

がん患者の自殺対策-現状と課題および今後の方向性

: 「診断後早期からの緩和ケア」における残された最大の課題

一般社団法人日本サイコオンコロジー学会



副代表理事 内富 庸介(国立がん研究センター)
 理事 加藤 雅志(国立がん研究センター)
 理事 小川 朝生(国立がん研究センター)
 代表理事 明智 龍男(名古屋市立大学)

1

■ わが国における自殺-2015年のデータより-

2016年3月18日
 内閣府自殺対策推進室
 警察庁生活安全企画課

-**24,025人** (男性16,681人、69.4%、1998年以降3万人超だったものが15年目の2012年から3万人以下に減少、しかし先進国では現在でも極めて多い)

-年齢: 「40歳代」が4,069人で全体の16.9%を占め、次いで「50歳代」(3,979人、16.6%)、「60歳代」(3,973人、16.5%)、「70歳代」(3,451人、14.4%)の順となっている。

-職業: 「無職者」が14,322人で全体の59.6%を占めて最も多く、次いで「被雇用者・勤め人」(6,782人、28.2%)、「自営業・家族従業者」(1,697人、7.1%)、「学生・生徒等」(835人、3.5%)。

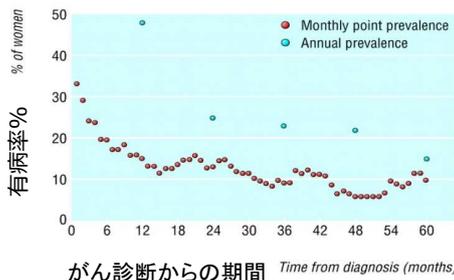
-原因特定者17,981人のうち:「健康問題」にあるものが12,145人で最も多く、次いで「経済・生活問題」(4,082人)、「家庭問題」(3,641人)、「勤務問題」(2,159人)の順。
 (健康問題の中ではがんが最多か???)

2

がん診断後のストレス

早期乳がん患者222名のうつと不安を面接調査:一ヶ月有病率%)

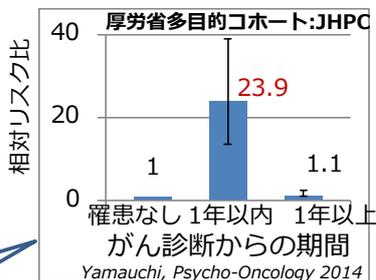
Burgess, C. et al. BMJ 2005



がん診断後のストレスと自殺

がん診断後自殺リスク24倍

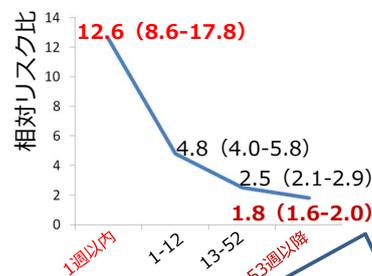
40歳以上の男女約14万人を20年以上追跡



がん診断後1週間13倍

30歳以上の一般住民600万人スウェーデン住民コホート (追跡期間1991年-2006年)

Fang F et al, N Engl J Med 2012



102,843人中11,187人ががん発症、34人が自殺。
 そのうち13人(0.12%、RR=23.9)が1年以内に自殺。二年目以降21人が自殺(RR=1.1)。
 →がん患者100万人/年にあてはめると、がん罹患後1年以内の自殺者は1,162人(全自殺者の約5%を占める)。罹患後2年目以降は?

卒中後自殺リスク10倍



6,073,240人中534,154人ががん発症、786人が自殺。そのうち、最初の1週以内に29人(0.005%、RR=12.6)が自殺。
 最初の12週の自殺は110人(RR=4.8)。最初の52週の自殺は260人(0.05%、RR=3.1)
 53週以降の自殺は526人(RR=1.8)
 *最初の12週の自殺を比較すると、食道・肝・膵(RR=16.0) > 肺(12.3) > 脳(7.8) > 大腸(4.7) > 乳(3.4) > 前立腺(3.2) > 皮膚(1.4)。

身体疾患と自殺-メタアナリシス

方法: Medlineで検索して235論文を抽出。

Harris et al. Medicine 1994

自殺率が上昇する身体疾患

一般人口に対する危険率(95%CI)

1.AIDS/HIV	6.65 (5.77-7.63)
2.SLE	4.35 (2.58-6.87)
3.腎疾患(腎移植)	3.83 (1.91-6.86)
人工透析	14.49 (8.85-22.38)
4.脊髄損傷	3.82 (3.29-4.42)
5.ハンチントン舞踏病	2.90 (2.25-3.68)
6.多発性硬化症	2.36 (1.89-2.91)
7.胃潰瘍	2.10 (1.85-2.38)
8.がん	1.80 (1.71-1.89)
頭頸部	11.39 (5.21-21.63)

