

がん医療における自殺対策のための提言

Ver. 1.0

令和3年3月31日

令和2年度厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
WHOの自殺予防戦略に基づくがん患者自殺予防プログラムの開発
（H30-がん政策-一般-005）

目次

提言作成関係者一覧	2
はじめに	4
提言作成の背景	6
提言の目的と対象	9
がん医療における自殺対策のための提言	10
提言の解説	11

提言作成関係者一覧

<厚生労働科学研究関係者>

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)
明智 龍男	(名古屋市立大学精神医学教室)
稲垣 正俊	(島根大学医学部精神医学講座)
井上 佳祐	(横浜市立大学医学部精神医学教室)
江口 紘太郎	(国立がん研究センター中央病院頭頸部外科)
河西 千秋	(札幌医科大学医学部神経精神医学講座)
張 賢徳	(帝京大学医学部附属溝口病院精神神経科)
原島 沙季	(東京大学大学院医学系研究科ストレス防御・心身医学)
藤原 雅樹	(岡山大学病院精神科神経科)
山田 裕士	(積善病院)
吉本 世一	(国立がん研究センター中央病院頭頸部外科)
松岡 豊	(国立がん研究センター社会と健康研究センター)

<がん医療における自殺対策検討パネル>

大谷 弘行	(聖マリア病院／九州がんセンター緩和ケア内科)
大塚 耕太郎	(岩手医科大学神経精神科学講座)
小川 朝生	(国立がん研究センター東病院精神腫瘍科)
小澤 美和	(聖路加国際病院小児科)
唐澤 久美子	(東京女子医科大学放射線腫瘍学講座)
後藤 真一	(国立がん研究センター社会と健康研究センター)
小山 敦子	(近畿大学医学部内科学教室心療内科部門)
桜井 なおみ	(全国がん患者団体連合会／CSR プロジェクト)
佐藤 雅俊	(市民代表／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)
冨田 尚裕	(市立豊中病院がん診療部)
久村 和穂	(金沢医科大学医学部腫瘍内科学)
福田 晶子	(鈴鹿厚生病院)
朴 成和	(国立がん研究センター中央病院消化管内科)
松岡 弘道	(国立がん研究センター中央病院精神腫瘍科)
松村 由美	(京都大学医学部附属病院医療安全管理部)
ルイス (山田) 陽介	(東京都保健医療公社豊島病院緩和ケア内科)
渡邊 眞理	(横浜市立大学医学部看護学科)

<事務局>

国立がん研究センター社会と健康研究センター 藤森 麻衣子
石田 航
小濱 京子

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にあったが、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2万人の自殺者数で推移し先進諸国と比較してもなお高い水準であり、深刻な状況が続いている。

一方、高齢化に伴ってわが国の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、生涯のうち2人に1人はがんに罹患し、がん治療と並んでがんと共生のための支援も重要ながん対策の課題となっている。そして、がん患者の高い自殺率が国内外の報告において示唆されている。「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、増加を続けるがん患者の自殺対策が急務となっている。

このような背景を受けて、令和2年3月、国立がん研究センターは『がん医療における自殺対策の手引き（2019年度版）』をまとめ公表した

(<https://www.ncc.go.jp/jp/ncch/division/icsppc/index.html>)。この手引きは、がんや自殺対策に関連する学会、患者と市民の代表と共に作成されたものである。本手引きを作成する過程で、現時点では「がん患者の自殺対策」の科学的根拠は極めて限定的であることが判明し、以下の解決すべき主要な課題の科学的根拠を積み重ね、さらに知見を深めていく必要性が挙げられた。それは、1. がん患者の自殺の実態を明らかにすること、2. 危険因子・保護因子を明らかにすること、3. 自殺予防のための介入法を開発し、その有効性を評価すること、4. 介入法を普及し、臨床実装することである。

