている。『自殺は、自己愛を持つことを求めるような「すべてのものは、あるがままに保持する」という自然の法則に反するものである。自殺は、自殺者もその一員であるところの社会を害していることになるため、道徳的法則に反している。自殺は、生命を奪う権利を有するのは神のみであるという神聖法を侵害している。』このように、トマス・アクィナスは自殺を、自然の法則、道徳的法則、神聖法に反するものとして、倫理的に許容できないとする<sup>(1)</sup>。ドイツの道徳哲学者イマニュエル・カントも理性的論点から自殺の絶対的禁止を支持している。カントは、「もしも生命が、快適を約束するよりもむしろ継続的な禍をもたらすのであれば、私は自己愛から、自身の生を短くすることを信条とする」という格言は、決して「自然界の普遍の法則」とはならないと述べている。自己愛の役割は「生命を引き延ばす」ことであり、生命を滅びさせることにより自己矛盾に陥ってしまう事実から、我々は、自分自身に対して死よりもむしろ生を選ぶ義務を負っているとする<sup>(2)</sup>。イギリスの哲学者デヴィッド・ヒュームは自己決定権を論拠にして自殺一般を正当化している<sup>(3)</sup>。ヒュームは、人間には、自身の幸福を追求する能力と自身の生死を決定する権利が与えられているとし、「苦痛と悲しみが私の忍耐の限界を越え、人生にうんざりさせてしまう場合には、私は最も明確で最も明白な言葉によって、私のいる場所から呼び戻されていると結論してよかろう」<sup>(4)</sup>と述べて自殺することもまた神の摂理であるとする。ロックは万物の共有状態を前提としたうえで、すべての人は自分自身の person に対して property をもつ (Every man has a property in his own person) とする。person は、人格主体であると同時に、身体でもありうるものとして理解されることから、身体の所有権の根拠とされる<sup>(5)</sup>。ロックの身体の自己所有を認める思想は、我々が身体の支配について、まったく個人主義的に、誰の許可も要することなく、自由に操作し、恣意的に処分できること、つまり自殺も身体の処分にかかわる行為として、個人主義的自由からの帰結として理解される<sup>(6)</sup>。

ソクラテスの例にみられるような熟慮の末に自死を選ぶ行為を熟慮による自殺と呼ぶことにする。熟慮による自殺そのものの倫理的な位置付けは、功利主義的観点や自己決定の観点からは倫理的に正当化されうるが、先にみたように許容されないとする見解もあり、その位置付けはさまざまである。そのため、熟慮による自殺を我々は予防すべきかに関する価値判断はここでは行わない。ここでは、がん診療における自殺も熟慮による自殺として、自己決定に委ねる余地があるかについて問うこととする。

自殺に関する哲学的思想とは別に、精神医学の領域では「自殺は、人が自ら命を絶つ瞬間的な行為としてだけでなく、人が命を絶たざるを得ない状況に追い込まれるプロセスとして捉える必要」があり、自殺の背景には、精神保健上の問題やさまざまな社会学的要因が存在することが知られている<sup>(7,8)</sup>。

世界保健機関(WHO)が公表しているデータによれば、自殺者のうち96.8%に何らかの精神疾患の存在が認められており、その最も多いものが気分障害である<sup>(9)</sup>。特にうつ状態においては、症状そのものとして希死があるため、精神疾患の症状として自殺を選択した可能性が考えられる。これは、がん患

者においても同様で、フィンランドで自殺したがん患者60人の心理学的剖検では95%に何らかの精神疾患を認め約半数にうつ状態が認められたと報告されており、米国の退役軍人のがん患者の自殺事例を対象とした調査でも自殺前に約6割の患者でうつ状態、7割以上の患者で痛みや不眠などの苦痛となる合併症状を認めていたと報告されている<sup>(10, 11)</sup>。また、がん患者ではがん診断後1週間以内などがん診断直後の自殺のリスクが最も高いとの報告があり、その原因としてがん告知による急性の精神心理的苦痛の影響も示唆されている<sup>(12)</sup>。このように、がん診療においてみられる自殺においても、うつ状態などの精神症状や外的要因が自殺関連行動に影響を与えている可能性がある。

このような状況下で、自殺することが自分にとって福利を増進するという判断をがん患者が下したとしても、その合理性の判断の信頼性には疑念の余地があると考えられる。つまり、がん患者における多くの自殺においては、自殺という選択を精神疾患による症状や外的要因などにより「させられている」可能性があると考えられる。精神疾患による症状に影響を受けた自殺は、自律的な意思決定に基づくものとは見做されずに、他者によってなされる当該患者の利益が生命保護にあるという推測により、予防の対象となるのである。診療現場において、医療従事者は善行の倫理的責務を有しており、その善行の最たるものは生命の保護・維持である。精神疾患による症状や外的要因に影響を受けた自殺とそうでない自殺を常に明確に区別することは現実的には困難であり、医療従事者は善行の倫理的責務のもと「疑わしきは生命の利益に」の立場から、積極的に自殺予防に努める倫理的責務があると考えられる。

さらに、診療現場への影響という観点からも、医療従事者には自殺を予防する倫理的責務が存在すると考えられる。診療現場における自殺という現象は、診療現場における他者、特に療養中の患者に対して不安や恐怖を与えうる。それらは、療養中に患者の精神状態や病状を不安定にさせうるかもしれず、他者への害が発生しうる。我々、医師は他の患者への危害を防ぐという観点からも、自殺予防に努める責務があるといえる。

がん診療における自殺は、外来診療場面や入院中といった医療従事者の目の前で発生するのではなく、自宅敷地内で起きることが多いとされている<sup>(13)</sup>。そのため、医療従事者の目の届く範囲で発生しない自殺に対しても予防に努める倫理的責務があるかという疑問が生じるかもしれない。この疑問に対する回答は以下のとおりである。がん患者の自殺のリスクが高く、背景に精神症状や外的要因等の影響が考えられる以上、例えば治療中のうつ状態の患者の自殺予防に努める責務が診療医にあるのと同様に、目の前で発生するものだけでなくがん診療「中」に発生するすべての自殺リスクに対して、診療医には予防に努める倫理的責務があると考えられる<sup>(14)</sup>。

#### ■ 引用文献

- (1) Thomas Aquinas. (1947) Summa Theologica. New York. Benziger
- (2) Brassington I. Killing people: (2006) What Kant could have said about suicide and euthanasia but did not. J med Ethics 32: 571-4
- (3) 松田純 (2018) 安楽死・尊厳死の現在 中公新書
- (4) デヴィットヒューム (2011) 道徳・政治・文学論集 名古屋大学出版会
- (5) 下川潔 (2000) ジョン・ロックの自由主義政治哲学 名古屋大学出版会93 頁
- (6) 木原淳 (2015) 生命と所有 富山大学紀要 60巻第3号 p416-442
- (7) 厚生労働省 (2022) 自殺総合対策大綱～誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指して～。  
<https://www.mhlw.go.jp/content/001000844.pdf>
- (8) World Health Organization. (2014). Preventing Suicide: A global imperative.  
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779>

- (9) Bertolote, J. M., & Fleischmann, A. (2002). Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World Psychiatry*, 1(3), 181–185.
- (10) Henriksson, M. M., Isometsä, E. T., Hietanen, P. S., Aro, H. M., & Lönnqvist, J. K. (1995). Mental disorders in cancer suicides. *Journal of Affective Disorders*, 36(1-2), 11–20.  
[https://doi.org/10.1016/0165-0327\(95\)00047-x](https://doi.org/10.1016/0165-0327(95)00047-x)
- (11) Aboumrad, M., Shiner, B., Riblet, N., Mills, P. D., & Watts, B. V. (2018). Factors contributing to cancer-related suicide: A study of root-cause analysis reports. *Psycho-Oncology*, 27(9), 2237–2244.  
<https://doi.org/10.1002/pon.4815>
- (12) Fang, F., Fall, K., Mittleman, M. A., Sparén, P., Ye, W., Adami, H. O., & Valdimarsdóttir, U. (2012). Suicide and cardiovascular death after a cancer diagnosis. *The New England Journal of Medicine*, 366(14), 1310–1318.  
<https://doi.org/10.1056/NEJMoa1110307>
- (13) Fujimori, M., Hikiji, W., Tanifuji, T., Suzuki, H., Takeshima, T., Matsumoto, T., Yamauchi, T., Kawano, K., & Fukunaga, T. (2017). Characteristics of cancer patients who died by suicide in the Tokyo metropolitan area. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 47(5), 458–462.  
<https://doi.org/10.1093/jjco/hyx003>
- (14) Takimoto Y. (2022). Should suicide be prevented among cancer patients?. *Palliative & Supportive Care*, 20(4), 607–608.  
<https://doi.org/10.1017/S1478951521000249>

# IV

---

## 院内自殺対策の実践

## 1. 院内の自殺対策の概要

患者の自殺対策は、医療安全上の優先課題である。医療安全とは、「リスクを一貫して持続的に低減し、回避可能な危害の発生を減らし、エラーの可能性を減らし、発生した場合の影響を減らすために、医療における文化、プロセス、手順、行動、技術、および環境を作り出す組織行動の枠組み」と定義される<sup>(1)</sup>。組織的に取り組むためには、ビジョンと戦略が必要である。ビジョンとは、組織の目指すもの、すなわち、目標であり、リーダーによって示されるものである。例えば、世界保健機関(WHO)は、「医療において害を被る者が一人としておらず、すべての患者が、いつでもどこでも、安全で敬意にあふれたケアを受けられる世界」を医療安全のビジョンとしている<sup>(1)</sup>。院内の自殺対策を講じる際にも、医療安全の枠組みを適用することができる。

自殺予防に関連したビジョンでは、米国疾病対策予防センター(CDC)の「自殺によって失われる命をゼロに(No lives lost to suicide)」<sup>(2)</sup>、日本の自殺対策基本法の「誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指して」<sup>(3)</sup>があり、それぞれの国が自殺予防のビジョンを掲げている。日本の医療機関で医療に従事する私たちは、「誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指して」というビジョンの下で、医療従事者として何ができるかを考え、戦略を定めるとよいだろう。

本稿では、自殺関連行動の発生リスクを低減すること(一次予防)、自殺関連行動に気づいて介入し、自殺を防止すること(二次予防)、自殺が発生した場合の影響を減らす(三次予防)<sup>(4)</sup>の3つに分けて、それぞれにおいて戦略と具体的アプローチの考え方を示す。戦略とアプローチを日常業務の中に採り入れ、それがビジョンの達成につながっているかを評価し、必要であれば改善を行う。持続的な評価を行うためには、データも必要である。各医療機関の人的、物的資源は異なるため、以下のすべてを導入しようとするのではなく、可能なアプローチから始め、効果を確認しながら、変更を加えるとよい。

## 2. 院内のすべての患者を対象とした自殺対策とエビデンス

### 2-1. 一次予防(事前対応)

自殺関連行動の発生リスクを低減する対策である。

#### 2-1-1. エビデンス

日本全体の自殺の状況、医療機関における自殺の状況、自施設における自殺の状況についてのエビデンスに基づいて、リスクを特定し、対策を講じる。

#### ・自殺に関する統計(日本)に基づく自殺リスクのエビデンス

厚生労働省の「自殺対策」のページや警察庁の「自殺者数」にて、最新のデータが入手できる<sup>(5-7)</sup>。医療機関としては、「自殺者数の年次推移」、「自殺の原因・動機の年次推移」を参考にして、一次予防対策を立案する。自殺者数の年次推移からは、1998年(平成10年)に年間自殺者数が急増して3万人を超えたことが分かる。2003年(平成15年)にピークを迎え、その後も自殺者数は年間3万人台を推移したが、2012年からは3万人を下回り、以後、継続的に減少してきた。2007年に策定された「自殺総合対策大綱」等を含む<sup>(8)</sup>、国を挙げての取り組みの効果であったと考えられる。しかし、2020年(令和2年)に前年よりも増加傾向に転じ、その後も年間の自殺者数が約2万人の状態が続いている<sup>(7)</sup>。2024年(令和6年)では、総死亡者数1,605,378人のうち自殺者数は19,608人(1.2%)を占めている<sup>(9)</sup>。世界でも、2019年の統計では死亡の1.3%が自殺であった<sup>(10)</sup>。

