別添１

厚生労働科学研究費補助金

がん対策推進総合研究事業

がん患者の自殺予防プログラムの開発と その実装に向けた教育研修に関する研究

令和7年度　総括・分担研究報告書

研究代表者　藤森　麻衣子

令和　8（2026）年　5月

別添２

厚生労働科学研究費補助金研究報告書目次

目　　次

Ⅰ．総括研究報告
がん患者の自殺予防プログラムの開発とその実装に向けた教育研修に関する研究
藤森麻衣子 ---------- 3

II．分担研究報告

研究2　ハイリスク集団への予防介入法の開発
明智龍男、桜井なおみ、松村由美、吉本世一 ---------- 7

研究3　医療従事者に対する教育研修プログラム開発
明智龍男、稲垣正俊、松村由美 ---------- 9

(資料)資料1:「がん医療における自殺対策の手引き2025年度版」概要版 ---------- 12

資料2: がん患者の自殺対策公開シンポジウム資料 ---------- 20

資料3: 医療従事者を対象とした自殺対策の教育研修プログラム資料 ---- 40

資料4: 研修プログラム参加前後アンケート結果資料 ---------- 45

資料5: Suicide risk among individuals diagnosed cancer during versus before the COVID-19 pandemic: a nationwide population-based study. ---------- 48

資料6: Nationwide retrospective survey on healthcare professionals' perceptions of suicide-related behaviors among people with head and neck cancer in Japan. ---------- 52

資料7: Suicide Prevention in Japanese Cancer Care Hospitals: A Topic Modeling Analysis of Manuals and Workflows. ---------- 60

資料8: 医療安全管理部門による自殺事故対策の取り組みについての全国アンケート調査. ---------- 70

資料9: One-year prevalence and associated factors of suicidal ideation among patients with newly diagnosed head and neck cancer in Japan: a longitudinal study. ---------- 77

III．研究成果の刊行に関する一覧表 ---------- 78

Ⅳ．　厚生労働科学研究費における倫理審査及び利益相反の管理の状況に関する報告-- 79

別添３

厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
総括研究報告書

がん患者の自殺予防プログラムの開発とその実装に向けた教育研修に関する研究

研究代表者　藤森　麻衣子　国立研究開発法人　国立がん研究センター　がん対策研究所
サバイバーシップ研究部　支持・緩和・心のケア研究室　室長

研究要旨
研究２ハイリスク集団への予防介入法開発
ハイリスク集団への自殺予防介入法の開発として、2025 度は、本研究班のこれまでの研究成果、関連文献レビュー、自殺対策に関する資料をもとに、「がん医療における自殺対策の手引き」を作成した。執筆には、分担研究者（リエゾン精神医学、心療内科学、医療安全管理学等の専門家)、研究協力者（精神医学、医療統計学、腫瘍内科学等の専門家）に加え、がん患者代表者など 15 名が参画した。執筆内容について、16 学会および患者・市民による外部評価を受けた。評価コメントを反映し、概要版と本編を作成した。本編には、がん患者の自殺対策の総論と各論（わが国のがん患者の自殺実態調査、がん診断直後の自殺対策、進行期の自殺対策、サバイバーの自殺対策、AYA 世代がん患者の自殺対策、遺族と医療者支援、がん診療における自殺の倫理的側面）および院内自殺対策の実践が含まれた。本手引きの冊子を作成するとともにデジタルブック化し、令和 8 年 3 月末に公開した。また、がん医療従事者向け公開シンポジウムにおいて、リエゾン精神医学、精神医学、医療安全管理学、医療統計学、頭頚部外科、心理学の専門家およびがん患者代表者による「がん医療における自殺対策の手引き」の利活用に向けたパネルディスカッションを行った。
研究３医療従事者に対する教育研修プログラム開発
研究 2 で開発された自殺予防介入法に関する資料による事前学習と院内自殺対策に関するグループワークを含む医療従事者を対象とした教育研修プログラムを開発した。令和 8 年 1 月までに研修会を 5 回開催し、実施可能性および有用性を評価するため、参加前後にアンケート調査（参加者背景、自施設の自殺対策の有無、研修全体の満足度、目標の達成度、プログラム資料・方法の役立度、Attitude to Suicide Prevention（ASP-J））を実施した。参加者総数は 132 名（看護師 63%、医師 24%、心理師 9%）であった。参加した医療者全員が完遂したことから、実施可能であると考えられる。また参加後調査の回答 114 名のうち、研修全体の満足度評価が高い（0-10 評価のうち 8 以上）であった参加者は 93 名（83%）であった。目標の達成度は、目標１：80%以上 79 名（69%)、目標２：80%以上 74 名（65%)、目標３：80%以上 66 名（59%）であった。参加前後の ASP-J の平均値（標準偏差）は前(有効回答数 104)32.9（6.1)、後(有効回答数 114)30.1（6.3)であり、t 検定の結果参加後のスコアが有意に低い(p=0.001)ことが示され、研修後に医療従事者の自殺予防に対する否定的態度が好ましい方向に変化した可能性が示唆された。

研究分担者氏名・所属研究機関名及び所属研究機関における職名
明智龍男　公立大学法人 名古屋市立大学 大学院医学研究科 教授
稲垣正俊　国立大学法人 島根大学 医学部 教授
桜井なおみ　キャンサー・ソリューションズ株式会社 代表取締役
松村由美　京都大学 医学部附属病院 医療安全管理 教授
吉本世一　国立研究開発法人 国立がん研究センター 中央病院 頭頸部外科 頭頸部外科長

Ａ．研究目的

研究２ハイリスク集団への予防介入法開発
がん患者は一般人口と比して自殺リスクが有意に高いことから、自殺総合対策大綱、第 3 期がん対策推進基本計画において、がん患者が必要に応じて専門的、精神心理的ケアを受けられる体制の構築、周知が求められ、「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」（厚生労働省， 2022 年 8 月改訂）には、地域がん診療拠点病院の指定要件に「がん患者の自殺リスクに対し、院内で共通したフローを使用し、対応方法や関係機関との連携について明確にしておくこと」等が記された。しかし確

立されたがん患者の自殺予防対策は世界的に存在せず、がん種、病期、診断後早期といったリスク因子に着目した予防体制構築の必要性が指摘されている。実証的ながん患者の自殺予防対策の実現を目指し、医療安全の視点からがん診療連携拠点病院内の自殺対策マニュアル、自殺対応フロー、関係機関との連携体制を調査し、実態に即した自殺対策プログラムを検討する。

研究 3 医療従事者に対する教育研修プログラム開発
確立されたがん患者の自殺予防対策は世界的に存在せず、がん種、病期、診断後早期といったリスク因子に着目した予防体制構築の必要性が指摘されている。われわれは、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整理し、現時点で最善と思われる対策を示すことを目的として、「がん患者の自殺対策の手引き」を作成している。自殺対策に関する手引きを作成し、公開するだけでは、現場に届かないこと、また、院内での自殺対策が求められている一方でどのような対策を取ればいいのか課題を抱えている施設が少なくないことより、がん診療現場における自殺予防対策を着実に推進するために自殺対策に関する研修会を実施し、その実施可能性を評価することとした。
本研究により実施可能性を確認した上で、関連学会と協力し、全国の医療者を対象として研修会を実施していくことでがん患者の自殺予防推進を目指している。

Ｂ．研究方法
研究 2 ハイリスク集団への予防介入法開発
2023 年度までに実施したがん患者の自殺・希死念慮のリスクおよび介入に関する国内外の論文レビューや収集した取り組みに関する資料と専門家によるパネルディスカッションにより、がん患者の自殺対策プログラムを開発する。
（倫理面への配慮）
侵襲及び介入を伴わず、人体から取得した試料も用いない研究であるため、インフォームド・コンセントを要さなかった。

研究 3 医療従事者に対する教育研修プログラム開発
3-1. 研究 2 で開発したがん患者の自殺対策プログラム等の資料と専門家によるパネルディスカッションにより、医療従事者を対象とした教育研修プログラムを開発する。
3-2. 医療従事者を対象としたがん患者の自殺対策研修会を実施し、実施可能性および有用性を評価する。参加者を対象とし、参加前後にアンケート調査を実施する。【参加前調査項目】背景：年齢、性別、職種、医療従事年数、自殺対策研修会の経験の有無；日本語版 Attitudes Toward Suicide Prevention（ASP-J）：ASP は、Appleby らによって開発された自殺予防に対する医療従事者の否定的態度の測定に焦点化した 14 項目の自己記入式質問票である(Herron J, 2001)。回答はリッカート式の 5 件法（1 強く反対、2 反対、3 どちらでもない、4 賛成、5 強く賛成）で評価される。本質問紙の日本語訳版の妥当性と信頼性は確認されている（川島, 2013)。【参加後調査項目】参加者背景：年齢、性別、所属施設、職種；研修会の満足度：11 件法（0 全く満足できなかった-10 とても満足できた）で回答を得る。；研修会の評価：目標の達成度について、6 件法(0-100%)で回答を得る。；日本語版 Attitudes Toward Suicide Prevention（ASP-J）；意見・感想：自由記述。参加者背景について記述統計量を算出する。研修完遂率を研修会完遂者数/研修会申込者数により算出する。ASP-J の平均値を算出し、参加前後の平均値の差を t 検定を用いて評価する。P＜0.05 を有意差ありと判断する。自由記述の内容分析を行う。
（倫理面への配慮）
介入・侵襲を伴わず、個人の生命・健康に関する情報を取り扱わない。調査への協力は任意であり、調査回答フォームに調査協力への同意に関するチェックボックスを設け、クリックがされたことをもって適切な同意が取得されたものとする。

Ｃ．研究結果
研究 2 ハイリスク集団への予防介入法開発
本研究班のこれまでの研究成果、がん患者の自殺リスクおよび予防介入法に関するレビュー、自殺対策に関する資料をもとに、「がん医療における自殺対策の手引き」を作成した。執筆には、分担研究者（リエゾン精神医学、心療内科学、医療安全管理学等の専門家）、研究協力者（精神医学、医療統計学、腫瘍内科学等の専門家）に加え、がん患者代表者など 15 名が参画した。執筆内容について、16 学会および患者・市民による外部評価を受けた。評価コメントを反映し、概要版と本編を作成した。本編には、がん患者の自殺対策の総論と各論（わが国のがん患者の自殺実態調査、がん診断直後の自殺対策、進行期の自殺対策、サバイバーの自殺

対策、AYA 世代がん患者の自殺対策、遺族と医療者支援、がん診療における自殺の倫理的側面）および院内自殺対策の実践が含まれた。本手引きの冊子を作成するとともにデジタルブック化し、令和 8 年 3 月末に公開した。（資料 1）
また、がん医療従事者向け公開シンポジウムにおいて、リエゾン精神医学、精神医学、医療安全管理学、心理学の専門家およびがん患者代表者により、がん医療における自殺対策の手引きの概要解説および利活用に向けたパネルディスカッションを行った。がん患者の自殺に関する医療者の経験、院内の自殺対策マニュアル・フローの活用事例、活用につなげる工夫、家族・医療者を含む支援の重要性等について話し合われた。（資料 2）

研究 3 医療従事者に対する教育研修プログラム開発
3-1. 研究 2 で開発したがん患者の自殺対策プログラム等の資料と専門家によるパネルディスカッションにより、医療従事者を対象とした教育研修プログラムを開発した。プログラムの目標、構成、内容は以下の通り。（資料 3）
【目標】(1) がん患者の「自殺リスク」の現状と背景を知る、(2) 自殺を「防ぐ」ために、私たちにできることを考える、(3) 自施設での「次の一歩」を描く
【構成】自殺予防介入法に関する資料による事前学習と院内自殺対策に関するグループワーク
【内容】

目標	スケジュール	実施事項
目標 (1)	事前学習と準備	課題 1 配布資料（手引き概要版、がん診療に携わる病院の自殺対策マニュアルおよびフローの推奨項目）を読む
目標 (2)		課題 2-1 配布資料（院内の自殺対策（一次予防、二次予防、三次予防）に関する動画）を視聴する
		課題 2-2 所属施設の自殺対策の確認
	研修当日グループワーク	課題 2-3 所属施設に適した自殺対策検討 課題 2-4 対策実施の促進要因の検討と共有
目標 (3)		課題 3 対策実施の阻害要因と克服法の検討

3-2. 2025 年 10 月～2026 年 1 月に研修プログラムを 5 回実施した。参加者総数は 132 名（看護師 63%、医師 24%、心理師 9%、医療ソーシャルワーカー1%、薬剤師 1%、その他 2%）であった。自施設の自殺対策状況は、自殺対策マニュアルあり 39%、なし 33%、わからない 27%；自殺対策フローあり 41%、なし 25%、わからない 34%であった。参加者全員が研修プログラムを完遂し、完遂率は 100%であった。参加前調査回答数は 119 名であり、年齢平均 50.4 歳、医療従事年数平均 25.2 年、自殺対策研修経験あり 34%であった。参加後調査回答数は 114 名であり、研修全体の満足度評価が 8-10 であった参加者は 93 名（83%）であった。目標の達成度は、目標 1 ：80%以上 79 名（69%）、目標 2：80%以上 74%（65%）、目標 3：80%以上 66（59%）であった。参加前後の ASP-J の平均値（標準偏差）は前（有効回答数 104）32.9 （6.1）、後（有効回答数 114）30.1 （6.3）であり、t 検定の結果参加後のスコアが有意に低い（p=0.001）ことが示された。（資料 4）

D．考察
研究 2 ハイリスク集団への予防介入法開発
専門家とがん患者代表者の参画により、がん患者の自殺対策プログラムの基盤となる「がん医療における自殺対策の手引き」を作成し、公開した。また、成果普及のため、がん医療従事者向け公開シンポジウムを開催し、がん医療における自殺対策の手引きの利活用に向けたパネルディスカッションを行った。今後は成果の公開のみならずがん患者の自殺対策研修プログラムとして実装するなどして普及を図る。

研究 3 医療従事者に対する教育研修プログラム開発
本研究では、がん患者の自殺予防対策を推進するため、教育研修プログラムを開発し、その実施可能性を検討した。研修プログラム参加者 132 名全員が完遂したことから、開発したプログラムは実施可能と考えられる。また、研修の満足度および各目標の達成度も高いこと、自殺予防に対する医療従事者の態度に関する尺度（ASP-J）スコアが有意に低下したこと（自殺予防に対する否定的態度が好ましい方向に変化したこと）から、研修プログラムの有用性が示唆された。これらは、研修プログラムが医療従事者の認識や態度に働きかける効果を有することを支持する重要な知見である。