この度、全国がん登録制度のデータを利活用することにより、前述の手引きに盛り込まれている課題の1つである「がん患者の自殺の実態を明らかにすること」が初めて可能となった。わが国で2016年1月～6月にがんと診断された患者の約55万人の追跡調査であるが、がん患者は一般人口と比較して有意に自殺率が高いこと（がん診断後6ヶ月以内の標準化死亡比は2.68、1ヶ月以内の標準化死亡比は4.06）が示された(Harashima, et al. Jpn J Clin Oncol 2021)。今後もこのように課題を克服して根拠に基づくがん患者の自殺対策を強力に推進していくために、この度、がん医療や自殺対策に取り組む保健医療

福祉従事者、がんの当事者、一般市民が協働し、がん医療における自殺対策への提言をまとめるに至った。本提言では、上記の手引きの4つの課題に沿って議論を重ね、今後の自殺対策に向けより具体的な課題の内容を示す提言を意図した。本提言でまとめられた課題に一つ一つ取り組み、オールジャパン体制でがん医療における自殺対策を進めていきたいと考えている。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3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

提言作成の背景

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等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、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(Yamauchi, et al. Psychooncology 2014)、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」こと等が示され、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等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。2017年7月には「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～」の中でがん患者の自殺に初めて触れられた。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られることができる看護師等を養成する等、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オールジャパン体制で強力に推進する目的で本提言を作成した。

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	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	

	支援センターを中心とした体制の構築と周知を行う』	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

提言の目的と対象

提言の目的

がん医療において自殺対策を推進すること

提言の対象

がん患者、家族を中心に、その医療、福祉、行政に係る全ての人

がん医療における自殺対策のための提言

1. がん医療における自殺対策の啓発・教育を推進する

がん患者の自殺対策は、がん医療に直接従事していなくても全保健医療福祉従事者の責務であるとともに、国民一人一人の役割であることを共有するために、全てのがん診療施設をあげて全保健医療福祉従事者への教育に取り組むとともに、国民への啓発活動の推進を図る。

2. サーベイランス体制を整備し、モニタリングを継続的に行う

がん患者の自殺の実態を明らかにするための体制を整備し、自殺や自殺対策のモニタリングを継続的に実施する。

3. 自殺の危険因子・保護因子を解明する

自殺の危険因子・保護因子を身体的・心理的・社会的要因を含む全側面から検討する。

4. 病院内外を視野に入れた介入法を検討し、臨床実装する

危険因子・保護因子等を含む科学的根拠に基づく自殺対策のための介入法を検討し、有効性が検証された介入を臨床実装する。病院内のみならず病院外を視野に入れた自殺対策に取り組む。

5. 遺族や保健医療福祉従事者に対する支援法を検討し、提要する

遺族に対する心理社会的ケアを含む支援法の科学的根拠を積み重ね、提要する。同時に、関わった保健医療福祉従事者に対する心理的支援のための体制を構築する。

提言の解説

1. がん医療における自殺対策の啓発・教育を推進する

がん患者の自殺対策は、がん医療に直接従事していなくても全保健医療福祉従事者の責務であるとともに、国民一人一人の役割であることを共有するために、全てのがん診療施設をあげて全保健医療福祉従事者への教育に取り組むとともに、国民への啓発活動の推進を図る。

「自殺は、その多くが防ぐことができる社会的な問題」であることを踏まえ、保健医療福祉従事者、ひいては国民一人一人がこの認識を共有することこそが自殺対策推進の第一歩となる。

自殺に至る過程の入口には負のライフイベントがあり、支援が不足していると自殺への過程が進行しやすい。がん患者は、がんの診断・告知、再発・進行など想定以上の悪い知らせを受けたとき、がんや治療に伴う身体症状や機能障害、社会復帰時等に強いストレスが生じ、精神的な変調に陥りやすく、がん患者の自殺率は全経過を通じて一般人口と比較して有意に高く、とりわけ診断後早期であるほど高い。国民一人一人がこのことを知り、また、周囲が理解していることをがん患者に伝える環境づくりが社会的解決の第一歩となる。

