

がん医療における自殺対策の手引き  
(2019 年度版)

国立がん研究センター 編

## 目次

はじめに	3
本手引き作成の背景	4
本手引きを使用するにあたっての留意事項	7
自殺関連用語の定義	8
本手引きの要旨	10
第 1 章 わが国のがん患者の自殺実態調査の結果	12
第 2 章 がん患者の自殺対策(総論)	15
第 3 章 がん診断直後の自殺対策	35
第 4 章 進行がん患者の自殺対策	41
第 5 章 がんサバイバーの自殺対策	48
第 6 章 がん診療における自殺の倫理的側面	61
第 7 章 今後の課題	63
執筆者一覧	67

## はじめに

わが国の自殺者数は、1998年以降14年間連続して年間3万人を超える状態が続いていたが、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自殺対策が実施され、自殺者数の年次推移は減少傾向に転じ、2012年以降は3万人を下回るようになった。しかしながら、現在でも年間約2万人が自殺により死亡しており、いまだにわが国の自殺率は先進諸国と比較しても高い水準であり、わが国における自殺の問題が深刻な状況であることに変わりはない。

一方、わが国においてがん患者数は増加を続けている。近年では年間約100万人が新たにがんと診断され、わが国の2人に1人は生涯のうちにがんに罹患するとされており、がんと共生のための支援はがん対策において重要な課題となっている。そして、近年、国内外においてがん患者の高い自殺の危険性が報告されており、「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～」および第3期がん対策推進基本計画においてもがん患者の自殺対策の必要性が明示され、がん医療における自殺対策が急務となっている。

この度、全国がん登録制度によりわが国全体におけるがん患者の自殺の実態を明らかにすることが可能となり、わが国の知見に基づいてがん患者の自殺対策を強化する元年として、がん医療に携わる医療従事者を対象に本手引きを作成した。

2019年度版の手引きでは、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すること、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、がん医療における自殺対策のエビデンスは乏しい状況であることから、まずはがん医療における自殺対策の方向性を検討し提言すること、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を主要な目的とした。今後、今回の手引きで明らかとなった現状や課題、それを受けた議論や最新の知見をもとに、がん医療における自殺対策についてより具体的な検討を行いたいと考えている。関係者の倍旧のご指導、ご支援をお願いするものである。

令和2年3月  
国立研究開発法人国立がん研究センター中央病院  
支持療法開発センター  
内富 庸介

## 本手引き作成の背景

2006年6月23日にがん対策基本法が制定され、2007年4月1日に施行された。2007年6月に第1期がん対策推進基本計画が策定され、「がんによる死亡者の減少」、「すべてのがん患者及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」が全体目標とされた。2012年6月に見直された第2期がん対策推進基本計画では「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」が新たに第3の全体目標として加えられ、がん患者の就労を含めた社会的な問題などの課題が新たに提起された。2016年12月9日にがん対策基本法は改正され、がん患者が尊厳を保持しながら安心して暮らすことのできる社会の構築を目指すことが基本理念として追加された。そして、2016年12月22日に開催された第63回がん対策推進協議会においてがん患者の自殺が初めて提起された。わが国のがん患者の自殺はがん診断後1年以内に多いという報告（Yamauchi T, et al. *Psychooncology* 2014;23(9):1034-41.）が紹介され、実効性のある対策のためにがん診療連携拠点病院等における自殺の実態調査を、家族、医療従事者への影響を含め行うべきであると提言された。

2017年6月に策定された第3期がん対策推進基本計画では、全体目標として「がん予防」「がん医療の充実」に加えて「尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築（がんとの共生）」が掲げられ、がん患者が尊厳を保持しつつ住み慣れた地域社会で生活をしていく中で、必要な支援を受けることができる環境整備を目指すこととされた。「がんとの共生」の分野別施策のうち、がん患者等の就労を含めた社会的な問題（サバイバーシップ支援）は第2期がん対策推進基本計画からの継続課題であるが、就労支援のみならず、外見の変化、生殖機能の喪失、がん患者の自殺といった多様な社会的な課題への対策が求められることになった。この第3期がん対策推進基本計画の中では、がん患者の自殺の現状・課題について「我が国のがん患者の自殺は、診断後1年以内が多いという報告があり、拠点病院等であっても相談体制等の十分な対策がなされていない状況にあるため、がん診療に携わる医師や医療従事者を中心としたチームで、がん患者の自殺の問題に取り組むことが求められる」とされ、取り組むべき施策として「国は、拠点病院等におけるがん患者の自殺の実態調査を行った上で、効果的な介入のあり方について検討し、がん患者の自殺を防止するためには、がん相談支援センターを中心とした自殺防止のためのセーフティーネットが必要であり、専門的・精神心理的なケアにつなぐための体制の構築やその周知を行う」という内容が盛り込まれた。

自殺対策基本法はがん対策基本法と同年の2006年6月21日に制定され、同年10月28日に施行された。1998年にわが国の自殺者数は3万人を超え、自殺

死亡率は先進諸国と比較して突出して高い水準が続いたことから、国を挙げて自殺対策を総合的に推進することにより、自殺の防止を図り、あわせて自死遺族等に対する支援の充実を図ることが目的とされた。自殺対策基本法の基本理念では、自殺対策は、「自殺が個人的な問題としてのみとらえられるべきものではなく、その背景に様々な社会的要因があることを踏まえ、社会的な取組として実施されなければならない」こと、「自殺が多様かつ複合的な原因及び背景を有するものであることを踏まえ、単に精神保健的観点からのみならず、自殺の実態に即して実施されるようにしなければならない」こと、「自殺の事前予防、自殺発生の危機への対応及び自殺が発生した後又は未遂に終わった後の事後対応の各段階に応じた効果的な施策として実施されなければならない」ことなどが示され、自殺の事前対応・危機介入のみならず自死遺族支援等も含めた自殺対策の重要性や、自殺対策における社会的要因の重要性、そして総合的対策としての政策的含意などの必要性が重視された。2016年に成立した改正自殺対策基本法では、誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指すことが重要な課題であることが目的に明記され、自殺対策は、「生きることの包括的な支援として、全ての人がかげがえのない個人として尊重されるとともに、生きる力を基礎として生きがいや希望を持って暮らすことができるよう、その妨げとなる諸要因の解消に資するための支援とそれを支えかつ促進するための環境の整備充実が幅広くかつ適切に図られることを旨として、実施されなければならない」ことが新たに基本理念に追加され、その上で、保健、医療、福祉、教育、労働その他の関連施策との有機的な連携が図られ、総合的に実施されなければならないことが示された。

自殺対策基本法に基づき、政府が推進すべき自殺対策の指針として2007年6月に初めての自殺総合対策大綱が策定された後、自殺対策基本法改正の趣旨やその後のわが国の自殺の実態を踏まえ、2017年7月に「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～」が策定された。見直し後の大綱では、改正がん対策基本法と連動して、重点施策の一つである「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」ための取り組みとして2007年の旧大綱で挙げられていた「重篤な慢性疾患に苦しむ患者等からの相談を適切に受けることができる看護師等を養成するなど、心理的ケアが実施できる体制の整備を図る」ことに加え、「がん患者について、必要に応じ専門的、精神心理的なケアにつなぐことができるよう、がん相談支援センターを中心とした体制の構築と周知を行う」という内容が初めて盛り込まれた。

そして、2013年に成立したがん登録等の推進に関する法律により2016年1月からわが国で全国がん登録制度が開始となった。2019年から全国がん登録情報のがんに係る調査研究目的での提供が開始となり、この度、わが国全体における

がん患者の自殺の実態を明らかとすることが可能となった。これによりわが国全体のがん患者の自殺実態調査の結果に基づく効果的な自殺対策のあり方について検討できる体制が整ったため、がん医療における自殺対策を推進する目的で本手引きを作成した。

表 1. わが国のがん患者の自殺対策に関わる法律等の年表

	自殺総合対策	がん対策	全国がん登録
2006	自殺対策基本法 成立	がん対策基本法 成立	
2007	自殺総合対策大綱	第1期がん対策推進基本計画	
2012		第2期がん対策推進基本計画	
2013			がん登録等の推進に関する法律 成立
2016	改正自殺対策基本法 成立	改正がん対策基本法 成立 『がん患者が尊厳を保持しながら安心して暮らすことのできる社会の構築』 第63回がん対策推進協議会 がん患者の自殺の問題が初めて取り上げられる	全国がん登録制度 開始
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～ 『がん患者について、必要に応じ専門的、精神心理的なケアにつなぐことができるよう、がん相談支援センターを中心とした体制の構築と周知を行う』	第3期がん対策推進基本計画 『がんと共生』 『国は、拠点病院等におけるがん患者の自殺の実態調査を行った上で、効果的な介入のあり方について検討し、がん患者の自殺を防止するためには、がん相談支援センターを中心とした自殺防止のためのセーフティーネットが必要であり、専門的・精神心理的なケアにつなぐための体制の構築やその周知を行う』	
2019			全国がん登録情報の調査研究目的の情報提供開始

## 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を使用者として想定している。2019年度版の手引きでは、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、がん医療における自殺対策の方向性を検討し提言すること、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を主要な目的とした。

本手引きの提言に盛り込まれている事柄のすべてを実施することには限界があり、また、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。

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や提言を再検討し、一定期間で改訂していく必要がある。

本手引きの作成にあたっては、令和元年度革新的自殺研究推進プログラムの委託研究費より作成にかかる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。

## 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、自殺念慮、希死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(1)。

本手引きでは、世界保健機関(WHO)の定義(2)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、自殺しようと考えること、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、自殺をしようと考えることを自殺念慮とするなど(1)、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(3)。

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。

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(2)
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(2)
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、自殺しようと考えること(1)
自殺関連行動	自殺しようと考えること、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(2)



#### 引用文献

1. 日本精神科救急学会. 精神科救急医療ガイドライン 2015年版. 東京:へるす出版;2016. p.138.
2. World Health Organization, Preventing Suicide: a global imperative. 2014.
3. NPO 法人 全国自死遺族総合支援センター. 自死・自殺の表現に関するガイドライン. 2013. (<http://www.izoku-center.or.jp/images/guideline.pdf>)

## 本手引きの要旨

### 第1章 わが国のがん患者の自殺実態調査の結果

#### <全国がん登録を用いた調査>

2016年1-6月にがんと診断されたがん患者 546,148 人のうち、がん診断後 6 ヶ月以内に 145 人が自殺で死亡していた(がん患者 10 万観察人年あたり 58.21 人、6 ヶ月以内に死亡した全がん患者の 0.17%)。自殺の手段としては、縊首・絞首・窒息が 7 割以上、自殺の発生場所は自宅敷地内が 7 割以上を占めた。

#### <東京都監察医務院における自殺検案事例の調査>

がん既往のある自殺者は自殺者全体の約 5% を占め、7 割以上ががん治療中であった。がん既往のある自殺者が死亡した場所の 7 割以上が自宅敷地内であり、入院中の自殺は 5% のみであった。

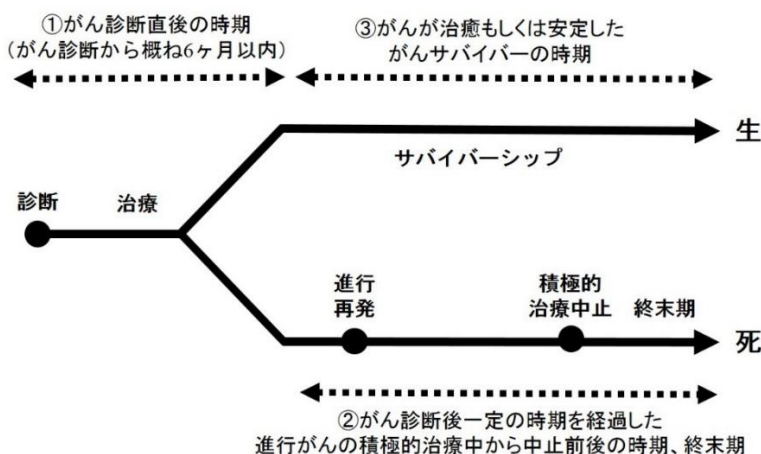
### 第2章 がん患者の自殺対策 (総論)

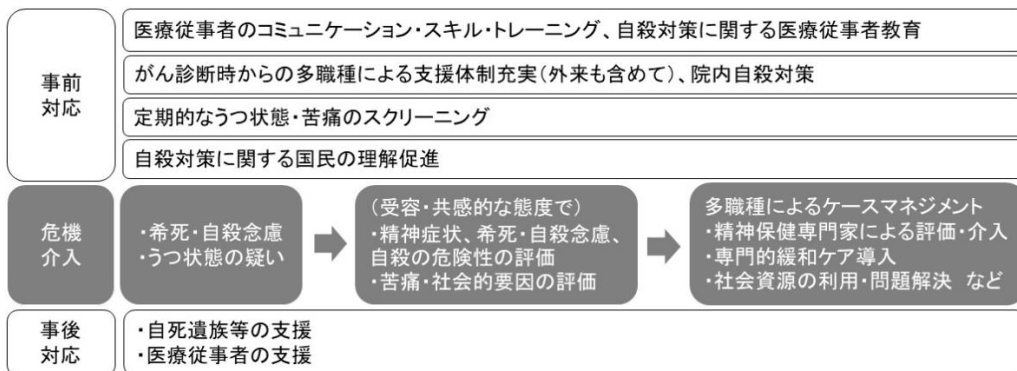
・がん患者の自殺の危険性は一般人口と比較して高く、特にがん診断直後が最も危険性が高い。

・がん患者全体に対する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、③がんサバイバー(狭義)の3つの時期各々に対する特異的な自殺対策が必要であると考えられる。

・がん診断時からうつ状態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必要と考えられ、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などのタイミングは特に注意をしながら精神症状や苦痛の評価を行う必要であると考えられる。

・うつ状態や希死・自殺念慮を有するがん患者は自殺の高リスク群と考えられ、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。





### 第3章 がん診断直後の自殺対策

- ・がん診断後 6 ヶ月以内、特にがん診断直後が自殺の危険性のピークであり、初回入院前や退院直後の時期を中心とした自宅敷地内での自殺が多い。
- ・がん診断直後の自殺には、がん告知による急性の精神的ストレスが影響している可能性がある。
- ・がん告知を含めた悪い知らせの伝え方などの医療従事者のコミュニケーション・スキル・トレーニングやがん診断時からのうつ状態や苦痛のスクリーニング、がん診断前後からの多職種による支援体制の充実が必要であると考えられる。