Ｅ．結論

研究 2 ハイリスク集団への予防介入法開発

「がん医療における自殺対策の手引き」およびパネルディスカッションの動画を含め、自殺対策プログラムとして公開し、プログラムの実装・普及に繋げたい。

研究 3 医療従事者に対する教育研修プログラム開発

本研究により、がん患者の自殺予防対策を目的とした医療従事者向け教育研修プログラムは、高い完遂率と満足度を示し、実施可能性および有用性が確認された。また、研修参加により自殺予防に対する否定的態度の有意な改善が認められた。自由記載等を含め、参加前後調査データの解析を進め、研修プログラムの課題を整理し、改良を予定している。2026 年度以降に、改良した研修プログラムの実装・普及を目指している。

Ｇ．研究発表

1.　論文発表（資料 5-8）

1) Kurisu K, Fujimori M, Harashima S, Akechi T, Yoshiuchi K, Uchitomi Y. Suicide risk among individuals diagnosed cancer during versus before the COVID-19 pandemic: a nationwide population-based study. Jpn J Clin Oncol. 2025;55(10):1194-1197. doi: 10.1093/jjco/hyaf110

2) Eguchi K, Yoshimoto S, Fujimori M, Uchitomi Y. Nationwide retrospective survey on healthcare professionals' perceptions of suicide-related behaviors among people with head and neck cancer in Japan. Jpn J Clin Oncol. 2025;55(11):1259-1266. doi: 10.1093/jjco/hyaf125

3) Kumada F, Kurisu K, Okamura M, Akechi T, Matsumura Y, Uchitomi Y, Fujimori M. Suicide Prevention in Japanese Cancer Care Hospitals: A Topic Modeling Analysis of Manuals and Workflows. Front Psychiatry. 2026;17:1743690. doi: 10.3389/fpsyt.2026.1743690

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

2.　学会発表（資料 9）

Okamura M, Yoshimoto S, Uchitomi Y, Fujimori M. One-year prevalence and associated factors of suicidal ideation among patients with newly diagnosed head and neck cancer in Japan: a longitudinal study. 2025 Joint Meeting of the COSA ASM and IPOS Congress (poster presentation)

Ｈ．知的財産権の出願・登録状況

（予定を含む。）

1.　特許取得

特になし

2.　実用新案登録

特になし

3. その他

公開シンポジウム「がん患者の自殺対策」2026 年 3 月 7 日オンライン開催

別添４

厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
分担研究報告書

研究２ハイリスク集団への予防介入法開発

研究分担者 明智龍男 公立大学法人 名古屋市立大学 大学院医学研究科 教授
研究分担者 桜井なおみ キャンサー・ソリューションズ株式会社 代表取締役
研究分担者 松村由美 京都大学 医学部附属病院 医療安全管理 教授
研究分担者 吉本世一 国立研究開発法人 国立がん研究センター 中央病院 頭頸部外科 科長

研究要旨
ハイリスク集団への自殺予防介入法の開発として、2025 度は、本研究班のこれまでの研究成果、関連文献レビュー、自殺対策に関する資料をもとに、「がん医療における自殺対策の手引き」を作成した。執筆には、分担研究者（リエゾン精神医学、心療内科学、医療安全管理学等の専門家)、研究協力者（精神医学、医療統計学、腫瘍内科学等の専門家）に加え、がん患者代表者など 15 名が参画した。執筆内容について、16 学会および患者・市民による外部評価を受けた。評価コメントを反映し、概要版と本編を作成した。本編には、がん患者の自殺対策の総論と各論（わが国のがん患者の自殺実態調査、がん診断直後の自殺対策、進行期の自殺対策、サバイバーの自殺対策、AYA 世代がん患者の自殺対策、遺族と医療者支援、がん診療における自殺の倫理的側面）および院内自殺対策の実践が含まれた。本手引きの冊子を作成するとともにデジタルブック化し、令和 8 年 3 月末に公開した。また、がん医療従事者向け公開シンポジウムにおいて、リエゾン精神医学、精神医学、医療安全管理学、医療統計学、頭頚部外科、心理学の専門家およびがん患者代表者による「がん医療における自殺対策の手引き」の利活用に向けたパネルディスカッションを行った。

Ａ．研究目的
がん患者は一般人口と比して自殺リスクが有意に高いことから、自殺総合対策大綱、第 3 期がん対策推進基本計画において、がん患者が必要に応じて専門的、精神心理的ケアを受けられる体制の構築、周知が求められ、「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」（厚生労働省， 2022 年 8 月改訂）には、地域がん診療拠点病院の指定要件に「がん患者の自殺リスクに対し、院内で共通したフローを使用し、対応方法や関係機関との連携について明確にしておくこと」等が記された。しかし確立されたがん患者の自殺予防対策は世界的に存在せず、がん種、病期、診断後早期といったリスク因子に着目した予防体制構築の必要性が指摘されている。実証的ながん患者の自殺予防対策の実現を目指し、医療安全の視点からがん診療連携拠点病院内の自殺対策マニュアル、自殺対応フロー、関係機関との連携体制を調査し、実態に即した自殺対策プログラムを検討する。

Ｂ．研究方法
2023 年度までに実施したがん患者の自殺・希死念慮のリスクおよび介入に関する国内外の論文レビューや収集した取り組みに関する資料と専門家によるパネルディスカッションにより、がん患者の自殺対策プログラムを開発する。
（倫理面への配慮）
侵襲及び介入を伴わず、人体から取得した試料も用いない研究であるため、インフォームド・コンセントを要さなかった。

Ｃ．研究結果
本研究班のこれまでの研究成果、がん患者の自殺リスクおよび予防介入法に関するレビュー、自殺対策に関する資料をもとに、「がん医療における自殺対策の手引き」を作成した。執筆には、分担研究者（リエゾン精神医学、心療内科学、医療安全管理学等の専門家)、研究協力者（精神医学、医療統計学、腫瘍内科学等の専門家）に加え、がん患者代表者など 15 名が参画した。執筆内容について、16 学会および患者・市民による外部評価を受けた。評価コメントを反映し、概要版と本編を作成した。本編には、がん患者の自殺対策の総論と各論（わが国のがん患者の自殺実態調査、がん診断直後の自殺対策、進行期の自殺対策、サバイバーの自殺対策、AYA 世代がん患者の自殺対策、遺族と医療者

支援、がん診療における自殺の倫理的側面）および院内自殺対策の実践が含まれた。本手引きの冊子を作成するとともにデジタルブック化し、令和8年3月末に公開した。（資料1）
また、がん医療従事者向け公開シンポジウムにおいて、リエゾン精神医学、精神医学、医療安全管理学、心理学の専門家およびがん患者代表者により、がん医療における自殺対策の手引きの概要解説および利活用に向けたパネルディスカッションを行った。がん患者の自殺に関する医療者の経験、院内の自殺対策マニュアル・フローの活用事例、活用につなげる工夫、家族・医療者を含む支援の重要性等について話し合われた。（資料2）

D．考察
専門家とがん患者代表者の参画により、がん患者の自殺対策プログラムの基盤となる「がん医療における自殺対策の手引き」を作成し、公開した。また、成果普及のため、がん医療従事者向け公開シンポジウムを開催し、がん医療における自殺対策の手引きの利活用に向けたパネルディスカッションを行った。今後は成果の公開のみならずがん患者の自殺対策研修プログラムとして実装するなどして普及を図る。

E．結論
「がん医療における自殺対策の手引き」およびパネルディスカッションの動画を含め、自殺対策プログラムとして公開し、プログラムの実装・普及に繋げたい。

G．研究発表
1.　論文発表（資料5-8）

5) Kurisu K, Fujimori M, Harashima S, Akechi T, Yoshiuchi K, Uchitomi Y. Suicide risk among individuals diagnosed cancer during versus before the COVID-19 pandemic: a nationwide population-based study. Jpn J Clin Oncol. 2025;55(10):1194-1197. doi: 10.1093/jjco/hyaf110
6) Eguchi K, Yoshimoto S, Fujimori M, Uchitomi Y. Nationwide retrospective survey on healthcare professionals' perceptions of suicide-related behaviors among people with head and neck cancer in Japan. Jpn J Clin Oncol. 2025;55(11):1259-1266. doi: 10.1093/jjco/hyaf125
7) Kumada F, Kurisu K, Okamura M, Akechi T, Matsumura Y, Uchitomi Y, Fujimori M. Suicide Prevention in Japanese Cancer Care Hospitals: A Topic Modeling Analysis of Manuals and Workflows. Front Psychiatry. 2026;17:1743690. doi: 10.3389/fpsyt.2026.1743690
8) 加藤 果林, 内富 庸介, 藤森 麻衣子, 杉田 尚子, 山本 崇, 松村 由美. 医療安全管理部門による自殺事故対策の取り組みについての全国アンケート調査. 医療の質・安全学会誌. 2025;20(4):399-405.

2. 学会発表（資料9）
Okamura M, Yoshimoto S, Uchitomi Y, Fujimori M. One-year prevalence and associated factors of suicidal ideation among patients with newly diagnosed head and neck cancer in Japan: a longitudinal study. 2025 Joint Meeting of the COSA ASM and IPOS Congress (poster presentation)

H．知的財産権の出願・登録状況
（予定を含む。）
1. 特許取得
特になし
2. 実用新案登録
特になし
3. その他
公開シンポジウム「がん患者の自殺対策」2026年3月7日オンライン開催

別添４

厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
分担研究報告書

研究３医療従事者に対する教育研修プログラム開発

研究分担者 明智龍男 公立大学法人 名古屋市立大学 大学院医学研究科 教授
研究分担者 稲垣正俊 国立大学法人 島根大学 医学部 教授
研究分担者 松村由美 京都大学 医学部附属病院 医療安全管理 教授

研究要旨
研究 2 で開発された自殺予防介入法に関する資料による事前学習と院内自殺対策に関するグループワークを含む医療従事者を対象とした教育研修プログラムを開発した。令和 8 年 1 月までに研修会を 5 回開催し、実施可能性および有用性を評価するため、参加前後にアンケート調査（参加者背景、自施設の自殺対策の有無、研修全体の満足度、目標の達成度、プログラム資料・方法の役立度、Attitude to Suicide Prevention（ASP-J））を実施した。参加者総数は 132 名（看護師 63%、医師 24%、心理師 9%）であった。参加した医療者全員が完遂したことから、実施可能であると考えられる。また参加後調査の回答 114 名のうち、研修全体の満足度評価が高い（0-10 評価のうち 8 以上）であった参加者は 93 名（83%）であった。目標の達成度は、目標１：80%以上 79 名（69%）、目標 2：80%以上 74 名（65%）、目標 3：80%以上 66 名（59%）であった。参加前後の ASP-J の平均値（標準偏差）は前(有効回答数 104)32.9 (6.1)、後(有効回答数 114)30.1 (6.3)であり、t 検定の結果参加後のスコアが有意に低い(p=0.001)ことが示され、研修後に医療従事者の自殺予防に対する否定的態度が好ましい方向に変化した可能性が示唆された。

Ａ．研究目的
確立されたがん患者の自殺予防対策は世界的に存在せず、がん種、病期、診断後早期といったリスク因子に着目した予防体制構築の必要性が指摘されている。われわれは、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整理し、現時点で最善と思われる対策を示すことを目的として、「がん患者の自殺対策の手引き」を作成している。自殺対策に関する手引きを作成し、公開するだけでは、現場に届かないこと、また、院内での自殺対策が求められている一方でどのような対策を取ればいいのか課題を抱えている施設が少なくないことより、がん診療現場における自殺予防対策を着実に推進するために自殺対策に関する研修会を実施し、その実施可能性を評価することとした。
本研究により実施可能性を確認した上で、関連学会と協力し、全国の医療者を対象として研修会を実施していくことでがん患者の自殺予防推進を目指している。

Ｂ．研究方法
3-1. 研究 2 で開発したがん患者の自殺対策プログラム等の資料と専門家によるパネルディスカッションにより、医療従事者を対象とした教育研修プログラムを開発する。
3-2. 医療従事者を対象としたがん患者の自殺対策研修会を実施し、実施可能性および有用性を評価する。参加者を対象とし、参加前後にアンケート調査を実施する。【参加前調査項目】背景：年齢、性別、職種、医療従事年数、自殺対策研修会の経験の有無；日本語版 Attitudes Toward Suicide Prevention（ASP-J）：ASP は、Appleby らによって開発された自殺予防に対する医療従事者の否定的態度の測定に焦点化した 14 項目の自己記入式質問票である(Herron J, 2001)。回答はリッカート式の 5 件法（1 強く反対、2 反対、3 どちらでもない、4 賛成、5 強く賛成）で評価される。本質問紙の日本語訳版の妥当性と信頼性は確認されている(川島, 2013)。【参加後調査項目】参加者背景：年齢、性別、所属施設、職種；研修会の満足度：11 件法（0 全く満足できなかった-10 とても満足できた）で回答を得る。；研修会の評価：目標の達成度について、6 件法(0-100%)で回答を得る。；日本語版 Attitudes Toward Suicide Prevention（ASP-J）；意見・感想：自由記述。参加者背景について記述統計量を算出する。研修完遂率を研修会完遂者数/研修会申込者数により算出する。ASP-J の平均値を算出し、参加前後の平均値の差を t 検定を用いて評価する。P＜0.05 を有意差ありと判断する。自由記述の内容分析を行う。

（倫理面への配慮）
介入・侵襲を伴わず、個人の生命・健康に関する情報を取り扱わない。調査への協力は任意であり、調査回答フォームに調査協力への同意に関するチェックボックスを設け、クリックがされたことをもって適切な同意が取得されたものとする。

C．研究結果
3-1.研究 2 で開発したがん患者の自殺対策プログラム等の資料と専門家によるパネルディスカッションにより、医療従事者を対象とした教育研修プログラムを開発した。プログラムの目標、構成、内容は以下の通り。（資料 3）
【目標】(1) がん患者の「自殺リスク」の現状と背景を知る、(2) 自殺を「防ぐ」ために、私たちにできることを考える、(3) 自施設での「次の一歩」を描く
【構成】自殺予防介入法に関する資料による事前学習と院内自殺対策に関するグループワーク
【内容】

目標	スケジュール	実施事項
目標 (1)	事前学習と準備	課題 1 配布資料（手引き概要版、がん診療に携わる病院の自殺対策マニュアルおよびフローの推奨項目）を読む
目標 (2)		課題 2-1 配布資料（院内の自殺対策（一次予防、二次予防、三次予防）に関する動画）を視聴する
		課題 2-2 所属施設の自殺対策の確認
	研修当日グループワーク	課題 2-3 所属施設に適した自殺対策検討 課題 2-4 対策実施の促進要因の検討と共有
目標 (3)		課題 3 対策実施の阻害要因と克服法の検討