また、自殺者の約90%は、自殺の際に何らかの精神医学的診断に相当する状態にまで追い詰められていると報告されており、多くの自殺では「精神保健上の問題」も関連している¹。その中でもうつ状態は最も頻度が高いことが報告されており、うつ状態に伴う認知の偏りは、極度のマイナス思考、絶望感などに影響し、これが自殺関連行動に関与すると考えられている。そのため、がん患者が自殺に追い込まれる状況に陥らないために、精神科医・心療内科医といった専門家だけでなく、全保健医療福祉従事者に対してがん患者の自殺の実態の現状把握、周知、啓発など、自殺予防のための教育に取り組む必要がある²。全保健医療福祉従事者への啓発・教育に加えて、人々の関心や意識を自殺問題に継続して向けていくため、がん患者は、がんの診断や告知などの悪い知らせ後に強いストレスが生じやすく、自殺行動に至りやすいことを国民に啓発・教育していく必要がある。

最後に、今後の検討課題として、尊厳死、そして欧米の一部で法制化されている安楽死があるが、我が国においてはどのようにしていくのか、さらに国民

的な議論を深めていく必要がある。

引用文献.

1. Bertolote J and Fleischmann A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World psychiatry*. 2002; 1: 181-5.
2. 国立がん研究センター編. がん医療における自殺対策の手引き (2019年版).
<https://www.ncc.go.jp/jp/ncch/division/icsppc/020/ganiryou.pdf>

2. サーベイランス体制を整備し、モニタリングを継続的に行う

がん患者の自殺の実態を明らかにするための体制を整備し、自殺や自殺対策のモニタリングを継続的に実施する。

効果的な自殺対策のためには、包括性・質・適時性に優れた自殺のサーベイランス体制が必要である¹。自殺のパターン、自殺率の変化、自殺の特徴・手段は国によって異なるとされており¹、わが国のデータに基づくがん患者の自殺のサーベイランス体制を確立する必要がある。

これまでわが国ではがん患者の自殺の全国的な実態を把握することができていなかったが、全国がん登録制度を活用して2016年に診断されたすべてのがん患者を対象として自殺者数を算出し、多発時期、自殺の手段・場所などについてのデータを収集・解析することが可能となった²。全国がん登録のデータを利用してわが国全体のがん患者の自殺のサーベイランス体制を構築し、自殺者数やその経年変化などのモニタリングを行うこと、その知見を保健医療福祉従事者や国民へのフィードバックおよび自殺対策の開発・評価に活用することが、わが国のがん患者における効果的な自殺対策のために必要である。また、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も指摘されており、がん患者の自殺以外の外因死についても全国がん登録データを用いてモニタリングを行う必要がある³。

全国がん登録のデータを利用したわが国初めての自殺の実態調査では、海外と同様にかん診断後6ヶ月以内の自殺、自殺以外の外因死による死亡率が一般人口と比較して有意に高いことが明らかとなった²。今回の調査では対象としたがん患者や追跡期間が限られているが、今後全国がん登録のデータを利用したモニタリングを継続することで、世界的にも知見が少ない進行がん患者やがんサバイバーの自殺に関しても新たな知見が得られる。

また、全国がん登録以外のサーベイランス体制として、官民データ、例えば日本医療機能評価機構の医療事故情報収集等事業の事例データ、警察庁の保有する統計等データを利用してがん患者における自殺や自殺未遂のモニタリングを行い、自殺対策の立案・評価に活用する仕組みを構築していくことも今後検討する必要がある。

自殺対策の実施にあたっては、自殺対策の取り組みの短期的な影響や成果を

評価するための中間指標（例：支援の利用者数の増加、自殺関連行動に対する啓発と理解の向上、医療従事者の実践強化などに関連した指標）を最終目標である自殺死亡率との関連性を踏まえながら検討し、そのモニタリング結果を自殺対策の評価や改良に活用することが必要と考えられる⁴。

引用文献

1. World Health Organization. Preventing Suicide: a global imperative. https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/ accessed at 16 May 2021.
2. Harashima S, Fujimori M, Akechi T, et al. Death by suicide, other externally caused injuries, and cardiovascular diseases within 6 months of cancer diagnosis (J-SUPPORT 1902). *Jpn J Clin Oncol* (in press)
3. Rockett IR, Hobbs G, De Leo D, et al. Suicide and unintentional poisoning mortality trends in the United States, 1987-2006: two unrelated phenomena? *BMC Public Health*. 2010; 10: 705.
4. World Health Organization. National suicide prevention strategies: progress, examples and indicators. https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/national_strategies_2019/en/ accessed at 16 May 2021.