### 第4章 進行がん患者の自殺対策

- ・進行がん・終末期がん患者の自殺の実態について知見は乏しいが、希死・自殺念慮が 10-20%程度の患者で報告されている。
- ・進行がん・終末期がん患者の希死・自殺念慮の背景には、多くの場合は掬い取られてない患者ニードや緩和されていない苦痛があることが示唆されており、希死・自殺念慮を表出する患者に対しては、受容と共感、傾聴を基本的態度としながら背景に存在する苦痛について評価を行う必要があると考えられる。
- ・進行がん・終末期がん患者の自殺対策では、うつ状態などの精神症状へのアプローチに加え、痛みなどの身体的苦痛や身体機能低下、実存的苦痛に対する症状緩和とケアの提供を行う必要があると考えられる。

### 第5章 がんサバイバーの自殺対策

- ・わが国における実態は明らかになっていないが、海外の調査ではがんサバイバーも自殺の危険性が高いと報告されている。
- ・うつ状態や痛み、不良な身体状態などが存在する場合には、特に自殺の危険性に注意する必要があると考えられる。
- ・がんサバイバーの支援体制の充実は自殺対策としても重要であり、長期にわたる心理社会的な評価と精神・身体症状に応じたケアや治療、社会的要因に対する支援などが必要であると考えられる。

## 第1章 わが国のがん患者の自殺実態調査の結果

### 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、一部の自殺は自殺以外の外因死と報告されている可能性があり、がん診断後の自殺以外の外因死についても実態を明らかにする。

#### 1-2. 方法

2016年1月1日～6月30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一番最近のがん診断を対象とした。対象者をがん診断日から6ヶ月間追跡し、期間内に自殺、自殺以外の外因死(以下、対象死因)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(自殺:X60-X84、Y87.0、自殺以外の外因死:V01-X59、Y10-Y34)で同定した。がん患者における対象死因の発生件数を一般人口における期待される件数(対象がん患者の観察人年と、2016年の推計人口(総人口)および人口動態調査死亡票を基にした一般人口における年齢、性別、都道府県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)、超過絶対リスク(Excess absolute risks; EAR)(1万人あたり)を算出した(1)。SMR、EARをサブグループごと(年齢、性別、がん診断後の時期、がん原発部位、進展度、観血的治療の範囲、多重がんの有無など)に算出した。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。

#### 1-3. 結果

解析対象のがん患者546,148人(249,116人年)のうち、がん診断後6ヶ月以内に84,601人が死亡し、うち145人が自殺で死亡していた(がん患者10万観察人年あたり58.21人、がん診断後6ヶ月以内に死亡した全がん患者の0.17%)。

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。一般人口と比較した自殺の危険性やサブグループごとの危険性の解析結果は、現在論文公表準備中であり、論文公表後に公表する。

#### 1-4. 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)ーがん診断年月]×30.5日(1ヶ月)で算出)(2)、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、自殺の危険性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、社会経済的状态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、全国がん登録データ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(2)、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(3)。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%)が自宅敷地内であった(表 1)。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。

表 1. がん既往のある自殺者の死亡場所

自殺場所	人 (%)
自宅を含む建物	378 (75.8%)
川	30 (6.0%)
病院	21 (4.2%)
公園	19 (3.8%)
勤務先	9 (1.8%)
宿泊施設	9 (1.8%)
橋・歩道橋	8 (1.6%)
駅・踏切	8 (1.6%)
その他	17 (3.4%)

#### 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、全国がん登録を利用した実態調査結果を参照する必要がある。

#### 引用文献

1. Harashima S, Fujimori M, Akechi T, Matsuda T, Saika K, Hasegawa T, et al. 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* 2019;9(7):e030681.
2. 全国がん登録情報等の提供 データ定義 診断年 2016 第 2 版. p.15. p.27 ([https://ganjoho.jp/data/reg\\_stat/cancer\\_reg/national/datause/general/ncr\\_teikyojoho\\_teigi\\_shindannen2016\\_rev20190910.pdf](https://ganjoho.jp/data/reg_stat/cancer_reg/national/datause/general/ncr_teikyojoho_teigi_shindannen2016_rev20190910.pdf))
3. Fujimori M, Hikiji W, Tanifuji T, Suzuki H, Takeshima T, Matsumoto T, et al. Characteristics of cancer patients who died by suicide in the Tokyo metropolitan area. *Jpn J Clin Oncol* 2017;47(5):458-562.

## 第2章 がん患者の自殺対策（総論）

### 1. 自殺の一般的なリスク因子

自殺の背景には、生物学的、遺伝学的、心理学的、社会学的、環境的要因などの複雑な相互作用が存在し、多くの場合は複数の自殺のリスク因子が重なることで個人の自殺関連行動への脆弱性を高めるとされる(1)。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(1)。

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(2,3)。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(1-3)。また、世界保健機関(WHO)の調査では自殺で死亡した者のうち精神疾患を有する者は9割以上に及ぶとされ、特にうつ病やアルコール使用障害は自殺者が有していた精神疾患として重要であるが(1,4,5)、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とされている(5-7)。がんを含む慢性の身体疾患、慢性的な痛みなども自殺のリスク因子とされる(1,5)。

また、大多数の国では女性より男性の自殺が多く、高齢者(65歳以上)、若い世代(15-30歳)、離婚した者、配偶者と死別した者、独身者は自殺の危険性がより高いとされる(5)。また、自殺手段が既に利用できる状態にあること、ストレスの多い生活上の出来事は、自殺の危険性を高めるとされる(5)。

表1. 自殺の一般的なリスク因子（文献2,3より一部改変引用）

過去の自殺未遂・自傷行為歴
喪失体験： 身近な者との死別、人間関係の破綻など
過去の苦痛な体験： 被虐待歴、いじめ、家庭内暴力など
職業問題・経済問題・生活問題： 失業、多重債務、生活苦、不安定な日常生活など
精神疾患・身体疾患の罹患およびそれらに対する悩み： うつ病、身体疾患での病苦など
ソーシャルサポートの欠如： 支援者の不在、喪失など
自殺の手段への容易なアクセス
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
家族歴
その他： アルコール・薬物、自殺に関する不適切な報道など

また、多くの自殺では、言葉か行動による事前の警告サインが先行するとされる(1)。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、自殺の直前には様々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)を口にしていたと報告されている(8)。また、同調査では自殺の直前に身体症状や精神症状(痛み、呼吸困難、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、一般病院では、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。

以上の通り、自殺には複数のリスク因子や経路が影響することが多く、自殺対策のためには複合的な介入が重要となる(1)。精神症状に対する精神保健専門家による評価・介入に加え、心理教育、経済・生活問題、職場問題、家庭問題等に対するソーシャルワークの手法を用いた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自殺対策には必要となる(2,3)。

## 2. がん患者の自殺、希死・自殺念慮—疫学

### 2-1. がん患者の自殺の危険性

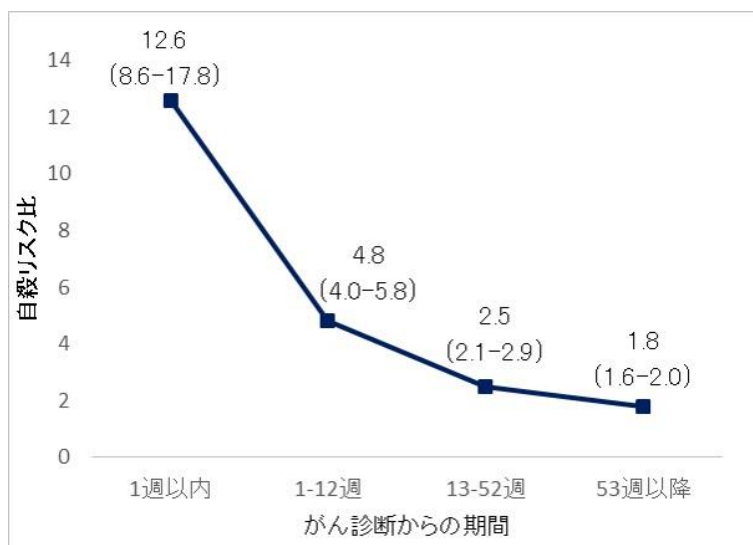
先行研究の多くががん患者の自殺の危険性は一般人口と比べて有意に高いことを示している(9)。Amiriらによるメタ解析では、抽出された22の調査のうち18の調査においてがん患者の自殺の危険性は一般人口よりも有意に高いと報告されており、その危険性は一般人口の1.55倍であると示されているが、調査が行われた国や対象、追跡期間などにより個々の研究で示された自殺の危険性には差違がある(9)。

### 2-2. がん患者の自殺のリスク因子—がん診断後の時期

がん患者の自殺の危険性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ヶ月以内、特にがん診断直後をピークとして経時的に危険性は漸減することが多くの調査で報告されている(10-19)。スウェーデンの30歳以上の全国民600万人以上を対象とした調査では、がん非罹患群と比較したがん罹患群の自殺の危険性はがん診断後1週間以内が12.6倍と最も高く、その後時間の経過とともに危険性は漸減することが報告されている(図1)(13)。また、がん診断後1ヶ月以内や2ヶ月目などががん診断直後の時期が最も自殺の危険性が高いと報告した海外の先行研究が他にも複数存在する(14, 18, 19)。

図1. スウェーデンにおけるがん非罹患群と比較したがん患者群の自殺の危険性(および95%信頼区間)の経時的変化(文献13に基づき作成)





わが国の10地域を対象とした多目的コホートに1990-2010年の期間に登録された40-69歳の一般住民102,843人を追跡したYamauchiらによる前向きコホート研究では、追跡期間中に11,187人ががんと初めて診断され、うち34人が自殺で死亡した（がん診断後1年以内に13人が自殺で死亡）。がん罹患群のがん診断後1年以内の自殺の危険性はがん非罹患群の23.9倍と有意に高いが、診断後1年以上経過すると自殺の危険性の有意な上昇は認めなかった（16）。また、大阪の単施設において1978-1994年に診断された15歳以上のがん患者23,979人を対象としたTanakaらによる後ろ向き研究では1994年までの追跡期間中に48人が自殺で死亡し（がん診断後1年以内に18人が自殺で死亡）、がん診断後1年以内の自殺の危険性が一般人口の2.66倍と有意に高く、がん診断後18ヶ月以降は自殺の危険性の有意な上昇は認めなかった（17）。

また、Tanakaらの研究ではがん診断後3-5ヶ月の自殺の危険性が4.36倍と最も高く、この時期に自殺した8人のうち7人は退院直後に自宅で自殺していたと報告されている（17）。この知見をもとに退院後90日以内に自殺したがん患者を対象として行われた台湾の調査では、退院後の自殺の約半数が退院後14日以内に発生していたと報告されており（20）、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。

ただし、前述のわが国の先行研究（16,17）については、対象地域や患者数が限られていること、調査が行われた年代も異なることに注意が必要であり、わが国全体のがん患者の自殺の危険性とがん診断後の期間によるその推移は今後全国がん登録情報を用いて明らかにする必要がある。

### 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

がん患者の自殺のリスク因子として、性別については海外の報告では一般人口と比較した自殺の危険性は男性のがん患者の方が高い傾向にあることが多いが (9-12)、わが国の2つの先行研究では、自殺数としては男性のがん患者の方が多いが、一般人口やがん非罹患群と比較した自殺の危険性は女性の方が高い傾向にあり、女性のがん患者の自殺にも注意が必要であることが示唆されている (16, 17)。

また、海外の報告では65歳以上を中心とした高齢のがん患者でより自殺の危険性が高い傾向にあると報告されている一方 (10-12)、わが国の Yamauchi らの調査では40-64歳、Tanaka らの調査では50-59歳のがん患者が一般人口と比較して有意に自殺の危険性が高かったと報告されている (16, 17)。

診断時に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 (10-11)、わが国における先行研究でも同様の結果となっている (16, 17)。

がん原発部位ごとの検討では、わが国の Tanaka らによる調査では男女ともに生殖器がんで高い自殺の危険性を認めた (17)。海外の研究を中心としたメタ解析では肺がん、食道・胃・肝臓・膵がん、前立腺がんなどで自殺の危険性が特に高いことが示されている (9)。また、米国の調査ではがん原発部位によってがん診断後の短期・中期・長期的な自殺の危険性が異なることが報告されている (21)。

#### 2-4. がん患者の自殺の発生場所、手段

がん患者の自殺が発生した場所については、全国がん登録および東京都の自殺検案事例を用いた調査では自宅敷地内での自殺が約7割を占め、病院内での自殺はごくわずかであった。一方で、わが国の一般病院入院中に自殺した患者が罹患していた身体疾患は、がんが約半数と最多であったと報告されている

(8)。がん患者の自殺の手段としては、全国がん登録および東京都の自殺検案事例を用いた調査において縊首・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、わが国のがん患者を含んだ院内自殺事例においても縊首、高所からの飛び降りの順に多いことが報告されている (8)。

#### 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0.7-46.3%と調査により大きく異なると報告されており、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 (22)。希死・自殺念慮のリスク因子としては、高齢のがん患者 (特に60歳以上) で希死・自殺念慮の危険性が特に高いことが多くの調査で報告されている (22)。性別については男性、女性それぞれをがん患者の希死・自殺念慮

のリスク因子として報告する調査が存在し、統一的な見解は得られていない (22)。わが国における調査では、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、高齢であることが報告されている (23)。

### 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の検討であり、例えば精神医学的問題はなかったと判断された例においても精神医学的問題が見逃されているあるいは評価されていないため不明である例が含まれている、評価が難しく調査項目に含めづらい要因については自殺に関連する要因として報告される機会が少なくなるなど、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 (24)。また、同調査においてがん罹患群とがん非罹患群の自殺事例を比較したところ、がん罹患群においてアルコール使用障害やパーソナリティ障害の頻度がより低かったと報告されている (24)。自殺で死亡した事例のうちがん罹患群とがん非罹患群の背景要因を比較した米国の調査では、がん罹患群において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 (25)。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 (26)。海外の報告ではがん患者の婚姻状態が未婚・離婚・死別の場合は婚姻中の場合と比較して自殺の危険性が高いと多く報告されているが (10-12)、わが国における同様の検討はこれまでされておらず、東京都の自殺検案事例の調査の結果の通りわが国のがん患者では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。