日本の自殺者数が増加傾向に転じた原因について分析がなされている。2020年の自殺の増加は下半期に認められ、非正規労働者の女性において自殺数の増加に転じている。COVID-19のパンデ

ミック下でロックダウンや行動制限によって、雇用の不安定な労働者がより大きな影響を受けたと考えられる<sup>(11)</sup>。女性に非正規雇用者の割合が高いことが、女性での自殺数の増加に関わっていると推測される。医療機関が直接、雇用問題に関与することはできないかもしれないが、感染症のパンデミック下では、非正規労働者の自殺リスクが高まることは認識しておく必要がある。自殺リスクが高まっている集団を認識し、経済問題に関する支援先へのアクセスを改善することは、医療機関にできることである。

「自殺の原因・動機」の最大の割合を占めるのは、「健康問題」である。この傾向は、統計を取り始めてから、変わらない<sup>(7)</sup>。このエビデンスからも、医療機関が自殺対策に取り組む必要性が認識できる。

#### ・医療機関内で発生する自殺・自殺企図に関するエビデンス

医療機能評価機構は、「患者の自殺または自殺企図」を「特に報告を求める事例」と定めている。よって、このデータの分析から、日本の医療機関から報告される自殺または自殺企図の状況を把握することができる。自殺の発生場所は、病室、次いで、その他であり、その他としては、医療機関外の発生とともに医療機関内の建物外の敷地が挙げられており、自殺の手段では、縊首、高所からの飛び降りの両者が大半を占めるとされている<sup>(12,13)</sup>。

#### ・自施設で発生する自殺・自殺企図に関するエビデンス

医療機関におけるインシデント報告システムは広く浸透している。自殺・自殺企図が報告されるために、インシデント報告すべき事例に、自殺・自殺企図を明記しておく。これによって、自施設で発生する自殺・自殺企図の発生状況を把握することができる<sup>(14)</sup>。

### 2-1-2. 戦略とアプローチ

ビジョンを達成するための行動が戦略であり、各戦略を推進するための具体的な方法がアプローチである。以下は、あくまで例であり、各医療機関に応じて、取捨選択するとよい。

質が高く、思いやりに満ちた医療提供プロセスは、自殺の保護因子になる。

表1. 一次予防のための戦略とアプローチ

戦略	アプローチ
保護環境をつくる	致死的手段へのアクセスを減らす 自殺予防マニュアル / 指針を策定する 医療従事者向けに自殺対策に関連する研修を提供する 患者・家族向けに啓発活動を実践する
ケアへのアクセスと提供を改善する	医療機関内にメンタルヘルスに関わるチームを整備する (カッコ内は、診療報酬算定対象) ・緩和ケアチーム【緩和ケア診療加算】 ・精神科リエゾンチーム【精神科リエゾンチーム加算】 自殺対策に関わる院外の連携先のリストを作成する
経済支援を強化する	ソーシャルワークの実施体制を整備する ・患者相談窓口の設置【患者サポート体制充実加算】
支援者の保護環境をつくる	支援者（現場の医療従事者）を保護する仕組みをつくる ・臨床倫理コンサルテーション

## ・ 保護環境をつくる

### 致死的手段へのアクセスを減らす

医療機関内での自殺を減らすには、エビデンスに基づいて、縊首と高所からの飛び降りの対策を優先する<sup>(15)</sup>。縊首対策として、紐をかけることができるフック等の強度を弱くして、体重が加わると外れるようにしたり、紐をかける可能性のある扉の角に丸みをつくる/斜めにカットしたりする。また、紐がかけられないような手すりの構造とする。窓の開口制限を行ったり(クレセント錠に施錠する等)、非常階段へのアクセス扉を施錠したりする等の物理的なアクセス制限をすることで、高所からの飛び降りを無くす。一方で、消防法では、火災発生時の避難・救助のために開口部を確保することが求められているため、いざ、火災が発生したときには、職員がこれらのアクセス制限を解除できるようにしておく必要もある。これらの施設対策は、新たに病院を建築するタイミングで検討するものであり、コストが大きい場合限界もある。

## ・ 自殺予防マニュアル/指針を策定する

医療機関における自殺予防マニュアルを策定し、自施設の資源に見合った実現可能で有効な対策を記載し、平時から対策を維持する。一次予防、二次予防、三次予防についてまとめておくとうかりやすい。

## ・ 医療従事者向けに自殺対策に関連する研修を提供する

自施設での自殺対策のリーダーとなる医療従事者は、院外の研修に参加する。日本医療機能評価機構・認定病院患者安全推進協議会は、これまで「院内自殺の予防と事後対応のための研修会」を開催してきた。この研修事業は、2025年より一般社団法人日本自殺予防学会へ継承され、研修会が開催されている。このような研修会に参加を推奨する。院内では、すべての医療従事者を対象として、自殺対策や自殺リスクに関する啓発のための講演会を開催することを促進する。年2回の実施が求められている医療安全研修の一環として行うこともできる。その他の研修も自殺予防につながるというメッセージを追加することができる。患者中心で、思いやりに満ちたケアの提供は、希死・自殺念慮と生きたいという欲求の間で揺れ動いている患者に対して、自殺関連行動を思いとどまらせる力になる。緩和ケア研修やコミュニケーション向上のトレーニング等の際に、研修での学びを実践に活かすことにより患者の自殺予防にもつながることを伝える。

## ・ 患者・家族向けに啓発活動を実践する

精神障害や自殺をめぐる援助希求に関連するスティグマを低減させるため、メンタルヘルスサービスの利用、自殺予防のサービスの利用を積極的に促し、これらのサービスを利用する人々への差別を減らす<sup>(16)</sup>。

## ・ ケアへのアクセスと提供を改善する

医療機関内にメンタルヘルスに関わるチームを整備する。緩和ケアチーム、精神科リエゾンチームには、診療報酬の算定もある。これらのチームの活動を自殺対策のチーム活動と位置付ける。

## ・ 経済支援を強化する

患者相談窓口では、社会福祉士等が、社会的支援の相談に応じられる体制がすでに確立されていることも多いが、これらも自殺対策の活動の一環である。

## ・ 支援者を保護する仕組みをつくる

現場の医療従事者が、安全で質の高い医療やケアを提供できるためには、支援者である医療従事者自身が疲弊しすぎず、自らも支援を求められる仕組みが必要である。例えば、臨床倫理コンサルテーションチームがあれば、同僚に安心して相談することができる。

## 2-2. 二次予防(危機介入)

自殺の危機にある者に対応し、人が人を支えるプロセスであり、初期対応と精神保健専門家による対応の2段階に分けて構築する。

### 2-2-1. エビデンス

応用自殺介入スキルトレーニングである Applied Suicide Intervention Skills Training (ASIST) の訓練を受けたカウンセラーと話した通話者は、ASIST の訓練を受けていないカウンセラーと話した通話者と比較して、通話終了時に、抑うつ、自殺願望、打ちのめされた感情が大幅に軽減し、希望が増したという報告がある<sup>(17)</sup>。

### 2-2-2. 戦略とアプローチ

「ゲートキーパー」とは、自殺の危険を示すサインに気づき、適切な対応(悩んでいる人に気づき、声をかけ、話を聞いて、必要な支援につなげ、見守る)を図ることができる人であり、「命の門番」である<sup>(18)</sup>。つなぎ先は、院内の精神保健専門家(精神科、心療内科、精神科リエゾンチームなど)や緩和ケアチーム、あるいは院外の精神保健専門家である。

#### ・自殺のリスク因子にて患者を評価し、リスクを同定する

患者が発する言語、非言語の「情報」や周囲の環境、健康状態等から、リスクを同定することが対応の第一歩である<sup>(19)</sup>。

#### ・希死・自殺念慮を尋ねる

希死・自殺念慮の吐露(「いなくなりたい」等の代理表現を用いることもある)を受けて、援助希求のサインであることを理解し、患者に希死・自殺念慮を尋ねる<sup>(19)</sup>。

#### ・精神科へのコンサルテーションを推進する

メンタルヘルス不調、ないしは自殺リスクを認めた時点で精神保健専門家へのコンサルテーションを行うことが望まれる<sup>(19)</sup>。

#### ケース・スタディ

あなたは内科の医師です。いつもきちんとした身なりで受診する女性の患者のAさんが、少し汚れた服を着ておられ、Aさんらしくない身なりであることに違和感を持ちました。その翌月の診察日に、Aさんから、自殺について考えていたことを打ち明けられます。医師は、そこで、先月の自分の違和感がAさんの今の状態と関連していたことを知ります。Aさんは、慢性疾患で通院されていますが、深刻な病態ではありません。健康状態には、内科の医師として精査が必要な状態はなさそうです。

あなたは、どのようなアプローチをとりますか。

#### 【ケース・スタディ:対応例】

自殺について正しい知識があれば、「自殺を口にする人は実際には自殺するつもりはない。」と考えず、「自殺を口にする人はおそらく援助や支援を求めている。自殺を考えている人の多くが不安、抑うつ、絶望を経験しており、自殺以外の選択肢はないと感じている。」<sup>(16)</sup>ことを認識できる。そこで、患者から希死・自殺念慮を打ち明けられた医療従事者は、以下のことを確認する行動を起こすとよい。

1) 自殺を具体的に計画しているか

- 2) 手段を確保しているか
- 3) いつ頃から自殺について考えているか
- 4) どの程度自殺への思いが持続しているか
- 5) どの程度自殺への思いが強いのか
- 6) 客観的に焦燥感があったり、遺書を準備したりしているか

ゲートキーパーとして話を聴く際には、温かみのある対応、相手へのねぎらい、心配していることを示しながら、傾聴することをこころがける。つなぎ先となる院内の精神科や精神科リエゾンチーム、緩和ケアチーム、院外の精神科の連絡先が病院で整備されている場合には、そちらにつなぐとよい。全国共通の「こころの健康相談統一ダイヤル(0570-064-556)」を紹介することも選択肢になる。

### 【ケース・スタディ：解説】

「自殺について話すのはよくない。促しているようにとられかねない。」という不安を抱かなくてよい。なぜなら、「自殺についてのスティグマが広がっているため自殺を考えている人々の多くは誰に話したらよいかわからない。包み隠さず話すことは、自殺を考えている人に自殺関連行動を促すよりはむしろ、他の選択肢や、決断を考え直す時間を与え、自殺を予防する。」からである<sup>(16)</sup>。平時にロールプレイを含む研修を受けて、自殺に対する正しい知識が備わっていれば、おそれることなく、ゲートキーパーとしての行動を起こすことができる。サイコロジカル・ファーストエイド (Psychological First Aid: PFA) という概念 (対応) も知られている。苦しんでいる人、助けが必要かもしれない人に、同じ人間として行う、人道的、支持的な対応のことである。ニーズや心配事を確認する、話を聞くが、話すことを無理強いしない、それ以上の危害を受けないように守る、といったことが含まれる<sup>(20)</sup>。

#### ・ 支援者である医療従事者は、自分自身のストレスへの最善の対処方法について考える

支援するためには大きなエネルギーを使う。うまく支援ができないことにより、自分に責任を感じることもある。支援者の仲間同士で声をかけあったり、信頼できる人に話をしたりすることで、ストレスを軽減することができる<sup>(20)</sup>。自分自身が安全であることが、患者の安全の第一歩であることを認識することで、自分を大切にすることができる<sup>(21)</sup>。医療従事者は、上司や同僚からのケアやサポートを必要とする人々でもある。医療従事者がメンタルヘルス支援を求めることへの偏見を減らし、サービスへのアクセスを改善し、仕事のストレス要因を減らすことは、患者の安全につながる<sup>(22)</sup>。