3. 自殺の危険因子・保護因子を解明する

自殺の危険因子・保護因子を身体的・心理的・社会的要因を含む全側面から検討する。

様々な危険因子が自殺の背景にあることが知られている。うつ状態等の「精神保健の問題」は共通して示されており、その背景にある個人から社会制度・文化に至るまでの要因が複雑に関与し多様である。そのため、ある危険因子がすべての自殺に当てはまるとは限らず多様性を考慮した検討が求められる。

がんの経過、がんの状態は個別に違いがあり、思い描くがんの軌跡は自ずと異なる。精神的に最も動揺する診断直後、がん治療を終えたあとの機能障害に直面するサバイバーシップの時期、そして身体・心理・社会・スピリチュアルを含めた多彩な問題が同時に出現する進行・終末期等の時期の違いによってもがんをとりまく状況は異なる。入院中か外来通院中かによっても異なる¹。患者の置かれている状況により自殺の危険因子が異なり多様となる。また、がん患者の自殺は少なくないとはいえ、危険因子・保護因子を解明する上では発生頻度が低いという困難さがある。更に、一つ一つの危険因子の寄与率が小さいため、複合的に危険因子を判断する必要がある。既知の自殺の危険因子を以下の表にまとめる。これまでも、多目的のコホート（集団）データを用いた危険因子の疫学的検討が進められているが、複雑で多様な要因との関連を検討するには症例となる自殺者数が十分とは言えない。そのため、大規模なデータである全国がん登録の分析を進め、がん診断から自殺までの期間や患者の置かれている状況をより詳細に分析する必要がある。

一方で、これまでのコホートでは自殺に関連するすべての要因がデータとして収集されていないため、危険因子・保護因子を解明するには不十分である。自殺の危険因子の把握のためには全国がん登録等の既存のデータに含まれていない心理的・社会的な要因（心理状態、希死・自殺念慮、絶望感、コーピング、経済問題、社会的支援等）を収集し分析する必要がある²。質の高い心理学的剖検研究等を用いた記述的な研究を含め、あらゆる種類の研究の実施が推奨される。自殺既遂事例の検討だけでなく、既遂に至らなくとも、自殺企図の事例や希死念慮を抱くほどの苦痛を経験した事例を含めた検討、さらに自殺との関連が知られているうつ状態などの代替指標を含めた検討も有用であろう。心理的・社会的

な要因までも含めた大規模コホート研究を実施するとともに、既存のコホートや患者登録研究、診療録や医療安全の報告書等の記録を死因と紐づけられるシステムづくり、腫瘍医への調査、医療システムや組織の分析、日本医療機能評価機構が収集する医療事故情報収集等事業や警察における不審死・自殺データ等、あらゆるデータを検討するとともに、新たなデータ収集の仕組みが必要である。

自殺企図や自殺死亡をセンチネル・イベント (sentinel event：予期せぬ死亡や重篤な傷害に至る出来事)³として認識し、これに直結する危険因子を特定して、早急に強力な対応を実施していく体制を構築する必要がある。例えば、具体性をもった自殺手段を計画するほどの希死念慮の存在であったり、初診時ストレスチェックに答えられないなどの些細な行動に至るまでの様々な兆候などが、スクリーニングに役立つ危険因子に該当するかもしれない。また、これだけでなく、危険な場所や場面を特定する必要があるかもしれない。患者の安全を確立するためには、適切な方法を用いてこれらの危険因子に絶えず注意を払い、退院後もこれらの危険因子や保護因子を適切に評価する手法を確立しモニタリングしていく必要がある。調査研究から危険因子・保護因子を網羅的に解明し、国全体の取り組みとして患者安全の確立の中に組み込み、その予防と対応の方策を確立していく必要がある³。