こ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、アルコール使用障害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危険要因である一方、わが国においては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 (27)、がん患者の自殺の危険性の評価や対策を講じるうえでも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)

米国の退役軍人のがん患者を対象に、退院直後に発生した自殺 64 事例の根本原因解析データを用いた調査では、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が行われなかったこと、および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の変化について精神保健専門家に相談しなかったなど) の 2 つが明らかとなった (28)。また、約 6 割の患者はうつ状態であったにも関わらず、自殺で死亡した患者の 67% は精神保健専門家を受診していない状況であった (28)。この調査は高齢男性の患者の退院直後の自殺事例のみを対象としており、必ずしもすべてのがん患者の自殺事例に一般化はできないが、がん患者ががんの診断、再発、進行などの変化を経験する際は精神心理的苦痛のスクリーニングを行い、医療従事者が連携して適切な介入を行うことの重要性を示唆していると考えられる。

### 3-3. がん患者の自殺の背景要因 (治療関連)

特定のがん治療とがん患者の自殺との関連について知見は乏しい。がんの根治的手術を受けた患者の中では、高リスク (術後 30 日の死亡率が高い) 手術を受けた患者でより自殺の危険性が高かったとの報告が存在する (29)。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危険性が高く、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 を発症した移植後患者の自殺の危険性が高かったと報告されている (30)。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 (31)、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の危険性が高いことが報告されている (32, 33)。

以上の通り知見は非常に限られているが、これらの結果は治療中のがん患者の中では侵襲性の高い治療やうつ状態の危険性を上昇させる治療を受けている患者は特に自殺の危険性に注意が必要であることを示唆している可能性がある。

### 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であるこ

とが多く、多くの調査で報告されている (22)。絶望感 (hopelessness)、無気力感 (demoralization)、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 (22)。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 (34-36)、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 (37, 38)

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・自殺念慮の危険性が有意に低いことが報告されている (39)。

また、希死・自殺念慮で精神科にコンサルトされたがん患者 100 人を対象に精神医学的診断を検討したわが国の調査において、57%が気分障害、29%がせん妄、7%が適応障害に該当したと報告されており (40)、希死・自殺念慮を有する患者ではうつ状態に加え、せん妄の可能性についても評価を行う必要がある。

#### 4. がん患者の自殺対策に関連する先行知見

##### 4-1. がん患者の自殺予防介入に関する先行知見

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、22 の適格論文のうち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結果を示したものは存在しなかった (41)。

##### 4-2. 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

前述の通り、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 (41)、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 (42)。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

一チが必要となると考えられる (22, 42)。

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 (43, 44)。一方、多職種による精神療法、薬物療法、心理教育を組み合わせた共同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 (45)、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。ただし、プライマリ・ケア医の参加など共同的ケアの定義を厳密に満たした介入をがん患者を対象に行った研究は乏しく (46)、また、がん患者を対象とした共同的ケアの有効性はわが国では検討されておらず、わが国の患者への応用可能性やその自殺予防を含めた効果については今後の検討が必要である。

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)** (47) やつらさの寒暖計 (**Distress Thermometer**) (48) (わが国ではつらさと支障の寒暖計 (49)) などがあり、PHQ-9 は米国臨床腫瘍学会 (ASCO) のガイドライン (50)、つらさの寒暖計は **National Comprehensive Cancer Network (NCCN)** のガイドライン (51) 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。ルーティンの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が、心理社会的なケアの質の向上につながるとの報告もあり (52-54)、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。多くのがん患者の背景に存在する多領域の苦痛を考慮すると、緩和ケアチームや精神科リエゾンチームなどの多職種から構成されたチームによる介入は有用である可能性があると考えられる。

#### 4-3. がん患者の希死・自殺念慮の評価方法に関する知見

自殺の危険性を評価するうえで現在の希死・自殺念慮の確認を行うことは最も重要であるが (5)、がん診療に携わる医療従事者を対象とした調査でも、自殺の危険性の同定のための十分なトレーニングを受けていないことや、希死・自殺念慮について尋ねることへの不安ががん患者の自殺の危険性の同定の障壁となっていると報告されている (55)。しかし、患者に自殺について尋ねることは自殺関連行動を引き起こすというのは誤った認識であり、自殺について尋ねることはしばしば患者の感情を支配している不安を減少させ、患者は安心し、より理解されたと感じる (5)

希死・自殺念慮については多様な評価方法が存在するが (12, 22)、がん患者において感度・特異度が十分に確認された希死・自殺念慮の評価方法は存在せず、希死・自殺念慮の評価が自殺予防につながるかどうかも明らかになっていない (41)。しかし、精神疾患か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 (5)、がんの罹患による強いストレス状態にお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・介入を含め適切な対応につなげることが必要であると考えられる。

希死・自殺念慮を評価項目の一つとして含むうつ状態の自記式評価尺度には PHQ-9 などが存在するが (22)、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 (12)、うつ状態や自殺の危険性の評価が必要な患者では医療従事者が面接で希死・自殺念慮を直接評価することが重要である (5)。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 (5)、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患者に対するケアの一貫としても重要と考えられる。

表 2 に自殺の危険性が高い患者に対して重要となる医療従事者の基本的態度を示す (2)。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) (2)。

表 2. 自殺の危険性が高い者に対する医療従事者の基本的な態度 (文献 2 より一部改変引用)

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（文献 2 より一部改変引用）

T： 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）
A： 希死・自殺念慮について率直に尋ねる（Ask）
L： 相手の訴えを傾聴する（Listen）
K： 安全を確保する（Keep safe）

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（56）（Scale for Suicide Ideation（57）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の危険性の指標になるとされている（5）。

#### 4-4. 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明らかでない。しかし、自死遺族は自殺の危険性や精神的・身体的健康問題の危険性が高いことが報告されており（58-60）、自死遺族等に対する適切な支援を行う必要がある。自死遺族等に対する一般的な支援等については、第 7 章を参照のこと。また、わが国の院内自殺事例の調査（半数ががん患者）では、当事者となった医療従事者に対して何らかのケア（「当事者との面談」、「ヒアリング」、「カウンセリング」、「休養」など）を行っていた病院の割合は 6-7 割と報告されているが、一方で悲嘆反応に配慮した専門的な対応が為されたのか否かは明らかでない（8）。また、自殺事例に関わった医療従事者のケア・支援が十分に実施されなかった事例や、医療従事者が不調を来したりや休職に至った事例も多数報告されている（8）。

#### 5. がん患者の自殺対策－提言

自殺対策は事前対応（一次予防：自殺関連行動とその背景にあるリスク因子、自殺対策に関する理解を促進するための教育、普及・啓発、自殺対策を実践するための体制やネットワーク構築、自殺の危険箇所への対応など）、危機介入（二次予防：自殺の高リスク群のスクリーニング、介入、治療など）、事後対応（三次予防：遺された人々のケアなど）の 3 つに分類される（2）。

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、自殺に至るプロセスが一般人口とは異なると想定されることから、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。がん患者の自殺の危険性やそ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と考えられる。

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 ヶ月以内）(10-12)、高齡（65 歳以上）(10-12)、進行がん（10-12）、肺がん（9）、食道・胃・肝臓・膵がん（9）、前立腺がん（9）、結腸・直腸がん（9）、頭頸部がん（10-12）、未婚・離婚・死別（10-12）	<10 地域の一般住民（40-69 歳）を対象とした前向き研究（16）> がん診断後 1 年以内、40-64 歳、診断時に遠隔転移・局所浸潤あり <大阪の単施設のがん患者を対象とした後ろ向き研究（17）> がん診断後 3-5 ヶ月後（特に退院直後）、50-59 歳、診断時に遠隔転移あり、生殖器がん
希死・自殺念慮	高齡（60 歳以上）、うつ状態、絶望感、精神的苦痛、不安、意欲低下、現在・過去の精神疾患の診断、痛み、身体機能低下、身体症状・重症度、不良な QOL、実存的苦痛、自律性の喪失、他者への負担感、乏しいソーシャルサポート、雇用状態、低収入、低い信仰心（すべて 22）	<精神科を受診したがん患者> うつ病の診断（34）、不良な performance status（34） <うつ病を有するがん患者> 高齡（23）、うつ病の重症度（23,35）、不良な performance status（35,36（男性のみ））、痛み（男性のみ）（36） <進行がん患者> うつ状態（うつ病・適応障害）（37）、痛み（37） <終末期がん患者> 心理的苦痛（不安、抑うつ）（38）、他者へ負担をかけることへの懸念（38）

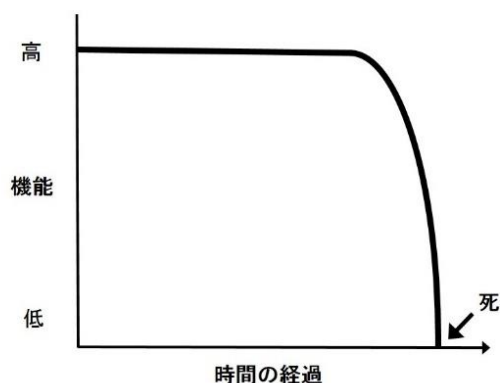
多くのがん患者では、がんの疑いの指摘から精密検査を経てがんの診断・告知を受け治療を開始するが、その後はがんの進行や再発により治癒が困難となり終末期に至る場合と、がんが治癒するか安定して長期生存となる場合の 2 つの経過に大きく分けられる。前述の通り、がん患者ではがん診断直後から 6 ヶ月以内（特に最初の数ヶ月以内）の自殺の危険性が最も高く、その後時間の経過と

ともに危険性は漸減することが多く報告されており(10-19)、また、がん診断後の時期ごとに自殺のリスク因子は異なることが想定される。

このがん診断後6ヶ月以内を中心とした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おり(13)、これまでこの時期の自殺対策の検討は不十分であったことから、この診断直後の時期の自殺対策が急務である。

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ヶ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(61)(図2)。進行がんを中心とした積極的治療中のがん患者や積極的治療中止前後の時期、そして終末期がん患者では、痛み、呼吸困難、倦怠感などの身体症状による苦痛や自律性・自立性の喪失などによる実存的苦痛への配慮も必要である。この時期の自殺の実態は十分明らかになっていないものの希死・自殺念慮の表出により医療従事者が対応に苦慮することが多く、進行がん・終末期特有の問題への対応を含めた自殺対策が必要であると考えられる。

図2. がんの疾患軌跡(文献61より改変引用)



同様に、狭義のがんサバイバー、すなわち、がんが治癒するか安定しているがんサバイバーの時期についてわが国における自殺の実態に関する知見はまだ明らかになっていない状況であるが、海外ではがんサバイバーも自殺の高リスク群であることを示す研究が存在し(21,62)、がんサバイバーにおいてもがん治療に伴う身体的な機能障害、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り、がんサバイバーに対する自殺対策も必要となることが想定される。

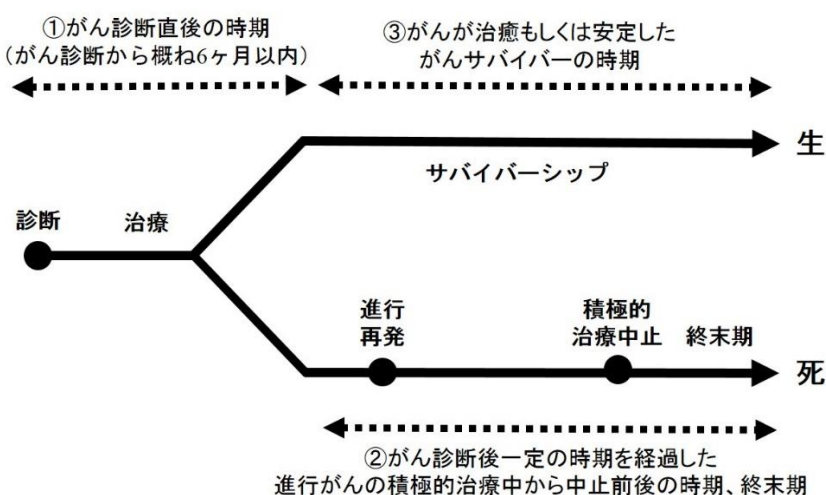
以上の知見および多職種医療従事者のエキスパートによる議論の結果、がん患者の自殺対策を講じるうえでは以下の方針で対策を検討する必要があることを提言する。

<提言>

・がん患者では、①がん診断直後（がん診断後概ね6ヶ月以内）、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つの時期で自殺の危険性やそのリスク因子は異なることが想定され、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講じることが必要と考えられる（図3）（42）。

（各々の時期における自殺対策については、「第3章 がん診断直後の自殺対策」「第4章 進行がん患者の自殺対策」「第5章 がんサバイバーの自殺対策」を参照のこと。がん診断時に進行がんである患者の場合は、第3章・第4章の両方を参照されたい。）

図3. がん診断後の3つの時期



・（事前対応）がん患者の自殺はそのほとんどが外来通院中の期間に発生していることを念頭に置いた外来での相談支援体制の充実などの対策が必要と考えられる。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・心理士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。

・（事前対応）医療従事者を対象としたがん患者の自殺に関する知識普及と患者と医療従事者の信頼関係構築は自殺対策においても重要と考えられる。日本サイコオンコロジー学会および日本がんサポーターズケア学会が現在作成中の「がん医療における患者－医療者間のコミュニケーションに関するガイドライン」の普及や、厚生労働省委託事業緩和ケア研修会（PEACE）、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）等の研修会などを中心とした、がん診療に関わる医療従事者の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）を含めた医療従事者の教育体制強化が必要と考えられる。

- ・（事前対応）院内自殺に対する対策として、自殺多発地点（ホットスポット）となりうる屋上や危険区域に施錠をする、病室の窓の開閉を制限する、病棟に常備されている物品・日用品の見直しするなど、自殺手段となるような構造や物品を排除・整備する取り組みが必要と考えられる（8）。