## 2-3. 三次予防(事後対応)

自殺が発生した後に残された者に対する対応である。組織として説明責任を果たすことも含む。

### 2-3-1. エビデンス

自死遺族への心理・社会的支援に関する研究は限られており、実証的な根拠に基づいた有用な介入方法は現時点では存在しない。また、患者自殺後の医療従事者に対する介入研究はほとんどなく、確立した介入方法はない。

### 2-3-2. 戦略とアプローチ

#### ・ インシデント報告システムにより、病院が組織的に事故を把握する

医療スタッフは、院内の報告システムにて、患者の自殺・自殺企図を報告する。医療安全管理部門は、

管理者の下で、事後対応のマネジメントを行う。

#### ・遺族への対応

遺族への支援を行う援助者を選定する。専門職の精神科医や心理職、精神看護専門看護師による支援を検討する。

#### ・スタッフ(当事者)への対応

スタッフへの支援を行う援助者を選定する。遺族への対応を行う援助者と分けるほうがよい。病院として遺族に説明責任を果たす必要があり、医療安全管理部門がスタッフに聞き取りを行うことがあるが、その際に同席する等、スタッフの心理状態を確認する役割も担う。

#### ・医療チーム全体へのアプローチと支援

医療スタッフが受けた心理的衝撃を最小限にとどめるために、グループによるデスカンファレンスなどの振り返りを行う。自殺に関する心理教育を含む。話したくないことは話さないでよいことをルールとする等、心理的安全性の保たれた環境を確保する。

#### ・医療安全管理部門による調査・分析

患者の臨床経過も含め、自殺事故に関する情報を収集し、整理する。院内で発生した事故であれば、警察による現場検証への対応も含まれる。

### 3. 院内のがん患者を対象とした自殺対策

がん患者を対象とした自殺対策も、一般的な院内自殺予防対策と同じであるが、ハイリスク者であるというアセスメントの下に具体的なシステムを構築することができる。

がんが告知される前に患者のリスク評価を行い、がん告知時に医師と看護師が心理的配慮をして同席面接する体制やその後も必要に応じて患者の不安を緩和するための面接を行う体制を検討する、告知後にニーズに応じて精神保健専門家や緩和ケアチーム、がん相談支援センター等の情報提供を行うことを促進する。緩和ケア研修会に自殺予防に関する研修を組み入れる等、通常診療の中で実践できる体制を整える。院内のがん診療に関わる診療科や部門横断的な会議にて、自殺対策を議題に挙げ、対応を協議する、という継続的な関与が重要である。医療安全管理部門との連携を行い、院内のがん患者の自殺実態調査・分析を行うことも、活動の方向性を定めるうえでのエビデンスになる。

### 4. 院内自殺対策の実践:まとめ

本章のまとめとして、日本医療機能評価機構による「提言 院内自殺の予防と事後対応」を基本として作成した、がん医療に関する自殺予防の指針を示す<sup>(19)</sup>。院内に、以下のシステムを導入し、安全管理部門と連携することが望ましい。

#### まとめ

##### 【一次予防】

1. 自殺事故は深刻な医療事故であることを医療安全に関する指針に明記する
2. 病院内での致死的手段へのアクセスを減らす
3. 多職種による患者の包括的支援が自殺予防につながることを職員に知らせる
4. 自殺事故予防のための研修機会を設ける
5. 自殺予防の視点をもってがん患者の治療とケアに取り組む

## 【二次予防】

1. 自殺のリスク・アセスメントを行う
2. 希死・自殺念慮を尋ねる
3. 精神科へのコンサルテーションを推進する

## 【三次予防】

事故の当事者となった職員を対象とした専門的なケアシステムを確立する

### ■ 用語定義

- ・アプローチ (approach) : 各戦略を推進するための具体的な方法
- ・システムズアプローチ (systems approach) : 関心のある結果に影響を与える相互作用する要素の多様性を認識し、プロセスやツールを総合的に実装することで、医療提供の課題に対処する方法
- ・ビジョン (vision) : 組織が目指すもの (目標)
- ・戦略 (strategy) : ビジョンを達成するための行動
- ・リスク (risk) : 危害 (harm) の発生確率およびその危害の程度の組み合わせ

### ■ 引用文献

- (1) World Health Organization. (2021). Global patient safety action plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care (pp. 8, 93).  
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/343477/9789240032705-eng.pdf?sequence=1>
- (2) Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2022). Suicide prevention resource for action: A compilation of the best available evidence. National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention.  
<https://www.cdc.gov/suicide/pdf/preventionresource.pdf>
- (3) 自殺対策基本法. (2006).  
<https://www.mhlw.go.jp/content/000527996.pdf>
- (4) 京都大学医学部附属病院 医療安全管理部. (2015). 医療機関が取り組む患者の自殺予防.  
<https://safety.kuhp.kyoto-u.ac.jp/wp-content/uploads/2022/01/jisatsuyobou315.pdf>
- (5) 厚生労働省. 自殺対策.  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/seikatsuhogo/jisatsu/index.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/jisatsu/index.html)
- (6) 厚生労働省. 人口動態統計に基づく自殺死亡数及び自殺死亡率.  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/seikatsuhogo/jisatsu/jinkoudoutai-jisatsusyasu.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/jisatsu/jinkoudoutai-jisatsusyasu.html)
- (7) 警察庁. 自殺者数.  
<https://www.npa.go.jp/publications/statistics/safetylife/jisatsu.html>
- (8) 内閣府. (2017). 自殺総合対策大綱～誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指して～.  
[https://www.kantei.go.jp/jp/singi/saimu/kondankai/dai01/siryou06\\_4.pdf](https://www.kantei.go.jp/jp/singi/saimu/kondankai/dai01/siryou06_4.pdf)
- (9) 厚生労働省. (2024). 令和6年(2024)人口動態統計(確定数)の概況.  
[https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei24/dl/15\\_gaikyouR06.pdf](https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei24/dl/15_gaikyouR06.pdf)
- (10) World Health Organization. (2022). Preventing suicide: LIVE LIFE implementation.  
<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MSD-UCN-MHE-22.02>
- (11) Motohshi, Y., Kizuki, M., & Yoshino, S. (2020). Increase in Suicide during the COVID-19 Pandemic in Japan: possible link between contingent employment and suicide by VAR time-series analysis. Suicide Policy Res, 3, 3-8.  
[https://jscp.or.jp/english/img/RCSP\\_3-1-3.pdf](https://jscp.or.jp/english/img/RCSP_3-1-3.pdf)
- (12) 公益財団法人日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部. (2015). 医療事故情報収集等事業 第41回報告書

- (2015年1月-3月).  
[https://www.med-safe.jp/pdf/report\\_41.pdf](https://www.med-safe.jp/pdf/report_41.pdf)
- (13) 杉山直也. (2011). 自殺事故の実態(協議会検討会の院内自殺事故調査データより). 患者安全推進ジャーナル[別冊]病院内の自殺対策のすすめ方, 8-11
- (14) 松村由美. (2021). 医療安全の視点からの患者の自殺予防. 自殺総合政策研究, 3(2), 1-10.  
<https://jscp.or.jp/assets/img/SPRJ3-2-1.pdf>
- (15) 一般社団法人日本建築学会 建築計画委員会 施設計画運営委員会 医療施設小委員会. (2016). 病院の安全・安心における事例集-建築・設備の工夫-.  
[https://www.aij.or.jp/jpn/databox/2015/201503\\_j210.pdf](https://www.aij.or.jp/jpn/databox/2015/201503_j210.pdf)
- (16) 自殺を予防する:世界の優先課題. 翻訳:独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 自殺予防総合対策センター(訳). World Health Organization. Preventing Suicide: a global imperative. 2014. p.57  
[https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779\\_jpn.pdf?sequence=5](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_jpn.pdf?sequence=5)
- (17) Gould, M. S., Cross, W., Pisani, A. R., Munfakh, J. L., & Kleinman, M. (2013). Impact of Applied Suicide Intervention Skills Training on the National Suicide Prevention Lifeline. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 43(6), 676-691.  
<https://doi.org/10.1111/sltb.12049>
- (18) 厚生労働省. (2023). ゲートキーパー養成研修用テキスト(令和5年度作成).  
[https://www.mhlw.go.jp/mamorouyokokoro/assets/pdf/gatekeeper\\_yousei.pdf](https://www.mhlw.go.jp/mamorouyokokoro/assets/pdf/gatekeeper_yousei.pdf)
- (19) 公益財団法人日本医療機能評価機構 認定病院患者安全推進協議会(2017) 院内自殺の予防と事後対応に関する検討会. 提言 院内自殺の予防と事後対応.  
<https://www.psp-jq.jcqh.or.jp/post/proposal/3192>
- (20) World Health Organization, War Trauma Foundation, & World Vision International. (2011). *Psychological First Aid: Guide for field workers*.  
<https://www.mhlw.go.jp/content/000805675.pdf>(訳:国立精神・神経医療研究センター 他)
- (21) World Health Organization. (2020). Charter. Health worker safety: a priority for patient safety.  
<https://www.who.int/docs/default-source/world-patient-safety-day/health-worker-safety-charter-wpsd-17-september-2020-3-1.pdf>
- (22) American Hospital Association. (2022). *Suicide prevention: Evidence-informed interventions for the health care workforce*.  
<https://digirepo.nlm.nih.gov/master/borndig/9918734068306676/9918734068306676.pdf>

## 医療安全管理者としての自殺対策への関わり

私は2011年4月、大学病院の医療安全管理室長に着任した。以来10年以上、自殺対策に関わり続けている。その原点になったのは、着任直後に経験した患者の自殺事故だった。振り返れば、その伏線はさらに以前からあったように思う。

これまで臨床医として多くの患者を診てきた。の中には、自死された方もいた。ご家族から届いた手紙でその事実を知ったとき、胸の奥に「なぜ」という思いがざらついた。命に直結する疾患ではなく、症状も落ち着いていた。結果的に最後となった外来で「定年後に旅行に行くんです」と穏やかに話していた姿は、今も鮮明に残っている。

その方は、いつも最後の予約枠を希望し、「ゆっくり話したい」と言っていた。私はできる限り時間を確保していたつもりだったが、もしかすると、もっと話したいことがあったのではないかと——後になってそう感じずにはいられなかった。

もう一人、私に大きな影響を与えた患者がいる。長く診療を続けていたが、ある日、いつもとはわずかに乱れた身なりに気づいた。常に整った服装の方だっただけに、その小さな変化が強い違和感となった。次の診察で、その方は自ら「自殺を考えていた」と打ち明け、実際に自殺関連行動があったことを話してくれた。私はすぐに精神科へつなぎ、同時に月1回の診療を必ず続ける約束をした。毎月第一木曜日の同じ時刻——その約束が次の1カ月を生き延びる支えになるのではないかと考えたからである。

外来では、自殺の方法をどう考え、どのように思いとどまったのかを丁寧に聞いた。診察時間を長めに取り、「あなたのための時間を確保しています」というメッセージを、言葉だけでなく姿勢そのものによって伝え続けた。

医師という仕事は、患者さんの人生に深く関わ

る。医師にとっては多くの患者の一人でも、患者にとっては「自分をわかってくれる人」である。その関係性のなかで小さな違和感を覚えたとき、つなぐ先が必要だということを、私は自らの経験から学んだ。

こうした背景を抱えながら医療安全管理者となった後も外来・入院患者の自殺が続いた。医師から「何か対策できないか」と相談を受けた。そこで取り組んだ一つが、ホットスポット対策である。