身体疾患と自殺-症例対照研究

Bolton JM et al, Psychol Med 2015

方法 マニトバ州(カナダ)のデータベース(1996-2009年)

自殺者(N=2100) vs 対照群(N=6300)

検討した疾患: がん、COPD、虚血性心疾患、高血圧、DM、多発性硬化症、炎症性腸疾患

調整要因: 精神疾患(うつ病、不安障害、物質乱用・依存、統合失調症、認知症)と身体疾患

Table 2. Risk of suicide associated with physical disorders

Physical disorder	Rates of disorder within each group (%)		調整前OR	調整後OR
	Suicide (n=2100)	Controls (n=6300)	Model 1 Unadjusted OR (95% CI)	Model 2 AOR (95% CI)
● Asthma	19.9	14.5	<u>1.50 (1.32-1.71)***</u>	1.03 (0.88-1.22)
● COPD	3.1	1.6	<u>2.06 (1.48-2.86)***</u>	1.46 (0.98-2.18)
Ischemic heart disease	5.0	5.3	0.92 (0.72-1.17)	0.77 (0.57-1.01)
Hypertension	16.9	16.4	1.05 (0.90-1.22)	0.86 (0.71-1.04)
Diabetes	7.0	5.8	1.22 (0.99-1.50)	1.19 (0.93-1.51)
● Cancer	4.6	3.2	<u>1.51 (1.16-1.97)***</u>	<u>1.40 (1.03-1.91)*</u>
● Multiple sclerosis	0.52	0.21	<u>2.54 (1.14-5.67)*</u>	1.97 (0.75-5.13)
Inflammatory bowel disease	0.43	0.32	1.36 (0.61-3.02)	0.76 (0.28-2.10)

COPD, Chronic obstructive pulmonary disease; OR, odds ratio; AOR, adjusted odds ratio; CI, confidence interval.

結果

⇒ **精神疾患**の影響を調整後も有意な自殺リスク上昇がみられたのは**がんのみ**

(特に**診断後3か月**以内がハイリスク: **調整後OR = 4.10**, 95% CI 1.71-9.82, $p < 0.01$)⁵

■がん患者の自殺: レビュー

Robson A et al, Psychooncology 2010
Anguiano L et al, Cancer Nurs 2012

- 自殺率 SMR*: 1-11 (対象、方法や国などでかなり相違)

概ね一般人口の**2倍弱**

SMR* (Standardized Mortality Ratio): 標準化死亡比

- 時期** 診断後1年以内 (**診断直後**が最も高い)
- 危険因子** うつ状態 (> 痛み)、男性、進行がん、
高齢者 (65歳以上)、頭頸部・肺がんなど

■がん患者における自殺-心理学的剖検

Henriksson M et al, J Affect Disord 1995

- 自殺したがん患者 (N=60)、フィンランド
- うつ病 (32%)**、その他のうつ病性障害 (**30%**)、アルコール依存 (13%)、不安障害 (13%)、**適応障害 (12%)**、診断なし (5%)

自殺への対応

1. プリベンション(prevention) 事前
予防
原因を事前に取り除き、自殺が起
きることを予防する(高危険群)
2. インターベンション (intervention)
介入
今まさに自殺を企てようとする者
、未遂者に介入し自殺を防ぐこと
3. ポストベンション (postvention) 事
後対応
影響を可能な限り小さくする取り
組み(遺族、他患者、職場、医療
スタッフ、企図歴者)

*日本はほとんどがインターベンション

がん治療と緩和ケアの統合モデルC : 診断時にケアを厚くする

Models of integration of oncology and palliative care: Time-based model
Hui D, Bruera E, Ann Palliat Med 2015;4(3):89-98

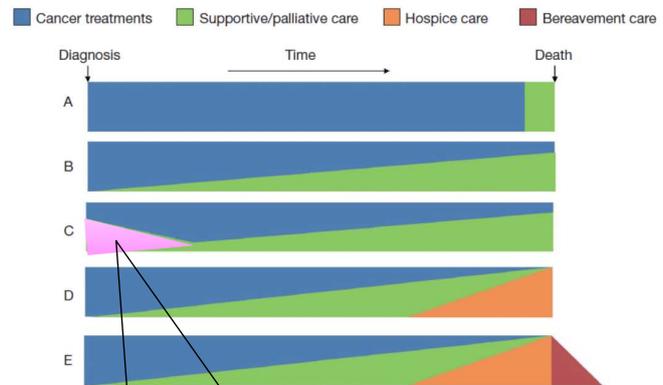


Figure 1 Time based model. (A) Palliative care is introduced only when no more treatments are possible; (B) palliative care is introduced from time of diagnosis and increases its involvement over time; (C) the level of palliative care involvement fluctuates over time; (D) in addition to palliative care, this model includes hospice care introduced in the last months/weeks of life; (E) bereavement care is added.