自殺の危険因子

自殺全般の危険因子 ^{2,4} を改変	
保健医療システム	<ul style="list-style-type: none"> ● 医療や精神保健サービスへのアクセス障壁
社会	<ul style="list-style-type: none"> ● 自殺手段へのアクセスの容易さ ● 不適切なメディア報道 ● 援助希求行動と関連するスティグマ
地域	<ul style="list-style-type: none"> ● 災害、戦争、紛争 ● 異文化への適応と強制移動のストレス (例：難民) ● 差別 ● ・トラウマもしくは虐待

人間関係	<ul style="list-style-type: none"> ● 孤立及び社会的支援の不足 ● 人間関係の葛藤、不和、喪失
個人	<ul style="list-style-type: none"> ● 過去の自殺企図 ● 精神障害 ● アルコールの有害な使用 ● 失業もしくは経済的損失 ● 絶望 ● 慢性疼痛 ● 自殺の家族歴 ● 遺伝学的及び生物学的因子
がん患者の自殺の危険因子¹を改変	
がんの経過・状態	<ul style="list-style-type: none"> ● がんの部位ごとの違い(頭頸部がんなど)、がん診断直後、診断時の遠隔転移 ● 局所浸潤など
精神・心理状態	<ul style="list-style-type: none"> ● うつ病 ● 適応障害などの精神障害、うつ状態 ● 不安 ● 絶望など
身体機能・症状	<ul style="list-style-type: none"> ● 身体機能低下、痛みなど
実存的苦痛	<ul style="list-style-type: none"> ● 実存的苦痛、自律性の喪失、他者への依存に対する懸念など
社会的要因	<ul style="list-style-type: none"> ● 社会的支援の不足、未婚・離婚・死別、低所得など

引用文献

1. 国立がん研究センター編. がん医療における自殺対策の手引き(2019年版). <https://www.ncc.go.jp/jp/ncch/division/icsppc/020/ganiryoku.pdf>
2. Turecki G and Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. Lancet. 2016; 387: 1227-1239.
3. The Joint Commission. Suicide prevention.

<https://www.jointcommission.org/resources/patient-safety-topics/suicide-prevention/>, accessed at 13 Mar 2021.

4. World health Organization. Preventing Suicide: a global imperative. https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/ accessed at 16 May 2021.

4. 病院内外を視野に入れた介入法を検討し、臨床実装する

危険因子・保護因子を含む見出された科学的根拠に基づく自殺対策のための介入法を検討し、有効性が検証された介入を臨床実装する。病院内のみならず病院外を視野に入れた自殺対策に取り組む。

がん患者の自殺予防介入の開発を考える際に、その効果の検証としては、他の医学領域同様、無作為化割付比較試験をはじめとした頑健な科学的根拠を示す臨床研究に基づくことが望まれる。しかし、がん患者の自殺に関しては発生頻度が低く、確立された予防法も存在しない¹。また、対策は、単一の介入ではなく、多職種が関わる複数要因を組み合わせた複雑介入が想定される^{2,3}。加えて、個々の想定される介入の効果も相対的には小さく、研究計画を立案する際に、通常の臨床試験のデザインを念頭におくと、対象者数を含め一つ一つの研究規模が極めて大きくなるため、個々の介入の効果検証研究が現実的に困難である。従って、自殺そのものではなく、自殺企図や希死・自殺念慮等の代替指標を用いた研究や質の高いものであれば心理学的剖検研究等を含めた記述的な研究を含め、様々な種類の研究を推し進め、それら知見を統合し、実臨床で実施可能な方法を提案することが推奨される。従って、様々なリソースからの研究も含め、自殺対策につながる可能性のある知見を蓄積していくことが必要である。