院内の自殺現場は建物外の場所で、夜間は人通りがなく、柵があるとはいえ乗り越えれば転落の危険があった。私たちは夜間照明を青色に変更した。青色には自殺抑制効果があるという文献を読んだためである。照明カバーに青いフィルターを入れただけの簡素な対策だが、今もその場所は、夜間に青白く光っている。仕事を終えて帰宅するときに、その光をみると、自殺対策への思いを新たにしている。

もう一つの大きな取り組みが、臨床心理士の配置である。最初は2名から始まり、現在は6名。妊産婦、小児(特にその親)、慢性疾患患者、移植患者、がん患者など、精神科以外の領域における自殺対策として導入した。今では精神科と非精神科の両面で不可欠な存在となり、職員からの信頼も厚い。

青色照明は粘り強い要望に応じて事務部門が工夫してくれたものであり、心理職の採用は病院長の理解によって可能となった。継続して声を上げ続けること、そしてそれを受け止めてくれる人がいること——その二つが鍵だったと思う。

自殺対策は収益を生むものではない。導入にあたっては、どうしても強い意思や熱量が必要になる。しかし、誰かのために立ち上げた仕組みが、目に見える形で存在し続けること自体が、強いメッセージ

になる。「あなたを気にかけています」「困ったときは相談してください」という姿勢を、仕組みとして発信し続けることにこそ意味がある。

自殺対策を一過性のものにせず、システムとして定着させることが次のステップである。その持続性を支えるものが、マニュアルである。

2022年、がん診療連携拠点病院の要件が改正され、がん患者の自殺リスクへの対応が求められるようになった。そこで、一般社団法人医療の質・安全学会の会員を対象に、勤務先医療機関の医療安全マニュアルに自殺対策が含まれているかを調査した<sup>(1)</sup>。拠点病院ではそれ以外の病院よりも対応手順が整備されており、特に「施設整備」「手順書の整備」「リスク評価方法の確立」において有意差が確認された。事後対応では、メンタルケアや委員会での審議が行われていたが、病院間で対応のばらつきがみられた。遺族支援や職員研修、医療安全管理部門の関与については拠点病院か否かによる差は認められなかった。要件改正により、対策が進んでいる面も窺えた。

社会の仕組みを変えていくためには、医療のあるべき姿を定め、そこに向かって改善活動を続ける社会的取り組みが重要である。がん診療では、各医療機関の特性に応じた治療が提供され、病院間での連携も進んできた。自殺対策においても、自殺リスクが他の集団よりも高いとされるがん患者に対し、リスクを理解し、低減策を立案・実践することがあるべき姿である。「承認要件化」というきっかけを活かし、自殺対策が各医療機関で一層進むことを心より願う。

京都大学医学部附属病院  
医療安全管理者

松村由美

#### ■ 引用文献

- (1) 加藤果林, 内富庸介, 藤森麻衣子, 杉田尚子, 山本崇, 松村由美. (2025) 医療安全管理部門による自殺事故対策の取り組みについての全国アンケート調査. 医療の質・安全学会誌, 20(4), 399-405.



# V

---

がん患者の  
自殺対策における  
今後の課題と展望

## V. がん患者の自殺対策における今後の課題と展望

がん患者の自殺予防のための有効な介入方法のエビデンスは存在しないのが現状であるが、本手引きでは、がん患者では一般人口とは異なる自殺の背景要因が想定されることから、まず、がん患者特有の自殺のリスク因子に基づいた自殺対策を講じる必要があること、次に、がん患者全体を対象とした基本的な自殺対策に加え、①がん診断直後、②進行がん患者(がんの積極的治療中、積極的治療中止前後の時期、終末期)、③治癒もしくは安定した時期のがんサバイバーの3つの時期各々に対する特異的な自殺対策を講じる必要性を提言した。

がん患者の自殺関連行動に関して表1に挙げた項目については現時点で十分な知見が存在せず、今後明らかにする必要がある。今後、この領域の臨床研究が推進されることを期待する。また、現状では、がん診断時からの外来等における相談支援体制の充実や高リスク群に対する多職種介入など、本手引きで提言した自殺対策の事前対応や危機介入の内容について各医療機関における対応が十分でない可能性があり、今後対策を推進していく必要があると考えられる。これらの事項については今後の手引き改訂の際に改めて検討する必要がある。

表1. がん患者の自殺関連行動に関する今後の課題

	今後の課題
全体	<ul style="list-style-type: none"> <li>・わが国のがん患者の自殺の長期的なリスクを明らかにすること</li> <li>・わが国のがん患者の自殺の特定のサブグループ(がん原発部位ごと、性別・AYA世代など)の自殺リスクやより詳細なリスク因子を明らかにすること</li> <li>・わが国におけるがんの疑いの精査中の段階の患者の精神心理的苦痛の実態を明らかにすること</li> <li>・がん患者における自殺の高リスク群の有効なスクリーニング法を開発し、自殺対策としての有効性を検討すること</li> <li>・がん診療に従事しているがん診療連携拠点病院等における医療の質・安全管理対策として、外来における相談支援体制の充実を含め、有効ながん患者の自殺対策の方法を明らかにし推進すること</li> <li>・医療従事者を対象としたがん医療における自殺予防に関する教育・研修プログラムを開発し、その有効性を明らかにすること</li> <li>・がん患者の自殺の高リスク群に対するケース・マネジメント介入を開発し、その自殺予防における有効性を検討すること</li> <li>・がん患者の家族・遺族、がん医療における自死遺族等の現状や課題を明らかにし、適切な支援体制を検討すること</li> <li>・自殺事例に関わった医療従事者の適切な支援体制を検討すること</li> <li>・がん医療にかかわる医療機関で実施されている現状の自殺対策やニーズを明らかにすること</li> <li>・各医療機関において、自殺関連行動の事例収集・分析を行い、再発予防のための安全対策を検討する体制を構築すること</li> </ul>
がん診断直後の時期	<ul style="list-style-type: none"> <li>・わが国のがん診断直後の自殺のリスク因子をより詳細に明らかにすること</li> <li>・がん診断直後の希死・自殺念慮の実態、リスク因子を明らかにすること</li> <li>・がん診断直後からの多職種による支援、医療従事者のコミュニケーション・スキル・トレーニングなどの自殺対策としての有効性を明らかにすること</li> </ul>

進行がんの時期	<ul style="list-style-type: none"> <li>・わが国の終末期を含む進行がん患者の自殺の実態、リスク因子を明らかにすること</li> <li>・終末期を含む進行がん患者の苦痛に対する介入の自殺対策としての有効性や実存的苦痛に対する有効な介入方法を検討すること</li> </ul>
がんサバイバーの時期	<ul style="list-style-type: none"> <li>・わが国におけるがんサバイバーの自殺や希死・自殺念慮の実態、リスク因子を明らかにすること</li> <li>・がんサバイバーの支援体制の充実、およびその自殺対策としての有効性を検討すること</li> </ul>
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療従事者の養成過程や生涯教育等の機会を通じ、自殺や自殺対策等に関する知識の普及を図ること</li> <li>・一般的な自殺対策として、国民に対する自殺や自殺関連事象等に関する正しい知識の普及、地域の相談窓口等の啓発、学校等でのSOSの出し方に関する教育、ゲートキーパーの養成等を推進すること</li> </ul>

## 卵巣がん患者会の活動で相談者の自殺を経験して

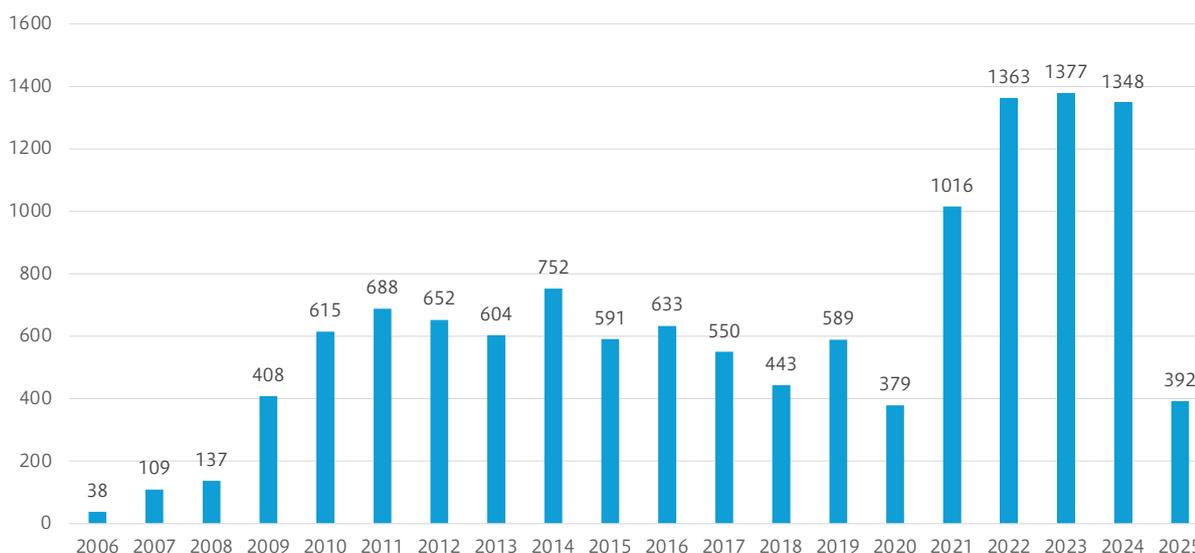
卵巣がんは2020年に12,738人が新たに診断され、2023年には5,154人が亡くなっている<sup>(1)</sup>。産婦人科において治療対象とされている悪性腫瘍のうち最も死亡者が多いがんである。卵巣がん体験者の会スマイリー（以下スマイリーと記す）は、2006年9月1日にその活動を開始した。筆者は代表を務めている。スマイリーの主な活動は、卵巣がん患者とその家族に対する相談支援であり、卵巣がん当事者としてのケア・情報提供を行っている。スマイリーは2019年3月末まで会員制としており、相談支援の対象者を限定していた。会員制は会費によって活動を安定させる効果があるが、外部からの可視性が低くなる傾向がある。筆者は、支援が十分に届いていないと感じ、活動方針を再検討したうえで会員制を廃止した。これにより、卵巣がん患者とその家族であればすべてがスマイリーの支援を受けられるようになった。その結果、スマイリーの相談支援活動は会員制の際と比較して、多くの患者のみならず家族も含め利用者数が増加した(図1)。

### 1. 相談支援を利用していた患者の「自殺」を経験

スマイリーは活動開始から19年となるが、筆者は相談支援サービスを利用していた3名の患者の自殺を経験した。ただし、これは筆者が患者の死亡原因が自殺であることを把握している数に過ぎず、実際にはそれ以外の事例が存在している可能性がある。ここから患者の自殺経験について詳述する予定だが、プライバシー保護の観点から、本来ならばご遺族の許可を得ることが必要であると筆者は考える。しかし、さまざまな理由から許可を得ることが困難なため、個人を特定できる情報(氏名、年齢、居住地、自殺の日時、自殺の方法など)は記載しないことをご理解いただきたい。

3名の患者はいずれもスマイリーの相談支援を複数回利用していた方々であった。そのうちの1名は、おしゃべり会にも積極的に参加しており、何度も会話を交わしていた。患者が自殺したという知らせを筆者が受けたのは、患者が自殺する直前(1~3日前)

図1. 卵巣がん体験者の会スマイリーの相談支援件数  
(2006年9月1日から2025年4月30日まで、12,684件)



に携帯電話でスマイリーに連絡をした記録が残っていたためである。警察または家族からの連絡で、携帯電話に筆者との通話記録があったことがわかり、「何か自殺の原因について話していなかったか、教えてほしい」と尋ねられて初めて筆者は患者の自殺を知ることになった。