- ・（事前対応）医療従事者の養成過程や生涯教育等の機会を通じ、精神疾患の理解と対応、自殺の危険性の評価の技術向上、地域における自殺対策等に関する知識の普及を図ることは、がん医療における自殺対策としても重要と考えられる。

- ・（危機介入）がん診断後の各時期における自殺の危険性の高いサブグループ（がん原発部位、性別、年齢、他のリスク因子など）を明らかにする必要がある、高リスク群に対してはより重点的な対策が必要と考えられる。

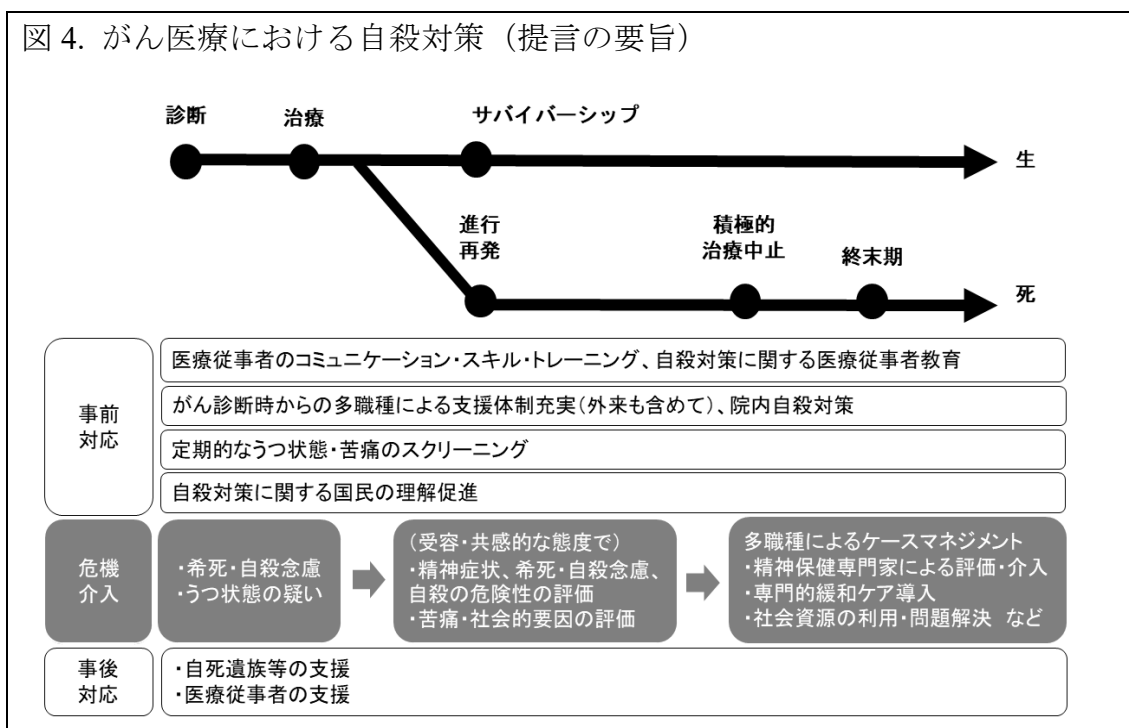
- ・（危機介入）うつ状態や希死・自殺念慮を有するがん患者はがん診断後のどの時期においても自殺の高リスク群と考えられ、すべてのがん患者に対してうつ状態や苦痛のスクリーニングをがん診断時から定期的に行うことや、うつ状態を有する患者など自殺の高リスク群を中心に希死・自殺念慮の評価を行う必要があると考えられる。がん告知直後、がんの進行、再発、身体面などの苦痛の出現時、緩和的治療への移行時などのタイミングは、特に注意をして精神心理的苦痛の評価を行う必要があると考えられる。

- ・（危機介入）うつ状態を疑う場合や希死・自殺念慮の訴えがあった場合は、精神症状や自殺の危険性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必要がある。希死・自殺念慮を訴える患者には、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るようなコミュニケーションを行う必要があると考えられる。

- ・（危機介入）自殺の高リスク群に対しては、精神保健専門家による精神症状や自殺の危険性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。

- ・（事後対応）自死遺族等や自殺事例に関わった医療従事者に対して適切な支援が行われる体制を構築する必要があると考えられる。

図 4. がん医療における自殺対策（提言の要旨）



引用文献

1. World Health Organization, Preventing Suicide: a global imperative. 2014.
2. 日本精神科救急学会. 精神科救急医療ガイドライン 2015年版. 東京:へるす出版;2016. p.138.
3. 日本精神神経学会 精神保健に関する委員会. 日常臨床における自殺予防の手引き. 精神神経学雑誌 2013 ; 115(3) : 付録.
4. Bertolote J, Fleischmann A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. World psychiatry 2002;1(3):181-5.
5. World Health Organization (WHO) . 河西千秋, 平安良雄 (監訳) : Preventing suicide : a resource for general physicians. (WHO, 2000) . 自殺予防 プライマリ・ケア医のための手引き. 横浜市立大学医学部精神医学教室, 2007. p.11-12. p.15.
6. Stene-Larsen K, Reneflot A. Contact with primary and mental health care prior to suicide: A systematic review of the literature from 2000 to 2017. Scand J Public Health 2019;47(1):9-17.
7. 廣川 聖子, 松本 俊彦, 勝又 陽太郎, 木谷 雅彦, 赤澤 正人, 高橋 祥友ら. 日本社会精神医学会雑誌 2010; 19(1):93.
8. 河西千秋. 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. 2016;45:83-91.

9. Amiri S, Behnezhad S. Cancer diagnosis and suicide mortality: A systematic review and meta-analysis. *Arch Suicide Res* (in press).
10. Robson A, Scrutton F, Wilkinson L, MacLeod F. The risk of suicide in cancer patients: a review of the literature. *Psychooncology* 2010;19(12):1250-8.
11. Spoletini I, Gianni W, Caltagirone C, Madaio R, Repetto L, Spalletta G. Suicide and cancer: where do we go from here? *Crit Rev Oncol Hematol* 2011;78(3):206-19.
12. Anguiano L, Mayer DK, Piven ML, Rosenstein D. A literature review of suicide in cancer patients. *Cancer Nurs* 2012;35(4):E14-26.
13. Fang F, Fall K, Mittleman MA, Sparén P, Ye W, Adami HO, et al. Suicide and cardiovascular death after a cancer diagnosis. *N Engl J Med* 2012;366(14):1310-8.
14. Saad AM, Gad MM, Al-Husseini MJ, AlKhayat MA, Rachid A, Alfaar AS, et al. Suicidal death within a year of cancer diagnosis; a population-based study. *Cancer* 2019;125(6):972-9.
15. Henson KE, Brock R, Charnock J, Wickramasinghe B, Will O, Pitman A. Risk of suicide after cancer diagnosis in England. *JAMA Psychiatry* 2019;76(1):51-60.
16. Yamauchi T, Inagaki M, Yonemoto N, Iwasaki M, Inoue M, Akechi T, et al. Death by suicide and other externally caused injuries following a cancer diagnosis: the Japan Public Health Center-based Prospective Study. *Psychooncology* 2014;23(9):1034-41.
17. Tanaka H, Tsukuma H, Masaoka T, Ajiki W, Koyama Y, Kinoshita N, et al. Suicide risk among cancer patients: experience at one medical center in Japan, 1978-1994. *Jpn J Cancer Res* 1999;90(8): 812-7.
18. Johnson TV, Garlow SJ, Brawley OW, Master VA. Peak window of suicides occurs within the first month of diagnosis: implications for clinical oncology. *Psychooncology* 2012;21(4):351-6.
19. Wang SM, Chang JC, Weng SC, Yeh MK, Lee CS. Risk of suicide within 1 year of cancer diagnosis. *Int J Cancer* 2018;142(10):1986-93.
20. Lin HC, Wu CH, Lee HC. Risk factors for suicide following hospital discharge among cancer patients. *Psychooncology* 2009;18(10):1038-44.
21. Zaorsky NG, Zhang Y, Tuanquin L, Bluethmann SM, Park H, Chinchilli VM. Suicide among cancer patients. *Nat Commun* 2019;10(1):207.
22. Kolva E, Hoffecker L, Cox-Martin E. Suicidal ideation in patients with cancer: A systematic review of prevalence, risk factors, intervention and assessment. *Palliat Support Care* (in press)

23. Akechi T, Okamura H, Kugaya A, Nakano T, Nakanishi T, Akizuki N, et al. Suidal ideation in cancer patients with major depression. *Jpn J Clin Oncol* 2000;30(5):221-4.
24. Henriksson MM, Isometsa ET, Hietanen PS, Aro HM, Lonnqvist JK. Mental disorders in cancer suicides. *J Affect Disord* 1995;36(1-2):11-20.
25. Massetti GM, Holland KM, Jack SPD, Ragan KR, Lunsford NB. Circumstances of suicide among individuals with a history of cancer. *Psychooncology* 2018;27(7):1750-6.
26. Fujimori M, Hikiji W, Tanifuji T, Suzuki H, Takeshima T, Matsumoto T, et al. Characteristics of cancer patients who died by suicide in the Tokyo metropolitan area. *Jpn J Clin Oncol* 2017;47(5):458-562.
27. 張賢徳. 心身医学における自殺予防の重要性. 自殺リスクの評価. ハイリスク者の発見と対応. *心身医学* 2016;56(8):781-8.
28. Aboumradi M, Shiner B, Riblet N, Mills PD, Watts BV. Factors contributing to cancer-related suicide: A study of root-cause analysis reports. *Psychooncology* 2018;27(9):2237-44.
29. Jayakrishnan TT, Sekigami Y, Rajeev R, Gamblin TC, Turaga KK. Morbidity of curative cancer surgery and suicide risk. *Psychooncology* 2017;26(11):1792-8.
30. Tichelli A, Labopin M, Rovó A, Badoglio M, Arat M, van Lint MT, et al. 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* 2013;119(11):2012-21.
31. Nead KT, Sinha S, Yang DD, Nguyen PL. Association of androgen deprivation therapy and depression in the treatment of prostate cancer: A systematic review and meta-analysis. *Urol Oncol* 2017;35(11):664.e1-664.e9.
32. Guo Z, Gan S, Li Y, Gu C, Xiang S, Zhou J, et al. Incidence and risk factors of suicide after a prostate cancer diagnosis: A meta-analysis of observational studies. *Prostate Cancer Prostatic Dis* 2018;21(4):499-508.
33. Patasius A, Kincius M, Kazlauskas E, Smailyte G. The role of androgen-deprivation therapy on suicide among patients with advanced prostate cancer: A nationwide population-based cohort study. *Psychooncology* 2019;28(10):2098-100.
34. Akechi T, Nakano T, Akizuki N, Nakanishi T, Yoshikawa E, Okamura H, et al. Clinical factors associated with suicidality in cancer patients. *Jpn J Clin Oncol* 2002;32(12):506-11.

35. Akechi T, Okamura H, Yamawaki S, Uchitomi Y. Why do some cancer patients with depression desire an early death and others do not? *Psychosomatics* 2001;42(2):141-5.
36. Akechi T, Okamura H, Nakano T, Akizuki N, Okamura M, Shimizu K, et al. Gender differences in factors associated with suicidal ideation in major depression among cancer patients. *Psychooncology* 2010;19(4):384-9.
37. Akechi T, Okamura H, Nishiwaki Y, Uchitomi Y. Predictive factors for suicidal ideation in patients with unresectable lung carcinoma. *Cancer* 2002;95(5):1085-93.
38. Akechi T, Okuyama T, Sugawara Y, Nakano T, Shima Y, Uchitomi Y. Suicidality in terminally ill Japanese patients with cancer. *Cancer* 2004;100(1):183-91.
39. Trevino KM, Abbott CH, Fisch MJ, Friedlander RJ, Duberstein PR, Prigerson HG. Patient-oncologist alliance as protection against suicidal ideation in young adults with advanced cancer. *Cancer* 2014;120(15):2272-81.
40. Akechi T, Kugaya A, Okamura H, Nakano T, Okuyama T, Mikami I, et al. Suicidal thoughts in cancer patients: clinical experience in psycho-oncology. *Psychiatry Clin Neurosci* 1999;53(5):569-73.
41. Kawashima Y, Yonemoto N, Inagaki M, Inoue K, Kawanishi C, Yamada M. Interventions to prevent suicidal behavior and ideation for patients with cancer: A systematic review. *Gen Hosp Psychiatry* 2019;60:98-110.
42. Akechi T. Suicide prevention among patients with cancer. *Gen Hosp Psychiatry* (in press)
43. Ostuzzi G, Matcham F, Dauchy S, Barbui C, Hotopf M. Antidepressants for the treatment of depression in people with cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;4:CD011006.
44. Okuyama T, Akechi T, Mackenzie L, Furukawa TA. Psychotherapy for depression among advanced, incurable cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Cancer Treat Rev* 2017;56:16-27.
45. Li M, Kennedy EB, Byrne N, Gérin-Lajoie C, Katz MR, Keshavarz H, et al. Systematic review and meta-analysis of collaborative care interventions for depression in patients with cancer. *Psychooncology* 2017;26(5):573-87.
46. Shaw J, Sethi S, Vaccaro L, Beatty L, Kirsten L, Kissane D, et al. Is care really shared? A systematic review of collaborative care (shared care) interventions for adult cancer patients with depression. *BMC Health Serv Res* 2019;19(1):120.
47. Muramatsu K, Miyaoka H, Kamijima K, Muramatsu Y, Yoshida M, Otsubo T, et al. The Patient Health Questionnaire, Japanese version: validity according to the Mini-



- International Neuropsychiatric Interview-Plus. *Psychological Reports* 2007;101(3 Pt 1): 952-60.
48. Roth AJ, Kornblith AB, Batel-Copel L, Peabody E, Scher HI, Holland JC. Rapid screening for psychologic distress in men with prostate carcinoma: a pilot study. *Cancer* 1998;15;82(10):1904-8.
49. Akizuki N, Yamawaki S, Akechi T, Nakano T, Uchitomi Y. 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. *J Pain Symptom Manage* 2005;29(1):91-9.
50. Andersen BL, DeRubeis RJ, Berman BS, Gruman J, Champion VL, Massie MJ, et al. Screening, assessment, and care of anxiety and depressive symptoms in adults with cancer: an American Society of Clinical Oncology guideline adaptation. *J Clin Onco* 2014;32(15):1605-19.
51. Riba MB, Donovan KA, Andersen B, Braun I, Breitbart WS, Brewer BW, et al. Distress Management, Version 3.2019, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J Natl Compr Canc Netw* 2019;17(10):1229-49.
52. McCarter K, Britton B, Baker AL, Halpin SA, Beck AK, Carter G, et al. Interventions to improve screening and appropriate referral of patients with cancer for psychosocial distress: systematic review. *BMJ Open* 2018;8(1):e017959.
53. Mitchell AJ. Screening for cancer-related distress: when is implementation successful and when is it unsuccessful? *Acta Oncol* 2013;52(2):216-24.
54. Meijer A, Roseman M, Delisle VC, Milette K, Levis B, Syamchandra A, et al. Effects of screening for psychological distress on patient outcomes in cancer: a systematic review. *J Psychosom Res* 2013;75(1):1-17.
55. Granek L, Nakash O, Ben-David M, Shapira S, Ariad S. Oncologists', nurses', and social workers' strategies and barriers to identifying suicide risk in cancer patients. *Psychooncology* 2018;27(1):148-54.
56. 末木新. 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* 2017 ; 32 (2) : 48-54.
57. Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. *J Consult Clin Psychol* 1979;47(2):343-52.
58. Erlangsen A, Runeson B, Bolton JM, Wilcox HC, Forman JL, Krogh J, et al. Association between spousal suicide and mental, physical, and social health outcomes: a longitudinal and nationwide register-based study. *JAMA Psychiatry* 2017;74(5):456-64.