3-2. 2025 年 10 月～2026 年 1 月に研修プログラムを 5 回実施した。参加者総数は 132 名（看護師 63%、医師 24%、心理師 9%、医療ソーシャルワーカー1%、薬剤師 1%、その他 2%）であった。自施設の自殺対策状況は、自殺対策マニュアルあり 39%、なし 33%、わからない 27%；自殺対策フローあり 41%、なし 25%、わからない 34%であった。参加者全員が研修プログラムを完遂し、完遂率は 100%であった。参加前調査回答数は 119 名であり、年齢平均 50.4 歳、医療従事年数平均 25.2 年、自殺対策研修経験あり 34%であった。参加後調査回答数は 114 名であり、研修全体の満足度評価が 8-10 であった参加者は 93 名（83%）であった。目標の達成度は、目標 1 ：80%以上 79 名（69%）、目標 2：80%以上 74%（65%）、目標 3：80%以上 66（59%）であった。参加前後の ASP-J の平均値（標準偏差）は前（有効回答数 104）32.9 （6.1）、後（有効回答数 114）30.1 （6.3）であり、t 検定の結果参加後のスコアが有意に低い（p=0.001）ことが示された。（資料 4）

D．考察
本研究では、がん患者の自殺予防対策を推進するため、教育研修プログラムを開発し、その実施可能性を検討した。研修プログラム参加者 132 名全員が完遂したことから、開発したプログラムは実施可能と考えられる。また、研修の満足度および各目標の達成度も高いこと、自殺予防に対する医療従事者の態度に関する尺度（ASP-J）スコアが有意に低下したこと（自殺予防に対する否定的態度が好ましい方向に変化したこと）から、研修プログラムの有用性が示唆された。これらは、研修プログラムが医療従事者の認識や態度に働きかける効果を有することを支持する重要な知見である。

E．結論
本研究により、がん患者の自殺予防対策を目的とした医療従事者向け教育研修プログラムは、高い完遂率と満足度を示し、実施可能性および有用性が確認された。また、研修参加により自殺予防に対する否定的態度の有意な改善が認められた。自由記載等を含め、参加前後調査データの解析を進め、研修プログラムの課題を整理し、改良を予定している。2026 年度以降に、改良した研修プログラムの実装・普及を目指している。

G．研究発表
1. 論文発表
特になし

2. 学会発表
特になし

H．知的財産権の出願・登録状況
（予定を含む。）
1. 特許取得

特になし

2. 実用新案登録

特になし

3. その他

公開シンポジウム「がん患者の自殺対策」2025 年 3 月 2 日オンライン開催

資料1

がん医療における自殺対策の手引き

2025年度版

概要版

1. がん患者の自殺の疫学、リスク因子

■ がん患者では、がん診断直後の時期が最も自殺のリスクが高く、わが国でも**がん診断1か月以内**の自殺リスクが最も高い（一般人口の4.4倍）。

■ がん診断1週間以内の自殺リスクが著明に高く、がんの診断・告知に伴う精神的苦痛ががん診断直後の自殺に影響している可能性がある。

■ **遠隔転移**を有することや**食道がん、膵がん**など予後不良のがん原発部位が自殺のリスク因子として報告されている。

■ がん患者の自殺は**自宅敷地内**での発生が多い一方で、入院中の自殺事例の**約半数はがん患者**である。

■ 自殺者の9割以上は自殺前にうつ病を中心とした精神医学的診断がつく状態であると報告されている。

■ 一般人口とがん患者では**うつ状態（適応反応症（適応障害）や軽症のうつ病を含む）、希死・自殺念慮、過去の自殺企図**など共通の自殺のリスク因子も存在する一方、アルコールの問題やソーシャルサポートの不足など、他の一般的な自殺のリスク因子がないがん患者でも自殺に至っている。

■ 入院中の自殺・自殺企図において、**うつ状態**や**せん妄の疑い、希死・自殺念慮の表出**、不十分な**疼痛コントロール**がみられた事例も報告されているが、精神保健専門家や専門的緩和ケアの介入がされていなかった事例も多い。

■ がん患者では、「**①がん診断直後（がん診断後概ね6か月以内）**」、「**②進行がんの積極的治療中～中止前後の時期・終末期**」、③「**がんが治癒するか安定しているサバイバーの時期**」の**3つの時期で自殺のリスクやそのリスク因子が異なる**ことが報告されている（図1）（図2）。

図1. がん診断後の3つの時期

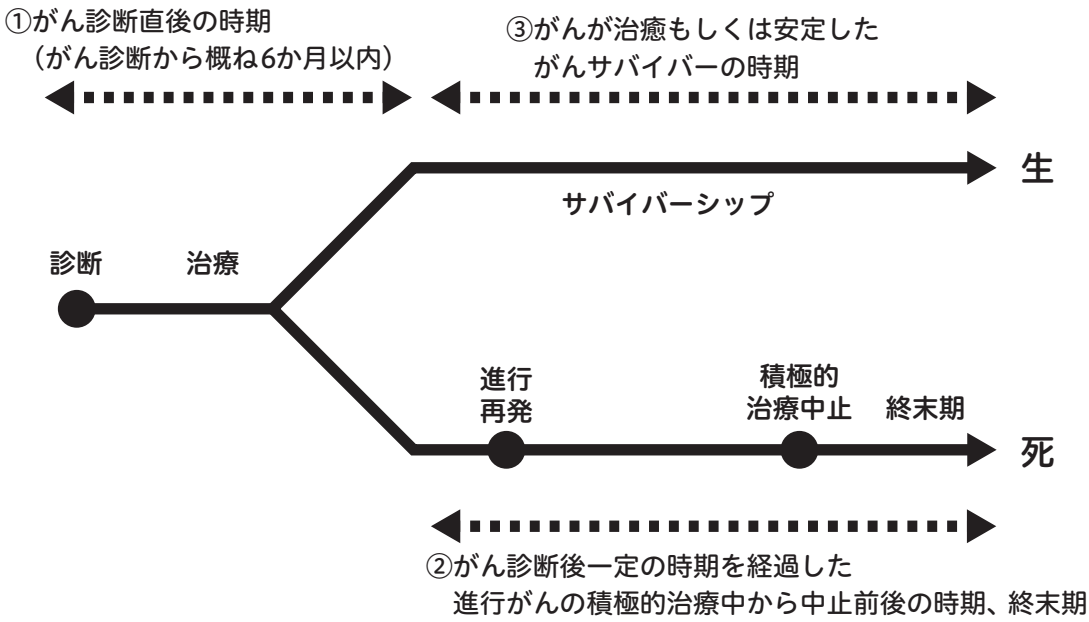


図2. がん診断後の時期ごとの自殺、希死・自殺念慮のリスク因子

すべての時期に共通

うつ状態（うつ病・適応反応症（適応障害））、希死・自殺念慮、自殺企図歴

せん妄、痛み、乏しいサポート
予後不良のがん原発部位（食道がん、膵がんなど）、進行がん
患者の大きな変化のタイミングに精神面の評価がされていない
スクリーニング評価を回答しなかった患者
患者の精神心理的苦痛について専門家に相談がされていない

がん診断直後（6か月以内）

- がん診断から期間が短い（特にがん診断1か月以内）
- 診断時点で遠隔転移あり
- 予後不良のがん原発部位（食道がん、膵がんなど）

進行がんの積極的治療中～中止前後・終末期

- 身体機能低下
- 身体症状（痛み、倦怠感）
- 絶望感、他者への負担感
- 自立性・自律性の喪失
- 実存的苦痛、尊厳の喪失
- 専門的緩和ケアの受療なし

がんが治癒するか安定したサバイバーの時期

- 精神疾患の既往
- 若年でのがん診断
- 転移・再発
- 男性
- 未婚
- 低所得地域

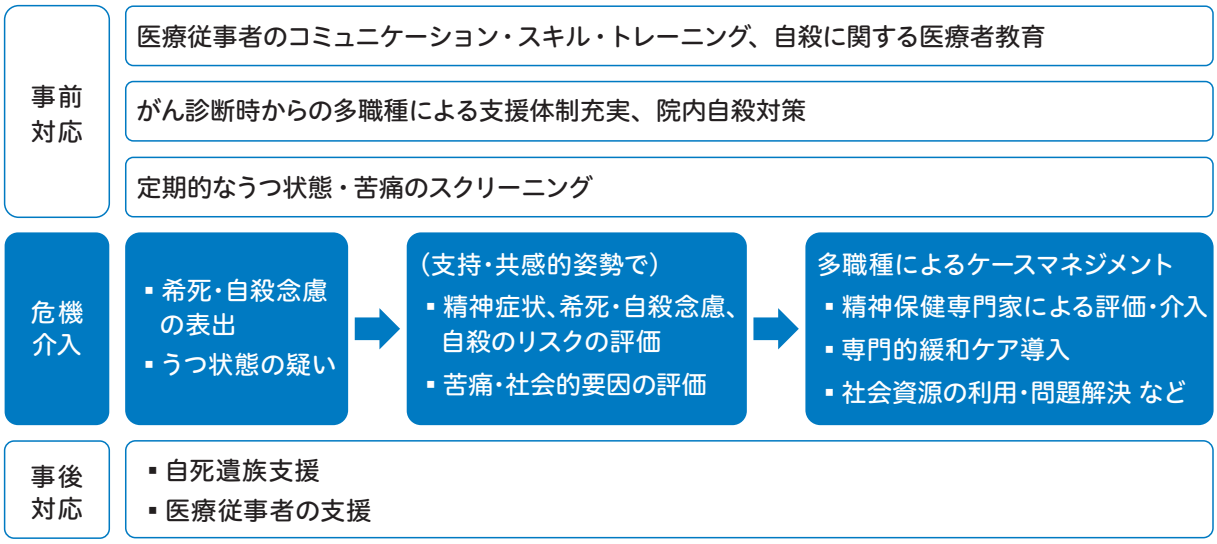
2. がん患者の自殺対策

■ がん患者の自殺予防のための有効な介入のエビデンスは存在しないが、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**の自殺のリスク因子を軽減し保護因子を増やすための介入を行う。

■ **うつ状態の治療**はがん患者の自殺対策としても重要であり、精神症状の評価・介入のみならず、身体症状や身体機能低下による苦痛、社会的・実存的苦痛の評価・介入など、個々の患者のうつ状態の背景にある**多領域に渡る苦痛**へのアプローチが必要になると考えられる。

■ 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進行がんの積極的治療中～中止前後の時期・終末期、③がんが治癒するか安定しているサバイバーの時期の**3つの時期それぞれのリスク因子に応じた特異的な自殺対策**が必要になると考えられる。

図3. がん医療における自殺対策の概要



がん患者全体への自殺の一次予防（事前対応）

一次予防 （事前対応）	精神保健専門家のみではなく、**すべての医療者が支持的なコミュニケーション**を行い、気持ちのつらさの可能性に気づく
	自殺予防やコミュニケーション・スキルについて、関連するガイドライン[*1]や研修会[*2]などを通じた医療者の**教育体制を強化**する
	すべてのがん患者を対象に、ニーズ応じた支援についての**情報提供**・周知を行う［がん相談支援センター、がん看護相談、緩和ケアチーム、精神科（精神科リエゾンチーム）・心療内科・心理職など］
	各医療機関の実情に応じた**院内自殺対策**を行う（ホットスポットへの対策、自殺高リスク者への対応・連携方法をあらかじめ構築しておく、自殺予防マニュアル／指針の策定と周知、研修の提供、患者・家族向けの啓発活動など）
	すべてのがん患者に対して**気持ちのつらさや苦痛のスクリーニング**、評価を定期的に行う（特にがん告知直後、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）。スクリーニングが陽性となった場合の対応をあらかじめ決めておく。スクリーニングに回答しなかった患者も普段の関わりの中で精神心理的苦痛やニーズについて直接確認を行う
	高リスク群（遠隔転移あり、食道がんなど予後不良のがん原発部位、悪い知らせの直後など）はより重点的な対策を行う
	せん妄の予防やマネジメントを適切に行う
	国民全体へ自殺予防の啓発、知識普及を行い、ゲートキーパーを増やす

＊1『患者安全推進ジャーナル別冊 病院内の自殺対策のすすめ方 改訂版』、『日常臨床における自殺予防の手引き』、『がん患者における気持ちのつらさガイドライン 2024年版』、『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年版』など

＊2 院内自殺の予防と事後対応のための研修会、日本緩和医療学会 PEACE プロジェクト、日本サイコオンコロジー学会主催がん診療に携わる医師に対するコミュニケーション技術研修会（SHARE-CST）など

がん診断後の時期ごとや特定の集団への一次予防（事前対応）

がん診断直後の時期

- がん診断前後の時期からの多職種による相談支援体制を構築する（がん患者指導管理料算定対象の医師、看護師、公認心理師が同席しての面談も含む）。すべてのがん患者に対して、がん診断の時期から精神症状や苦痛のスクリーニング、利用可能な支援に関する情報提供を行う。
- 「悪い知らせ」の伝え方などのコミュニケーション・スキル・トレーニングやがん診断前後の時期に関わる医療者に対する自殺予防教育を行う。

進行がんの積極的治療中～中止前後の時期・終末期

- 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の緩和が特に必要であり、背景にある苦痛や満たされていないニーズをすくい上げるようなコミュニケーションを行う。
- うつ状態の治療に加え、さらにその状態に合併することの多い実存的苦痛への対応も行う。
- 苦痛となる身体症状に対して専門的緩和ケアを導入する。

がんが治癒するか安定したサバイバーの時期

- がん治療後の長期的フォローアップを通じて、精神・身体症状への介入に加え、就労など社会的要因に対する支援を行う。

AYA 世代

- AYA 世代のがん患者は疾患と発達段階が重なり合うことで複雑かつ脆弱な状態にあり、がん治療と晩期障害による教育や就労への影響もあることから、AYA 世代に特化した相談支援機能を強化し、全国の AYA 支援チームやがん相談支援センターと連携した支援体制の拡充を行う。

