

第84回がん対策推進協議会	資料5
令和4年10月27日	

がん患者の自殺対策について 現状と課題

国立がん研究センターがん対策研究所

藤森麻衣子

がん患者の自殺対策とこれまでの取り組み

自殺総合対策	がん対策
自殺対策基本法（平成18年10月制定）	がん対策基本法（平成18年6月成立）
自殺対策基本法（平成28年4月1日改正）	がん対策基本法（平成28年12月9日改正） -がん患者が尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築を目指すことを掲載
自殺総合対策大綱（平成29年7月閣議決定） -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ことを記載	第63回がん対策推進協議会（平成28年12月21日） -がん患者の 自殺対策 について議論
	第3期がん対策推進基本計画（平成30年3月9日） -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ことを記載
	第4回がんとの共生の在り方に関する検討会（令和2年1月29日） -がん患者の 自殺対策 について議論

● 各研究班の取り組み

	期間	研究課題	研究代表
がん対策推進 総合研究事業	H30-R2	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	松岡 豊
	R3-R4	がん患者の自殺予防プログラムの開発に向けた研究	藤森麻衣子
革新的自殺研究 推進プログラム	H29-30	がん医療における自殺ならびに専門的・精神心理的ケアの実態把握	内富庸介
	H31-R2	がん患者の専門的・精神心理的なケアと支援方策に関する研究	内富庸介

第3期がん対策推進基本計画中間評価（2022.6）

第3章 中間評価

3. 尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

（4）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）

② 就労以外の社会的な問題について

がん患者の自殺については、2016年1～6月にがんと診断された患者546,148人のうち、がん診断後6か月以内に144人が自殺で亡くなっていた（がん患者10万観察人年あたり58.21人、6か月以内に死亡した全がん患者の0.17%）。これは同じ時期の一般人口と比較すると2.7倍の自殺者がいることを示しており、このリスクは診断後の期間が短いほど高く（1か月以内では4.1倍、3か月以内では3.3倍）、大きな課題の一つと認識された。

がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針（2022.8）

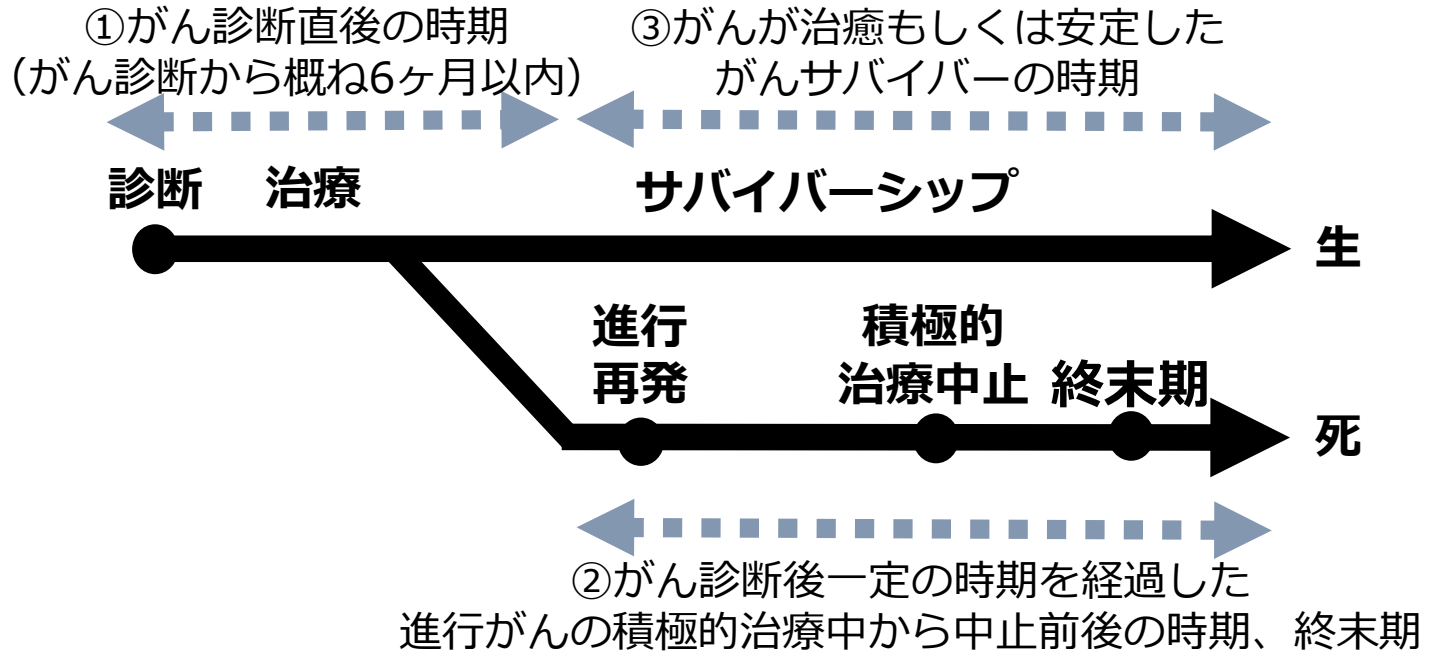
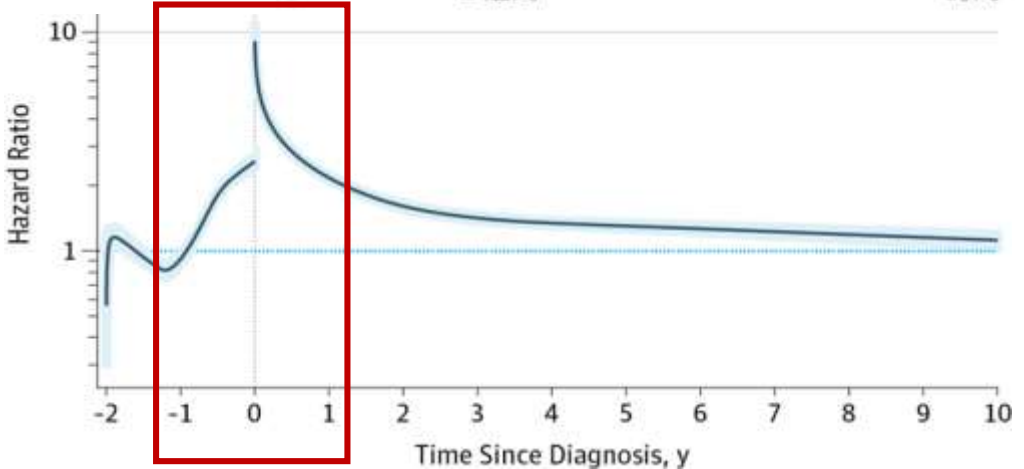
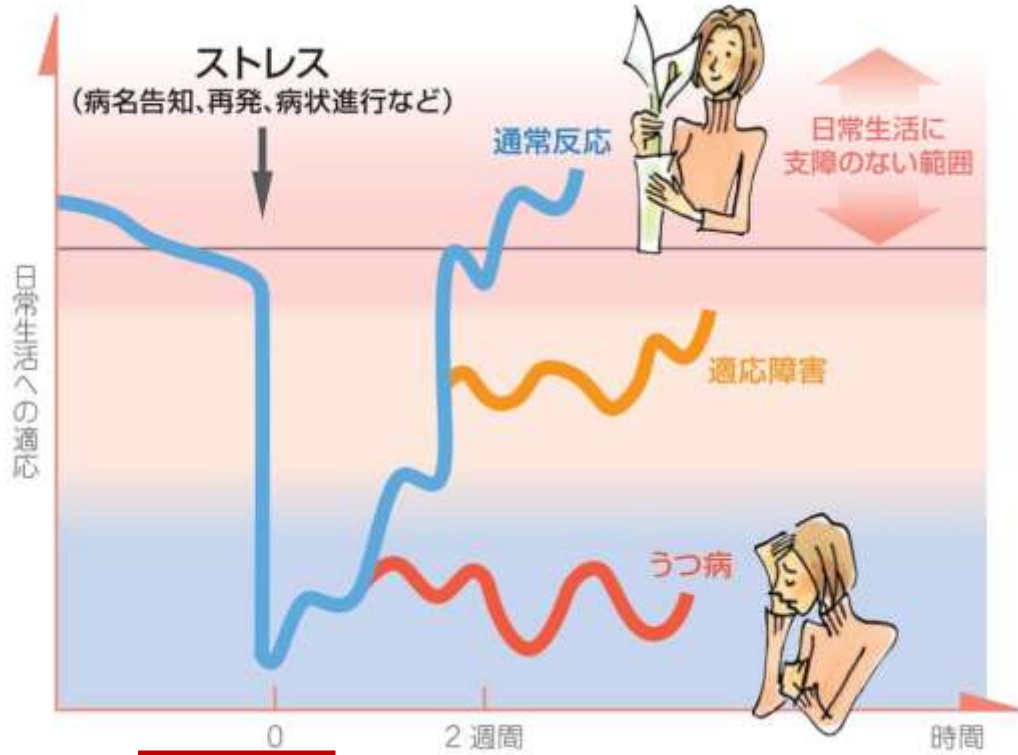
Ⅱ 地域がん診療連携拠点病院の指定要件について