3名の患者はいずれも卵巣がんの再発をしており、抗がん剤による治療が期待された効果を示していなかった。再発卵巣がんの治療薬は限られており、今後の治療の選択肢はほとんどなかった。そのため、日々の電話では「治療が打ち切られるかもしれない」という懸念や「有望な治療方法があるかどうか」といった相談が頻繁であった。しかし、自殺される前の連絡では、そのような将来に対する不安を口にされることはなかったと筆者は記憶している。

また、相談支援を利用した患者から自殺未遂の報告を受けたことがある。その患者は初回治療から抗がん剤の効果があまり得られず、死への不安が非常に強い状態であった。また、主治医との信頼関係が構築できず、インターネット上の情報に過度に依存する傾向がみられた。結果として、「卵巣がん治療ガイドライン」では推奨されない治療を受けたことで、がんに対する効果が見られないばかりか、身体に重大な合併症が生じ、主治医との関係がさらに悪化した。その後セカンドオピニオンを求めたが、期待していた情報を得られなかったため、医療に対する不満を表明することが増えていた。患者からは毎週のように相談があったが、ある日を境に連絡が途絶えた。数カ月後に再び連絡があり、患者から「すべてに疲れて自殺未遂をしたが、死に至らなかった」と告げられた。筆者は患者の自殺未遂について予期しておらず、その告白にどう対応するのが最善か分からず戸惑ったという経験をしている。

## 2. 相談支援記録から見える自殺した患者の共通する傾向

筆者は前職で企業内のコールセンター業務に従事していた。コールセンターでは、過去の相談内容を記録し、それを活用することで迅速で高品質なサービスを提供している。その経験に基づき、スマイリーでは卵巣がん患者に対して相談支援を行うにあたり、相談対応の補助ツールとして相談記録をデータベース化している。

### データベースの主な項目：

氏名(ニックネーム or 匿名)、年代、職業、居住地(都道府県)、病院名、主たる相談事項、副次的な相談事項、強いワード、登場人物(家族、医療従事者)

スマイリーの相談支援サービスを利用する患者は、筆者との信頼関係が構築されるまで、自身の個人情報について多くを開示しない傾向がある。病院が初診時に手渡す問診票のように、スマイリーがこれらの項目を尋ねることで患者に警戒され心を開いてもらえない可能性があることから、相談支援においては「言いたくないことは言わなくて良い」という患者の意思を尊重し、患者が相談中に述べたキーワードを筆者のほうで慎重かつ丁寧に拾い上げ記録している。そのため、「相談支援のためのサポートツール」以外の用途には不向きである。しかし、相談支援を利用した患者の自殺を検討するにあたり、多数の相談記録から自殺をした患者の相談記録を抽出し内容を確認した。その結果、3名の患者には「卵巣がんが再発して治療に苦労している」以外にも「現在と未来への不安が強い」、「卵巣がんの根治を望み、がんとの共存を嫌う」、「治療がうまくいかない自分を否定しがちで、自己肯定感が低い」、「家族に迷惑をかけたくない一方で、頼ることも苦手」といった共通する傾向がみられた。自殺した3

名の患者のうち2名は、がん治療中でありながら家業でも重要な役割を担っていたことが確認された。患者は病状が悪化するに伴い、身体が効かなくなることで、代々受け継がれてきた家業を担う家族に多大な負担をかけることを懸念していた。

筆者のようにがん患者を支援する者は、病状の進行に応じた訪問診療・訪問看護・訪問介護の適切な利用方法を理解しており、家族の負担を最小限に抑えるための多様な手段について知識がある。その一方で、病気の進行で身体が効かなくなることが「家族にとって多大な影響を及ぼすかどうか」は、家業を担う家族のみが知ることである。ただし、がん経験の有無にかかわらず、一般の人々は、自宅でがん患者を介護し、看取った経験が少なく、その負担の度合いを理解していない。そのため、患者は身体が効かなくなる未来が家族の迷惑でしかないと感じてしまったのではないかと想像できる。しかし、筆者は患者の遺書などを確認していないため、患者が相談支援で述べた悩みが自殺にどの程度影響したかは不明である。

### 3. 「自殺願望」を表出する患者について

2025年3月2日に開催された『がん患者の自殺対策～研究成果の普及のための公開シンポジウム～』において、筆者は相談支援を行った患者の自殺について経験を共有する機会を得た。これまでに示した「自殺をした患者」「自殺未遂をした患者」について振り返るとともに、相談を記録したデータベースから根拠のあるデータとして用いるには不向きであることを理解したうえで、自殺願望を表出する患者の相談記録を抽出することにした。

**対象:**2006年9月1日から2024年12月31日までにスマイリーの相談支援データベースに記録された相談記録(12,292件)

**方法:**「主たる相談」「副次的な相談事項」「強いワード」の項目から「自殺」「死にたい」「死にたくなる」「生きているのが辛い」「生きたくない」という語句を含む検索を実施、相談記録をAIに抽出させた。これらの語句は一定の曖昧さを持たせながら抽出、さらに手作業で自殺願望ではない相談記録を排除した。

対象期間を2024年末までに区切った理由には、2025年に国が「高額療養費の見直し」を行う方針を示したことが関係している。この見直しにより患者が負担する上限額の引き上げが予定されていることから、「現在でも生活費における医療費の割合が高く、家族に迷惑をかけている状況で、さらに自己負担額が増加するのであれば、生計が立たなくなる。治療を諦めて死ぬしかない。」といった相談が2025年から急増したため、精度の高い分析が困難になると判断したからである。

抽出結果、「主たる相談0件」、「副次的な相談事項0件」、「強いワード191件」であった。対象期間中の相談件数は合計12,292件で、そのうち1.5%の相談に「自殺願望」を示唆するような言葉が記録されていることが判明した。また、これらの表出がみられるタイミングは、主たる相談や副次的な相談の枠を超え、患者が筆者との雑談など、さまざまな会話の中で生きることのつらさを表現していると推察される。

さらに、抽出された191件の相談を再検討したところ、似通った共通点のある相談内容が3種類あることにも気づいた。

ひとつ目は、未婚の患者が卵巣がんと診断され、妊孕性(にんようせい)を失ったという相談である。妊孕性を失ったことにより、「同年代の女性が通常経験する恋愛や結婚ができない」「たとえ恋をしても、恋人と共に歩む中で子どもという選択肢を断念せざるを得ない」「子どもを産めない自分が恋人の

家族に認められるはずがない」といった考えが頭をよぎり、未来に希望を見いだすことができなくなっている。これは特にAYA世代(Adolescent and Young Adult、15歳から39歳まで)の問題に限ったものではなく、40代や50代においても卵巣がんによって妊孕性を失うことで、パートナーとの出会いが遠のくのではないか、または思い描いていた人生が実現しなくなるのではないかという苦悩を訴え、「死」といった言葉まで口にされる事例がある。さらに、妊孕性を失うことだけでなく、「そもそも卵巣がんにかかってしまった自分は、再発リスクを背負いながら生きていくことになるため、たとえ愛する人ができたとしても自分は相手にとって迷惑な存在にすぎない」といった思いを抱く患者もいる。卵巣がんという病は、単に命に関わる「がん」としての側面だけでなく、妊孕性という重大な問題も併存しているため、その結果、患者の恋愛観や結婚観にまで大きな影響を与えていることを痛感させられるものである。

ふたつ目は、働く環境の類似性に関する問題である。具体的には、教諭、自営業、店舗勤務など、比較的小規模な現場(学校や事業所)で働く場合や、産業カウンセラーなどの専門家が配置されていない職場に勤務している患者に当てはまる。病に倒れ、長期の療養が必要となった際、職場の同僚に大きな負担を強いる可能性がある職業であるといえる。ある患者は、主治医と協議のうえ、卵巣がんの手術および化学療法に要する期間を約9か月と見込んで休職を申請したという。治療は順調に進み、初回の経過観察を終えた段階で復職を相談したところ、「休職中に応援に駆けつけた職員と同程度の仕事量をこなすことが可能であるのか」と問いただされたという。特に教育現場においては、復職後に担任業務のみならず、放課後業務、部活動の顧問、休日の研修会出席など、あらゆる業務を完全な体調で遂行することを要求されたという患者の訴えが

複数ある。時短勤務などの配慮が必要な場合には、休職を継続することが望ましいと職場から連絡を受けた患者もいる。

さらに、卵巣がんの治療は、単なる大きな腹部切開手術や化学療法にとどまらず、時には人工肛門の造設が必要となるなど、排便管理に細心の注意を払わねばならない場合がある。また、閉経前に広汎子宮全摘出術を受けた患者は、卵巣を失うことでホットフラッシュなどの更年期症状に加え、治療後も長期間にわたって体調管理と向き合わなければならない(卵巣がん・卵管癌・腹膜癌治療ガイドライン2020年版/金原出版では、45歳以下の患者にエストロゲン補充療法を検討してよいとされているが、卵巣がんの組織型や既往歴により禁忌となる場合もある。また、筆者自身もエストロゲン補充療法を受けたが、それによりすべてのつらさが改善するわけではない)。そのため、診断前と同様のパフォーマンスで仕事を継続することは極めて困難である。

実際、患者からは「卵巣がんになっていなかった頃と同様のパフォーマンスを求められ、仕事後に自宅で気絶するように眠ってしまい、毎日が苦痛である」「ホットフラッシュがひどく、職場で扇風機を使用した際、冷え性の女性上司から『風邪を引いて誰かが休んだらどうする』と注意され、職場に居づらい」「月に1回の経過観察すらほかの職員にとって大きな負担となり、休むことさえ困難である」といった声が上がっている。これらは、職場にがん経験者への配慮の前例が乏しいこと、産業カウンセラーが配置されていないことで、患者が直接的に職場からの不満を感じ、自分が働くことで同僚に迷惑をかけていると追い詰められている状況を示している。その結果、最終的に希死・自殺念慮を抱くに至る事例が複数見受けられる。

また、ある患者は治療に用いる薬剤の副作用により髪の毛のみならず眉やまつ毛の脱毛に加え、

顔が満月様顔貌(ムーンフェイス)となるなどのアピ  
アランスの変化が生じ、これらの事情を揶揄され傷  
つけられた。しかし、独り身であるがゆえ、治療費  
を稼ぐために職を離れることができなかった。さら  
に「転職を試みた場合に自分の病歴を理解し雇用  
してくれる企業が存在するか、また、これまで従事  
してきた職業が特殊であるため他の分野で活躍で  
きるかどうか」といった不安を抱いているため、尊  
厳の傷つきを感じつつも我慢をしているケースもあ  
る。さまざまな事情により、卵巣がん患者にとって  
職場環境を転換すること自体が容易ではない厳し  
い現状がある。

最後は、もしかするとこれを読んでいる方にお力  
添えいただけるかもしれないケースである。それは、  
卵巣がん治療に取り組むうえで「医療従事者との  
信頼関係が築けない」ことに起因し、「生きているこ  
と自体が辛い」と患者が訴えるケースである。抽  
出した相談のすべてが主治医との関係性に関する  
ものであった。

しかしながら、該当の患者からスマイリーへの相  
談は、いずれの患者も複数回におよび、診察室で毎  
回のように主治医との関係が悪化する何かが生じ  
ている。すなわち主治医とのコミュニケーション不  
全の状態に陥っていることが確認されている。さら  
に、後述する病院側の対応にも絶望し、その結果「死  
にたい」という思いの表出につながっていると推測  
される。

#### 4. 卵巣がん患者と医療(医療従事者)の 関係についての調査

世界の卵巣がん患者会の連合組織である World  
Ovarian Cancer Coalition は、2013年1月1日以  
降に卵巣がんと診断された女性を対象に卵巣がん  
患者実態調査を行なった<sup>(2)</sup>。本調査は15の言語に  
翻訳され、44カ国から合計1,531人の患者が参加  
している。日本からは最も多く、250名の患者が参