がん患者全体への自殺の二次予防（危機介入）

二次予防 （危機介入）	気持ちのつらさのスクリーニング陽性の場合やうつ状態を疑う場合、精神症状、**希死・自殺念慮を評価**するとともに、**背景にある苦痛や社会的要因**を評価する
	希死・自殺念慮の有無は、自記式評価尺度のみによる評価ではなく医療者が**直接**評価する
	希死・自殺念慮の表出があった場合には、**受容と共感、傾聴の態度、TALKの原則**を基本としながら、背景にある苦痛、満たされていないニーズをすくい上げる
	自殺の切迫性（具体的な計画）や過去の自殺企図歴を評価する
	精神保健専門家による精神症状の専門的評価、介入（精神療法、薬物療法）に加え、患者の苦痛に応じた**多職種によるケースマネジメント**（患者・家族への心理教育、専門的緩和ケアの導入や利用可能なその他のケアの提供、ソーシャルワークの手法を用いた社会資源の利用促進）を行う

自殺リスクが高い者に対する基本的な態度

受容と共感	患者を一度しっかり受容する。そして「批判的にならない、叱責しない、教条的な説諭をしない」を心掛ける
傾聴	患者の語る話に無批判に耳を傾け、その内容を真剣にとらえる
ねぎらい	患者の苦労を受け止め、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

TALKの原則

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）

自殺の切迫性の評価

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

三次予防（事後対応）

三次予防 （事後対応）	自死遺族に対して、心理社会的・実務的問題に関する**相談窓口に関しての情報提供**、専門的支援を要する精神症状を呈している場合に心理カウンセリングや精神科へ受療するルートの確立などを行う
	自殺に遭遇した医療者に生じる影響について普及啓発を行い、各施設で事後対応として**心理教育を含めたカンファレンス**の機会を持つ体制を整える
	専門職による支援を要する医療者に対して、精神保健専門家による面談などの柔軟な個別対応を行うための体制の構築・周知を行う
	医療安全管理部門と連携し、自殺事故に関する**情報の収集**、**今後の改善策**の検討を行う

がん医療における自殺対策の手引き（2025年度版）概要版
2026年3月発行

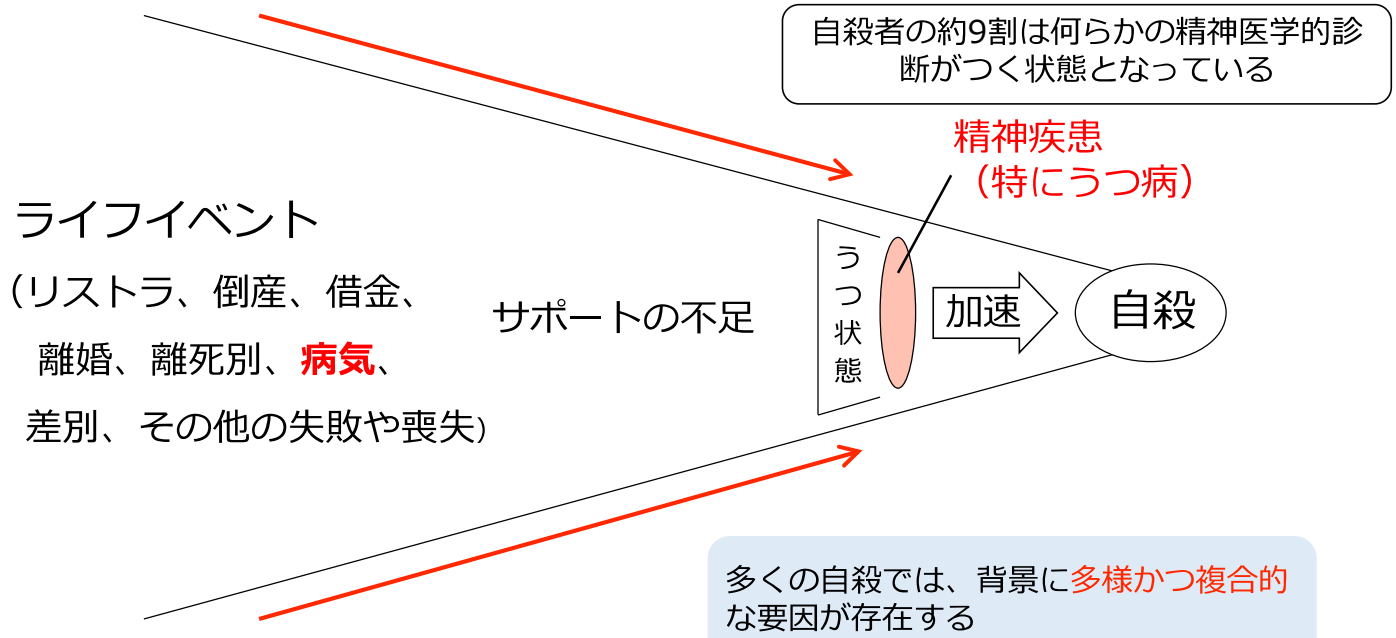
発行・編集
厚生労働科学研究費補助金がん対策推進総合研究事業
「がん患者の自殺予防プログラム開発とその実装に向けた教育研修に関する研究」
（23EA1028）

「がん医療における自殺対策の手引き」概要解説

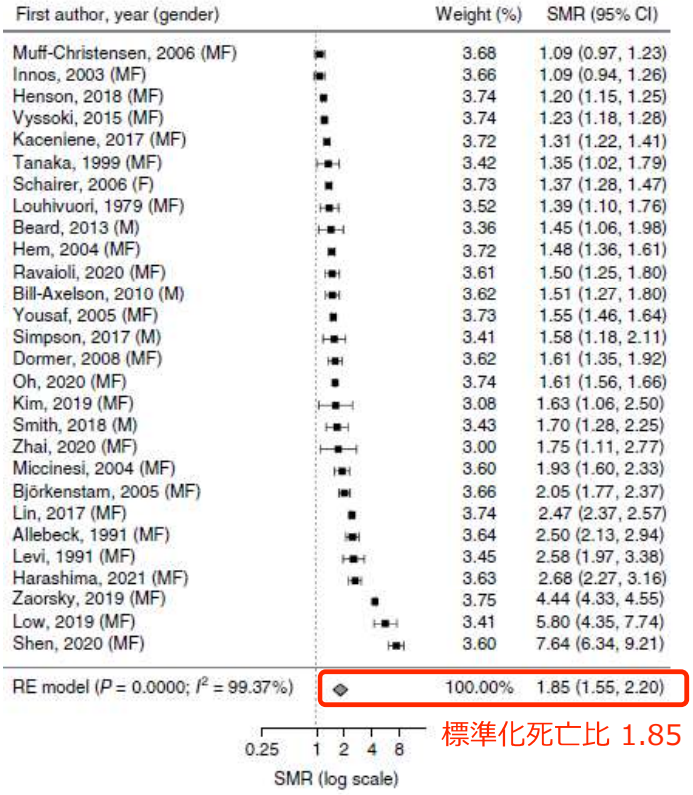
がん患者の自殺対策
－研究成果の普及のための公開シンポジウム－
2026年3月7日

原島 沙季
東京大学医学部附属病院 心療内科
国立がん研究センター がん対策研究所

自殺のプロセス



張賢徳. 心身医学 2016;56:781-8



がん患者と自殺

・身体疾患の中でも、がん患者の自殺リスクは特に高い

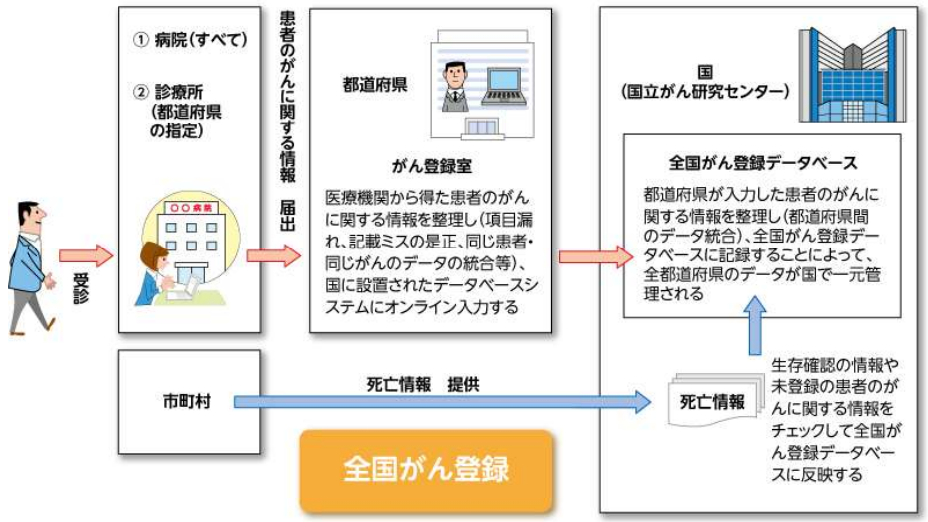
・メタ解析では、がん患者全体の自殺リスクは一般人口の約1.8倍と有意に高い

・ただし、がん診断後の時期やがん原発部位、国などにより幅広い危険性が報告されている

Heinrich M, et al. Nature Med 2022;28:852-59
Amiri S, et al. Arch Suicide Res. 2020;24:S94-112
Calati R, et al. J Affect Disord 2021;295:1201-14

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） 改正自殺対策基本法（平成28年4月1日改正）	がん対策基本法（平成18年6月成立） 改正がん対策基本法（平成28年12月9日改正）
自殺総合対策大綱（平成29年7月閣議決定） －**がん患者**について、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） －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 －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、効果的な介入の在り方について検討する
	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 **第3期がん対策推進基本計画　中間評価報告書**（令和4年6月）
自殺総合対策大綱(2022)（令和4年10月閣議決定） －**がん患者**について、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84回がん対策推進協議会（令和４年10月27日） －がん患者の**自殺対策**について議論 **第4期がん対策推進基本計画**（令和5年3月） －**がん患者の自殺は、**がん対策における**重要な課題**であり、医療従事者等により自殺リスクの高い患者へ適切な支援が行われる**体制の整備**が必要である －がん診断後の自殺対策について、医療者等が正しい知識を身につけられるよう、**研修等の開催や、相談支援および情報提供**の在り方について検討する。 －がん患者の自殺リスクやその背景について**実態把握**を行い、必要な対応について検討する

全国がん登録制度



2016年に全国がん登録制度が開始され、日本で診断されたすべてのがん患者の届出が病院の義務となり、罹患・死亡情報が国のデータベースで一元管理されている

国立がん研究センターがん対策情報センター. 全国がん登録とは. https://ganjoho.jp/reg_stat/can_reg/national/public/about.html

全国がん登録を用いた自殺疫学研究

2019 ⬅ プロトコル論文 (Harashima S, *BMJ Open* 2019)

2020 ⬅ 全国がん登録情報 提供開始

2021 ⬅ 結果論文①（Harashima S, *Jpn J Clin Oncol* 2021） 約54万人を6ヵ月間追跡

2022 ⬅ がん対策推進基本計画（第3期） 中間報告書

2023 ⬅ 結果論文② (Kurisu K, *Cancer Med* 2022) 約107万人を2年間追跡, 多変量解析

2024 ⬅ 結果論文③ (Kurisu K, *Cancer Med* 2023) 都道府県ごとの自殺リスク比較

2025 ⬅ 結果論文④（Kurisu K, *Jpn J Clin Oncol* 2025）COVID-19流行期の自殺リスク

⋮

自殺モニタリングを継続、より詳細な実態・危険因子の分析へ

UMIN試験ID：UMIN000035118

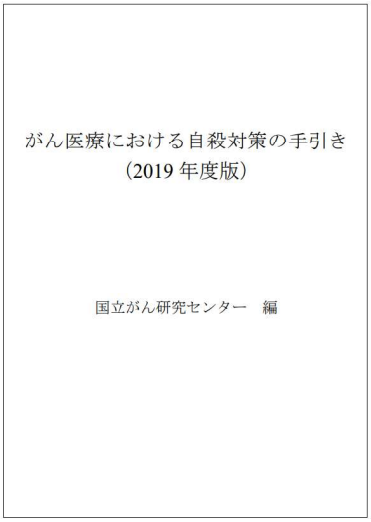
がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針（2022.8）

- 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

「がん医療における自殺対策の手引き（2019年度版）」

- 2020年3月に「自殺対策の手引き（2019年度版）」を公表
- 目的：がん医療における自殺対策について国内外の知見や課題をまとめ、医療者に啓発する
- 国立がん研究センター中央病院のwebページから無料ダウンロード可能

https://www.ncc.go.jp/jp/ncch/division/icsppc/other/guidance/index.html



「がん医療における自殺対策の手引き（2025年度版）」

- 多職種の作成グループが国内外の最新の知見のレビューを行い、「手引き」を**発展**させた
- 既存の章は内容を発展、前回版で詳細を扱わなかった院内自殺対策、事後対応、AYA世代の自殺について新規に執筆
- 外部評価：関連学会等の代表者17名に評価を依頼、意見を反映
- 2026年3月中にWebページ上で公開予定（e-book）



外部評価

16の学会、がん患者・市民代表から評価を受け、意見を反映した

- 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
- 日本がんサポーティブケア学会
- 日本自殺予防学会
- 日本精神神経学会
- 日本精神科救急学会
- 日本総合病院精神医学会
- 日本精神科看護協会
- 日本心身医学会
- 日本心療内科学会
- 日本医療安全学会
- 日本臨床倫理学会
- 患者代表
- 一般市民代表

手引きの構成

Ⅰ. 本手引きについて
Ⅱ. がん患者の自殺対策　総論
Ⅲ. がん患者の自殺対策　各論
　1. わが国のがん患者の自殺実態調査
　2. がん診断直後の自殺対策
　3. 進行期（積極的治療中～中止前後、終末期）の自殺対策
　4. サバイバー（治癒／病状が安定している時期）の自殺対策
　5. AYA世代がん患者の自殺対策 New
　6. 患者自殺後の遺族と医療従事者に対する支援 New
　7. がん診療における自殺の倫理的側面
Ⅳ. 院内自殺対策の実践 New
Ⅴ. がん患者の自殺対策における今後の課題と展望

New

要点をまとめた「概要版」を作成



手引きの構成

■序文・コラム New
- わが国の自殺総合対策におけるがん患者に対する自殺対策
- がん診療に携わる病院の自殺対策マニュアル、フローの推奨項目
- 頭頸部がん患者の自殺予防策樹立に向けて
- 自殺対策に係わる院内・地域連携体制の整備と研修
- 自殺予防と発生後の支援体制への期待
- 医療安全管理者としての自殺対策への関わり
- 卵巣がん患者会の活動で相談者の自殺を経験して