2 診療体制

（3）その他の環境整備等

④ がん患者の自殺リスクに対し、院内で共通したフローを使用し、自殺のリスクが高い患者に対し、院内で共通したフローを使用し、対応方法や関係機関との連携について明確にしておくこと。また関係職種に情報共有を行う体制を構築していること。自施設に精神科、心療内科等がない場合は、地域の医療機関と連携体制を確保していること。

がんの経過と精神的苦痛



- がん罹患された方にとって「がんの診断」「再発」「抗がん治療中止」の時期が、精神的苦痛の強い時期であることが知られている
- がんの診断10か月前（症状の自覚、精密検査等の時期）から精神疾患が増加する

がんの精神的苦痛へのインパクト

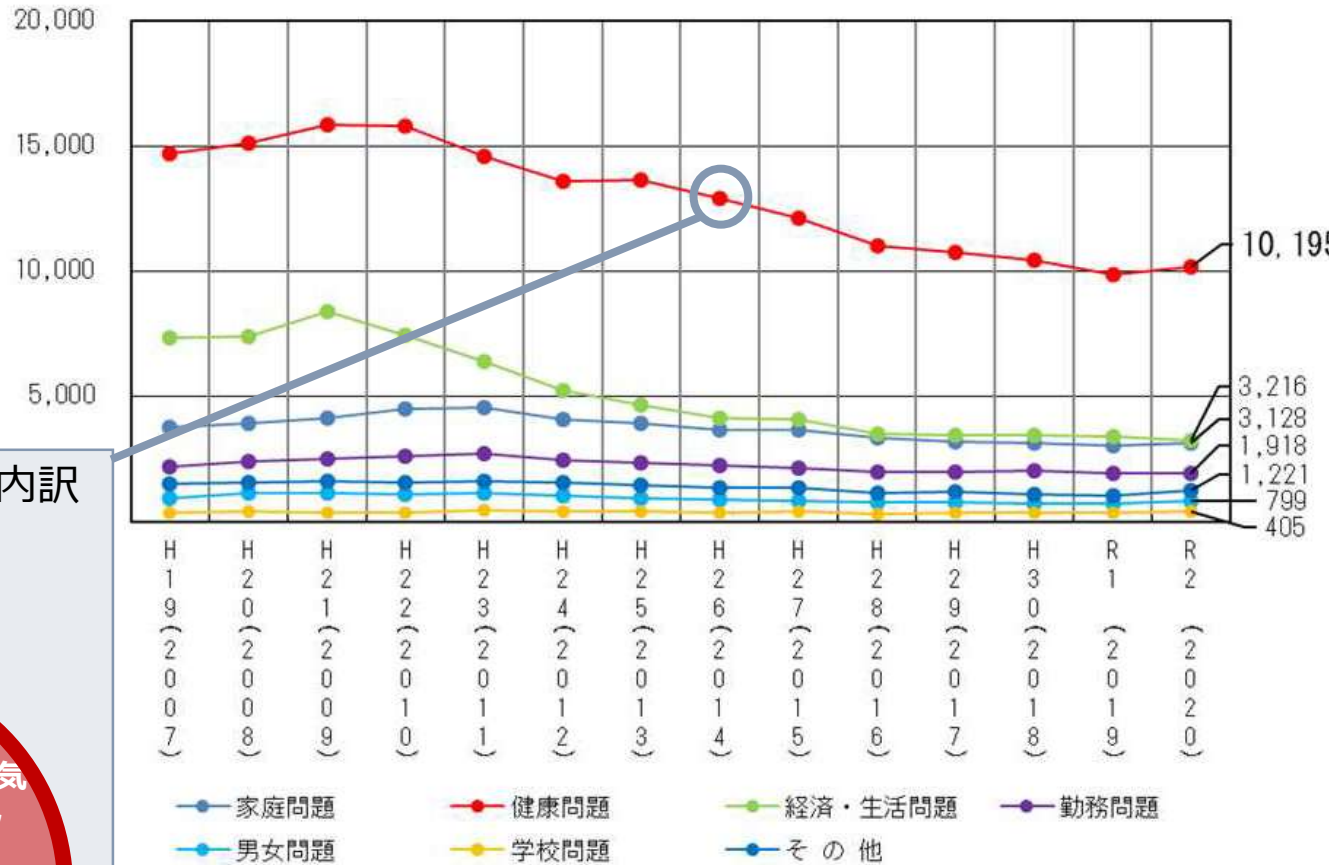
ライフイベント
 リストラ、倒産、借金、
 離婚、離死別、差別、
 身体疾患（がん）、
 その他の失敗や喪失