加している。また、50名以上の患者が参加した国  
には、世界平均と比較した際に各国固有の特徴が  
現れた項目をまとめた別冊が提供された。日本人  
卵巣がん患者における医療(医療従事者)との関係  
について、特徴的な事例を(表1)に示した。

表1. 世界の卵巣がん患者と日本の卵巣がん患者

項目	世界平均	日本人
卵巣がん診断時の医師の対応 がとても良かった	43.0%	13.1%
卵巣がん治療にあたり必要な 情報をすべて得られた	19.7%	4.2%
手術に関して質問する時間が 十分にあった	62.7%	51.5%
化学療法に関して質問する時 間が十分にあった	64.8%	43.6%
臨床試験について何も話し合 わなかった	64.3%	80.5%
医療従事者に気持ちの支援を 求めた経験がある	27.8%	14.4%
治療中に常に尊厳と尊敬をも って扱われた	54.5%	31.8%
自分の治療に希望する範囲で 関わることができた	45.3%	22.8%

また、『卵巣がん患者の治療に関する意思決定』  
調査<sup>(3)</sup>においては、卵巣がん、卵管がん、腹膜がん  
と診断された20歳以上の患者182名に対し、調査  
票を用いて基本属性、自己効力感、意思決定感など  
を調査している。この調査では、「調査対象の人数  
が少ないこと」および「信頼性や妥当性の検証が困  
難であること」を前置したうえで、意思決定感に関  
する事項を数値化している(表2)。

表2. 卵巣がん患者が手術や化学療法について考える時間 (文献3に基づき作成)

質問項目	範囲	中央点	平均値
あなたにとって手術について考える時間があったと思いますか	0~10	6.0	5.6±3.8
あなたにとって化学療法について考える時間があったと思いますか	0~10	6.0	5.7±3.8

手術および化学療法について考える時間の中央値が6.0であるのに対し、患者の平均値はこれを下回っており、十分な考察時間があったと感じる患者が少ないことが推測される。

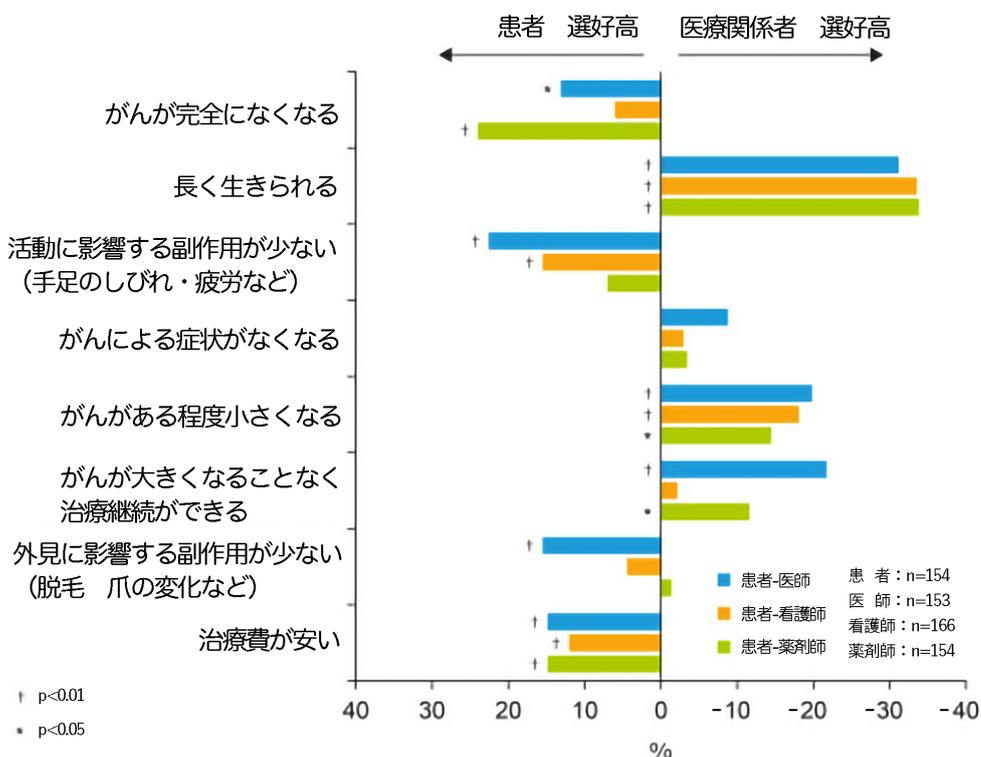
さらに、この調査では、卵巣がん患者が意思決定を行う際、「治療内容や将来に関する情報の提示およびその理解」が意思決定感の向上に寄与すること、また「患者自身の思いの表明」が意思決定感におい

て重要な要素であることを示唆している。そのうえで、医療従事者の関わり方として、各患者が十分に家族や医療従事者と話し合い、意思決定を行うための必要な時間が確保されているかの確認をチームケアの一環として実施することが望ましいとしている。

また、島田らが実施した調査研究<sup>(4)</sup>では、婦人科がん患者(子宮体がん、卵巣がん)と医療従事者(医師、看護師、薬剤師)を対象に、協働意思決定の重要性に関して検討が行われた。結果として、薬剤選択において重視される項目に関する患者と医療従事者との間のギャップが示され(図2)、これが共同意思決定の推進に向けた課題であることが明らかにされた。

この調査において、患者は、「がんが完全になくなること」「外見に影響する副作用が少ないこと」「活動に支障をきたす副作用が少ないこと」「治療費が安いこと」を重視する傾向にある。一方、医療従事者は、「長く生きられること」「がんがある程度小さく

図2. 薬剤選択に対する患者(卵巣がん・子宮体がん)と医療従事者の考えの相違 (文献4に基づき作成)



なること」「がんが大きくなり治療を継続できること」「がんによる症状がなくなること」を重視する傾向があることが示されている。さらに、「患者が薬物治療においてどの項目を重視しているか」をそれぞれの立場から問うた回答(表3)においてもこのようなギャップが確認されることから、治療にあたっては、双方が自己の考えや希望を十分に説明しあうコミュニケーションが極めて重要であると考えられる。

このように、卵巣がん患者を対象としたさまざま

な調査において、コミュニケーションの重要性が示されている。しかし、スマイリーが卵巣がん患者160名を対象に実施したアンケート<sup>(5)</sup>では、55%の患者が診察室において主治医に不安や質問を伝えることができなかった経験があり、そのうち伝えられない状況が頻繁に発生しているというコミュニケーション不全を、21%の患者が感じていることがわかる(図3)。

表3. 薬剤選択に対する患者と医療従事者の考えの相違(薬剤選択において患者が重視する項目)

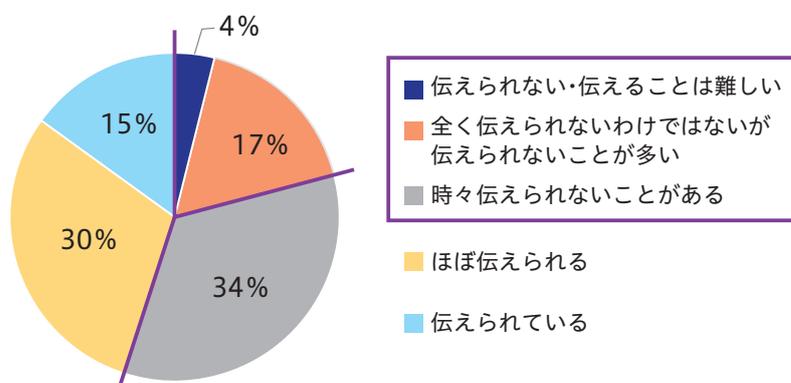
(文献4に基づき作成)

患者 Q: 薬物治療において、あなたほどの項目を重視しますか? (1位から3位まで)

医療従事者 Q: 医師・看護師・薬剤師から見て患者が重視しているのはどの項目だと思いますか? (1位から3位まで)

順位	患者 (n=154)	医師 (n=153)	看護師 (n=166)	薬剤師 (n=154)
1位	がんが完全になくなる (75%)	長く生きられる (85%)	長く生きられる (87%)	長く生きられる (88%)
2位	長く生きられる (54%)	がんが完全になくなる (61%)	がんが完全になくなる (69%)	がんが完全になくなる (51%)
3位	活動に影響する副作用が少ない (33%)	がんがある程度小さくなる (47%)	がんがある程度小さくなる (45%)	がんがある程度小さくなる (42%)
4位	がんによる症状がなくなる (29%)	がんが大きくなることなく治療継続できる (43%)	がんによる症状がなくなる (32%)	がんが大きくなることなく治療継続できる (33%)
5位	がんがある程度小さくなる (27%)	がんによる症状がなくなる (38%)	がんが大きくなることなく治療継続できる (24%)	がんによる症状がなくなる (33%)

図3. 主治医に不安や質問を伝えられなかった経験があると答えた患者の割合 (文献5)



このアンケートで主治医に不安や質問を伝えることができなかった経験がある55%の患者(88名)に対して、その理由を問うた項目では、医師側の態度が理由として第1位および第2位に挙げられている。しかしながら、「医師に伝えて良いか判断できない」「自分が不安や質問を言語化できない」といった患者側の理由もそれに続いて挙げられている(図4)。

特にコミュニケーション不全を感じている21%の患者のほとんどが、3つ以上の理由にチェックを

入れていることから、コミュニケーション不全の背景には、医師側および患者側の複数の要因が絡み合っていると推測される。また、スマイリーが卵巣がん患者180名を対象に実施したアンケート調査<sup>(6)</sup>では、卵巣がん患者の85%が「主治医と共に治療を決定したい」と希望しているにもかかわらず、実際には64.4%の患者が「医師が主導して治療を決定している」と感じているというギャップが示されている(図5)。

図4. 医師に不安や質問を伝えられない理由(複数回答可能) (文献5)

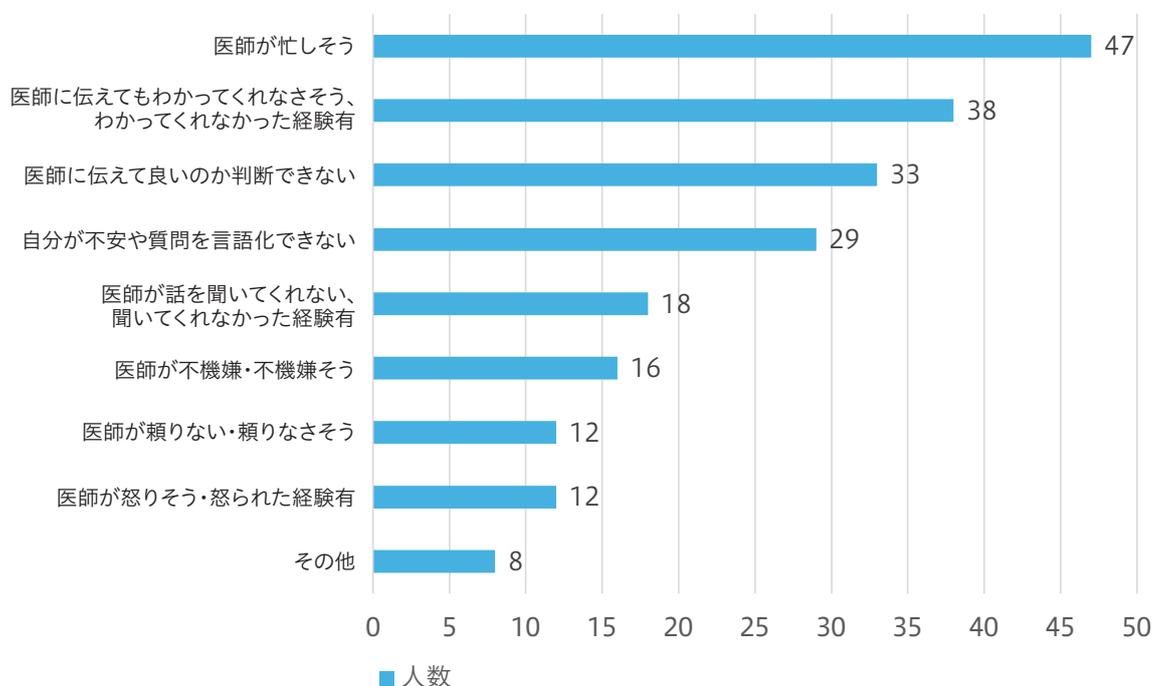
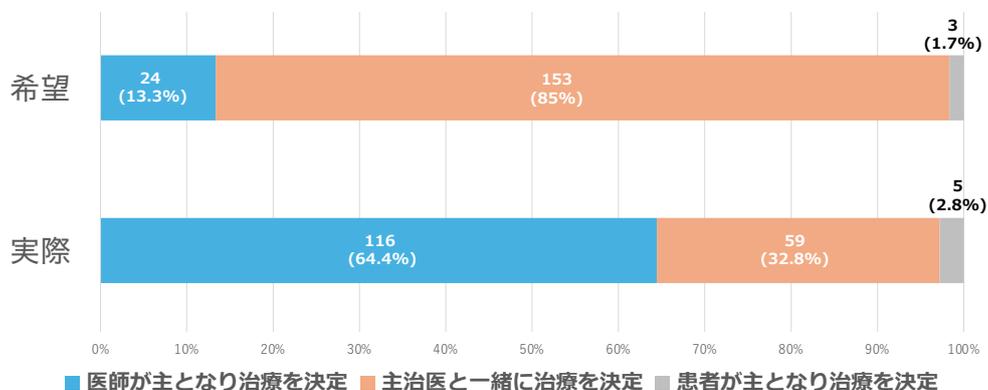