手引き（概要版）

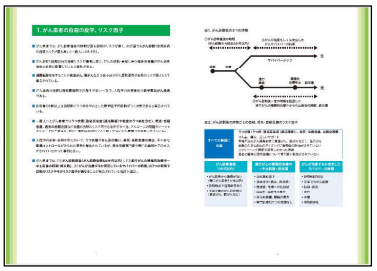
■概要版 New

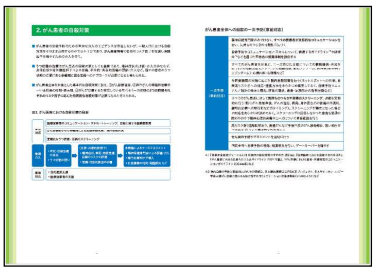
- 手引きの本編は、情報量が多く長すぎる・・

手引きの「概要版」を作成

- 全6ページ
- 重要な点を図表を交えて要約









手引きの引用・転載・利用については、出典を明示いただければ、**使用許諾は必要ありません**
ぜひ院内の自殺対策や研修等に活用ください！

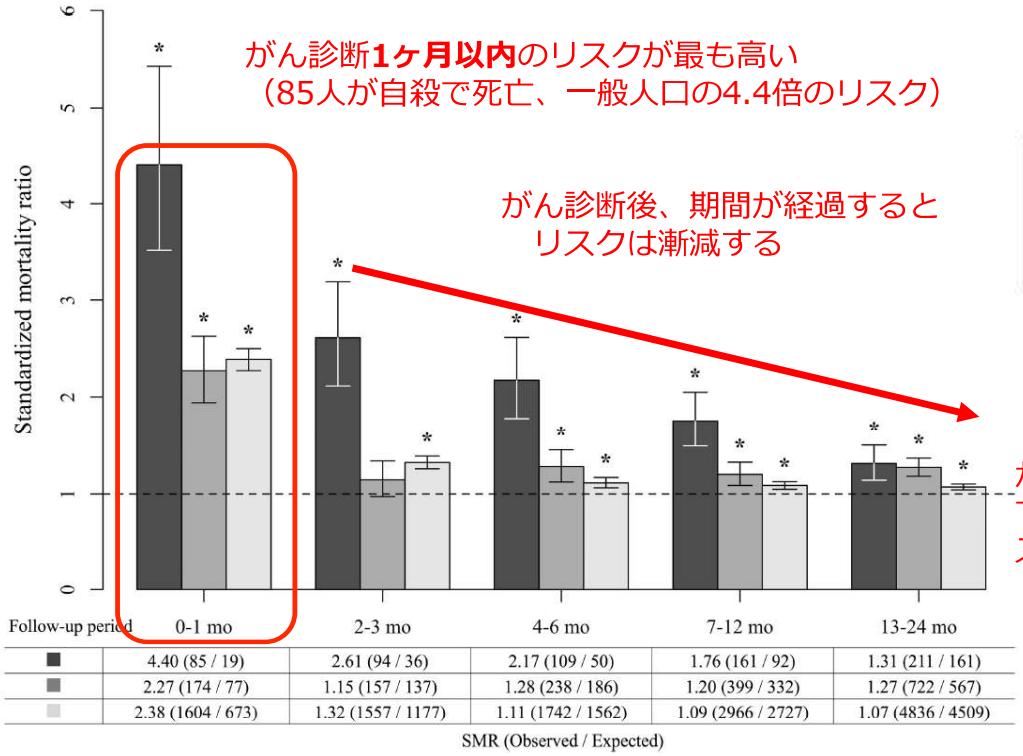
がん患者の自殺の疫学、リスク因子

全国がん登録を用いたわが国の自殺リスク

- わが国において、がん診断2年以内の自殺リスクは一般人口と比較して**1.8倍**と有意に高い
- がん診断**1ヶ月以内**のリスクが最も高い（一般人口の4.4倍）
- COVID-19パンデミック期（2020年4～6月）のがん患者の自殺リスクはさらに上昇
- **食道がん、遠隔転移**がある患者で特に自殺リスクが高い
- 自殺場所:7割以上は**自宅敷地内**、病院内での自殺は5%以下
- 手段：**縊首**（約7割）、飛び降り（約1割）
- がん患者の自殺リスクには都道府県差がある

Kurisu K, et al. Cancer Med 2023;12:3442-51.
Kurisu K, et al. Jpn J Clin Oncol 2025;55(10):1194-1197.
Kurisu K, et al. Cancer Med 2023;12(19):20052-20058.

わが国のがん診断後の時期ごとの自殺リスク



がん診断13-24ヶ月の時点でも一般人口より自殺リスクは高い

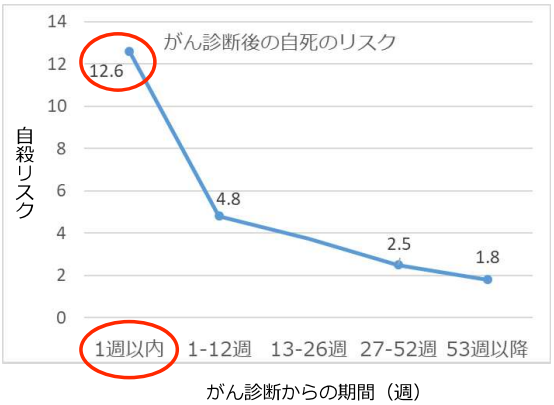
Kurisu K, et al. Cancer Med 2023;12:3442-51.

がん診断直後の自殺

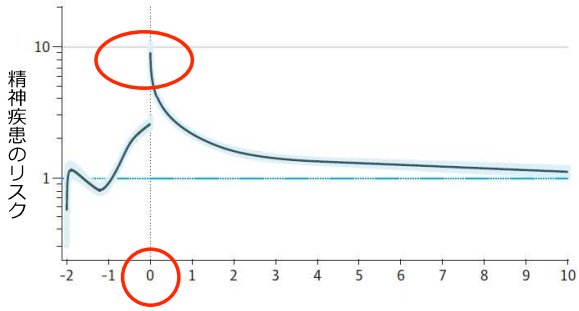
- がん診断から期間が短いほど自殺のリスクが高く、がん診断**1週間以内**の自殺リスクが著明に高い

- 精神疾患のリスクも、がん疑いの精査中から上昇、がん診断直後にピークとなる

→**「悪い知らせ」**に伴う精神的苦痛が、がん診断直後の自殺に影響している可能性



がん診断からの期間（週）



がん診断からの期間（月）

Fang F, et al. N Engl J Med 2012;366:1310-8
Lu D, et al. JAMA Oncol. 2016;2:1188-96
Shen Q, et al. Breast Cancer Res. 2019;21:139

がん患者の自殺のリスク因子

・**うつ状態**や**希死念慮**は、一般人口とがん患者で自殺の重要なリスク因子として共通

・9割以上は自殺直前に**うつ状態**を中心とした精神医学的診断がつく

・がん患者では、アルコールの問題、経済面・家族問題など、他の一般的なリスク因子がない場合にも自殺に至りうる

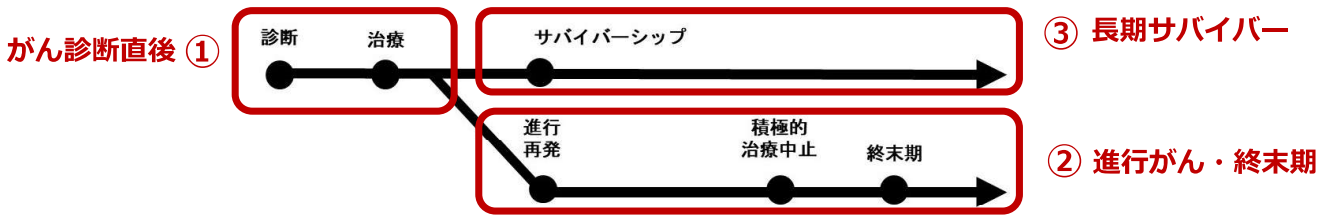
・**うつ状態（うつ病・適応障害）、希死念慮、自殺企図歴**
・せん妄、痛み、乏しいサポート、医療者への低い信頼感
・予後不良のがん（食道がん、膵がん）、進行がん
・大きな変化を体験するタイミング（悪い知らせ、身体症状悪化、積極的治療中止時）に精神面の評価がされていない
・苦痛スクリーニングに回答していない
・精神心理的苦痛について専門家に相談がされていない

① がん診断直後（6ヶ月以内）	② 進行がん（積極的治療中～中止）・終末期	③長期サバイバーの時期（がんが治癒するか安定）
• がん診断から期間が短い（特にがん診断1ヶ月以内） • 診断時点で遠隔転移あり • 予後不良のがん原発部位（食道がん、膵がんなど）	• 身体機能低下 • 身体症状（痛み、倦怠感） • 絶望感、他者への負担感 • 自立性・自律性の喪失 • 実存的苦痛、尊厳の喪失 • 専門的緩和ケアの受療なし	• 精神疾患の既往 • 男性、若年でのがん診断 • 転移・再発 • 未婚 • 経済的困窮 • 一部のがん種（頭頸部がんなど）

・がん診断後の3つの時期で異なる自殺のリスク因子が報告されている

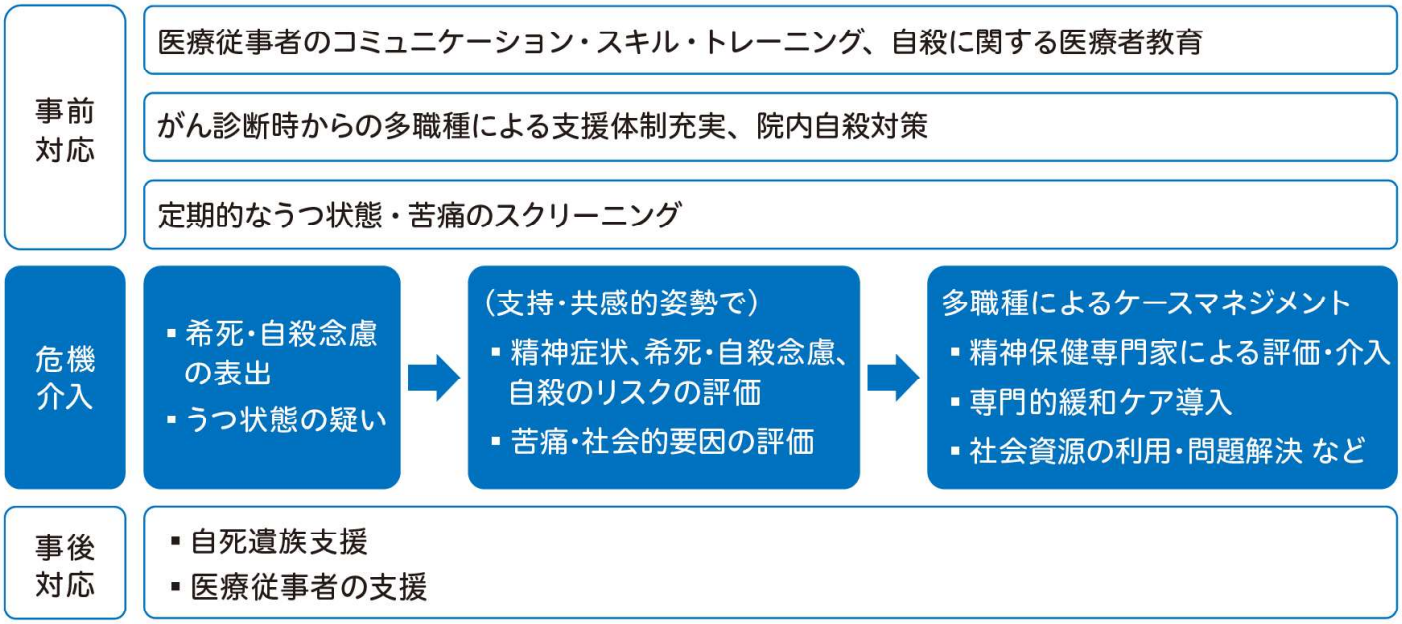
がん医療における自殺対策

- がん患者の自殺予防を目的とした研究はこれまで存在せず、エビデンスは乏しい
- 一般的な自殺対策をそのまま適用するだけでは不十分であり、がん患者特有の自殺のリスク因子に基づく対策を講じる必要がある
- すべてのがん患者に対する自殺対策に加え、**がん診断後の3つの時期**ごとに特異的な対策も必要と考えられる



Kawashima Y, et al. Gen Hosp Psychiatry 2019 60:98-110
Akechi T. Gen Hosp Psychiatry 2020;64:119-120

がん医療における自殺対策（概要）



国立がん研究センター．がん医療における自殺対策の手引き（2025年度版）

事前対応 **（一次予防）**	すべての医療者による**支持的コミュニケーション**、気持ちのつらさへの**気づき**
	すべての患者、家族に対するニーズに応じた**情報提供**
	自殺予防やコミュニケーションスキルの**医療者教育**
	定期的な**苦痛のスクリーニング**・評価 （特にがん告知直後、がんの進行・再発、身体症状悪化時、緩和的治療への移行時など）
	スクリーニング**陽性となった場合のフロー**をあらかじめ決めておく （心理社会面・苦痛の評価、専門家へのコンサルト）
	院内自殺対策（ホットスポット対策、マニュアルや院内フローの策定・周知、研修など）
	高リスク群への重点的な対策（遠隔転移、予後不良、悪い知らせの直後など）
	せん妄の予防、せん妄発症後のマネジメント・安全対策
	国民全体へ自殺予防の啓発を行い、ゲートキーパーを増やす

① がん診断直後の時期（事前対応）

・がん疑いの精査中から精神疾患リスクは上昇
・がん診断1週間～1ヶ月以内の高い自殺リスク（特に病院外）

- がん診断に関わる医療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」の伝え方など）
- がんの精査～告知の時期から、苦痛のスクリーニング、ニーズに応じた支援の情報提供
- 外来通院中を含めたがん診断時からの多職種による相談支援体制の充実（告知時に看護師や心理職が同席する体制など）

② 進行がん・終末期の時期（事前対応）

・希死念慮の表出が特に多い時期
・全人的苦痛（身体・精神・社会・スピリチュアル）への包括的アプローチが特に必要

・掬い取られていないニーズ、緩和されていない苦痛を探索し、ケアへつなげるコミュニケーション
・実存的苦痛へのケア
・患者の価値観、自律性・自立性の喪失、他者への負担感への配慮
・専門的緩和ケアは、自殺リスクを低減する可能性がある

③ 長期サバイバーの時期（事前対応）

・がん診断から数年が経過した後も、一部のがん患者では自殺リスクが高い状況が続く
・わが国の頭頸部がん患者では、無再発のフォローアップ中の自殺事例が多く報告されている