がん患者を対象とする場合は、がん種やがんの軌跡を問わない患者全体に対する全体的対策に加え、診断直後、サバイバーシップの時期、進行・終末期等で、患者の置かれている状況や自殺の危険因子・保護因子が異なることが考えられ、各々の時期の差異を考慮した介入が求められる⁴。また介入を提供する場として、大きく入院と外来を含めた院外に大別されるが、院外での自殺がおよそ95%を占めることから、病院における対策だけでは不十分であり、家庭や診療所、病院外来、在宅医療、地域社会を含む様々な対象への、がん患者の自殺予防の重要性に関する教育・啓発やゲートキーパー養成を含む様々な介入の開発が必要である⁵。また、がん患者の場合は、確定診断を受ける前からうつ状態をはじめとする精神疾患の罹患率が上昇することが知られていることから⁶、がんの確定診断をセンチネル・イベントとするのではなく、がんが疑われた時点からの介入を考える必要がある。全体における発生割合は低いですが、院内で発生する自殺に関しては、重大な医療事故、センチネル・イベントとも考えられるため、危険度の高い

因子を有する者や危険因子を複数有する者に対する強力な予防的介入に加え、病院組織の責務として医療の質の向上および医療安全の推進といった観点からの介入も考える必要がある⁷⁾。

取り組みとしては多方面にわたる包括的な内容が想定されるが、具体的に想定される介入例を以下の表にまとめる。これらの取り組みを臨床や社会で実装するためには、科学的知見が蓄積された介入法には診療報酬等経済的な基盤を含めた政策的な支援体制への働きかけも必要である。

介入対象	内容
国民	<ul style="list-style-type: none"> ● 「がん」の有する誤った負のイメージ（いわゆるステイグマ。例：がん＝死、痛みで苦しんで亡くなるなど）を低減させるための教育 ● がん患者の自殺予防の重要性に関する教育・啓発 ● ゲートキーパー（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、見守る人）⁸⁾としてのコミュニティーの重要性の啓発
全保健医療福祉従事者	<ul style="list-style-type: none"> ● 卒前の自殺予防教育 ● 既存の研修会も活用した自殺対策に関する卒後教育 ● 外来における予防の重要性に関する教育・啓発
がん専門医、専門看護師、がん相談員	<ul style="list-style-type: none"> ● がんの診断告知とその後の心理的サポートを含めた患者とのコミュニケーション・スキル・トレーニング・プログラムの開発
患者	<ul style="list-style-type: none"> ● 施設で実施する危険因子としてのうつ状態・絶望感・希死・自殺念慮の効果的なスクリーニング法の開発 ● 患者の個別の問題に対応するケース・マネジメント法の開発 ● 患者自身の意向や価値観を医師に自ら伝えるコミュニケーション・コーチング法の開発 ● Information & Communication Technology (ICT) 技術、人工知能技術等を用いた革新的な自殺予防方略の開発

危険度の高い 因子を有する 者、危険因子 を複数有する 者	<ul style="list-style-type: none"> ● 危機介入としての多職種による個別介入プログラムの開発 ● 薬剤開発
家族・友人	<ul style="list-style-type: none"> ● ゲートキーパーになり得る患者家族や友人に対する医療関係者による予防介入トレーニング等のプログラム開発
がん診療連携 拠点病院と関 連施設	<ul style="list-style-type: none"> ● 自殺予防を念頭においた病院の環境・施設整備 ● 適切な人員配置 ● 自殺予防に資する人員体制を含めた医療体制の充実に対する保険診療化

引用文献

1. Kawashima Y, Yonemoto N, Inagaki M, et al. Interventions to prevent suicidal behavior and ideation for patients with cancer: A systematic review. *Gen Hosp Psychiatry*. 2019; 60: 98-110.
2. Fazel S and Runeson B. Suicide. *N Engl J Med*. 2020; 382: 266-74.
3. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry*. 2016; 3: 646-59.
4. Akechi T. Suicide prevention among patients with cancer. *Gen Hosp Psychiatry*. 2020; 64: 119-20.
5. 国立がん研究センター編. がん医療における自殺対策の手引き (2019年版). <https://www.ncc.go.jp/jp/ncch/division/icsppc/020/ganiryoushi.pdf>
6. Lu D, Andersson TM, Fall K, et al. Clinical Diagnosis of Mental Disorders Immediately Before and After Cancer Diagnosis: A Nationwide Matched Cohort Study in Sweden. *JAMA Oncol*. 2016; 2: 1188-96.
7. 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.
8. 厚生労働省. 誰でもゲートキーパー手帳 (第二版:平成 24 年 3 月作成). <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/0000168752.pdf>