例) 診断後3カ月の高危険群にプリベンション:
個別のケースマネージメント

7

進行がん患者とがん専門医の信頼関係の影響

Mack JW et al, Cancer 2009; Trevino KM et al, Cancer 2014

The Human Connection Scaleを用いてアウトカムとの関係を検討

- | | |
|----------------------|---------------------------|
| 1.心配事をどれ位聞いてくれるか? | 10.どれ位質問しやすいか? |
| 2.発言にどれ位関心を持ってくれるか? | 11.説明がどれ位理解できるか? |
| 3.どれ位一人の人としてみてくれるか? | 12.家族の様子をどれ位尋ねてくれるか? |
| 4.担当医のことをどれ位好きか? | 13.どれ位希望を与えてくれるか? |
| 5.担当医のことをどれ位信頼しているか? | 14.どれ位がんへの対処法について尋ねてくれるか? |
| 6.担当医はどれ位完全か? | 15.どれ位QOLを気にかけているか? |
| 7.担当医をどれ位尊敬しているか? | 16.どれ位心が広いか? |
| 8.どれ位ケアしてくれるか? | |
| 9.どれ位正直か? | |

(注: 明智訳、日本語版の妥当性検証未)

⇒ **主治医と良好な信頼関係**(ラポール)が形成されているほど
その後の患者の身体症状・精神疾患・希死念慮が少ない

がん専門医に対するコミュニケーション・スキル・トレーニングの有効性:がん患者の精神症状と信頼感に与える影響

Fujimori M, Uchitomi Y et al, J Clin Oncol 2014

対象 がん専門医

方法 無作為化比較試験

トレーニングを受けた医師15名の患者[N=292] vs
対照群の医師15名の患者[N=309])

介入 医師が2日間のワークショップに参加

(SHAREに基づくコミュニケーション・スキル・トレーニング)

Table 5. Comparison of Patient Psychological Distress, Perceived Communication, and Satisfaction Between Groups at Follow-Up

Factor	IG		CG		F	P
	Mean	SD	Mean	SD		
HADS						
Anxiety	4.83	3.75	5.17	3.42	0.94	.333
Depression	4.59	3.75	5.32	4.04	4.94	.027*
Total distress	9.36	6.93	10.50	6.90	3.85	.050
Satisfaction with oncologist communication						
Satisfaction with oncologist communication	8.58	1.62	8.35	1.74	2.80	.095
Trust in oncologist	9.15	1.28	8.87	1.54	6.89	.009*

Abbreviations: CG, control group; HADS, Hospital Anxiety and Depression Scale; IG, intervention group; SD, standard deviation.
*P < .05.