- 長期的フォローアップを通じ、精神・身体症状の評価・介入を継続
- 就労状況、経済面など社会的要因の評価・支援
- アピアランスや機能の変化、妊孕性の問題に対するケア
- 若年でのがん診断、乏しいソーシャルサポート、精神疾患の既往、再発・転移が判明したタイミングでは特に慎重に評価を行う

AYA世代がん患者の自殺対策

・がんの罹患と発達段階が重なる
・がん診断初期から精神疾患のリスクが著明に高い
・長期にわたって自殺リスクが高い可能性が報告されている

・がん診断時から苦痛を継続的に評価し、早期介入を行うための体制整備
・晩期障害、妊孕性、教育・就労・家庭形成への影響への配慮
・心理的支援、社会的支援、医療的支援を包括的に提供するために、AYA世代に特化した相談支援体制の拡充

危機介入 （二次予防）	**希死念慮**の評価（質問紙のみではなく医療者が直接評価）
	受容・共感・傾聴の態度、**TALKの原則**を基本としたコミュニケーション
	自殺の**切迫性**（具体的な計画）、過去の自殺企図歴の評価
	背景にある苦痛、満たされていないニーズを評価
	精神保健専門家へのコンサルテーション、専門的評価と介入
	多職種による**ケースマネジメント** （心理教育、専門的緩和ケアの導入、社会資源の導入など）

自殺リスクが高い者に対する基本的な態度

受容と共感	患者を一度しっかり受容する。そして「批判的にならない、叱責しない、教条的な説諭をしない」を心掛ける
傾聴	患者の語る話に無批判に耳を傾け、その内容を真剣にとらえる
ねぎらい	患者の苦労を受け止め、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

TALKの原則

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）

国立がん研究センター．がん医療における自殺対策の手引き（2025年度版）

自殺の切迫性の評価

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

国立がん研究センター．がん医療における自殺対策の手引き（2025年度版）

事後対応 **（三次予防）**	自殺発生時の対応・体制を**事前に整備**
	（遺族）寄り添うコミュニケーション、**ニーズの評価**
	（遺族）社会・法的手続き、相談窓口等に関する**情報提供**
	（遺族）専門的支援を要する遺族を精神保健専門家へつなぐ**連携体制整備と情報提供**
	（医療者）集団への心理的危機介入（**カンファレンス**の開催、心理教育）
	（医療者）不調を呈するスタッフへの**個別の心理支援**、就業上の配慮
	医療安全部門との連携、情報収集・分析、今後の改善策の検討

院内自殺対策

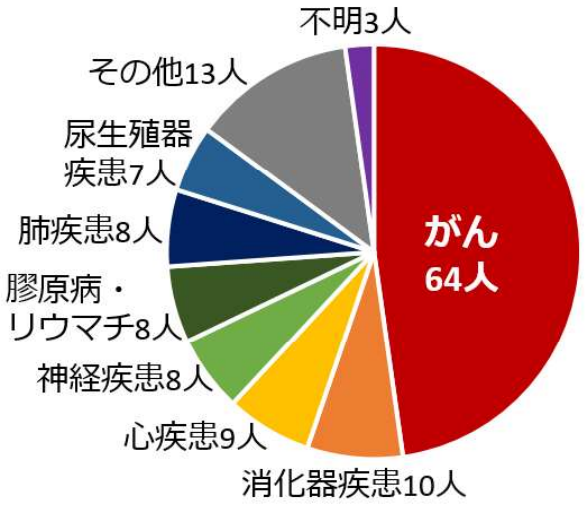
入院中の自殺事例

- わが国の一般病院における院内自殺事例の約半数はがん患者である

＜場所＞
- 病棟内：約5-6割
- 病棟以外の敷地内：約1-2割
- 病院の敷地外：約1.5-4割

＜手段＞
- 縊首：約5割
- 飛び降り：約2-3割
- 刺切傷：4-8%
- 電車などへの飛び込み：5-6%

一般病院における自殺者の身体疾患の内訳



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』第45号　2016年）

入院中がん患者の医療事故報告の分析（自殺、自殺未遂）

＜方法＞

- 日本医療機能評価機構が公開している医療事故報告（2010～2023年）

→　がん患者の自殺、自殺未遂の事故報告　213件を抽出
（自殺 134件, 自殺未遂or転帰不明 79件）

- 事故前後の状況、提案された改善策（自由記述）を分析
（ BERTopic、OpenAI APIを利用）

Kurisu K, et al. Psychooncology 2025;34(5):e70150.

入院中がん患者の医療事故報告の分析（自殺、自殺未遂）

＜結果＞

- 発生前にみられた徴候
  精神症状：**抑うつ** 50%、**希死念慮** 35%、**せん妄** 13%
  身体症状：不良な**疼痛**コントロール 26%、呼吸困難 13%
- 自殺前の精神科介入は約24%、専門的緩和ケア介入は14%のみ

＜提案されていた主要な改善策＞

＊精神的苦痛に対する介入
＊医療スタッフ間のコミュニケーションの改善
＊患者家族との情報共有
＊ホットスポット対策

Kurisu K, et al. Psychooncology 2025;34(5):e70150.

病院内における自殺の事前対応（一次予防）

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

国立がん研究センター. がん医療における自殺対策の手引き (2025年度版)

ホットスポットの対策例

	種類	対策
建物	屋上	フェンス設置、利用制限、巡回、モニター設置
	窓・ベランダ	フェンス設置、開放可動域の制限
	トイレ	無動状態に関するセンサー設置、突起物の除去
	死角になる空間	施錠管理、モニター設置
設備		突起物（手すり・ドアノブ・フック）の撤去・形状変更 配管のカバー
備品		薬剤保管庫の施錠、針や清掃用品の管理の見直し ナースコールは短い／無線のものに変更 不要なコード・チューブ類の除去 鋭利な物、火器類などの危険物の持ち込み制限 不必要なものは患者のそばに置かない

河西千秋ら. 患者安全推進ジャーナル別冊「病院内の自殺対策のすすめ方　改訂版」
医療事故情報収集等事業 第41回報告書 （２０１５年1月～3月）

院内自殺、自殺企図に関する事例調査

発生場所	件数
病室	191
トイレ	27
階段	9
廊下、救急救命センター	各3
浴室	2
検査室、機能訓練室	各1
不明	5
その他	125

関連したモノ	件数
医療材料・医療機器	14
酸素チューブ	5
医療機器の電源コード（輸液ポンプ、ネブライザー）	3
弾性ストッキング	3
心電図モニタのコード	1
点滴の針	1
ハイガーゼ	1
医療材料・医療機器以外	26
ナースコール	14
ベッドの電源コード・手元スイッチのコード	4
ベッド柵	2
ポットの電源コード	1
赤外線センサーのコード	1
安全帯のマグネット	1
延長コード	1
離床センサーの紐	1
体幹拘束帯	1
合　計	40

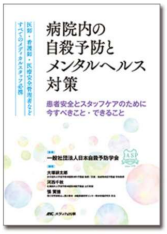
医療事故情報収集等事業 第41回報告書 （2015年1月～3月）

院内自殺対策のための参考資料・研修会

・認定病院 患者安全推進協議会
『病院内の自殺対策のすすめ方 改訂版』



・日本自殺予防学会 監修. 大塚耕太郎, 河西千秋, 張賢徳 編著
『病院内の自殺予防とメンタルヘルス対策』



・日本精神神経学会
『日常臨床における自殺予防の手引き』



・日本自殺予防学会主催
『院内自殺の予防と事故対応のための研修会』

今後の展望

- 各病院は地域の特性や規模、利用可能な資源が異なる

→「手引き」を参考しながら、各病院は実情に合わせた自殺対策を開発する必要がある

- 「手引き」を活用した研修などの医療者教育を強化する必要がある

- 院内フロー・マニュアルの作成で終わらせず、がん患者の自殺対策を臨床現場で実装・運用していくことが望まれる

- 各病院における実情・課題、今後の「手引き」への期待・改善点などあれば、ぜひご意見をお寄せください

ご清聴ありがとうございました

資料3 医療従事者を対象とした自殺対策の教育研修プログラム資料

自殺対策研修会

がん医療の現場から考える院内自殺対策　～こころの危機管理～

【目標】

① がん患者の「自殺リスク」の現状と背景を知る：数字や事例を通して、がん医療における自殺の実態を理解します

② 自殺を「防ぐ」ために、私たちにできることを考える：院内でできる対応、チームでの連携のヒントを学びます

③ 自施設での「次の一歩」を描く：自分たちの現場に合った、自殺予防の取り組みを検討します

目標	スケジュール	実施事項	資料
目標①	事前準備	課題1　配布資料を読む	資料①「がん医療における自殺対策の手引き」概要版 https://drive.google.com/file/d/1Si3Yr13V07pXknDM2_BOs7ykPx6pbIUq/view?usp=drive_link 資料②がん診療に携わる病院の自殺対策マニュアルおよびフローの推奨項目 https://drive.google.com/file/d/1K8UK7JXu2oYk5tdeAPELf6dvXkrXkS8A/view?usp=drive_link
目標②		課題2-1　配布資料を視聴する	資料③院内の自殺対策（一次予防、二次予防、三次予防）に関する動画 https://youtu.be/gSDlcRDtZsc
		課題2-2　所属施設の自殺対策の確認	資料④ワークシート（2～3ページ）
	ワークショップ当日	課題2-3　所属施設に適した自殺対策検討 課題2-4　対策実施の促進要因の検討と共有	資料④ワークシート（2～3ページ） 資料④ワークシート（5ページ）
目標③	グループワーク	課題3　対策実施の阻害要因と克服法の検討	資料④ワークシート（2～3，6ページ）

事前準備

グループワーク

【目標②　自殺を「防ぐ」ために、私たちにできることを考える】

課題2-2）所属施設の自殺対策の確認、ワークシートの記入

●所属施設には自殺対策に関するマニュアル・フローはありますか。（確認方法の例：電子カルテなどイントラネットを確認する、医療安全担当部署に確認する、など）

●所属施設の自殺対策マニュアルやフローがあれば、そこで示されている対策を確認し、下記表の項目と照らし合わせて、マニュアル・フローに記載されている項目に〇をつけてください。

表の項目にない対策については、空欄に記載してください。

課題2-3）所属施設に適した自殺対策、ワークシートの記入

●所属施設の自殺対策マニュアル/フローに盛り込まれると良いと考える項目や実施できそうな項目に〇をつけてください。

表：がん診療に携わる病院の自殺対策マニュアルおよびフローの推奨項目（資料②より改編）

項目	分類*					記載施設**	課題2-2 自殺対策マニュアル/フローに記載されている項目	課題2-3 自殺対策マニュアル/フローに盛り込まれると良い・実施できそうな項目
	概況	一次予防	二次予防	三次予防	体制			
がん患者の自殺リスク（一般人口との比較、自殺リスクの高い時期など）	●					大学，総合		
自殺対策の概要	●					大学		
ホットスポット（自殺が起きやすい場所）の種類と対応		●				大学，総合，がん専門		
全人的痛みの説明		●				大学		
気持ちのつらさのスクリーニング法		●				大学		
自殺のリスク因子とアセスメント法		●	●			大学，総合，がん専門		

自殺関連行動（希死・自殺念慮、自殺企図）への対応方法の具体例		●	●	●		総合		
患者・遺族の抱える問題への対応		●	●	●		大学，総合		
患者・遺族・他患者との対話方法		●	●	●		大学，総合，がん専門		
自殺リスク評価（自殺企図の切迫したリスクに関する評価）と対応		●	●			大学，総合		
希死・自殺念慮のある患者への対応手順の連携体制			●			大学，総合		
悲嘆を含む心理反応と支援			●	●		大学，総合		
危機介入（二次予防）および事後対応（三次予防）における情報共有と多職種/地域連携			●	●		大学		
自殺発見時の現場対応手順				●		大学，総合，がん専門		
自殺発見時の連絡体制				●		大学，総合，がん専門		
事後の遺族・スタッフへの心理的ケア手順				●		大学，総合		
事後カンファレンスとスタッフケアの体制				●		大学，総合		
院内多職種連携と院外機関連携					●	大学		
体制の整備 （管理、相談、支援、報告、教育等）					●	大学		
自殺対策に関わる相談窓口					●	大学		
上記にない対策はこの欄に記載してください （例）自殺対策に関する院内の研修会		●						

がん医療の現場から考える院内自殺対策：資料④ワークシート

*1次、2次、3次予防の分類

1次予防：事前予防であり、ホットスポット対策、スタッフ教育、院内相談体制の整備などが含まれます。

2次予防：危機介入であり、自殺の危険性が高まっている際のリスク評価、サインや危険因子の察知、精神科受診など具体的な患者支援が含まれます。

3次予防：事後対応であり、ご遺族対応、医療スタッフのメンタルヘルスケアが含まれます。

*記載施設：大学＝大学病院、総合＝総合病院、がん専門＝がん専門病院

グループワーク

課題２-４）自殺対策の促進要因の検討

●所属施設の自殺対策を実施する上で、促進要因をできる限りたくさん付箋に書いてください。

促進要因：対策実施の後押しになること

●付箋を動かして、院内のこと、院外のことに分類してください。

●グループ内で共有し、参考になること、当てはまることを下記にメモしてください。

	自殺対策を促進するような要因
院内	（例）自殺対策を担当する委員会がある 多職種間での連携がよい
院外	（例）地域の精神医療機関との連携がある 他施設の医療者と面識がある

【発表のポイント】

・グループ内で共通して挙げられた促進要因

グループワーク

【目標③　所属施設での「次の一歩」を描く】

課題３）所属施設に適した自殺対策と対策実施の阻害要因に基づく課題克服法の検討

●課題２-２）、２-３）で選択した自殺対策を実施する際の阻害要因は何でしょうか。

阻害要因：対策実施のバリアになること

●阻害要因を克服するためにできること、ステークホルダーは誰が考えられるのかについて、グループで話し合い、アイディアを下記の表に記載してください。

※ステークホルダーとは、活動に影響を与える、もしくは、影響を受ける、関与が望まれる関係者です。

ステークホルダーの例：院長、看護部長、診療科長、師長、医療安全部門、相談支援部門、現場の医師、看護師、事務職員、地域の医療者

課題２-２、２-３で選択した対策	阻害要因	克服のためにできること	ステークホルダー
（例）自殺対策に関する院内の研修会	（例）人材不足、勤務時間内での実施が困難	（例）e-learningの資料を作成し、年１回オンライン受講とする	（例）院長、医療安全担当者、精神科医師、システム管理者