59. Spillane A, Larkin C, Corcoran P, Matvienko-Sikar K, Riordan F, Arensman E. 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* 2017;17(1):939.
60. Pitman A, Osborn D, King M, Erlangsen A. Effects of suicide bereavement on mental health and suicide risk. *Lancet Psychiatry* 2014;1(1):86-94
61. Lunney JR, Lynn J, Hogan C. Profiles of older medicare decedents. *J Am Geriatr Soc* 2002;50(6):1108-12.
62. Osazuwa-Peters N, Simpson MC, Zhao L, Boakye EA, Olomukoro SI, Deshields T, et al. Suicide risk among cancer survivors: Head and neck versus other cancers. *Cancer* 2018;124(20):4072-9.

### 第3章 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ヶ月以内の時期が自殺の危険性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ヶ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、特に最初の数ヶ月から6ヶ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危険性が高く、その後経時的に危険性は漸減していくことが多くの調査で示されている(1-8)。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。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(4-7)、高年齢(4,7)、診断時に遠隔転移あり(7)、進行がん(6)、膵がん(7)、肺がん(4,7)、食道・膵・肝臓がん(4)、中枢神経腫瘍(4)、未婚・離婚・死別(7)	<大阪の単施設のがん患者を対象とした後ろ向き研究(8)> がん診断3-5ヶ月以内(特に退院直後)
希死・自殺念慮	—	—
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危険性はがん診断後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危険性は漸減することが報告されている(4)。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危険性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(4)。なお、自殺、心血管疾患による死亡ともに、がん診断後の経過が長くなるに従い危険性は低減するものの、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危険性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(4)、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第5章で詳述した。

前述の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危険性のがん診断後1週間以内の時期にピークとなり、その後急激に危険は低減すること、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・適応障害の危険性の上昇が最も顕著であることが報告されている(9)。また、この調査において精神疾患の罹患の危険性の上昇ががん診断の10ヶ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(9)。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危険性が上昇し、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・心血管系疾患の危険性の上昇がみられたことが報告されている(10, 11)。

前述の通り、がん診断直後、特に数ヶ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(8, 12)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。

### 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。

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」を伝える際のわが国の患者の意向に基づく効果的なコミュニケーション(13)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(14)。

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（文献 13 より引用、一部改変）

SHARE の構成要素	患者が望むコミュニケーション
S: 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>
H: 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>
A: 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>
RE: 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>

#### 4. がん診断直後の患者の自殺対策—提言

本手引きでは以上の知見に加え、多職種 of 医療従事者のエキスパートによる議論を踏まえ、がん診断後概ね 6 ヶ月以内を中心としたがん診断直後の時期の患者の自殺対策に関して以下のことを提言する。

<提言>

・がん診断直後のがん患者の自殺対策にあたっては、この時期の自殺にはがんの診断・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）、抗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）（15）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または看護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「医師または看護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・心理士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。

・自殺の高リスク群に対しては、精神保健専門家による精神症状や自殺関連行動の危険性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. The risk of suicide in cancer patients: a review of the literature. *Psychooncology* 2010;19(12):1250-8.
2. Spoletini I, Gianni W, Caltagirone C, Madaio R, Repetto L, Spalletta G. Suicide and cancer: where do we go from here? *Crit Rev Oncol Hematol* 2011;78(3):206-19.
3. Anguiano L, Mayer DK, Piven ML, Rosenstein D. A literature review of suicide in cancer patients. *Cancer Nurs* 2012;35(4):E14-26.
4. Fang F, Fall K, Mittleman MA, Sparén P, Ye W, Adami HO, et al. Suicide and cardiovascular death after a cancer diagnosis. *N Engl J Med* 2012;366(14):1310-8.
5. Johnson TV, Garlow SJ, Brawley OW, Master VA. Peak window of suicides occurs within the first month of diagnosis: implications for clinical oncology. *Psychooncology* 2012;21(4):351-6.
6. Wang SM, Chang JC, Weng SC, Yeh MK, Lee CS. Risk of suicide within 1 year of cancer diagnosis. *Int J Cancer* 2018;142(10):1986-93.
7. Saad AM, Gad MM, Al-Husseini MJ, AlKhayat MA, Rachid A, Alfaar AS, et al. Suicidal death within a year of cancer diagnosis; a population-based study. *Cancer* 2019;125(6):972-9.
8. Tanaka H, Tsukuma H, Masaoka T, Ajiki W, Koyama Y, Kinoshita N, et al. Suicide risk among cancer patients: experience at one medical center in Japan, 1978-1994. *Jpn J Cancer Res* 1999;90(8):812-7.
9. Lu D, Andersson TM, Fall K, Hultman CM, Czene K, Valdimarsdóttir U, et al. Clinical diagnosis of mental disorders immediately before and after cancer diagnosis: A nationwide matched cohort study in Sweden. *JAMA Oncol* 2016;2(9):1188-96.
10. Shen Q, Jöud A, Schelin MEC, Sjölander A, Cao Y, Sparén P, et al. Psychiatric disorders and cardiovascular diseases during the diagnostic workup of potential breast cancer: a population-based cohort study in Skåne, Sweden *Breast Cancer Res* (in press)
11. Liu Q, Andersson TM, Jöud A, Shen Q, Schelin ME, Magnusson PK, et al. Cardiovascular diseases and psychiatric disorders during the diagnostic workup of suspected hematological malignancy. *Clin Epidemiol* (in press)
12. Lin HC, Wu CH, Lee HC. Risk factors for suicide following hospital discharge among cancer patients. *Psychooncology* 2009;18(10):1038-44.
13. Fujimori M, Akechi T, Morita T, Inagaki M, Akizuki N, Sakano Y, et al. Preferences of cancer patients regarding the disclosure of bad news. *Psychooncology* 2007; 16(6): 573-81.

14. Fujimori M, Shirai Y, Asai M, Kubota K, Katsumata N, Uchitomi Y. Effect of communication skills training program for oncologists based on patient preferences for communication when receiving bad news: a randomized controlled trial. *J Clin Oncol* 2014;32(20):2166-72.
15. 日本がんサポーターズケア学会 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. 「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. 2019.  
(<http://jascc.jp/wp/wp-content/uploads/2019/11/IOPWG201911.pdf>)



## 第4章 進行がん患者の自殺対策

### 1. 本章で扱う進行がん患者の時期の定義について

第2章でがん患者の自殺に関して、がんの軌跡に関して3つの時期に分けて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(1)、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ヶ月)を経過した、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、第3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)を失うことに対しての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(2)。一方、その他の特徴として、全例で家族や医療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(3)。なお、「合理的な自殺」に関しては Siegel(4)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など、欧米を中心に現実的に実施されている行為に関しての議論もわが国では一般的ではなく、今後、学際的な検討が必要である。

### 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(5-8)。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(5-18)。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、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(6, 19, 20)。先行研究に基づく進行がん患者の自殺関連行動のリスク因子を表1に示す。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でも経験されている(21-23)。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(24)。

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(25, 26)。したがって、「死にたい」と言葉を投げかけてくる患者の背景には、このような様々な「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、掬い取られてない何らかの患者ニード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・自殺念慮を表明する患者に対しては、その背景にある意味を掬い取り、実際のケアや症状緩和に結びつけていく必要がある。

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、自殺予防に資する徹底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ヶ月前から、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(1)。

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 (27)	—
希死・自殺念慮	<進行がん> うつ状態 (17)、不安 (18)、現在の精神疾患の診断 (心的外傷後ストレス障害・パニック症・うつ病) (14)、低い自己効力感 (14)、がん診断前・後の精神保健サービス受療 (14)、痛み (18)、倦怠感 (17)、不良な身体状態 (14)、介護者が配偶者以外 (18)、被サポート感の欠如 (14)、ネガティブな宗教的コーピング (13)、低い信仰心 (14) <終末期> うつ状態 (6, 16, 19)、絶望感 (6, 16, 19)、乏しいソーシャルサポート (6, 16)、痛み (6, 10-12)、身体機能低下 (16)、食欲の欠如 (12)、不良な QOL (11)、悲しみ (12)、不良な実存的苦痛 (9)	<進行がん> うつ状態 (うつ病・適応障害) (7)、痛み (7) <終末期> 心理的苦痛 (不安、抑うつ) (5)、他者へ負担をかけることへの懸念 (5)
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危険性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

して有意に自殺の危険性が低かった (27)。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危険性が有意に低かった (標準化死亡比 男性 : 0.07、女性 : 0.03) ことが報告されている (28)。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、心理士が含まれており、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。

## 5. 進行がん患者の自殺対策一提言

本手引きでは以上の知見に加え、多職種の医療従事者、倫理学を含めた学際的領域のエキスパートによる意見も踏まえ、進行がん患者 (診断後一定の時期を経過した、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) の自殺対策に関して以下のことを提言する。

### <提言>

- ・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 ヶ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かを否定したり、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、「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。一方、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。
- ・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、安楽死や自殺補助をはじめとした人の「死ぬ権利」まで踏み込んだ議論が必要であると考えられる。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、安楽死や自殺補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. Suicide prevention among patients with cancer. *Gen Hosp Psychiatry* (in press)
2. Filiberti A, Ripamonti C, Totis A, Ventafridda V, De Conno F, Contiero P, et al. Characteristics of terminal cancer patients who committed suicide during a home palliative care program. *J Pain Symptom Manage* 2001;22(1):544-53.
3. Cheung G, Douwes G, Sundram F. Late-life suicide in terminal cancer: A rational act or underdiagnosed depression? *J Pain Symptom Manage* 2017;54(6):835-42.
4. Siegel K. Psychosocial aspects of rational suicide. *Am J Psychother* 1986;40(3):405-18.
5. Akechi T, Okuyama T, Sugawara Y, Nakano T, Shima Y, Uchitomi Y. Suicidality in terminally ill Japanese patients with cancer. *Cancer* 2004;100(1):183-91.
6. Chochinov HM, Wilson KG, Enns M, Mowchun N, Lander S, Levitt M, et al. Desire for death in the terminally ill. *Am J Psychiatry* 1995;152(8):1185-91.
7. Akechi T, Okamura H, Nishiwaki Y, Uchitomi Y. Predictive factors for suicidal ideation in patients with unresectable lung carcinoma. *Cancer* 2002;95(5):1085-93.
8. Morita T, Sakaguchi Y, Hirai K, Tsuneto S, Shima Y. Desire for death and requests to hasten death of Japanese terminally ill cancer patients receiving specialized inpatient palliative care. *J Pain Symptom Manage* 2004;27(1):44-52.
9. Wang YC, Lin CC. 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 Nurs* 2016;39(4):E43-50.
10. Mystakidou K, Parpa E, Katsouda E, Galanos A, Vlahos L. Pain and desire for hastened death in terminally ill cancer patients. *Cancer Nurs* 2005;28(4):318-24.

11. Mystakidou K, Parpa E, Katsouda E, Galanos A, Vlahos L. Influence of pain and quality of life on desire for hastened death in patients with advanced cancer. *Int J Palliat Nurs* 2004;10(10):476-83.
12. Mystakidou K, Parpa E, Katsouda E, Galanos A, Vlahos L. The role of physical and psychological symptoms in desire for death: a study of terminally ill cancer patients. *Psychooncology* 2006;15(4):355-60.
13. Trevino KM, Balboni M, Zollfrank A, Balboni T, Prigerson HG. Negative religious coping as a correlate of suicidal ideation in patients with advanced cancer. *Psychooncology* 2014;23(8):936-45.
14. Spencer RJ, Ray A, Pirl WF, Prigerson HG. Clinical correlates of suicidal thoughts in patients with advanced cancer. *Am J Geriatr Psychiatry* 2012;20(4):327-36.
15. Latha KS, Bhat SM. Suicidal behaviour among terminally ill cancer patients in India. *Indian journal of psychiatry* 2005;47(2):79-83.
16. Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H, Kaim M, Funesti-Esch J, Galiotta M, et al. Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. *JAMA* 2000;284(22):2907-11.
17. Cheng, HW, Chan, KY, Sham, MK and Li, CW. Symptom burden, depression, and suicidality in Chinese elderly patients suffering from advanced cancer. *J Palliat Med* 2014;17(1):10.
18. Park SA, Chung SH, Lee Y. Factors associated with suicide risk in advanced cancer patients: a cross-sectional study. *Asian Pac J Cancer Prev* 2016;17(11):4831-6.
19. Chochinov HM, Wilson KG, Enns M, Lander S. Depression, Hopelessness, and suicidal ideation in the terminally ill. *Psychosomatics* 1998;39(4):366-70.
20. Rodin G, Lo C, Mikulincer M, Donner A, Gagliese L, Zimmermann C. Pathways to distress: the multiple determinants of depression, hopelessness, and the desire for hastened death in metastatic cancer patients. *Soc Sci Med* 2009;68(3):562-9.
21. Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Recommended by the IASP Subcommittee on Taxonomy. *Pain* 1979;6(3):249.
22. Kugaya A, Akechi T, Nakano T, Okamura H, Shima Y, Uchitomi Y. Successful antidepressant treatment for five terminally ill cancer patients with major depression, suicidal ideation and a desire for death. *Support Care Cancer* 1999;7(6):432-6.
23. Rodriguez-Mayoral O, Perez-Esparza R, Dominguez-Ocadio G, Allende-Perez S. Ketamine as augmentation for the treatment of major depression and suicidal risk in advanced cancer: Case report. *Palliat Support Care* 2019:1-3.