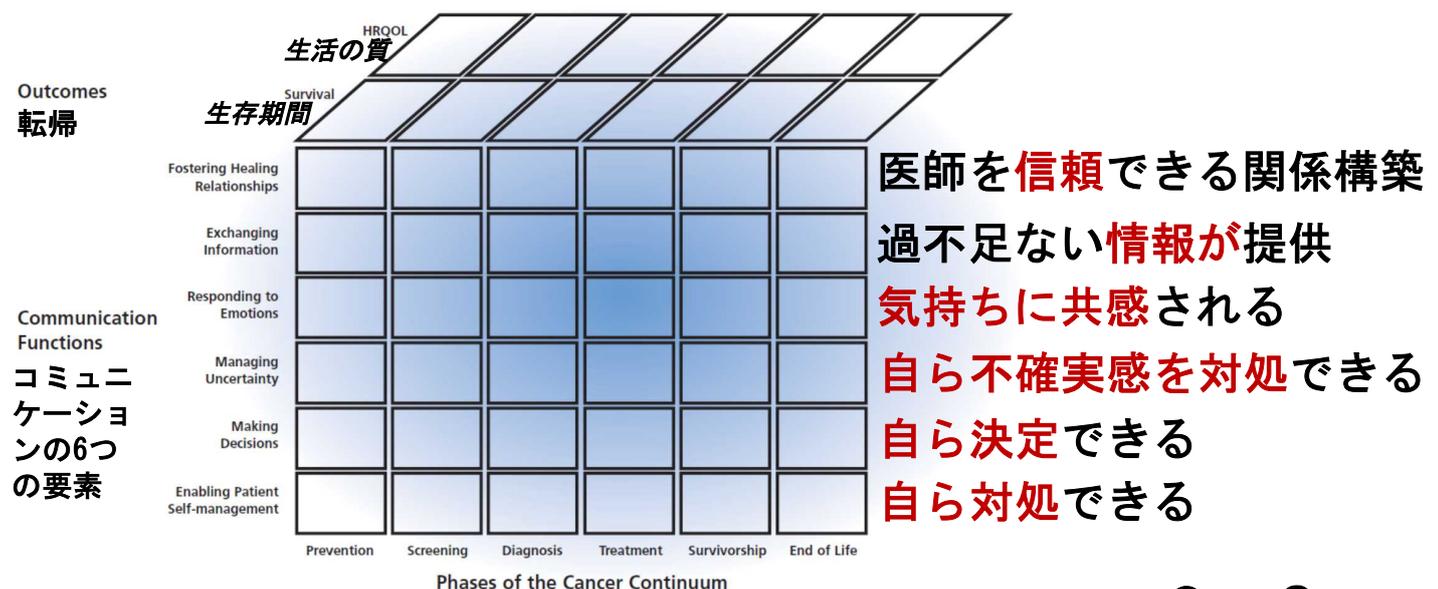
結果: 医師に対する**信頼感**が増し
患者の**うつ**が減少

⇒日本の患者意向調査を踏まえた**共感**行動の促進を特徴とするトレーニングで
コミュニケーションスキルは改善可能。

良く話をして、必要な治療とケア: コミュニケーション

•PATIENT-CENTERED COMMUNICATION IN CANCER CARE: Promoting Healing and Reducing Suffering, National Cancer Institute

Figure 4.1 The six communication functions can help to improve survival and health-related quality of life (HRQOL) in each of the phases of the cancer care continuum.



がん患者の心理学的評価とサポートの4段階

-英国がん患者の支持・緩和ケアマニュアル NHS-NICE 2004-

第四段階:精神保健専門家(精神科医・心理職)

評価:精神疾患の診断(重症のうつ病、薬物乱用などを含む、複雑な問題)

介入:薬物療法と心理療法(認知行動療法)

第三段階:訓練と認定を受けた専門家(心理職)

評価:心理的苦痛の評価と精神疾患の診断(重症度を評価し精神科医に紹介)

介入:カウンセリングと心理療法(不安マネジメント、解決志向的アプローチ)

第二段階:心理的知識を有する医療者(がん専門看護師、ソーシャルワーカー、家庭医)

評価:心理的苦痛のスクリーニング(診断、再発、治療中止時などストレス時)

介入:簡便な心理技法(問題解決療法など)

第一段階:全ての医療者(相談員、医事課)

評価:心理的ニードの認識(疑わしいとき精神保健の専門家に相談・紹介)

介入:基本的なコミュニケーション技術(適切な情報提供、理解の確認、共感、敬意)

11

まとめ-1

○現状と課題

1. わが国のがん患者の自殺は診断後1年以内が多い。しかし、その実態は明らかではなく、文化差も考慮した詳細な定点観測が必要である。
2. がん診断時の患者の多くが拠点病院を受診することから、早期からの基本のおよび専門的緩和ケアを自殺対策に結びつける必要があるが、現時点での取り組みでは充分ではないことが推測される。

○今後の方向性

1. 【調査研究】実効性のある対策のために拠点病院における自殺の実態調査(診断後1年以内および2年目以降長期も)を、家族、医療スタッフへの影響を含めすべきである。
2. 【研修】最初に接する医療者(医師、相談員、看護師、MSW、心理師など)に対する実効性のあるコミュニケーション・スキル・トレーニング(がん告知、その後のフォロー、精神症状の早期発見など=早期基本的緩和ケア)とチームによる相談支援体制の充実が必要である。

12

まとめ-2

○今後の方向性

3. 【モデル事業・研究】診断時の高危険群(難治がんである食道・肝胆膵・頭頸部・脳・肺がん、絶望感/うつ、高齢)のケースマネジメント(=早期専門的緩和ケア)が有望であるので、医療チーム(相談員、看護師、MSW、心理師、精神科医など)による介入法の開発・検証が必要である。
4. 【モデル事業・研究】乳がんサバイバーのように慢性的ストレスによる自殺も知られているので、長期的視点に立って初回治療終了時もしくは退院時(=診断後一年以内)にサバイバーシップケアプランの導入を試みる必要がある。患者に対する不安対処法強化、問題解決アプローチ、身体症状、健康増進(治療に向けたダイエット、禁煙、運動)、情報提供・教育、グループサポートなど。