【発表のポイント】

・選択した対策、対策実施の阻害要因と克服のためにできること

主催

国立がん研究センターがん対策研究所サバイバーシップ研究部

厚生労働科学研究費（がん対策推進総合研究事業）「がん患者の自殺予防プログラムの開発とその実装に向けた教育研修に関する研究」（研究代表 藤森麻衣子， 課題番号 23EA1028）

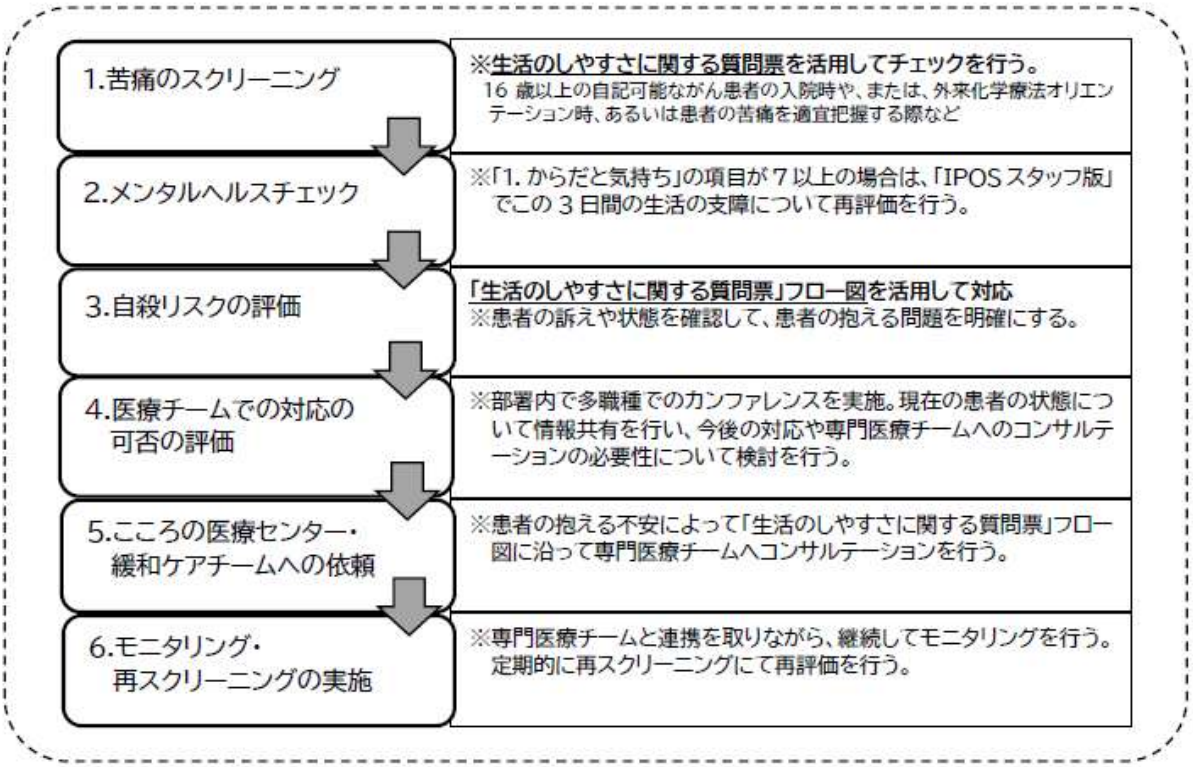
事務局（問い合わせ先）

国立がん研究センターがん対策研究所サバイバーシップ研究部 岡村優子

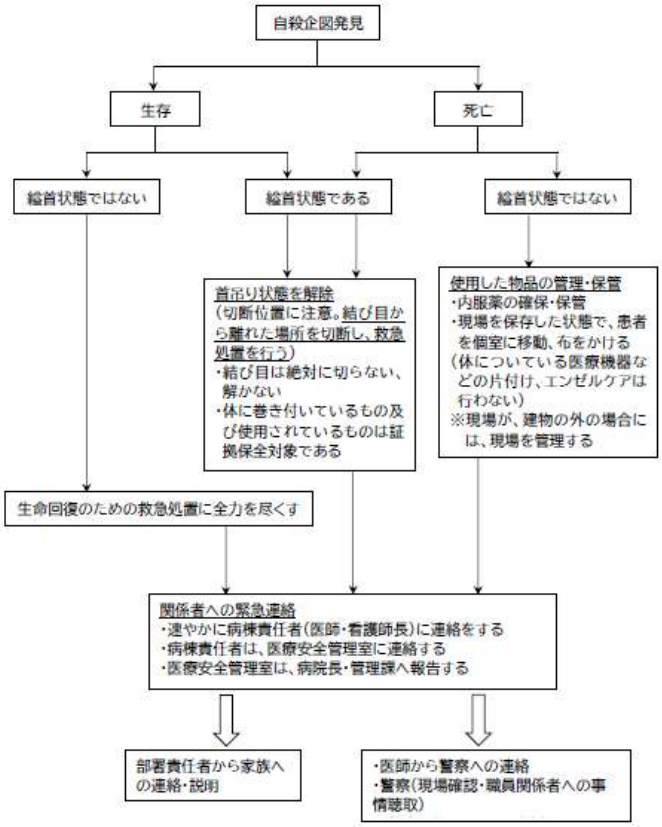
メール　maokamur@ncc.go.jp

［フローの例］　名古屋市立大学病院院内自殺防止対策マニュアルより

自殺リスクのある患者に対する対応のフロー図



自殺企図発見時の対応フロー図



資料4 研修プログラム参加前後アンケート結果資料

がん医療における自殺対策研修会

目的：がん患者の自殺リスクに関する医療者の理解と院内の自殺対策を促進する

対象：院内の自殺対策・がん医療に関わる医療者

研修会の目標：　①がん患者の「自殺リスク」の現状と背景を知る
ー数字や事例を通して、がん医療における自殺の実態を理解します
②自殺を「防ぐ」ために、私たちにできることを考える
ー院内でできる対応、チームでの連携のヒントを学びます
③自施設での「次の一歩」を描く
ー自分たちの現場に合った、自殺予防の取り組みを検討します

研修会内容

事前学習と準備	課題１ 資料による学習 「がん医療における自殺対策の手引き」 「がん診療に携わる病院の自殺対策マニュアルおよびフローの推奨項目」 課題２-１）資料による学習「院内の自殺対策（一次予防、二次予防、三次予防）に関する動画」視聴 課題２-２）現在実施している自殺対策について振り返り、ワークシート記入
研修会当日 グループワーク	課題２-３）自殺対策の促進・阻害要因の検討 課題２-４）課題克服の検討 課題３ 現場に合った自殺予防の計画

がん医療における自殺対策研修会

研修会参加前後アンケート調査

対象：院内の自殺対策・がん医療に関わる医療者

方法：参加前アンケート調査

調査項目：職種, 自殺対策マニュアル・フローの有無, 研修会経験の有無

Attitude to Suicide Prevention日本語版 (ASP-J)

自殺予防に対する医療従事者の否定的態度の測定に焦点化した14項目の自己記入式質問票

より低いスコアが好ましい

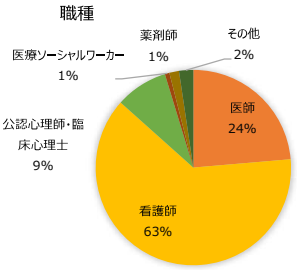
参加後アンケート調査

調査項目：目標の達成度, 研修会満足度, ASP-J

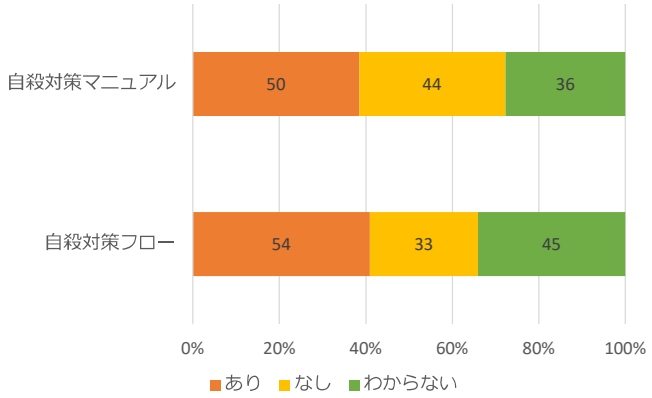
結果

実施期間：2025年10月～2026年1月
実施回数：5回

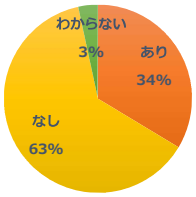
参加者背景（N=132）



自施設の自殺対策（N=132）

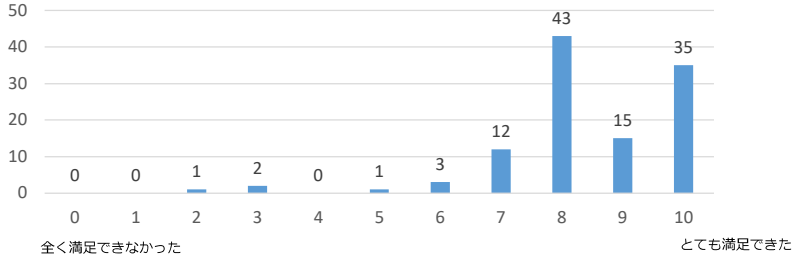


自殺対策研修会参加経験（N=119）



結果

研修会全体の満足度（N=112）

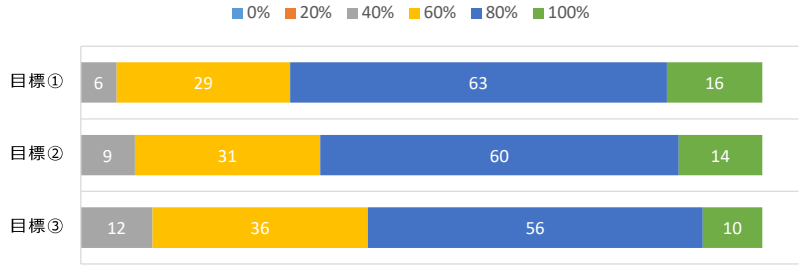


Attitude to Suicide Prevention*
（合計点平均, 標準偏差）

参加前（N=104）	参加後（N=114）
32.9, 6.1	30.1, 6.3

*自殺予防に対する医療従事者の否定的態度の測定に焦点化した14項目の自己記入式質問票より低いスコアが好ましい

目標の達成度（N=114）



研修会の目標
①がん患者の「自殺リスク」の現状と背景を知る
②自殺を「防ぐ」ためにできることを考える
③自施設での「次の一歩」を描く

がん医療における自殺対策研修会

考察

・5回実施した結果、参加者は132名であり、研修中の脱落はなく、全員完遂可能であった。

・自殺対策マニュアル/フローがあると回答した参加者の割合は38-41%であり、わからないと回答した割合は27-34%であった。
自施設に自殺対策マニュアル/フローがあっても認知されていない可能性が考えられた。

・研修会の満足度、目標の達成度とも高い評価が得られた。

・自施設の自殺対策について振り返り、確認することにより、参加者の自殺対策に関する認識を高め、対策の推進につながる可能性がある。

・グループワークでは、各施設での課題が話し合われ、自殺対策研修のニーズが感じられた。

資料5

Japanese Journal of Clinical Oncology, 2025, 55(10), 1194–1197
https://doi.org/10.1093/jjco/hyaf110
Advance access publication date 8 July 2025
Short Communication

JJCO Japanese Journal of Clinical Oncology
OXFORD

Suicide risk among individuals diagnosed with cancer during versus before the COVID-19 pandemic: a nationwide population-based study

Ken Kurisu[1,2,3], Maiko Fujimori[2,*], Saki Harashima[2,3], Tatsuo Akechi[4], Kazuhiro Yoshiuchi[3], Yosuke Uchitomi[1]

[1]Department of Cancer Survivorship and Digital Medicine, Jikei University School of Medicine, Tokyo, Japan
[2]Division of Survivorship Research, National Cancer Center Institute for Cancer Control, Tokyo, Japan
[3]Department of Stress Sciences and Psychosomatic Medicine, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo, Tokyo, Japan
[4]Department of Psychiatry and Cognitive-Behavioral Medicine, Nagoya City University, Nagoya, Japan

*Corresponding author. Division of Survivorship Research, National Cancer Center Institute for Cancer Control, 5-1-1 Tsukiji, Chuo-ku, Tokyo 104-0045, Japan. E-mail: mfujimor@ncc.go.jp.

Abstract

This study aimed to assess suicide risk among individuals diagnosed with cancer shortly after the onset of the COVID-19 pandemic compared to those diagnosed earlier. Data were obtained from the National Cancer Registry in Japan, which included 4 711 540 individuals diagnosed between January 2016 and June 2020. Standardized mortality ratios (SMRs) for suicide within 6 months of diagnosis were quantified using the general population as a reference. Those diagnosed between April and June 2020 had an SMR of 3.93 (95% confidence interval: 3.10–4.91), higher than those diagnosed in earlier periods. Additionally, multivariate Poisson regression showed an adjusted relative risk of 1.30 (95% confidence interval: 1.03–1.63) for individuals diagnosed during the pandemic compared to earlier periods. These findings suggest that individuals diagnosed with cancer shortly after the onset of the COVID-19 pandemic had a higher suicide risk than those diagnosed earlier.

Keywords: cancer; COVID-19 pandemic; suicide; loneliness; social isolation

Introduction

People diagnosed with cancer show high rates of depression and suicide worldwide [1, 2]. In Japan, nationwide data from the National Cancer Registry also indicate elevated suicide risk in this population, along with regional disparities [3–5]. Efforts have been made to develop suicide prevention strategies targeting individuals with cancer [6, 7].

The COVID-19 pandemic has increased psychological distress [8], loneliness, and social isolation [9]. It has also caused changes in suicide rates [10, 11] and a rise in psychiatric conditions such as eating disorders in Japan [12].

Studies have reported that individuals with cancer experienced greater loneliness, psychological distress, depression, and anxiety during the pandemic [13–15]. Cross-sectional research has examined suicidal ideation and attempts during that period [16]. While these findings suggest worsened mental health among individuals with cancer during the pandemic, no studies have examined changes in suicide rates before and during the pandemic.

Recent data from Japan's National Cancer Registry, which includes all individuals diagnosed with cancer nationwide, allow for the analysis of people diagnosed in early 2020. This study aimed to assess suicide risk among people diagnosed with cancer shortly after the onset of the COVID-19 pandemic—a period characterized by heightened stress—and to compare their risk with those diagnosed before the pandemic.