サポート
 の不足
 医療、福祉、
 雇用、近親者

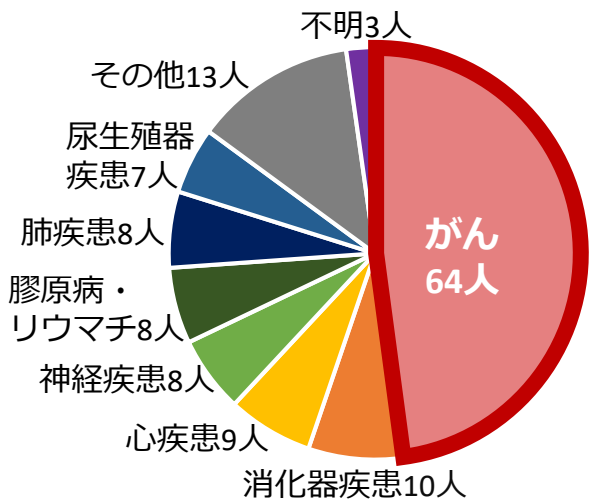
うつ状態
 精神疾患
 特にうつ病



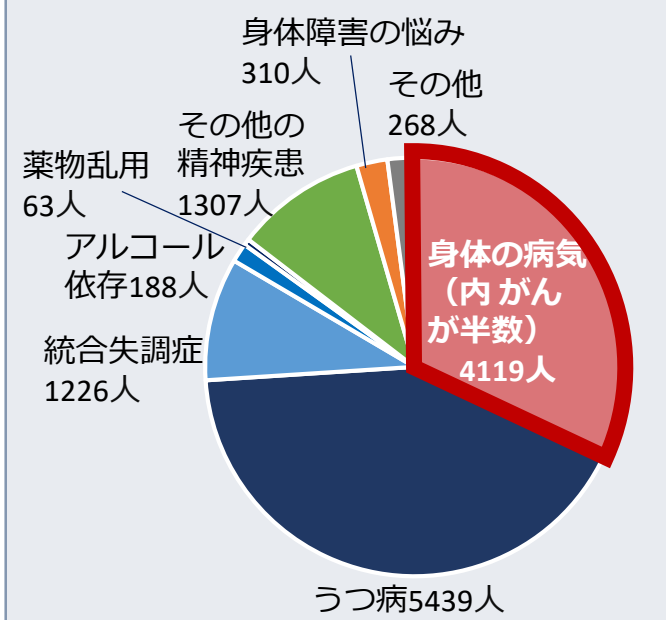
原因・動機別の自殺者数の推移



H24-27病院内自殺者（131人）の疾患内訳



H26健康問題（12920人）の内訳



張賢徳, 精神経誌 2012; 114:553-558を改変
 Inoue K et al., Psychiat Res 2017
 厚生労働省, 令和3年版自殺対策白書 2021

がん医療における自殺対策のための提言

目的：がん医療における自殺対策を推進すること

対象：がん患者、家族、医療、福祉、行政に係るすべての人

方法：R2厚労科研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』（代表 松岡豊）の一環として、以下のパネルによるディスカッションにより作成された

関連学会代表

日本癌学会
日本癌治療学会
日本臨床腫瘍学会
日本がん看護学会
日本サイコオンコロジー学会
日本緩和医療学会
日本がんサポーターブケア学会
日本医療安全学会
日本自殺予防学会
日本精神神経学会
日本総合病院精神医学会
日本精神科救急学会
日本心身医学会
日本心療内科学会
日本精神科看護協会
日本臨床倫理学会

病院管理者

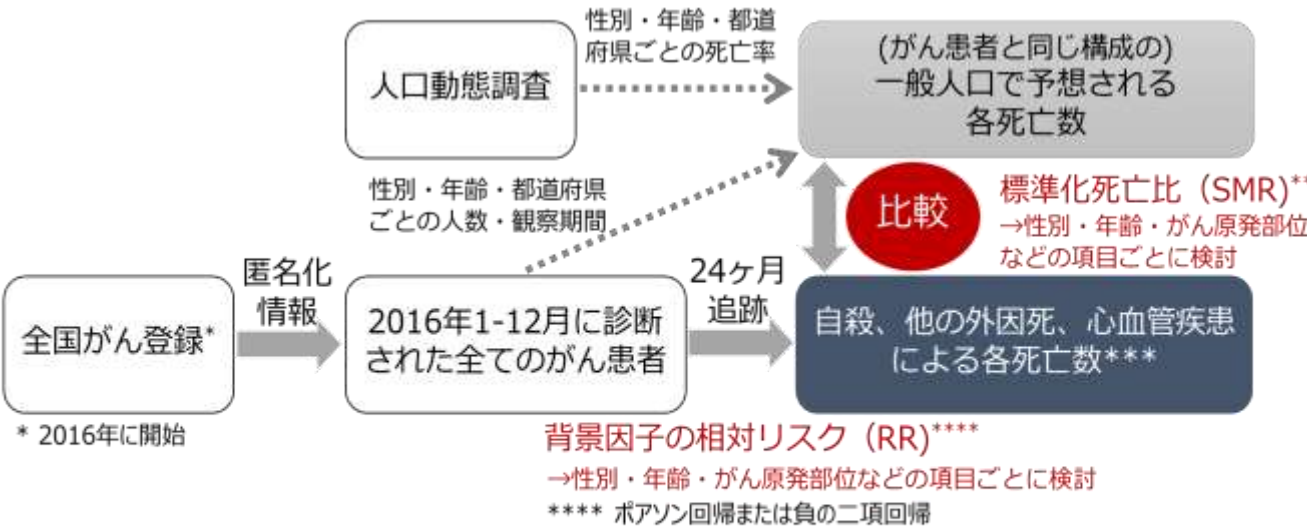
腫瘍医（頭頸部外科、小児科）
社会福祉士
社会保険労務士
患者・市民代表
オブザーバー：厚労省担当官