5. 遺族や保健医療福祉従事者に対する支援法を検討し、提要する

遺族に対する心理社会的ケアを含む支援法の科学的根拠を積み重ね、提要する。同時に、関わった保健医療福祉従事者に対する心理的支援のための体制を構築する。

一人の自殺は少なくとも5人から10人に影響を与えと言われ、わが国では2006年の時点で約300万人前後（人口の約2.5%）の自死遺族が存在し、年間13万人から14万人が新たに自死遺族になっていると推定されている¹。自殺は家族や友人、職場の同僚、同級生など、そして患者であれば関連する保健医療福祉従事者にも大きな影響を与えることから、広義での遺族は家族に限らず影響を受ける可能性のあるすべての人とされる。

自殺総合対策大綱には、遺族等の実態及び支援方策についての調査の推進や遺された人への支援を充実することが含まれている。遺族支援においては、遺族に関して「自死遺族」、「大切な人を自死で亡くした方」、「遺された人」等の遺族の心情に配慮した表現が用いられている²。

自死遺族は、死別に伴い様々な手続きがあり、まず具体的な情報提供等の支援が重要である。また、社会的孤立、うつ状態の遷延等の心理的問題にも直面することもあり、さらに長期的な身体的・精神的健康への影響も指摘されている。このように、自死遺族は社会的、心理的、身体的健康に負の影響を経験することが示されており³、実務的、社会的、心理的問題等多岐にわたる支援を専門家や自助グループから得たいという高いニーズを有している^{4,7}。一方で自死遺族は、他の突然死の遺族と比して、支援につながりにくい傾向があること⁸、その背景として、偏見や情報不足、経済的問題が影響することが指摘されている^{5,9}。これらの知見を踏まえると、より積極的に各遺族のニーズをすくい上げ、ニーズに応じた適切な支援につなげることが必要であると考えられる。

遺族支援の例として、手続きなど実務的な支援との連携、自治体により作成された情報提供のための冊子やウェブサイト、自治体や自助グループによる分かち合いの会、あしなが育英会による集い、弁護士らによる法律的な支援等がある。複雑性悲嘆反応の軽減には認知行動療法が有用であることが示唆されており¹⁰、¹¹、精神保健の専門家による支援が有益なこともあるため、遺族に精神腫瘍科等外来の情報を提供したり、各自治体の精神保健福祉センター等と連携したりす

ることも必要である。また、同様の経験をしたピアとつながり、数か月にわたり支援が提供されることで心理的適応や生活の質が改善する可能性が予備的に示唆されている¹²。また近年、インターネットを介した情報提供やメッセージの交換や参加型討論会等による相互支援の効果や課題の検討が行われている¹³⁻¹⁶。このようにリソースを問わず、遺族の気持ちに配慮、共感し、一貫して支持するといった支援が有用である可能性があるが、その科学的根拠はいずれも海外での限定的なものであり、有効性が実証された標準化された支援法はなく、支援の最適なタイミング等検討すべき課題も多い。

保健医療福祉従事者への支援もまた重要である。自殺した患者に関わったスタッフは、心理的に衝撃を受けると同時に自責感や自尊心低下が生じやすく、このような状態が長期化することで精神保健上の問題や離職につながることもある。そのため、各保健医療福祉従事者の健康・心理面への影響に注意を払いながら、個別的な支援の必要性を評価して対応し、通常業務に復帰できるように支援プロセスを計画し、産業メンタルヘルスの観点からの適切な対応が求められる。また、関わった保健医療福祉従事者との事例検討会、リスク・マネジメントに関する検討会等を実施する総合支援モデルについて研究・提案し、各施設に合わせて検討していく必要がある。現在、保健医療福祉従事者を対象とした自殺の事後対応についての研修会等の取り組みも行われているが¹⁷、保健医療福祉従事者への支援法についても実証されたものはなく、どのような支援が最善なのか研究・提案し、各医療機関において体制を構築する必要がある。