図5. 意思決定の方法(文献6)



## 5. 主治医とのコミュニケーション不全を訴える患者の苦しみを軽視するべきではない

主治医とのコミュニケーション不全を訴える患者が、スマイリーへ相談を寄せた際には、いくつかの提案を行っている。たとえば、「診察に家族を同席させ、思いを代弁してもらう方法」や「信頼できる看護師に相談し、診察に同席してもらう方法」などが挙げられる。しかし、すべての患者が頼れる家族を有しているわけではなく、また信頼できる看護師が常に存在するとは限らない。

先に紹介した卵巣がん患者を対象とする世界的な調査<sup>(2)</sup>では、日本人卵巣がん患者の32.5%が「誰にも助けを求められず、結果として誰からも助けを得られなかった」と回答している。また、卵巣がん患者の治療に関する意思決定調査<sup>(3)</sup>によれば、1割の患者が同席者を持たず、さらに主治医以外の医療従事者と相談したいと希望する患者も3割に留まっている(表4)。これらの結果は、患者が単独で主治医から受ける説明に基づいて治療の意思決定を行わざるを得ない現状を示唆している。

表4. 意思決定の際の同席者がいない患者の割合、主治医以外の医療従事者に相談を希望した患者の割合(文献3に基づき作成)

	説明の際に同席者が いなかった	主治医以外の 医療者に相談したい
手術の説明	9.3%	34.1%
化学療法の 説明	13.2%	33.5%

患者の相談を受けていると、初回治療も再発治療も含め、卵巣がんが画像で発見された患者は「治療をすぐに始めたい」と非常に焦燥するケースが多い。治療を1秒でも早く開始しなければ病状が悪化するかもしれないという不安から、患者は主治医以外の医療従事者、たとえばセカンドオピニオンで他院の医師に相談したり、院内の信頼できる看護

師や薬剤師に諮るという発想がなかなか浮かばず、結果として主治医との対話のみで意思決定を行っていると推察される。このような状況下で主治医とのコミュニケーション不全がある場合、患者の精神的負担は非常に大きいことは容易に想像できる。

さらに、家族の同席や信頼できる医療従事者の協力が得られない場合、さらなる提案として「主治医の交代」や「転院」を検討するに至る。しかし、転院は多くの卵巣がん患者にとって大きなハードルである。たとえば、岩手県では、がん診療連携拠点病院の間隔が50km以上離れている地域もあり、さらに冬場の積雪や交通事情(鉄道の運行本数、路線バスの本数の少なさなど)が転院の実現を極めて困難にしている。岩手県だけでなく、多くの地方で同様の課題が存在し、患者の転院希望は容易に叶わないのが現状である。

このため、現実的な手段として「主治医の交代をお願いすること」が希望される。しかし、主治医との具体的な行き違いが繰り返される病院において、患者が主治医の交代を希望しても、それが実現した例はほとんどない。がん相談支援センターや看護師からは「この病院では患者が主治医を選ぶことはできない」と説明され、結果として患者は引き続き主治医と向き合うしかない状況に置かれる。さらに、やむを得ず他院に連絡をとって転院希望を伝えた場合であっても、「現在の病院での治療継続が望ましい」「他院でがんと診断された患者の受け入れはしていない」「経過観察中の患者の転院は受け入れていない」といった理由で断られることが多いのである。

「主治医の交代を断られた」「転院することも断られた」といった経験をした患者は、今後もコミュニケーションが成立しない主治医との治療を強いられる未来に絶望する傾向がある。実際、これまでに相談対応を行ったケースでは、卵巣がんの再発に伴い治療が必要な状況にもかかわらず、主治医へ

の不信感から通院を拒否し、適切な治療にアクセスできず病状を悪化させる、いわゆる「ゆるやかな自殺」を試みられた事例すらある。

この現状を踏まえ、医療従事者の皆様には、もし目の前に「主治医を交代してほしい」「転院を希望する」と訴える患者がいた場合、その希望を「モニター・ペイシエントだ」「患者のわがままだ」と断じるのではなく、患者の声に丁寧に耳を傾け、その悩みに対して適切に対応することを求めたい。

## 6. 卵巣がんと診断されたことで心の傷つきを訴える患者が多い現実

卵巣がん患者の治療に関する意思決定調査<sup>(3)</sup>では、患者の心理的症状に対する年齢やステージの差の影響が低いことがパス係数により示されている。私たちは無意識に、「診断時の年齢が高齢だから」や「ステージがIだから」として卵巣がんを診断されても心理的症状への影響が小さいと考え、「診断時の年齢が若いから」「ステージがIVだから」として心理的症状への影響が大きいという思い込みや先入観を抱きがちである。しかし、こうした価値づけを行わず、個々の患者に応じた情報提供および支援を行うことが望まれる。

実際にスマイリーの相談支援を利用する患者の中には、ステージIでがん細胞の悪性度は低く、術後の経過観察においても何ら問題が生じずに5年以上経過しており、そろそろ経過観察が不要と主治医が判断し得る状況であるにもかかわらず、「再発の不安が消えず、眠れず、睡眠薬が手放せない」「仕事を探して社会復帰したいが、自分の健康に自信が持てない」と訴える患者が存在する。

診断告知時の患者の精神状態に関し、卵巣がん患者14名を対象に聞き取り調査が実施された<sup>(7)</sup>。この調査の目的は、適切ながん告知方法を検討することであり、DSM-5の診断基準に基づいて解離性健忘などの精神疾患症状の有無を調査している。

患者数が少ないことや、患者会を通じて患者を集めたことによるサンプリングバイアスなどの限界は認められるものの、結果として64.3% (9/14人)の患者に解離性健忘様症状が認められた。さらに、その他の精神疾患症状は50% (7/14人)の患者に生じており、離人感・現実感消失症、急性ストレス症、心的外傷後ストレス症(PTSD)が確認された。精神疾患症状が認められなかった患者は、2名のみであった。卵巣がん患者の心の傷つきは、相談支援を通してもしっかりと感じ取られており、特に相談支援を繰り返し利用する患者は、全人的な痛み(図6)のうち、社会的苦痛やスピリチュアルペインを強く訴える傾向がある。医療従事者は、CTやMRIの画像など目に見える情報や、腫瘍マーカーなどの数値、さらに手術や化学療法に伴い予見される身体的苦痛(副作用や後遺症)に注目しがちである。しかし、目の前の患者が日常的に向き合わなければならない社会的苦痛やスピリチュアルペイン、さらには精神的苦痛についても十分に意識することで、「自殺」と直接的な関連が認められなくとも、心が傷ついている患者を適切に支援する可能性が開けるのではないかと筆者は考える。

## 7. 相談支援を受けられていた患者の自殺に対する支援者の葛藤

筆者はこれまでに認識しているだけで3名の患者の自殺を経験しており、その事実が心から消えることは一度もなかった。特に以下の点について、深い反省、葛藤や自責の念に苛まれている。

・ご遺族から「どうして自殺することになったのか」「何か理由を知らないか」と問われた際、守秘義務のために患者のこれまでの相談内容を説明しなかった自分の対応が正しかったのか。

・いずれの患者も複数回の相談支援を利用して、自殺の直前にも相談支援があったにもかかわらず、自殺を予見できなかった点。

・自殺直前に相談支援を利用していたという警察の説明を受け、もしかすると自分の対応が不十分であったために患者が自殺に至ったのではないかという心の負担。

患者が自殺されたという事実自体が、患者のプライバシーに関わる重大な問題であるため、同じスマイリーで活動しているスタッフにもその事実を伝えることができず、こうした思いにひとり向き合わなければならない。結果として、相談支援活動を今後も続けることに恐怖を感じるようになった。

先に紹介したように、スマイリーの相談支援記録で強いワードとして「自殺願望」を表出された191件の相談を振り返ると、その多くの主訴は「卵巣がんを治すための情報提供を求めるもの」であったことから、患者は「死にたい」と口にしているにもかかわらず、実際には「生きたい」と願っていると考えられる。また、卵巣がんを診断されたことで深い傷つきを感じた場合でも、患者は継続的なやり取りによって回復し安心を得られる例がある一方、突然連絡が途絶えた際には、筆者は最悪の事態を想像し、「何か正し

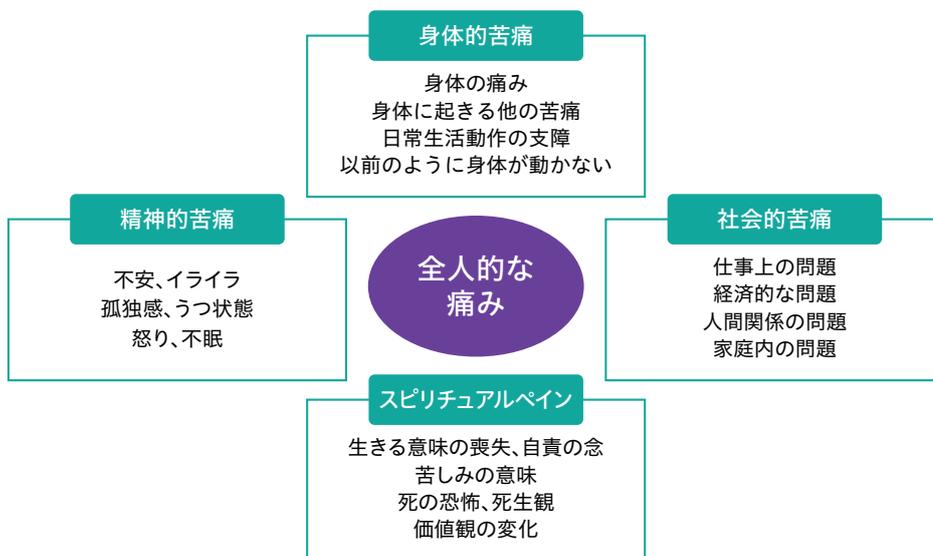
くない対応をしたために患者をさらに傷つけたのではないか」という重い心の負担を感じている。さらに、患者から「なぜ自殺はいけないのか」と問いかけられた際、筆者はその明確な答えを持ち合わせておらず、その問いを受けることに恐怖を感じている。