提言：

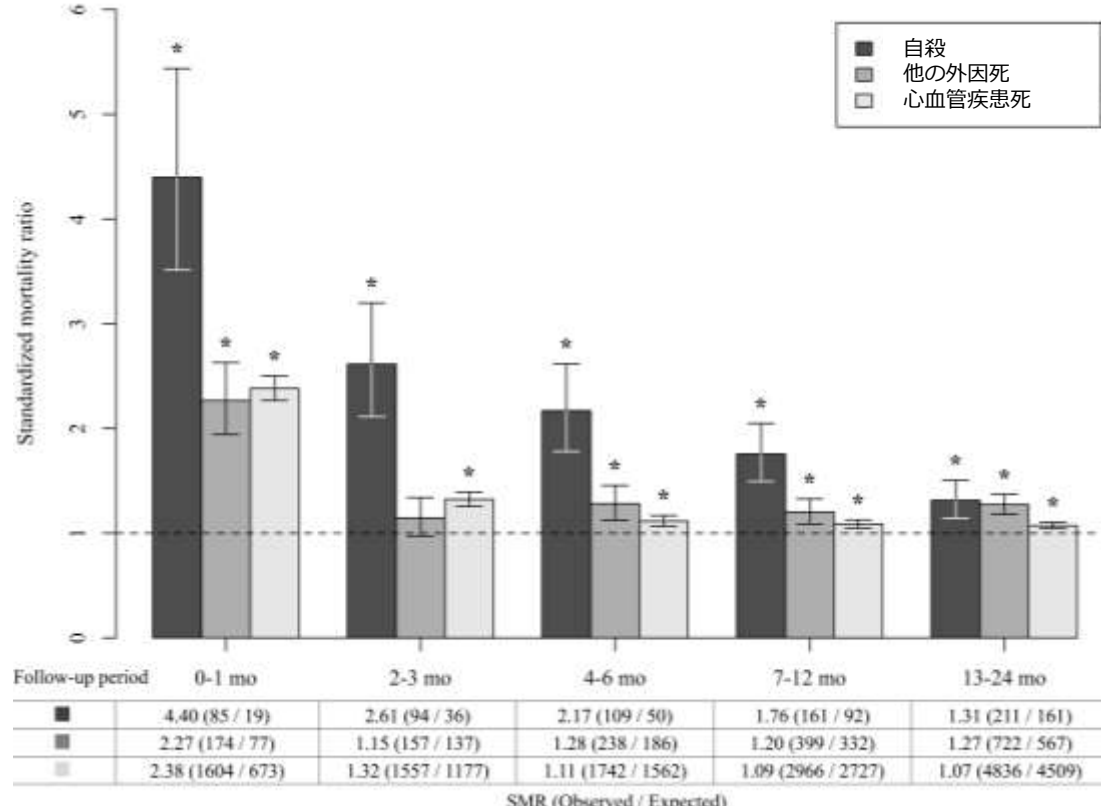
1	がん医療における自殺対策の啓発・教育を推進する
2	サーベイランス体制を整備し、モニタリングを継続的に行う
3	自殺の危険因子・保護因子を解明する
4	病院内外を視野に入れた介入法を検討し、臨床実装する
5	遺族や保健医療福祉従事者に対する支援法を検討し、提要する

全国がん登録情報を用いた自殺の実態

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
3. 自殺の危険因子・保護因子を解明する



年	診断期間	観察期間	診断期間	観察期間		日本の自殺者数	
	1-6月	半年間	1-12月	半年間	1年間		2年間
2016	544,471人	144人	1,074,725人	288人	448人	658人	21,897人
2017	523,798人	140人	1,058,752人	310人	441人	649人	21,321人
2018	512,657人	148人	1,045,318人	296人	429人	---	20,840人
2019	510,081人	132人	---	---	---	---	20,169人



- 各死因のSMRは**2年経過しても有意**に高かった
- 各死因のSMRは**診断後短期**が高値であった
- 7割は、自殺場所が**自宅**であった
- 各死因において、**進展度が高い**ほどリスクが高い
- さらなる長期モニタリング、関連要因の検討が必要である

Harashima S, Fujimori M et al., BMJ Open 2019;9:e030681
 Harashima S, Fujimori M et al., Jpn J Clin Oncol 2021 (2022 JJCO Highly Commended Paper)
 Kurisu K, Fujimori M et al., Cancer Med 2022

がん患者自殺検案事例の後方視的検討

対象:

2009-2013年に東京都監察医務院にて検案された自殺事例9,841例

方法:

後向き調査（検案調書からデータ抽出）

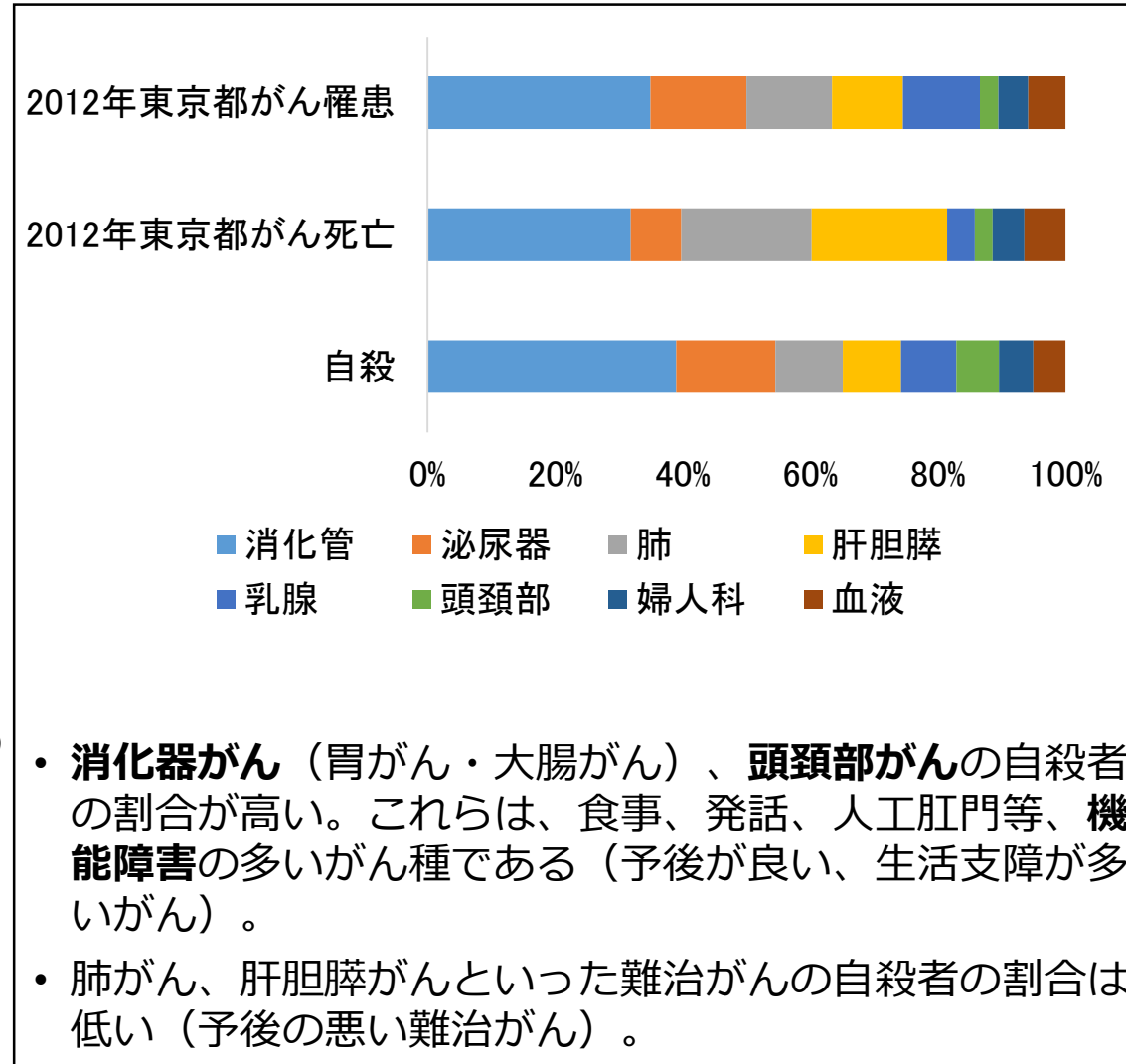
結果:

がんの既往のある自殺者は503例
(5.1%)

- わが国における自殺者全体の約5%（がん患者全体の約0.2-0.3%）に相当
- 73%が明らかにがん治療中
- 自殺場所の76%は自宅/敷地内、入院中の者は25例（5%）

がんの既往のある自殺者は、それ以外の自殺者と比較して、

- 60歳以上の高齢の者が多い
- 同居者がいる割合が高い
- 生活保護や年金の受給を受けている割合が高い
- 飲酒・喫煙は少ない
- 無職の割合は半数程度で同等



自殺場所

	人	%
自宅/敷地内	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

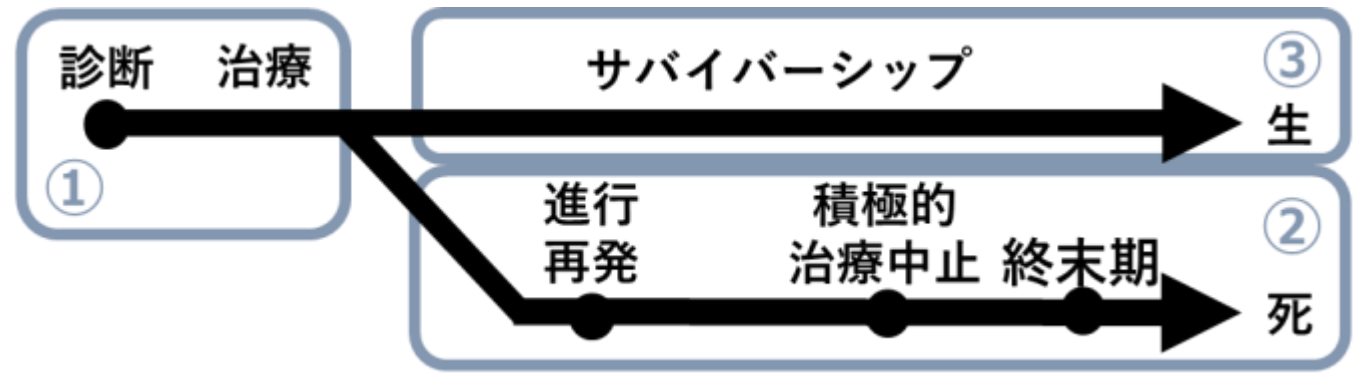
がん医療における自殺対策の手引き (2019年度版)

目的：がん医療における自殺対策を推進すること
対象：がん患者、家族、医療、福祉、行政に係るすべての人

方法：文献レビュー
外部評価

- 関連学会代表者
- 病院管理者
- 腫瘍医（頭頸部外科、小児科）
- 社会福祉士
- 社労士
- 患者・市民代表
- 厚労省担当官

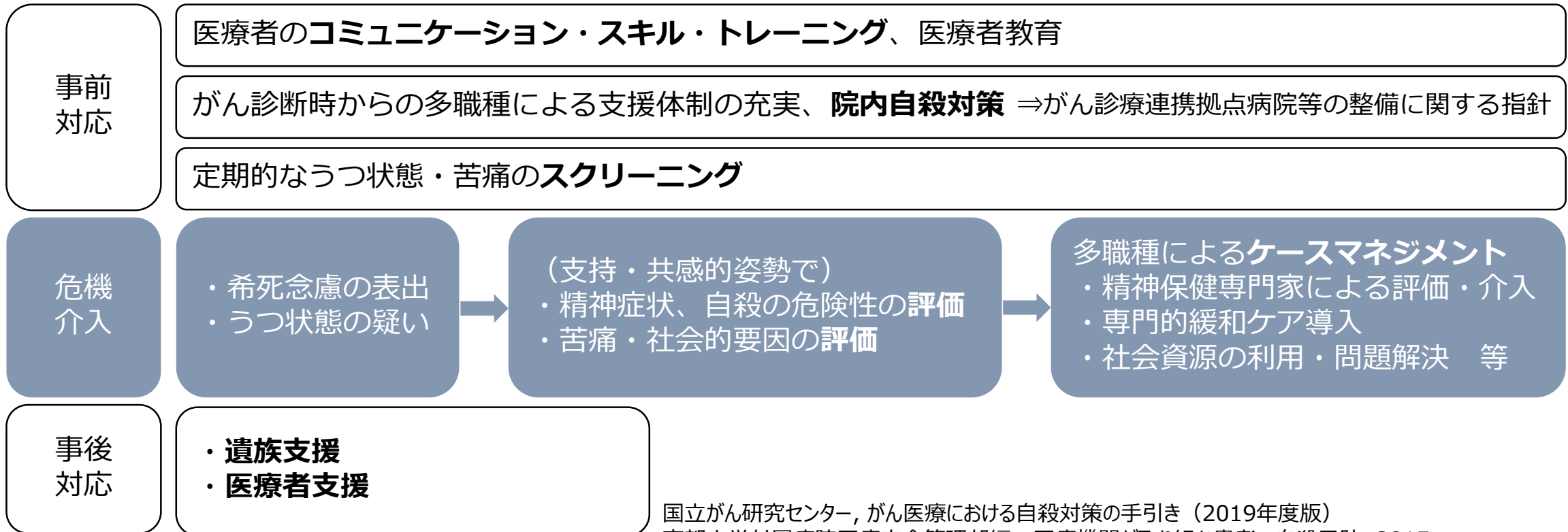
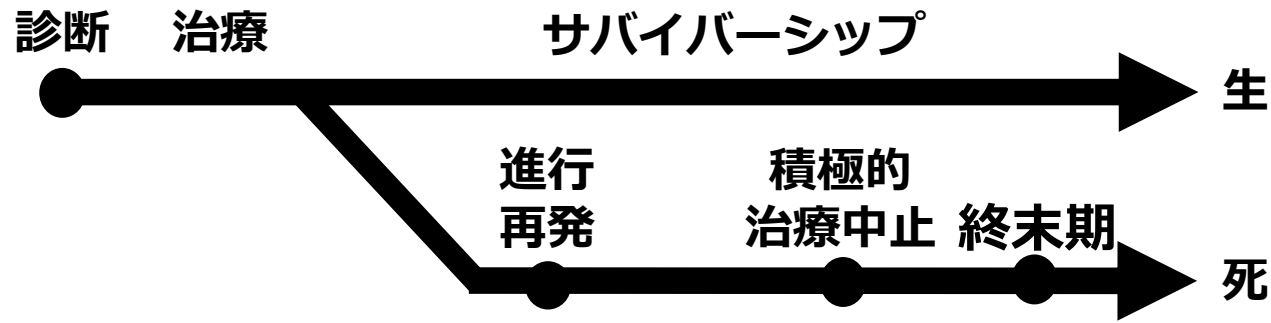
- 自殺の背景には、多くの場合は複数のリスク要因が重なっている
- 文化差も影響する可能性があり、日本のがん患者の危険因子（例：偏見）を減らし、保護因子（例：緩和ケア）を増やす取り組みが対策の基礎となる