引用文献

1. Chen J, Choi YJ, Mori K, et al. Those who are left behind: An estimate of the number of family members of suicide victims in Japan. *Social Indicators Research*. 2009; 94: 535-44.
2. 自殺総合対策推進センター. 自死遺族等を支えるために～総合的支援の手引 (2018年11月). <https://www.mhlw.go.jp/content/000510925.pdf>
3. Erlangsen A, Runeson B, Bolton JB, et al. Association Between Spousal Suicide and Mental, Physical, and Social Health Outcomes: A Longitudinal and Nationwide Register-Based Study. *JAMA Psychiatry*. 2017; 74: 456-64.
4. Dyregrov K. Assistance from local authorities versus survivors' needs for

- support after suicide. *Death Stud.* 2002; 26: 647-68.
5. McMenemy JM, Jordan JR, and Mitchell AM. What do suicide survivors tell us they need? Results of a pilot study. *Suicide Life Threat Behav.* 2008; 38: 375-89.
 6. Wilson A and Marshall A. The support needs and experiences of suicidally bereaved family and friends. *Death Stud.* 2010; 34: 625-40.
 7. Pitman AL, Souza TD, Krysinska K, et al. Support needs and experiences of people bereaved by suicide: qualitative findings from a cross-sectional British study of bereaved young adults. *Int J Environ Res Public Health.* 2018; 15: 666.
 8. Pitman AL, Rantell K, Moran P, et al. Support received after bereavement by suicide and other sudden deaths: a cross-sectional UK study of 3432 young bereaved adults. *BMJ Open.* 2017; 7: e014487.
 9. Pitman AL, Stevenson F, Osborn DPJ, and King MB. The stigma associated with bereavement by suicide and other sudden deaths: A qualitative interview study. *Soc Sci Med.* 2018; 198: 121-9.
 10. de Groot M, de Keijser J, Neeleman J, et al. Cognitive behaviour therapy to prevent complicated grief among relatives and spouses bereaved by suicide: cluster randomised controlled trial. *BMJ.* 2007; 334: 994.
 11. de Groot M, Neeleman J, van der Meer K, and Burger H. The effectiveness of family-based cognitive-behavior grief therapy to prevent complicated grief in relatives of suicide victims: the mediating role of suicide ideation. *Suicide Life Threat Behav.* 2010; 40: 425-37.
 12. Finlayson-Short L, Hetrick S, and Krysinska K. Community Based Support for People at Risk for Suicide and Those Who Care for them - Areas for Improvement. *Arch Suicide Res.* 2020; 24: 125-57.
 13. Galway K, Forbes T, Mallon S, et al. Adapting Digital Social Prescribing for Suicide Bereavement Support: The Findings of a Consultation Exercise to Explore the Acceptability of Implementing Digital Social Prescribing within an Existing Postvention Service. *Int J Environ Res Public Health.* 2019; 16: 4561.
 14. Krysinska K and Andriessen K. On-line support and resources for people bereaved through suicide: what is available? *Suicide Life Threat Behav.* 2010;

40: 640-50.

15. Schotanus-Dijkstra M, Havinga P, van Ballegooijen W, et al. What do the bereaved by suicide communicate in online support groups? A content analysis. *Crisis*. 2014; 35: 27-35.
16. Kramer J, Boon B, Schotanus-Dijkstra M, et al. The mental health of visitors of web-based support forums for bereaved by suicide. *Crisis*. 2015; 36: 38-45.
17. Inoue K, Kawanishi C, Narita K, et al. Suicide prevention and postvention in hospitals in Japan: Current status and perspective. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2020; 74: 414-5.