『がん患者の自殺対策～研究成果の普及のための公開シンポジウム～』において、国立精神・神経医療研究センターの張賢徳先生は、自殺の原因の多くが心の病気に起因すると述べた。すなわち、自殺に対しては医療的アプローチ(治療)による解決が可能であるのだと著者は受け止めた。

患者会で患者と向き合う支援者のみならず、医療従事者の皆様にも、患者の自殺により、著者と同様に深い心痛や自責の念を抱える方が少なくないのではないかと考える。そうした患者と向き合うすべての方のためにも、「がんと自殺」についてさらなる研究と具体的な方策が講じられることを、著者は心から願っている。

卵巣がん体験者の会スマイリー  
代表 片木美穂

図6. 全人的な痛み(トータルペイン)について



---

■ 引用文献

- (1) 国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」  
[https://ganjoho.jp/reg\\_stat/statistics/stat/summary.html](https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/summary.html)
- (2) Every Woman Study™ 2018/World Ovarian Cancer Coalition  
<https://worldovariancancercoalition.org/our-work/every-woman-study-2018/>
- (3) 深井しのぶ.(2014). 卵巣がん患者の治療に関する意思決定. 第52回日本癌治療学会学術集会.
- (4) Abe, M., Hashimoto, H., & Soejima, A. (2025). Shared decision-making in patients with gynecological cancer and healthcare professionals: a cross-sectional observational study in Japan. *J Gynecol Oncol*, 36(3):e47.  
<https://doi.org/10.3802/jgo.2025.36.e47>
- (5) 片木美穂.(2022). 卵巣がん患者・家族に対する医師とのコミュニケーションに対するアンケート調査. 卵巣がん体験者の会スマイリー.
- (6) 片木美穂.(2023). 卵巣がん患者の意思決定に関するアンケート. 卵巣がん体験者の会スマイリー.
- (7) 大石真帆.(2022). がん告知における解離性健忘様症状の実態と適切な告知方法の検討. 第8回日本医療安全学会学術総会.

## 執筆者・外部評価者一覧

### 編集委員長

藤森 麻衣子 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

### 執筆者

明智 龍男 名古屋市立大学大学院医学研究科精神・認知・行動医学  
伊藤 ゆり 大阪医科薬科大学医学部医療統計学研究室  
伊藤 嘉規 名古屋市立大学病院臨床心理室  
岡村 優子 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  
栗栖 健 東京慈恵会医科大学がんサバイバーシップ・デジタル医療学  
高島 祐子 大阪医科薬科大学医学部医療統計学研究室  
瀧本 禎之 神戸大学医学部附属病院医療の質・安全管理部  
原島 沙季 東京大学医学部附属病院心療内科  
原田 喜比古 名古屋市立大学大学院医学研究科精神・認知・行動医学  
松村 由美 京都大学医学部附属病院医療安全管理部

### 外部評価者

五十嵐 江美 国立がん研究センター東病院精神腫瘍科／日本サイコオンコロジー学会  
大磯 義一郎 浜松医科大学医学部総合人間科学講座法学／日本医療安全学会  
大谷 弘行 聖マリア病院緩和ケア科／日本緩和医療学会  
大塚 耕太郎 岩手医科大学神経精神科学講座／日本総合病院精神医学会  
河西 千秋 札幌医科大学医学部神経精神医学講座／日本精神科救急学会  
佐藤 雅俊 東京大学名誉教授／市民代表  
高野 利実 がん研究会有明病院乳腺内科／日本臨床腫瘍学会  
富田 尚裕 市立豊中病院がん診療部／日本癌治療学会  
蓮尾 英明 関西医科大学心療内科学講座／日本心身医学会／日本心療内科学会  
平井 和恵 東京医科大学医学部看護学科／日本がん看護学会  
福田 晶子 桑名医師会立桑名看護専門学校／日本精神科看護協会  
藤阪 保仁 大阪医科薬科大学医学部内科学講座／日本がんサポーターケア学会  
朴 成和 東京大学医科学研究所附属病院腫瘍・総合内科／日本癌学会  
前田 留里 全国がん患者団体連合会理事／患者代表  
ルイス(山田)陽介 東京都立病院機構都立豊島病院緩和ケア内科／日本臨床倫理学会

### 協力評価者

太刀川 弘和 筑波大学医学医療系災害・地域精神医学／日本精神神経学会  
張 賢徳 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所／日本自殺予防学会

(五十音順、敬称略)  
(2025年12月現在)

## 利益相反の開示

### <経済的COI開示方針>

- ・日本医学会の指針に基づく基準を用いて、過去3年分(2023年1月1日～2025年12月31日まで)を申告した。
- ・製薬メーカーなどの競争的資金なども、COIの対象とした。
- ・主任教授、部門責任者などの立場にある場合、教室(部門)全体に入った資金とみなされる場合はCOIとして開示する。
- ・開示項目
  - ①役員・顧問職(100万円以上)
  - ②株(利益100万円以上/全株式5%以上)
  - ③特許使用料など(100万円以上)
  - ④講演料など(50万円以上)
  - ⑤パンフレットの執筆など(50万円以上)
  - ⑥研究費(100万円以上)
  - ⑦奨学寄附金(100万円以上)
  - ⑧寄付講座所属
  - ⑨その他報酬(5万円以上)

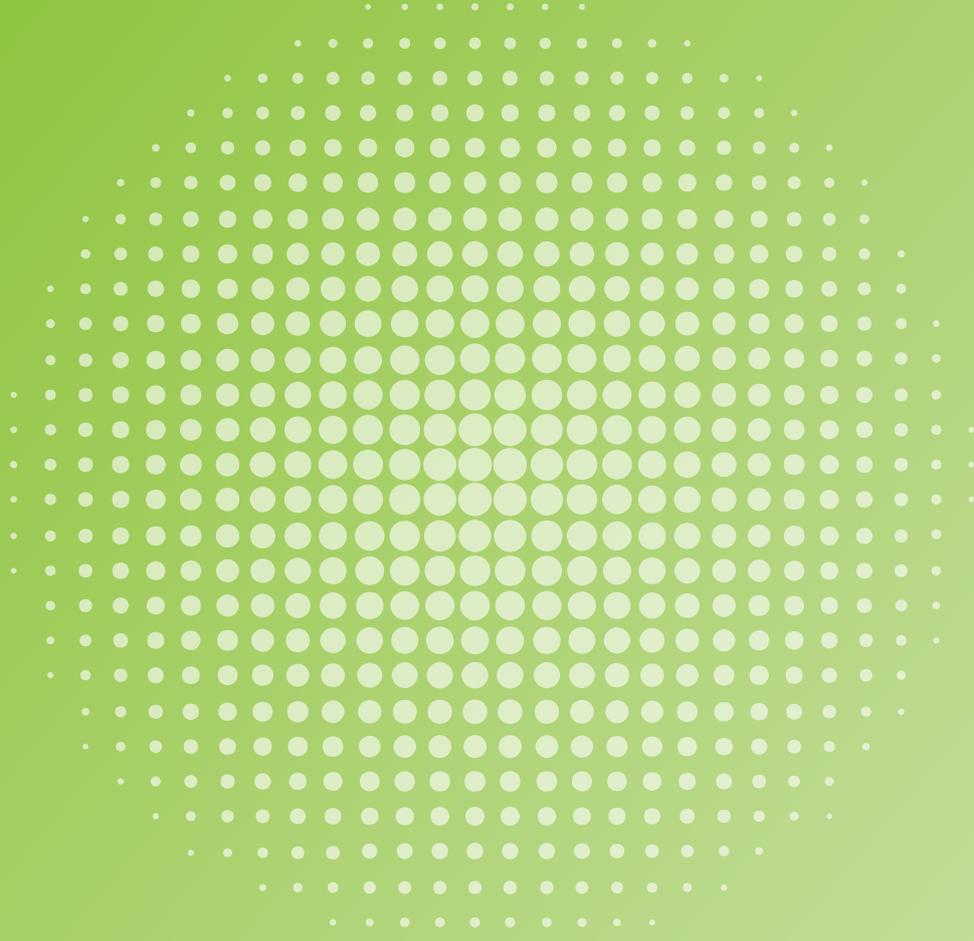
### <学術的COI開示方針>

- ・2023年1月1日～2025年12月31日までに全国規模以上の学術団体およびそれに準ずるものの理事、監事以上の役職に就いている場合は学術的COIとして開示する。
- ・2023年1月1日～2025年12月31日までにガイドラインおよびそれに準ずるものにメンバーとして加わった場合は学術的COIとして開示する。

	氏名 (所属)	経済的COI 申告内容	学術的COI申告内容		手引き 作成 の役割
			学術団体の理事・監事 以上の役職	ガイドライン	
編集長	藤森 麻衣子 (国立がん研究センター)	該当なし	日本サイコオンコロジー学会 理事 日本がんサポーターケア学会 理事	日本サイコオンコロジー学会ガイドライン策定委員会 コミュニケーション小委員会(副委員長), 日本サイコ オンコロジー学会ガイド ライン策定委員会気持のつ らさ小委員会(副委員長)	統括
執筆者	明智 龍男 (名古屋市立大学大学院)	開示項目④: イーライリリー 講演 料、第一三共 講演 料 開示項目⑤: 塩野義製薬 研究費	日本サイコオンコロジー学会 理事	日本サイコオンコロジー学会ガイドライン策定委員会 遺族ケア小委員会(副委員 長), 日本癌治療学会制吐 剤ガイドライン(委員)	本編 Ⅲ-3章 Ⅲ-6章
	伊藤 ゆり (大阪医科薬科大学)	該当なし	日本がん登録協議会 理事 日本計算機統計学会 理事 日本計量生物学会 理事	該当なし	本編 Ⅲ-4章

執筆者	伊藤 嘉規 (名古屋市立大学病院)	該当なし	該当なし	該当なし	本編 Ⅲ-6章
	岡村 優子 (国立がん研究センター)	該当なし	日本サイコオンコロジー学会 理事	日本サイコオンコロジー学会ガイドライン策定委員会 コミュニケーション小委員会(副委員長), 日本サイコ オンコロジー学会ガイドラ イン策定委員会気持ちのつ らさ小委員会(委員)	本編 Ⅲ-2章 Ⅲ-5章
	栗栖 健 (東京慈恵会医科大学)	開示項目⑦: 第一三共 研究に関 するアドバイザリー 会議	該当なし	該当なし	本編 Ⅲ-1章
	高島 祐子 (大阪医科薬科大学)	該当なし	該当なし	該当なし	本編 Ⅲ-4章
	瀧本 禎之 (神戸大学医学部附属病院)	該当なし	日本生命倫理学会 常任理事 日本サイコオンコロジー学会 理事	該当なし	本編 Ⅲ-7章
	原島 沙季 (東京大学医学部附属病院)	該当なし	該当なし	日本サイコオンコロジー学 会ガイドライン策定委員会 せん妄小委員会(委員), 日 本癌治療学会制吐薬適正 使用ガイドライン(改訂WG SR員), 日本摂食障害学会 摂食障害ガイドライン(改 訂版 SR員)	概要版 本編 Ⅱ章 Ⅴ章
	原田 喜比古 (名古屋市立大学大学院)	該当なし	該当なし	日本サイコオンコロジー学 会ガイドライン策定委員会 遺族ケア小委員会(委員)	本編 Ⅲ-6章
	松村 由美 (京都大学医学部附属病院)	該当なし	医療の質・安全学会 理事 医療安全学会 理事	該当なし	本編 Ⅳ章





がん医療における自殺対策の手引き(2025年度版)  
2026年3月発行

発行・編集

厚生労働科学研究費補助金がん対策推進総合研究事業

「がん患者の自殺予防プログラム開発とその実装に向けた教育研修に関する研究」

(23EA1028)