- ① がん診断から間もない入院していない期間
診断の時点で進行がん、予後不良のがん種
- ② 身体機能低下
他者へ負担をかけることへの懸念、自立性の喪失、実存的な苦痛
専門的緩和ケアを受けていない
- ③ 一部のがん種
(頭頸部、精巣など→機能や外見の変化、妊孕性の問題などが関係?)
雇用状態
- 全体 うつ状態、希死念慮、痛み、不良な身体状態、乏しいサポート
患者さんが大きな変化を経験するタイミングに、心理面の評価がされていない
患者さんの心理的ニーズについて精神保健専門家に相談がされていない

がん医療における自殺対策案

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
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



事前対応：

医療者のコミュニケーション・スキル・トレーニング

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

医師の研修指導を介したがん患者への介入：コミュニケーション技術研修
 ⇒厚労省委託事業（2007-2016）⇒がん治療認定医単位認定（2016）⇒米国臨床腫瘍学会ガイドライン（2017）⇒コクランレビュー（2018）⇒日本サイコオンコロジー学会/日本癌サポーターケア学会ガイドライン



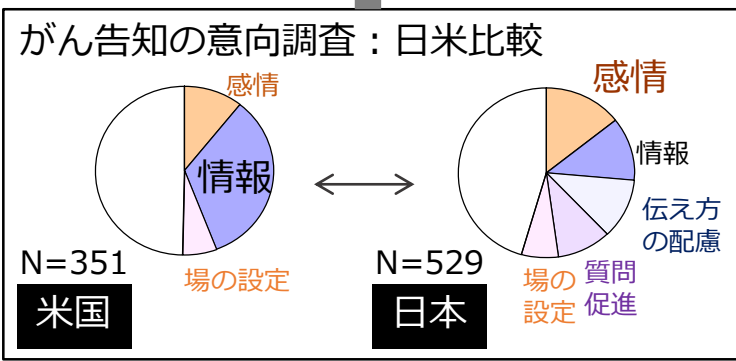
- がん患者の意向調査(N=529)
- ①精神的苦痛へのサポート
 - 感情を出しても配慮して欲しい
 - 家族の気持ちにも配慮して欲しい
 - 希望の持てる言葉をかけて欲しい
 - ②情報の伝え方
 - 医師から質問を促して欲しい
 - ③情報の内容
 - 今後の生活の見通しを教えて欲しい
 - 予後を知りたい
 - ④話しやすい場の設定

がん告知研修プログラム

- ロールプレイ8時間
 - ①難治がんを伝える
 - ②再発を伝える
 - ③抗がん治療中止
- 講義/討論2時間

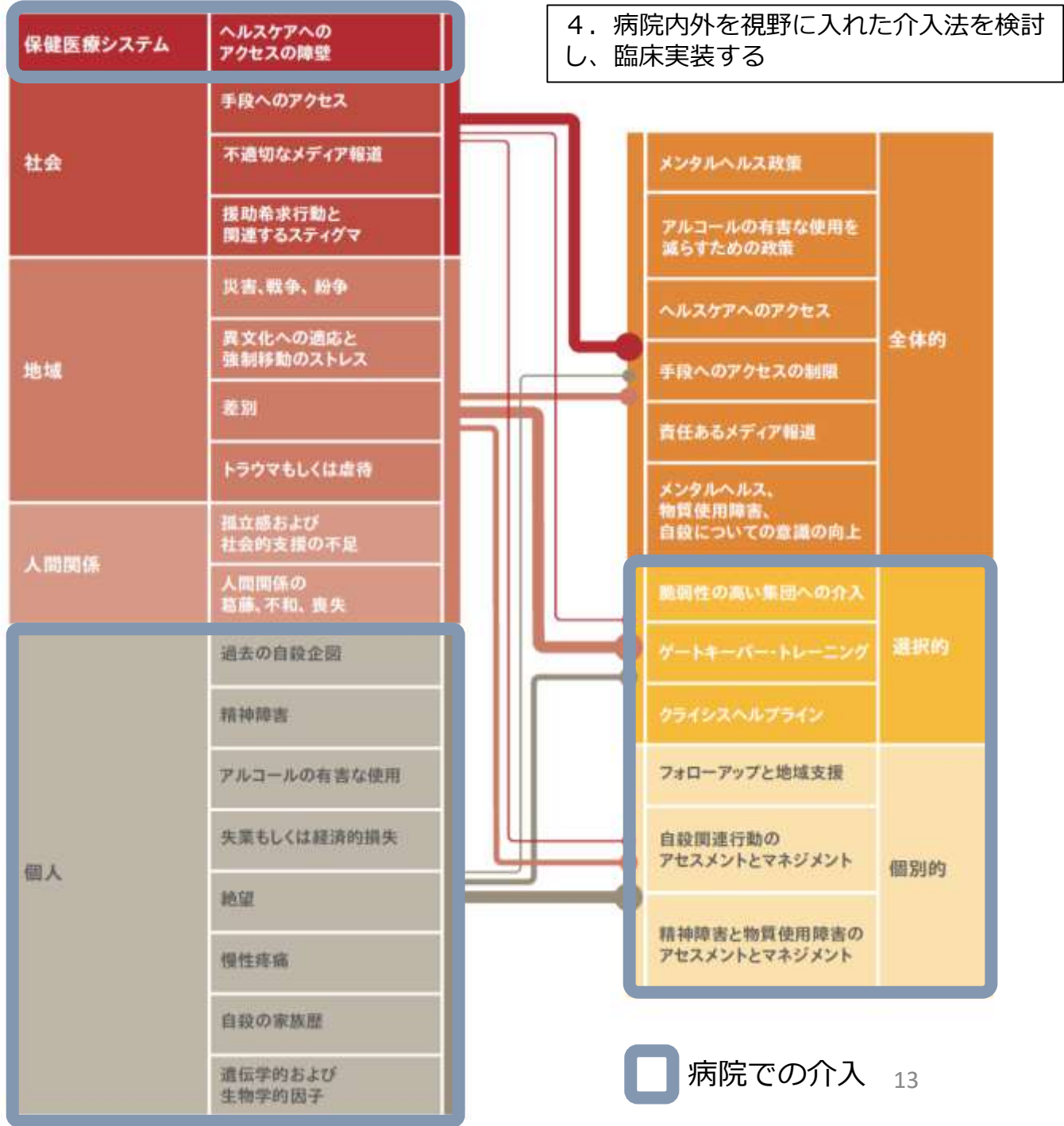
無作為化比較試験

コミュニケーション (第三者評定)	介入群 N=13	統制群 N=14	p
沈黙して精神的苦痛に配慮する	1.7	-0.6	<0.05
感情を話題にする	1.2	-0.4	<0.05
精神的苦痛を支える言葉をかける	1.1	-0.4	<0.05
患者評価指標	介入群 n=309	統制群 n=292	p
抑うつ	4.6 (3.7)	5.3 (4.0)	<0.05
信頼感	9.2 (1.3)	8.9 (1.5)	<0.05