24. Akechi T, Okamura H, Yamawaki S, Uchitomi Y. Why do some cancer patients with depression desire an early death and others do not? *Psychosomatics* 2001;42(2):141-5.
25. Coyle N, Sculco L. Expressed desire for hastened death in seven patients living with advanced cancer: a phenomenologic inquiry. *Oncol Nurs Forum* 2004;31(4):699-709.
26. Nissim R, Gagliese L, Rodin G. The desire for hastened death in individuals with advanced cancer: a longitudinal qualitative study. *Soc Sci Med* 2009;69(2):165-71.
27. Sullivan DR, Forsberg CW, Golden SE, Ganzini L, Dobscha SK, Slatore CG. Incidence of suicide and association with palliative care among patients with advanced lung cancer. *Ann Am Thorac Soc* 2018;15(11):1357-9.
28. Ripamonti C, Filiberti A, Totis A, De Conno F, Tamburini M. Suicide among patients with cancer cared for at home by palliative-care teams. *Lancet* 1999;354(9193):1877-8.

## 第5章 がんサバイバーの自殺対策

### 1. 本章で扱うがんサバイバーの時期の定義について

がんサバイバーシップとは、米国臨床腫瘍学会（ASCO）の定義では、“The process of living with, through, and beyond a cancer”、すなわち、がん診断後生きていくプロセス全体のことを意味する（1）。そして、米国がんサバイバーシップ連合（NCCS）では、がんサバイバーを広義に、「がんの診断を受けた人は、その瞬間から生涯にわたって、がんサバイバーである。家族、友人、ケアにあたる人々も、当人のサバイバーシップ体験から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（2）。

本章では、狭義のがんサバイバーシップ（3）、すなわち、家族、友人、ケアにあたる人々を除く、がんが治癒するか安定している時期のがん患者本人の自殺対策について述べる。

### 2. がんサバイバーの自殺関連行動に関する先行研究

がんサバイバーの自殺関連行動に関する先行研究を以下に列挙する。また表1に示す。なお、本項で扱う個々の調査におけるがんサバイバーの定義は異なり、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。

#### ・がん診断後の自殺の危険性の経時的変化（4）

米国における地域がん登録の1973-2002年のデータを利用した後ろ向きコホート研究である。3,594,750人のがん患者のうち5,838人が自殺で死亡し、一般人口と比較した自殺の標準化死亡比（SMR）は1.88（95%信頼区間（CI）=1.83-1.93）であった。がん診断後最初の5年以内がSMR 2.38（95%CI=2.30-2.46）と自殺の危険性が最も高いが、診断後5-10年のSMRは1.58（95%CI=1.47-1.69）、10-15年のSMRは1.43（95%CI=1.28-1.60）、15-30年のSMRは1.43（95%CI=1.24-1.64）とがん診断後5年後以降も自殺の危険性は一般人口と比較して有意に高い状態であった。

#### ・がん原発部位ごとの自殺の危険性の経時的変化（5）

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ある。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（95%CI=4.33-4.55）であった。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危険性を検討したところ、多くのがん原発部位では診断後 1 年以内の自殺の危険性が最も高く、診断より時間が経つとともに自殺の危険性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危険性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危険性は上昇していく傾向を認めた。

多くのがん原発部位では診断後 1 年以内の自殺の危険性が高いが、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危険性が依然として高い、もしくは、逆に自殺の危険性が高くなることについても注意が必要である。

#### ・がんサバイバーの自殺未遂の危険性およびリスク因子 (6)

2007-2013 年に実施された韓国の後ろ向きコホート研究である。調査対象者は、30-84 歳のがんサバイバー 1,285 人とがん非罹患群 33,772 人である。過去 12 ヶ月以内に自殺未遂を有した者の割合は、がんサバイバー群が 1.6%、がん非罹患群が 0.9%であり、がんサバイバーの自殺未遂の危険性はがん非罹患群と比較して高い傾向にあったが統計学的に有意な差はなかった(調整オッズ比 (aOR)=1.65 ; 95%CI=0.92-2.96)。また、45 歳以前にがんと診断されたサバイバーは、45-64 歳で診断されたサバイバーと比べて、自殺未遂の危険性が高かった (aOR=3.81 ; 95%CI=1.07-13.60)。

がんサバイバー、特に若年で診断された者に対する精神面の注意深い評価と適切な介入が重要であると考察されている。

#### ・胃がんサバイバーの希死・自殺念慮およびリスク因子 (7)

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ある。調査対象者は 2001-2002 年の間にステージ I~III の胃がんと診断され、術後 1 年以上無再発であったがんサバイバー 378 人であり、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。

#### ・前立腺がんサバイバーの希死・自殺念慮およびリスク因子 (8)

診断後 3-8 年経過した 693 人の前立腺がんサバイバーを対象とした質問紙調査である。過去 1 週間以内、12 ヶ月以内の各々の希死・自殺念慮を調査したところ、12.4%が希死・自殺念慮を報告し、1.4%が重篤な希死・自殺念慮を報告した。希死・自殺念慮は雇用状態(障害者)、不良な身体的および精神的機能、EPIC-26(前立腺がん治療と関連した症状の評価尺度)で評価した泌尿器機能・腸管機能・性機能・ホルモン機能、中等度以上の痛みの頻度、うつ状態と有意に

関連していた。雇用状態（障害者）、痛み、EPIC-26（ホルモン機能）、精神的機能はうつ状態の調整後も希死・自殺念慮と有意に関連していた。

・がんサバイバーの自殺の危険性：頭頸部がんと他のがん原発部位との比較  
(9)

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ある。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。頭頸部がんサバイバーの自殺の危険性は、他のがん原発部位のサバイバーと比較し1.97倍(95%CI=1.77-2.19)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危険性が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危険性が最も高かった。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危険性が高く、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危険性が高かった。

・乳がんサバイバーとメンタルヘルスとの関連 (10)

がん既往のない女性と比較した乳がんサバイバー（上皮内がんを含む乳がんと診断されて1年以上経過した者）における有害なメンタルヘルス事象に関する系統的レビューである。60の適格論文が抽出された。乳がんサバイバーは不安、うつ状態、神経認知機能障害、性機能障害のリスクが高いことが多くの先行研究で報告されており、自殺については2つの先行研究で乳がん診断後1年以降の自殺の危険性が検討されており、Fangらの調査(11)ではリスク比1.60(95%CI=1.21-2.12)、Schairerらの調査(12)ではSMR 1.37(95%CI=1.28-1.47)と有意に自殺の危険性が高いことが報告されていた。

以下は、小児期・思春期・若年成人期に診断されたがんサバイバーに関する先行研究である。

・小児期・思春期・若年成人期診断のがんサバイバーの自殺、自殺以外の外因死の危険性およびリスク因子 (13)

ノルウェーの1965-1985年の全国コホートを利用した後ろ向きコホート研究である。25歳以前にがんと診断されたサバイバー5,440人を含む1,218,013人を2008年まで追跡した。がんサバイバー群で24人が自殺、14人が自殺以外の外因死で死亡した。がんサバイバー群における自殺の危険性はがん非罹患群と比較して有意に高く(ハザード比(HR)=2.5; 95%CI=1.7-3.8)、小児期

(0-14 歳) にがんと診断されたサバイバー (HR=2.3 ; 95% CI=1.2-4.6) 、思春期・若年成人期 (15-24 歳) にがんと診断されたサバイバー (HR=2.6 ; 95% CI=1.5-4.2) のいずれも有意に自殺の危険性が高かった。骨・軟部組織肉腫、中枢神経系腫瘍および精巣がんのサバイバーは特に自殺の危険性が高かった。自殺以外の外因死の危険性はがんサバイバー群とがん非罹患群で有意な差を認めなかった。

小児期・思春期・若年成人期に診断されたがんサバイバーに対して自殺対策を含む十分なフォローアップ体制を確立する必要があると考察されている。

#### ・小児がんサバイバーの自殺の危険性 (14)

スロベニアの小児がんサバイバーにおける自殺の危険性を一般人口の対照群と比較した後ろ向き研究である。1978-2008 年にスロベニアのがん登録に登録された小児がんサバイバーを 1978-2010 年まで追跡した。1,647 人の小児がんサバイバーのうち、3 人が自殺で死亡した。小児がんサバイバー群と対照群との間で自殺率に統計的有意差がないことが示された。

#### ・小児がんサバイバーの自殺、危険行動の危険性およびリスク因子 (15)

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用いた後ろ向きコホート研究である。1971-2009 年に 20 歳未満でがんと診断された小児がんサバイバー 29,285 人を 146,282 人の一般人口の対照群と比較した。小児がんサバイバーのうち、自殺で 53 人、自殺を含む危険行動 (自殺、事故、アルコール・薬物乱用に関連した疾患、暴行等による死亡) で 163 人が死亡した。小児がん患者サバイバーは一般人口と比較して、自殺の危険性が有意に高かった (RR=1.37 ; 95%CI=1.02-1.83) 。中でも、がんと診断された年齢が 15-19 歳であった者 (RR=1.61 ; 95%CI=1.09-2.39) が自殺の危険性が高かった。また、小児がん患者サバイバーは一般人口と比較して、危険行動によって死亡する危険性が有意に高かった (リスク比 (RR) =1.25 ; 95%CI=1.06-1.47) 。中でも中枢神経腫瘍、がんと診断された年齢が 5-9 歳または 15-19 歳であった者が、危険行動で死亡する危険性が有意に高かった。

小児がんサバイバーに対して、心理社会的なスクリーニングおよび支援を長期にわたって行うことが重要であると考察されている。

#### ・小児がん成人サバイバーの希死・自殺念慮の危険性およびリスク因子 (16)

北米の Childhood Cancer Survivor Study のコホートを用いた後ろ向きコホート研究である。9,126 人の小児がんの成人サバイバー (1970-1986 年に 21 歳未満でがんと診断され、診断後 5 年以上経過している者) と 2,968 人の同胞に

における基準時点での希死・自殺念慮の危険性を比較した。希死・自殺念慮を報告した小児がんサバイバーは 7.8%、同胞群は 4.6%であり、小児がんサバイバー群で有意に希死・自殺念慮の危険性が高かった (OR=1.79 ; 95% CI=1.4-2.4)。原発の中枢神経腫瘍の診断、うつ状態、がん治療と関連する慢性的状態、痛み、不良な身体的健康状態は希死・自殺念慮と有意に関連していた。現在の不良な身体的健康状態は、原疾患とうつ状態を調整した後も希死・自殺念慮と有意に関連していた。

・小児がん成人サバイバーの希死・自殺念慮の危険性およびリスク因子、その後の自殺の危険性 (17)

北米の Childhood Cancer Survivor Study のコホートを用いた後ろ向きコホート研究である。9,182 人の小児がんの成人サバイバー (1970-1986 年に 21 歳未満で診断され、診断後 5 年以上経過している者) と 3,082 人の同胞における希死・自殺念慮について、基準時点 (1992 年以降)、2003 年、2007 年に横断調査した。基準時点では希死・自殺念慮の報告がなかった対象者のうち、がんサバイバー群の 7.95%、同胞群の 4.34%がその後の調査で希死・自殺念慮を報告しており、小児がんサバイバー群で基準時点ではなかった希死・自殺念慮が出現する危険性が有意に高く (OR=1.9 ; 95%CI=1.5-2.5)、また、再発性の希死・自殺念慮 (3 回の調査のうち、2 回以上で希死・自殺念慮を有している) の危険性が高かった (OR=2.6 ; 95%CI=1.8-3.8)。小児がんサバイバー群では不良な身体的健康状態が遅発性・再発性の希死・自殺念慮の危険性増加と有意に関連していた。また、小児がんサバイバー群のうち希死・自殺念慮を有していた者は希死・自殺念慮を認めなかった者と比較して、自殺による死亡の危険性は統計的な有意差は認めなかったが (HR=3.49 ; 95%CI=0.90-13.5)、全死亡発生率 (HR=1.3 ; 95%CI=1.03-1.6) および外因死の発生率 (HR=2.4 ; 95%CI=1.4-4.1) が高かった。

特に身体的健康状態が不良な小児がんサバイバーに対して、定期的な精神心理的苦痛の評価を行うことが重要であると考察されている。

・小児がん成人サバイバーの希死・自殺念慮の危険性 (18)

ドイツの小児がん登録のデータを用いた後ろ向きコホート研究である。1980-1990 年に 0-15 歳でがんを診断され 5 年以上経過した小児がんの成人サバイバー 951 人の精神症状の有病率を 14-95 歳の一般人口の世帯調査の結果と比較した。小児がん成人サバイバー群は一般人口と比較して有意に希死・自殺念慮の危険性が高く (OR=2.22 ; 95%CI=1.38-3.57)、身体的苦痛、全般的不安、うつ状態、パニック症などの危険性も高かった。

#### ・小児脳腫瘍サバイバーの精神症状の系統的レビュー (19)

小児期の脳腫瘍サバイバーの長期的な精神症状を報告した先行研究の系統的レビューである。17の適格論文が抽出された。Recklitisらの報告(16)を含む3つの先行研究で小児脳腫瘍サバイバーの希死・自殺念慮が検討されており、10.9%に希死・自殺念慮を認めた。手術のみを受けた患者または治療を全く受けていない患者で特に自殺の危険性が高いことを報告した調査が存在する。