厚労科研内富班報告書、2007
 Fujimori M et al., Psychooncology 2007a
 Fujimori M et al., Psychooncology 2007b
 Fujimori M et al., Palliat Support Care 2014
 Fujimori M et al., J Clin Oncol 2014
 Gilligan T et al., J Clin Oncol 2017
 Moore PM et al., Cochrane Database Syst Rev 2018
 日本サイコオンコロジー学会・日本サポーターケア学会, がん医療における患者-医療者間のコミュニケーションガイドライン 2022

WHO 主要な自殺の危険因子・ 関連する介入



病院内での自殺予防介入： スクリーニング・ケースマネジメント

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

国	欧州	アメリカ	オーストラリア	日本（介入研究として実施）	
プロジェクト名	European Alliance Against Depression	Zero Suicide	LifeSpan	NOCOMIT-J	ACTION-J
開始年	2001年	2011年	2015年	2006年から3年半	2006年から2011年
介入場所	地域	病院	地域介入	地域	救急部門
介入内容	<ul style="list-style-type: none"> ・スクリーニング、プライマリケアとメンタルヘルスケア ・啓発キャンペーン ・ハイリスク者の同定とサポート ・ゲートキーパーのトレーニング ・コミュニティのトレーニング 	<ul style="list-style-type: none"> ・文化の変化 ・医療者のトレーニング ・包括的スクリーニングと評価によるハイリスク者の同定 ・ケースマネジメント ・エビデンスに基づく治療 ・精神的苦痛へのサポート ・モニタリングを継続し、政策と介入を継続的に改善 	<ul style="list-style-type: none"> ・危機介入、フォローアップケア ・エビデンスに基づく治療 ・プライマリケアでの評価、サポート ・ゲートキーパーのトレーニング ・学校でのサポート ・コミュニティのトレーニング ・メディア対策 ・環境（ハード面）整備 	<ul style="list-style-type: none"> ・政策立案者の関与 ・市民への教育 ・ゲートキーパーのトレーニング ・ハイリスク者への支援 	<ul style="list-style-type: none"> ・ケースマネジメント（精神科診断、社会的リスク評価、ニーズ評価） ・18か月から5年間
結果	<ul style="list-style-type: none"> ・自殺行動が24%減少、2年間持続(Hegerl et al., 2008; 2010) ・5年間自殺率が大幅減少(Hubner-Liebermann et al., 2010) ・2年間自殺率が大幅減少したが、その後持続しなかった(Szekely et al., 2013) 	<p>事例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・高いスクリーニング実施率：80%以上 ・介入前後比較で自殺率が減少：メイン州2015年0.04% → 2019年0.02%（50%減）、インディアナ州2014年150人/10万人 → 2018年46人/10万人（70%減）(unpublished data) 	<p>介入した地域では、介入していない地域と比べて自殺の発生を21%、自殺企図の発生を30%予防できると推定(Krysiniska et al., 2016)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・<u>介入地域は介入していない地域と比較して</u>、農村部の自殺+未遂発生率が7%少なかった ・男性、高齢者が有意に低い ・都市では有意差なし(Ono et al., 2013) 	<ul style="list-style-type: none"> ・再企図率低下、6か月間持続 ・女性、40歳未満、未遂歴有が効果大(Kawanishi et al., 2014)

地域介入：ゲートキーパー

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

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

役割

- 気づき：家族や仲間の変化に気づいて、声をかける
- 傾聴：本人の気持ちを尊重し、耳を傾ける
- つなぎ：早めに専門家に相談するように促す
- 見守り：温かく寄り添いながら、じっくりと見守る

ゲートキーパーの心得

- 自ら相手とかかわるための心の準備をしましょう
- 温かみのある対応をしましょう
- 真実に聴いているという姿勢を相手に伝えましょう
- 相手の話を否定せず、しっかりと聴きましょう
- 相手のこれまでの苦勞をねぎらいましょ
- 心配していることを伝えましょう
- わかりやすく、かつゆくりと話をしましょう
- 一緒に考えることが支援です
- 準備やスキルアップも大切です
- 自分が相談によって困ったときのつなぎ先(相談窓口等)を知っておきましょう
- ゲートキーパー自身の健康管理、悩み相談も大切です

まずは、声をかけることから始めてみませんか。

※ゲートキーパーとは、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、見守る人のことです。

内閣府自殺対策推進室HP <http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/index.html>

ゲートキーパー手帳 第2版

あなたも、ゲートキーパーの輪に加わりませんか？

気づき 傾聴 つなぎ 見守り

家族や仲間の変化に気づいて、声をかける
本人の気持ちを尊重し、耳を傾ける
早めに専門家に相談するように促す
温かく寄り添いながら、じっくりと見守る

悩んでいる人に勇気をもって声をかけてみませんか。

こころの支援「り」はあさる

悩んでいる人への接し方～メンタルヘルス・ファーストエイド(※)による支援～

リスク すぐ評価

自殺の方法について計画を練っているか、実行する手段を有しているか、過去に自殺未遂をしたことがあるか、を評価しましょう。

「死にたい」と思っていますか？「死にたい」と思っていますか？」とはっきりと尋ねてみるのが大切です。

は 判断 なんだん・批評せず聴く

どんな気持ちなのか話してもらいましょう。

責めたり罰い人だと決めつけたりせず聞きましょう。

この問題は弱さや怠惰からくるのではないことを理解しましょう。

温かみのある雰囲気に対応しましょう。

あ 安心 あんしん・情報を与える

現在の問題は、弱さや性格の問題ではなく、医療や生活支援の必要な状態であること、決して珍しい状態ではないことを伝えましょう。

適切な支援で良くなる可能性があることも伝えましょう。

セルフヘルプ せるふへるふ

アルコールをやめる、軽い運動をする、リラクゼーション法(ゆっくりと呼吸をする、力を抜く等)などを行うことにより、メンタルヘルスの問題による症状が緩和されることがあります。

家族などの身近な人に相談することや、自分に合う対処法を勧めてみたりするのもよいかもしれません。

※メンタルヘルス・ファーストエイドは、メンタルヘルスの問題を有する人に対して、適切な初期対応を行うための5つのスタッフからなる行動計画で、オーストラリアのBetty KitchenorとAnthony Jormにより開発されたものです。

監修：徳島大学医学部附属病院臨床心理科、精神科、および県民に対する精神科危機対応科の情報を目的とした介入研究

気づき

家族や仲間の変化に気づいて、声をかける

眠れない、食欲がない、口数が少なくなった等、大切な人の様子が「いつもと違う場合」...