### 3. がんサバイバーの自殺関連行動—背景要因

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危険性やリスク因子、がんサバイバーの時期に自殺の危険性の高いがん原発部位などは明らかになっていない。

海外の調査では、成人期に診断されたがんサバイバーおよび小児期・思春期・若年成人期に診断されたがんサバイバーが自殺や希死・自殺念慮の危険性が高いことが前述のように報告されている(4, 5, 10, 13, 15-17)。がんサバイバーの自殺関連行動の危険性の有意な上昇が示されていない調査も少数あるが(6, 14)、自殺等が発生頻度の低い事象であることなどが影響した可能性がある。

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を表2に示す。成人期に診断されたがんサバイバーにおいて、自殺のリスク因子として男性、高齢、未婚・離婚、診断時に遠隔転移を有すること(9)、希死・自殺念慮のリスク因子としてうつ状態(8)、痛み(8)、雇用状態(8)、不良な身体的健康状態(7, 8)、自殺未遂のリスク因子としてがん診断時に若年であること(6)などが報告されているが、ごく少数の調査における報告であり、知見は非常に限られている。小児期・思春期・若年成人期に診断されたがんサバイバーにおいても、希死・自殺念慮のリスク因子としてうつ状態、痛み、不良な身体的健康状態などが少数の調査で報告されている(16, 17)。

がん原発部位ごとの検討では、成人期に診断された頭頸部がん、前立腺がん、精巣がん、小児期・思春期・若年成人期に診断された中枢神経腫瘍のサバイバーは自殺や希死・自殺念慮の危険性が特に高いことが報告されている(6, 14)。頭頸部がんサバイバーでは治療に伴う発声・嚥下などの機能低下・喪失や外見の変化が自殺の危険性に関連している可能性が考察されており(9)、前立腺がんサバイバーではうつ状態や痛み、雇用状態、前立腺がんの治療に関連した症状などが希死・自殺念慮のリスク因子として報告されている(8)。

また、多くのがん原発部位においては時間経過とともに自殺の危険性が低くなっていくが、ホジキンリンパ腫においては時間が経っても自殺の危険性は低下せず、精巣がんにおいては自殺の危険性が逆に高まっていくことが報告されており、この原因として妊孕性の問題などのがん治療に伴う合併症が自殺に影響している可能性があると考えられている (5)。

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	<成人期診断のがんサバイバー> 男性 (9)、高齢 (9)、未婚・離婚 (9)、診断時に遠隔転移あり (9)、頭頸部がん (9)、膀胱がん (男性) (9)、精巣がん (5)、ホジキンリンパ腫 (5)、前立腺がん (4) <小児期・思春期・若年成人期診断のがんサバイバー> 中枢神経腫瘍 (13)、骨軟部組織腫瘍 (13)、精巣がん (13)、がん診断時年齢が 15-19 歳 (15)	—
希死・自殺念慮	<成人期診断のがんサバイバー> うつ状態 (8)、痛み (8)、雇用状態 (8)、不良な身体的・精神的健康状態 (8)、実存的苦痛 (7)、身体症状 (7, 8) <小児期・思春期・若年成人期診断のがんサバイバー> うつ状態 (16)、痛み (16)、不良な身体的健康状態 (16, 17)	—
自殺未遂	<成人期診断のがんサバイバー> がん診断時年齢が 45 歳以下 (6)	—

#### 4. がんサバイバーの自殺対策に関連する先行知見

がんサバイバーの自殺予防を目的として実施された介入研究はない (20)。

希死・自殺念慮は将来の自殺の予測因子になるという十分なエビデンスはないものの (21)、実際の臨床においては、自殺の危険性を評価する項目の一つとして希死・自殺念慮が重視されており (22)、がんサバイバーにおいても希死・自殺念慮を認めた場合には背景に存在する苦痛や、社会的要因を評価し適切な介入を行う必要があると考えられる。

一般的に、自殺で死亡した者の9割以上が精神疾患を有していることが知られている(23)。その精神疾患は、うつ病に限らず、多岐にわたっている

(24)。自殺のリスク因子は精神疾患ごとに異なり(25)、自殺の背景にある幅広い心理社会的要因を踏まえると、単一の対策ではなく複合的な対策が重要であることが一般の自殺対策において示唆されており(26-28)、がんサバイバーの自殺対策においても、精神症状や身体症状がある場合にはそれに応じたケアや薬物療法、精神療法を行うことや、社会資源の導入を含めた社会的要因への支援、日頃からの医療従事者に対する自殺予防教育等の複合的な対策が重要であると考えられる。

## 5. がんサバイバーの自殺対策—提言

前述の通り、わが国におけるがんサバイバーの自殺の実態やリスク因子は明らかになっていない。また、がんサバイバーを含め、がん患者の自殺予防に関する介入研究は数が少なく、がん患者の自殺予防を目的とした介入法はまだ開発されていない(20)。そのため、本項では十分なエビデンスはないものの、前述の知見や一般的に知られている自殺対策、多職種 of 医療従事者を含めた学際的領域のエキスパートによる意見も踏まえ、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自殺対策について以下のことを提言する。

### <提言>

- ・医療従事者は、がんサバイバーは一般人口と比較して、自殺の危険性が高い可能性があることを念頭に置き、長期にわたり、がんサバイバーの心理社会的な評価を行っていくことが重要であると考えられる。
- ・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と考えられる。
- ・医療従事者は海外の先行研究で報告されているがんサバイバーの自殺関連行動のリスク因子について把握し、うつ状態や痛み、不良な身体的健康状態などが存在する場合に特に自殺の危険性が高まりうることに注意する必要がある。
- ・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と考えられる。
- ・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と考えられる。

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	調査の行 われた国	論文 出版年	がん原発部 位等	対象	主な結果
Misono ら(4)	米国	2008	全がん	年齢指定なし	がん診断後 5 年以内が最も自殺の危険性が高いが、がん診断後 5-10 年、10-15 年、15-30 年経過しても自殺の危険性は一般人口と比較して有意に高かった。
Zaorsky ら(5)	米国	2019	全がん	年齢指定なし	多くのがん原発部位では診断より時間が経つとともに自殺の危険性は低減するが、ホジキンリンパ腫では時間が経っても自殺の危険性は低下せず、精巣がんでは自殺の危険性が上昇する傾向にあった。
Choi ら(6)	韓国	2017	全がん	成人 (30-84 歳)	がんサバイバー群の自殺未遂の危険性はがん非罹患群と有意な差がなかった。45 歳以前にがんと診断されたサバイバーは、45-64 歳で診断されたサバイバーと比べて、自殺未遂の危険性が高かった。
Choi ら(7)	韓国	2014	胃がん	年齢指定なし	胃がんサバイバーの 34.7%に希死・自殺念慮を認めた。胃がんサバイバーにおける希死・自殺念慮は、下痢、脱毛、倦怠感、実存的苦痛などの不良な健康関連 QOL と関連していた。
Reckliti ら (8)	米国	2014	前立腺がん	年齢指定なし	前立腺がんサバイバーの 12.4%に希死・自殺念慮を認めた。痛みやホルモン機能、雇用状態、精神的機能はうつ状態と独立して希死・自殺念慮と有意に関連していた。
Osazuwa- Peters ら(9)	米国	2018	全がん	成人 (20 歳以上)	頭頸部がんサバイバーは、他のがん原発部位のサバイバーと比較して自殺の危険性が高かった。男性では膀胱がんサバイバーは頭頸部がんサバイバーよりも自殺の危険性が高かった。全がんのサバイバーを対象とした検討では、男性、高齢 (特に 70 歳以上)、未婚・離婚、診断時に遠隔転移を有する群でより自殺の危険性が高かった。
Carreira ら (10)	(レビュー 一論文)	2018	乳がん	年齢指定なし	乳がんサバイバーはがん既往のない女性と比べて、不安、うつ状態、神経認知機能障害、性機能障害、自殺といった有害なメンタルヘルス事象の危



					険性が高いことが報告されていた。
Gunnes (13)	ら ノルウェー	2017	全がん	25歳以前にがん と診断された者	14歳以下で診断されたがんサバイバーおよび15-24歳で診断されたがんサバイバーは、自殺の危険性ががん非罹患群と比較して有意に高かった。骨・軟部組織肉腫、中枢神経系腫瘍、精巣がんのサバイバーは特に自殺の危険性が高かった。
Cižek Sajko ら(14)	スロベニア	2012	全がん	小児期にがん と診断された者	小児がんサバイバーは一般人口と比較して、自殺の危険性に統計的な有意差はなかった。
Korhonen (15)	ら デンマーク、 フィンランド、 スウェーデン	2019	全がん	20歳未満でがん と診断された者	小児がんサバイバーは一般人口と比較して、自殺や自殺を含む危険行動(自殺、事故、アルコール・薬物乱用に関連した疾患、暴行等)で亡くなる危険性が高かった。
Recklitis (16)	ら 米国	2009	全がん	21歳未満でがん と診断され、診断 後5年以上経過し た成人	小児がんの成人サバイバーは同胞と比較して、希死・自殺念慮を有する危険性が有意に高かった。希死・自殺念慮はうつ状態や痛み、不良な身体的健康状態、中枢神経腫瘍の診断等と関連していた。
Brinkman (17)	ら 米国	2014	全がん	21歳以下でがん と診断され、診断 後5年以上経過し た成人	小児がんの成人サバイバーは同胞と比較して、遅発性や再発性の希死・自殺念慮を報告する危険性が有意に高かった。サバイバーの希死・自殺念慮は不良な身体的健康状態と関連していた。希死・自殺念慮を報告したサバイバーはその後の全死亡、外因死の発生率が高かったが、自殺の発生率との有意な関連は示されなかった。
Burghardt ら(18)	ドイツ	2019	全がん	0-15歳でがん と診断され5年 以上経過した成人	小児がん成人サバイバーは一般人口と比較して有意に希死・自殺念慮の危険性が高く、身体的苦痛、全般的不安、うつ状態、パニック症などの危険性も高かった。
Shah ら(19)	(レビュー 論文)	2013	脳腫瘍	小児期にがん と診断された者	小児脳腫瘍サバイバーの10.9%に希死・自殺念慮を認めた。

## 引用文献

1. ASCO. ASCO Answers: Cancer Survivorship. 2017. ([https://www.cancer.net/sites/cancer.net/files/cancer\\_survivorship.pdf](https://www.cancer.net/sites/cancer.net/files/cancer_survivorship.pdf))
2. NCCS. Defining cancer survivorship: living with, through, and beyond a cancer diagnosis. 2014. (<https://www.canceradvocacy.org/news/defining-cancer-survivorship/>)
3. Matsuoka YJ, Okubo R, Shimizu Y, Tsuji K, Narisawa T, Sasaki J, et al. Developing the structure of Japan's cancer survivorship guidelines using an expert panel and modified Delphi method. *J Cancer Surviv* (in press)
4. Misono S, Weiss NS, Fann JR, Redman M, Yueh B. Incidence of suicide in persons with cancer. *J Clin Oncol* 2008;26(29):4731-8
5. Zaorsky NG, Zhang Y, Tuanquin L, Bluethmann SM, Park HS, Chinchilli VM. Suicide among cancer patients. *Nat Commun* 2019;10(1):207.
6. Choi J, Lee M, Ki M, Lee JY, Song YJ, Kim M, et al. Risk factors for feelings of sadness and suicide attempts among cancer survivors in South Korea: findings from nationwide cross-sectional study (KNHANES IV-VI). *BMJ Open* 2017;7(12):e016130.
7. Choi YN, Kim YA, Yun YH, Kim S, Bae JM, Kim YW, et al. Suicide ideation in stomach cancer survivors and possible risk factors. *Support Care Cancer* 2014;22(2): 331-7.
8. Recklitis CJ, Zhou ES, Zwemer EK, Hu JC, Kantoff PW. Suicidal ideation in prostate cancer survivors: understanding the role of physical and psychological health outcomes. *Cancer* 2014;120(21):3393-400.
9. Osazuwa-Peters N, Simpson MC, Zhao L, Boakye EA, Olomukoro SI, Deshields T, et al. Suicide risk among cancer survivors: Head and neck versus other cancers. *Cancer* 2018;124(20):4072-9.
10. Carreira H, Williams R, Müller M, Harewood R, Stanway S, Bhaskaran K. Associations between breast cancer survivorship and adverse mental health outcomes: A systematic review. *J Natl Cancer Inst* 2018;110(12):1311-27.
11. Fang F, Fall K, Mittleman MA, Sparén P, Ye W, Adami HO, et al. Suicide and cardiovascular death after a cancer diagnosis. *N Engl J Med* 2012;366(14):1310-8.
12. Schairer C, Brown LM, Chen BE, Howard R, Lynch CF, Hall P, et al. Suicide after breast cancer: an international population-based study of 723,810 women. *J Natl Cancer Inst* 2006;98(19):1416-9.

13. Gunnes MW, Lie RT, Bjørge T, Ghaderi S, Syse A, Ruud E, et al. Suicide and violent deaths in survivors of cancer in childhood, adolescence and young adulthood-A national cohort study. *Int J Cancer* 2017;140(3):575-80.
14. Čížek Sajko M, Čížek N, Jareb B. Suicide among childhood cancer survivors in Slovenia. *Acta Med Acad* 2012;41(2):154-60.
15. Korhonen LM, Taskinen M, Rantanen M, Erdmann F, Winther JF, Bautz A, et al. Suicides and deaths linked to risky health behavior in childhood cancer patients: A Nordic population-based register study. *Cancer* 2019;125(20):3631-8.
16. Recklitis CJ, Diller LR, Li X, Najita J, Robison LL, Zeltzer L. Suicide ideation in adult survivors of childhood cancer: a report from the Childhood Cancer Survivor Study. *J Clin Oncol* 2010;28(4):655-61.
17. Brinkman TM, Zhang N, Recklitis CJ, Kimberg C, Zeltzer LK, Muriel AC, et al. Suicide ideation and associated mortality in adult survivors of childhood cancer. *Cancer* 2014;120(2):271-7.
18. Burghardt J, Klein E, Brähler E, Ernst M, Schneider A, Eckerle S, et al. Prevalence of mental distress among adult survivors of childhood cancer in Germany- Compared to the general population. *Cancer Med* 2019;8(4):1865-74.
19. Shah SS, Dellarole A, Peterson EC, Bregy A, Komotar R, Harvey PD, et al. Long-term psychiatric outcomes in pediatric brain tumor survivors. *Childs Nerv Syst* 2015;31(5):653-63.
20. Kawashima Y, Yonemoto N, Inagaki M, Inoue K, Kawanishi C, Yamada M. Interventions to prevent suicidal behavior and ideation for patients with cancer: A systematic review. *Gen Hosp Psychiatry* 2019;60:98-110.
21. McHugh CM, Corderoy A, Ryan CJ, Hickie IB, Large MM. Association between suicidal ideation and suicide: meta-analyses of odds ratios, sensitivity, specificity and positive predictive value. *BJPsych Open* 2019;5(2):e18.
22. 日本精神神経学会 精神保健に関する委員会. 日常臨床における自殺予防の手引き. *精神神経学雑誌* 2013 ; 115(3) : 付録.
23. Bertolote J, Fleischmann A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World psychiatry* 2002;1(3):181-5.
24. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry* 1997;170:205-28.
25. Too LS, Spittal MJ, Bugeja L, Reifels L, Butterworth P, Pirkis J. The association between mental disorders and suicide: A systematic review and meta-analysis of record linkage studies. *J Affect Disord* 2019;259:302-13.