うつ 借金 死別体験 過重労働 配偶者 昇進 引越し 出産

もしかしたら、悩みをかかえていますか？

生活等の「変化」は悩みの大きな要因となります。一見、他人には幸せそうに見えることでも、本人にとっては大きな悩みになる場合があります。

傾聴

本人の気持ちを尊重し、耳を傾ける

- まずは、話せる環境をつくりましょう。
- 心配していることを伝えましょう。
- 悩みを真摯な態度で受け止めましょう。
- 副交感神経を興奮して相手の感情を否定せずに対応しましょう。
- 話を聞いた後、「話してくれてありがとうございます」や「大変でしたね」、「よくやってきましたね」というように、ねぎらいの気持ちを言葉にして伝えましょう。

本人を責めたり、安易に励ましたり、相手の考えを否定することは避けましょう

声かけ

大切な人が悩んでいることに気づいたら、一歩勇気を出して声をかけてみませんか。

声かけの仕方悩んだら...

- 眠れてますか？(2週間以上つづく不眠はうつサイン)
- どうしたの？なんだか辛そうだけど...
- 何か悩んでる？よかったら、話して。
- なんかが元気ないけど、大丈夫？
- 何か力になれることはない？

つなぎ

早めに専門家に相談するように促す

- 紹介にあたっては、相談者に丁寧に情報提供をしましょう。
- 相談窓口に確実に繋がることできるように、相談者の了承を得たうえで、可能な限り連携先に直接連絡を取り、相談の場所、日時等を具体的に設定して相談者に伝えるようにしましょう。
- 一緒に連携先に向くことが難しい場合には、地図やパンフレットを渡したり、連携先へのアクセス(交通手段、経費等)等の情報を提供するなどの支援を行います。

自殺につながるサインや状況

- 過去の自殺企図・自傷歴
- 喪失体験：身近な人との死別体験など
- 苦痛な体験：いじめ、家庭問題など
- 職業問題・経済問題・生活問題：失業、リストラ、多量債務、生活苦、生活への困難感、不安定な日常生活、生活上のストレスなど
- 精神疾患・身体疾患の罹患およびそれらに対する悩み：うつ病など精神疾患や、身体疾患での苦痛など
- ソーシャルサポートの欠如：支援者がいない、社会制度が活用できないなど
- 自殺企図手段への容易なアクセス：危険な手段を手に入れている、危険な行動に及びやすい環境があるなど
- 自殺につながりやすい心理状態：自殺念慮、絶望感、衝動性、孤立感、悲嘆、諦め、不自信
- 望ましくない対処行動：飲酒で紛らわす、薬物を乱用するなど
- 危険行動：道路に飛び出す、飛び降りようとする、自暴自棄な行動をとるなど
- その他：自殺の家族歴、本人・家族・周囲から確認される危険性など

自殺を防ぐために有効なもの

- 心身の健康：心身ともに健康であること
- 安定した社会生活：良好な家族・対人関係、充実した生活、経済状況、地域のつながりなど
- 支援の存在：本人を支援してくれる人がいたり、支援組織があること
- 利用可能な社会制度：社会制度や法律的対応など本人が利用できる制度があること
- 医療や福祉などのサービス：医療や福祉サービスを活用していること
- 適切な対処行動：信頼できる人に相談するなど
- 周囲の理解：本人を理解する人がいる、偏見をもって扱われないなど
- 支援者の存在：本人を支援してくれる人がいたり、支援組織があること
- その他：本人・家族・周囲が精力的にしているもの、本人の支えになるようなものがあるなど

話をよく聞き、一緒に考えてくれるゲートキーパーがいることは、悩んでいる人の孤立を防ぎ、安心を与えます。

つなぎ先：さきさきメール

事後対応：医療者・遺族支援

臨床疑問への推奨

- 遺族が経験する**抑うつ**や**悲嘆**の軽減を目的として**非薬物療法**を行うことを提案する
- 遺族が経験するうつ病による**抑うつ**症状の軽減を目的として**抗うつ薬**を投与することを提案する

その他、非薬物療法の具体的な方法、抗うつ薬の種類、**自死遺族支援**等について解説



がん医療に携わる医療者の自殺関連行動の経験と姿勢

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

	精神科医		がん治療医		看護師	
	136人		137人		200人	
性別、男性	122人	89.7%	116人	84.7%	25人	12.5%
年齢、歳（平均値±標準偏差）	46.1	±11.8	47.4	±8.9	39.6	±8.3
がん診療連携拠点病院所属	51人	37.5%	57人	41.6%	110人	55.0%
臨床経験年数（平均値±標準偏差）	19.0	±11.2	21.4	±9.0	15.1	±8.3
がん臨床経験年数（平均値±標準偏差）	9.8	±8.6	17.2	±9.5	8.2	±5.8
自殺予防研修参加経験 有	109人	80.1%	47人	34.3%	36人	18.0%
受け持ち患者の自殺関連行動経験 有	129人	94.9%	70人	51.1%	57人	28.5%
自殺に対する消極的姿勢 「自殺予防に取り組む責任はない。」「人には自殺する権利がある。」など14項目、5件法	36.4	±7.1	38.9	±6.8	39.8	±5.9

病院内での自殺関連行動の第1発見者	人	%
看護師・准看護師	194	66.0
家族・付き添い	29	9.9
医師	21	7.1
その他（事務員、通行人など）	18	6.1
警察	16	5.4
他患者	11	3.7
療法士	3	1.0
不明	2	0.7

事例：がん専門病院病棟にて深夜勤務中の看護師が患者の縊首を発見。
5日後、心的外傷後ストレス症状を主訴に精神科を紹介受診。
発見時、対応時の光景が繰り返し思い起こされ、暗いところを避け、大きな音に過敏になった。悲しみと罪責感を経験していた。

がん医療における自殺対策

提言	今後の課題
1 がん医療における自殺対策の啓発・教育を推進する	<ul style="list-style-type: none"> 科学的根拠に基づく情報発信* * 例：精神科医による院内伝達研修、医療安全講習 診療ガイドラインによる普及
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	<ul style="list-style-type: none"> 全国がん登録情報*を用いたモニタリング * 利活用には公的研究費が必須
3 自殺の危険因子・保護因子を解明する	<ul style="list-style-type: none"> 大規模縦断観察研究によるリスク同定
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	<ul style="list-style-type: none"> ハイリスク者への介入**研究実施 ** アセスメント、ケースマネジメント、多職種連携、地域連携、ゲートキーパー
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	<ul style="list-style-type: none"> 遺族や関係者の実態把握のための観察・介入研究 科学的根拠に基づく介入の社会実装・臨床実装