26. Kawanishi C, Aruga T, Ishizuka N, Yonemoto N, Otsuka K, Kamijo Y, et al. 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. *Lancet Psychiatry* 2014;1(3):193-201.
27. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry* 2016; 3(7):646-59.
28. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA* 2005;294(16):2064-74.

## 第6章 がん診療における自殺の倫理的側面

「自殺は、人が自ら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 (1)、自殺の背景には、精神保健上の問題や様々な社会学的要因が存在することが知られている (1, 2)。

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 (3)。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 (4)、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 (5)。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危険性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 (6)。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、他者による当該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がん患者が命を絶つまでに追い込まれる状況を回避するための対策を講じることで、積極的に自殺を予防す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。生命への尊厳は、診療現場においては重要な価値観の一つであるのは言うまでもない。そのため、診療現場における患者を自殺に追い込む困難な状態を放置することは、診療現場における重要な価値を脅かすこととなる。それを防ぐためにも、医療従事者にはがん診療における自殺を

予防する倫理的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 (7)。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す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通りである。がん患者の自殺の危険性が高く、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を予防す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」に発生する全ての自殺に対して予防する倫理的責務があると考えられる。

#### 引用文献

1. 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～
2. World Health Organization, Preventing Suicide: a global imperative. 2014.
3. Bertolote JM, Fleischmann A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World Psychiatry* 2002;1(3):181-5.
4. Henriksson MM, Isometsa ET, Hietanen PS, Aro HM, Lonnqvist JK. Mental disorders in cancer suicides. *J Affect Disord* 1995;36(1-2):11-20.
5. Aboumradi M, Shiner B, Riblet N, Mills PD, Watts BV. Factors contributing to cancer-related suicide: A study of root-cause analysis reports. *Psychooncology* 2018;27(9):2237-44.
6. Fang F, Fall K, Mittleman MA, Sparén P, Ye W, Adami HO, et al. Suicide and cardiovascular death after a cancer diagnosis. *N Engl J Med* 2012;366(14):1310-8.
7. Fujimori M, Hikiji W, Tanifuji T, Suzuki H, Takeshima T, Matsumoto T, et al. Characteristics of cancer patients who died by suicide in the Tokyo metropolitan area. *Jpn J Clin Oncol* 2017;47(5):458-562.

## 第7章 今後の課題

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する。

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。

また、自殺対策の事前対応、危機介入、事後対応の3段階の分類のうち、今回の手引きではがん医療における自殺の危機介入についての詳細や事後対応については対応しなかった。がん医療に限らない一般的な自殺の危機介入や事後対応については、「精神科救急医療ガイドライン 2015年版 第5章 自殺未遂者対応」や「日常臨床における自殺予防の手引き」を参照されたい(1,2)。また、今回の手引きではがん患者の家族の自殺関連行動の問題についても対応しなかった。しかし、がんによる死別を含め死別を経験した家族は自殺の高リスク群であるとの報告(3,4)や自死遺族は自殺の危険性や精神的・身体的健康問題の危険性が高いことが報告されており(5-7)、がん患者の家族・遺族、自死遺族の精神的・身体的・社会的問題や希死・自殺念慮、自殺の危険性も明らかにし、適切な支援体制を検討する必要がある。自死遺族等に対する一般的な総合的支援については「自死遺族等を支えるために～総合的支援の手引き」(8)を参照されたい。自死遺族等に対する支援を行う際は、表2に記載の内容を中心として自死遺族等の気持ちを踏まえた対応を行うことが大切であり(8,9)、現実的な対応に追われることも想定される場合には、前述の総合的支援の手引き(8)を参考に社会的手続き等に関する情報提供等を行うことも重要である(2,8)。そして、自殺事例に関わった医療従事者も強い心理的負担を抱えるため、適切なケア・支援が行われる体制を各医療機関で構築する必要がある。

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背景要因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>・がん患者の自殺の事前予防の有効性について検討すること</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明らかにすること</li> <li>・がん患者の自殺の危機介入の方法の詳細について検討し、その有効性について検討すること</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>・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> </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、多発時期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>



表 2. 自死遺族等に接するときの態度（文献 8, 9 より引用）

自死遺族等支援では、遺族等のニーズに一致しない対応や無理に聞き出そうとするようなことは、二次的な傷つきとなる可能性もあるため、慎重な対応が求められます。以下の点に留意して対応することが望ましいです

- ・遺族の心理や反応を十分理解した上で対応する。
- ・静かでプライバシーが守られ、感情表出が出来るよう配慮された場で対応する。
- ・受容と共感をもった傾聴（話しをよく聞き、相手の気持ちをしっかり受け止める）と穏やかな対応。また相談対応に必要な十分な時間をとる。
- ・判断を交えない態度（遺族の考えに解釈や判断をせずに「私が何をすればあなたの役に立つのでしょうか？」と問いかける姿勢）に徹する。
- ・遺族自らが望む支援を行う（遺族の主体性を尊重する）。
- ・遺族にただ寄り添う（まず共にいる）。
- ・混乱している遺族の問題を整理しながら、ニーズを明確にする。
- ・メンタルヘルスの問題だけに注目しがちであるが、経済、教育、裁判、偏見、信仰など、具体的な問題に気を付けて話を聞く。
- ・「困ったことがあったらいつでも相談してください」という支援の表明と約束。

また、してはいけない対応として以下のようなものがあります。

- ・「頑張っ」などの励ましや、「どうしてくい止められなかったの」などの原因追及
- ・安易な慰め
- ・遺族であることを探ろうとしたり、詳細を無理に聞き出そうとすること（二次的な傷つきになる恐れがあるので慎むべきである）
- ・「こうすべきである」というような一方的な考えや意見の押し付け
- ・遺族が皆、精神的ケアが必要であると決めつけた対応
- ・無理に感情を吐き出させようとする働きかけ
- ・遺族皆同じだという言動や対応

#### 引用文献

1. 日本精神科救急学会. 精神科救急医療ガイドライン 2015 年版. 東京:へるす出版;2016. p.136-p.184.
2. 日本精神神経学会 精神保健に関する委員会. 日常臨床における自殺予防の手引き. 精神神経学雑誌 2013 ; 115(3) : 付録.

3. Molina N, Viola M, Rogers M, Ouyang D, Gang J, Derry H, et al. Suicidal ideation in bereavement: A systematic review. *Behav Sci (Basel)* 2019;9(5):E53.
4. Mogensen H, Möller J, Hultin H, Mittendorfer-Rutz. Death of a close relative and the risk of suicide in Sweden—A large scale register-based case-crossover study. *PLoS One* 2016;11(10):e0164274.
5. Erlangsen A, Runeson B, Bolton JM, Wilcox HC, Forman JL, Krogh J, et al. Association between spousal suicide and mental, physical, and social health outcomes: a longitudinal and nationwide register-based study. *JAMA Psychiatry* 2017;74(5):456-64.
6. Spillane A, Larkin C, Corcoran P, Matvienko-Sikar K, Riordan F, Arensman E. 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* 2017;17(1):939.
7. Pitman A, Osborn D, King M, Erlangsen A. Effects of suicide bereavement on mental health and suicide risk. *Lancet Psychiatry* 2014;1(1):86-94
8. 自殺総合対策推進センター編. 自死遺族等を支えるために～総合的支援の手引. 2018. (<https://jssc.ncnp.go.jp/file/pdf/20181130-guidelines.pdf>)
9. 平成 20 年度厚生労働科学研究費補助金 こころの健康科学研究事業 自殺未遂者および自殺者遺族等へのケアに関する研究. 「自死遺族を支えるために～相談担当者のための指針～」. p.8, p.9

## 執筆者・外部評価者一覧

### 編集委員長

内富 庸介 国立がん研究センター中央病院 支持療法開発センター

### 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・行動医学分野  
井上 佳祐 横浜市立大学精神医学教室  
国立がん研究センター 社会と健康研究センター 健康支援研究部  
川島 義高 明治大学 文学部 心理社会学科 臨床心理学専攻  
国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 精神薬理研究部  
瀧本 禎之 東京大学大学院医学系研究科 医療倫理学  
東京大学医学部附属病院 心療内科／患者相談・臨床倫理センター  
野口 普子 武蔵野大学大学院 通信教育部人間社会研究科 人間学専攻  
国立がん研究センター 社会と健康研究センター 健康支援研究部  
原島 沙季 国立がん研究センター 社会と健康研究センター 健康支援研究部  
東京大学大学院医学系研究科 ストレス防御・心身医学  
藤森 麻衣子 国立がん研究センター 社会と健康研究センター 健康支援研究部  
松岡 豊 国立がん研究センター 社会と健康研究センター 健康支援研究部

### 外部評価者

稲垣 正俊 島根大学医学部 精神医学講座 (日本サイコオンコロジー学会)  
大谷 弘行 独立行政法人国立病院機構 九州がんセンター 緩和治療科 (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)  
小川 朝生 国立がん研究センター東病院 精神腫瘍科 (日本臨床腫瘍学会)  
唐澤 久美子 東京女子医科大学 放射線腫瘍学講座 (日本がんサポーターケア学会)  
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)  
小山 敦子 近畿大学医学部 内科学教室 心療内科部門 (日本心身医学会／日本心療内科学会)  
木津喜 雅 自殺総合対策推進センター  
桜井 なおみ 一般社団法人 全国がん患者団体連合会 理事  
佐藤 雅俊 東京大学 名誉教授  
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 帝京大学医学部附属溝口病院 精神神経科 (日本自殺予防学会)  
富田 尚裕 兵庫医科大学 外科学講座 下部消化管外科 (日本癌治療学会)  
福田 晶子 三重県厚生農業協同組合連合会 鈴鹿厚生病院 (日本精神科看護協会)  
朴 成和 国立がん研究センター中央病院 消化管内科 (日本癌学会)  
松村 由美 京都大学医学部附属病院 医療安全管理部 (日本医療安全学会)  
山田 陽介 東京都保健医療公社 豊島病院 緩和ケア内科 (日本臨床倫理学会)  
渡邊 眞理 横浜市立大学 医学部看護学科 (日本がん看護学会)

(五十音順、敬称略)

(2020年3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4年分（2016年1月以降2019年12月末まで）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>

- ・2016年以降2019年12月末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。
- ・2016年以降2019年12月末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	
編集委員長  内富 庸介 (国立がん研究センター 中央病院)	該当なし	日本サイコオンコロジー 学会理事・副代表理事、日 本緩和医療学会理事、日本 がんサポーターケア学 会理事、日本がん支持療法 研究グループ（J- SUPPORT）代表	日本がんサポーターケア学会ガイ ドライン（委員長）、日本サイコオン コロジー学会せん妄ガイドライン（統 括）、日本サイコオンコロジー学会コ ミュニケーションガイドライン（統 括）、日本サイコオンコロジー学会気 持ちのつらさガイドライン（統括）、国 立がん研究センターがんサバイバー シップガイドライン（委員）	統括
執筆者  明智 龍男 (名古屋市立大学大学院)	開示項目④ 2016年：ファ	日本サイコオンコロジー 学会理事・副代表理事、日	日本癌治療学会制吐剤適正使用ガイ ドライン（改訂 WPG 委員）、日本緩和	第4章

	イザー 2017年：Meiji Seika ファルマ 開示項目⑨ 医学書院「精神 医学」編集委員	本がん支持療法研究グループ (J-SUPPORT) 執行委員会委員	医療学会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 (改訂 WPG 委員)	
井上 佳祐 (横浜市立大学) (国立がん研究センター)	該当なし	—	—	第5章
川島 義高 (明治大学) (国立精神・神経医療研究センター)	該当なし	—	—	第5章
瀧本 禎之 (東京大学大学院) (東京大学医学部附属病院)	該当なし	日本サイコオンコロジー学会理事, 日本医療安全学会理事, 日本生命倫理学会理事, 日本行動医学会理事	—	第6章
野口 普子 (武蔵野大学大学院) (国立がん研究センター)	該当なし	—	—	第5章
原島 沙季 (国立がん研究センター) (東京大学大学院)	該当なし	—	日本サイコオンコロジー学会せん妄ガイドライン (改訂 WPG 員), 日本緩和医療学会緩和ケアチーム活動の手引き追補版 (WG 員)	第1章 第2章 第3章 第7章
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, 日本がん支持療法研究グループ (J-SUPPORT) 執行委員会委員	日本サイコオンコロジー学会コミュニケーションガイドライン (副委員長), 日本サイコオンコロジー学会気持のつらさガイドライン (副委員長), 日本膵臓学会膵癌診療ガイドライン (改訂 WPG 員)	第1章 第2章 第3章 第7章
松岡 豊 (国立がん研究センター)	開示項目⑦ 2017年：森永 乳業	日本脂質栄養学会理事, 日本がん支持療法研究グループ (J-SUPPORT) 執行委員会委員, International Society for Nutritional Psychiatry Research, Vice President	日本サイコオンコロジー学会気持のつらさガイドライン (副委員長), 国立がん研究センターがんサバイバレッジガイドライン (委員長)	第5章