Materials and methods

Ethical approval

The study was approved by the Institutional Review Board of the National Cancer Center Japan (approval number: 2018-233). The requirement for informed consent was waived owing to the use of anonymous data.

Study participants

This study used data from the National Cancer Registry, which covers all individuals diagnosed with cancer in Japan since January 2016 [3–5, 17]. The current dataset includes records of death through 31 December 2020. Therefore, those diagnosed between January 2016 and June 2020 were included, and the maximum observation period was set to 6 months.

In April 2020, the Japanese government declared a state of emergency due to an exponential increase in the number of COVID-19 infections, and this time point has been used as a cutoff in previous literature [12]. Therefore, those diagnosed between April and June 2020 were classified as the pandemic-diagnosis group, whereas those diagnosed before April 2020 were classified as the pre-pandemic-diagnosis group.

Following previous studies [3–5, 17], we excluded individuals diagnosed by autopsy or death certificate, those residing

Received 22 May 2025; **editorial decision** 17 June 2025; **accepted** 20 June 2025
© The Author(s) 2025. Published by Oxford University Press.
This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), which permits unrestricted reuse, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

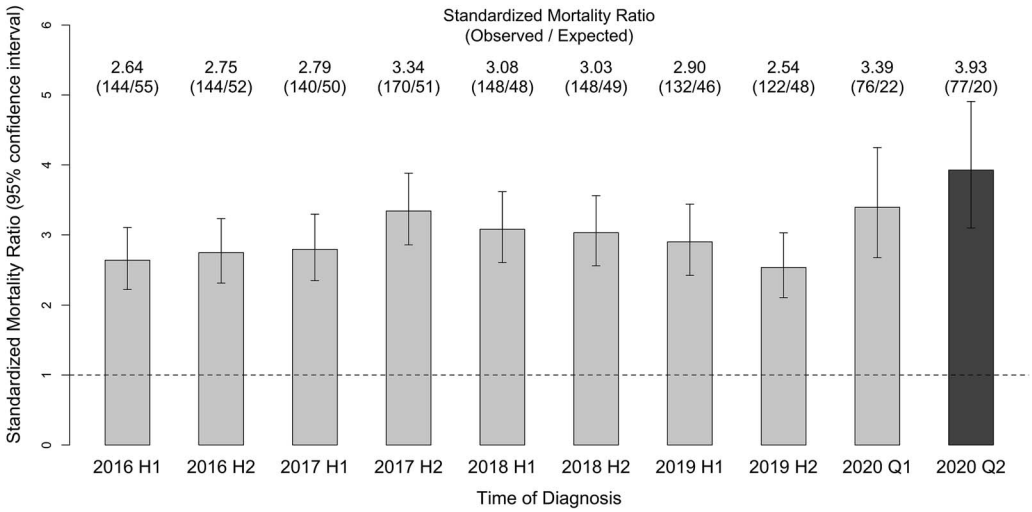


Figure 1. Standardized mortality ratio for suicide within 6 months after cancer diagnosis, by time of diagnosis. H1 and H2 represent January–June and July–December, respectively; Q1 and Q2 represent January–March and April–June, respectively.

outside Japan, and those with missing data on age, sex, address, or date of diagnosis.

The outcome was death by suicide, defined using the International Classification of Diseases, 10th Edition codes X60-X84 and Y87.0.

Statistical analyses

Standardized mortality ratios (SMRs) were calculated for each diagnostic period, following our previous studies and protocol [3–5, 17]. The observed number of suicides within 6 months after diagnosis was calculated using data from the National Cancer Registry. For each individual, the expected suicide rate during the corresponding survival period was estimated using data from the general population, matched by age, sex, and prefecture of residence, based on Vital Statistics and Population Estimates. Summing these rates yielded the expected number of suicides in the study population. Patients registered with zero months of survival in the dataset were assigned a value of 0.5 months. The SMR was defined as the ratio of observed to expected suicides. Confidence intervals (CIs) were calculated using Byar's method.

A multivariable Poisson regression model was developed to examine differences in SMRs between the pandemic- and pre-pandemic-diagnosis groups. Following previous research [3, 4], the individual-level dataset with binary mortality outcomes was aggregated into a cluster-level dataset with count outcomes. The log-transformed expected suicide counts for each cluster were included as an offset in the model. Accordingly, the relative risk from the model represented the ratio of SMRs between groups. Age, sex, presence of multiple primary cancers, primary tumor site, and cancer extension were included as covariates, consistent with previous studies [3, 4].

Additional Poisson regression models were developed for sensitivity analyses: (i) a model comparing individuals diagnosed between January and June 2020 with those diagnosed before 2020, (ii) a model including January–March 2020 as a separate category, and (iii) a model containing only individuals diagnosed between April and June of each year, comparing 2020 with previous years.

All analyses were conducted using R (version 4.4.2) with the 'epiR' package (version 2.0.77). Statistical significance was set at $P < 0.05$.

Results

The analysis included 4 711 540 individuals (see Supplementary Table 1 for descriptive statistics). Figure 1 summarizes the 6-month SMRs for each diagnosis period. Among those diagnosed between April and June 2020, the SMR was 3.93 (95% CI: 3.10–4.91), indicating a modest increase compared with earlier periods. Sex-specific SMRs during this period were 4.01 (95% CI: 3.04–5.19) for male individuals and 3.71 (95% CI: 2.26–5.73) for female individuals, with no substantial sex difference observed.

Table 1 summarizes the relative risk estimated from the Poisson regression model. In Model 1, the pandemic-diagnosis group had a relative risk of 1.30 (95% CI: 1.03–1.63), with the pre-pandemic-diagnosis group as a reference. Coefficients for other covariates are shown in Supplementary Table 2 and were similar to those reported in the previous study [3]. Sensitivity analyses using alternative groupings (Models 2 and 3) and a model including only individuals diagnosed between April and June of each year (Model 4) also showed significantly higher relative risks for the pandemic period.

Discussion

Using data from the National Cancer Registry, we assessed suicide risk among individuals diagnosed with cancer during the COVID-19 pandemic. The SMR was higher in individuals diagnosed during the pandemic than in those diagnosed earlier. This elevated risk persisted after adjusting for covariates and remained consistent across different categorizations of diagnostic periods. To the best of our knowledge, this is the first report to compare suicide risk between individuals diagnosed with cancer during the COVID-19 pandemic and those diagnosed earlier.

These findings indicate that suicide risk in individuals with cancer, which is consistently higher than in the general population, increased further during the pandemic and exceeded the fluctuations observed in the general population [10, 11]. Previous studies have reported increased psychological distress and loneliness among individuals with cancer during the pandemic [13–15]. SARS-CoV-2 infection itself may also have partially influenced mental health [18]. In addition, the psychological states of individuals with life-threatening

Table 1. Relative risk by time of cancer diagnosis from multivariate Poisson regression models.

Time of diagnosis	Total number of suicide (N)	Relative risk (95% confidence interval)	*P*-value
Model 1 (primary)			
January 2016–March 2020	1224	1.00 (reference)	
April–June 2020	77	1.30 (1.03 to 1.63)	**0.028**
Model 2			
January 2016–December 2019	1148	1.00 (reference)	
January–June 2020	153	1.24 (1.05 to 1.47)	**0.013**
Model 3			
January 2016–December 2019	1148	1.00 (reference)	
January–March 2020	76	1.18 (0.93 to 1.49)	0.17
April–June 2020	77	1.31 (1.04 to 1.65)	**0.023**
Model 4			
April–June in 2016–2019	274	1.00 (reference)	
April–June 2020	77	1.40 (1.09 to 1.80)	**0.009**

All models were adjusted for age, sex, presence of multiple primary cancers, primary tumor site, and cancer extension. Bold entries indicate statistically significant at $P < 0.05$.

illnesses and those living through the pandemic have been discussed within the framework of terror management theory [19, 20]. These perspectives may help inform future research aimed at understanding the mechanisms behind our findings.

In future pandemics or disasters, greater attention to the mental health of individuals newly diagnosed with cancer will be essential. As discussed above, potential mechanisms underlying the increase in suicide risk may include heightened loneliness and social isolation among people with cancer during the COVID-19 pandemic [13, 14]. The present findings imply that such loneliness or social isolation may have been more pronounced than in the general population, leading to an even greater increase in suicide risk among people with cancer. Various interventions for loneliness have been explored [21–23], and these approaches may inform strategies to support vulnerable populations during future crises.

This study has several limitations. First, the observation period was limited to 6 months following diagnosis and thus does not capture outcomes after societal adaptation to the pandemic, such as vaccine rollout and other mitigation efforts. Second, we were unable to assess the specific factors contributing to the increased suicide risk or determine why the magnitude of this increase exceeded that observed in the general population. Finally, the dataset did not include information on preexisting mental disorders, household composition, or socioeconomic status. These factors should be considered in future research.

In conclusion, individuals diagnosed with cancer shortly after the onset of the COVID-19 pandemic had an ∼1.3-fold higher suicide SMR than those diagnosed before the pandemic. These findings underscore the importance of addressing mental health in individuals newly diagnosed with cancer during future pandemics or disasters. Further research with extended follow-up is warranted to examine longer-term trends.

Supplementary data

Supplementary data are available at *Japanese Journal of Clinical Oncology* online.

Acknowledgements

We obtained data from the National Cancer Registry as per the Act on Promotion of Cancer Registries, independently analyzed the data, and present the results in this article.

Conflict of interest statement

The authors declare no potential conflicts of interest.

Funding

This study was funded by the Health Labor Sciences Research Grant (grant number: 23EA1028).

Data availability

The dataset analyzed in this study, obtained in 2024, was used with permission from the National Cancer Registry Information Desk of the National Cancer Center. This dataset cannot be shared; however, anyone can access it by sending an application along with their study protocol to the National Cancer Registry Information Desk.

References

1. Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H. *et al.* Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: A meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol* 2011;**12**:160–74. https://doi.org/10.1016/S1470-2045(11)70002-X.
2. Heinrich M, Hofmann L, Baurecht H. *et al.* Suicide risk and mortality among patients with cancer. *Nat Med* 2022;**28**:852–9. https://doi.org/10.1038/s41591-022-01745-y.
3. Kurisu K, Fujimori M, Harashima S. *et al.* Suicide, other externally caused injuries, and cardiovascular disease within 2 years after cancer diagnosis: A nationwide population-based study in Japan (J-SUPPORT 1902). *Cancer Med* 2023;**12**:3442–51. https://doi.org/10.1002/cam4.5122.
4. Kurisu K, Harashima S, Fujimori M, Akechi T, Yoshiuchi K, Uchitomi Y. Regional disparities in suicide among patients with cancer: A nationwide population-based study in Japan. *Cancer Med* 2023;**12**:20052–8. https://doi.org/10.1002/cam4.6574.
5. 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* 2021;**51**:744–52. https://doi.org/10.1093/jjco/hyab001.
6. 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. https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2019.07.003.
7. Kurisu K, Fujimori M, Harashima S, Okamura M, Yoshiuchi K, Uchitomi Y. Exploratory analysis of nationwide Japanese

patient safety reports on suicide and suicide attempts among inpatients with cancer using large language models. *Psycho-Oncology.* 2025;**34**:e70150. https://doi.org/10.1002/pon.70150.
8. Kikuchi H, Machida M, Nakamura I. *et al.* Changes in psychological distress during the COVID-19 pandemic in Japan: A longitudinal study. *J Epidemiol* 2020;**30**:522–8. https://doi.org/10.2188/jea.JE20200271.
9. Yamamoto T, Uchiumi C, Suzuki N. *et al.* Mental health and social isolation under repeated mild lockdowns in Japan. *Sci Rep* 2022;**12**:8452. https://doi.org/10.1038/s41598-022-12420-0.
10. Tanaka T, Okamoto S. Increase in suicide following an initial decline during the COVID-19 pandemic in Japan. *Nat Hum Behav* 2021;**5**:229–38. https://doi.org/10.1038/s41562-020-01042-z.
11. Nakanishi M, Yamasaki S, Endo K. *et al.* Suicide rates during the COVID-19 pandemic in Japan from April 2020 to December 2021. *Psychiatry Res* 2022;**316**:114774. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114774.
12. Kurisu K, Matsuoka M, Sato K. *et al.* Increased prevalence of eating disorders in Japan since the start of the COVID-19 pandemic. *Eat Weight Disord* 2022;**27**:2251–5. https://doi.org/10.1007/s40519-021-01339-6.
13. Gallagher S, Bennett KM, Roper L. Loneliness and depression in patients with cancer during COVID-19. *J Psychosoc Oncol* 2021;**39**:445–51. https://doi.org/10.1080/07347332.2020.1853653.
14. Glidden C, Howden K, Romanescu RG. *et al.* Psychological distress and experiences of adolescents and young adults with cancer during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional survey. *Psycho-Oncology.* 2022;**31**:631–40. https://doi.org/10.1002/pon.5849.
15. Kim I, Lee M, Begay CM, Lee J, Unger J. Trends in depression and anxiety prevalence by cancer status among US adults: Analyses of the 2019-2022 National Health Interview Survey. *BMJ Open* 2025;**15**:e090157. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-090157.
16. Ma Z, Mao Y, Wang Y. *et al.* Suicidal ideation and attempted suicide among cancer patients during the COVID-19 pandemic. *J Med Virol* 2022;**94**:5827–35. https://doi.org/10.1002/jmv.28076.
17. Harashima S, Fujimori M, Akechi 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**:e030681. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-030681.
18. Taquet M, Geddes JR, Husain M, Luciano S, Harrison PJ. 6-month neurological and psychiatric outcomes in 236,379 survivors of COVID-19: A retrospective cohort study using electronic health records. *Lancet Psychiatry* 2021;**8**:416–27. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00084-5.
19. Svet M, Portalupi LB, Pyszczynski T, Matlock DD, Allen LA. Applying terror management theory to patients with life-threatening illness: A systematic review. *BMC Palliat Care* 2023;**22**:74. https://doi.org/10.1186/s12904-023-01193-6.
20. Pyszczynski T, Lockett M, Greenberg J, Solomon S. Terror management theory and the COVID-19 pandemic. *J Humanist Psychol* 2021;**61**:173–89. https://doi.org/10.1177/0022167820959488.
21. Erzen E, Çikrikci Ö. The effect of loneliness on depression: A meta-analysis. *Int J Soc Psychiatry* 2018;**64**:427–35. https://doi.org/10.1177/0020764018776349.
22. Cacioppo S, Grippo AJ, London S, Goossens L, Cacioppo JT. Loneliness: clinical import and interventions. *Perspect Psychol Sci* 2015;**10**:238–49. https://doi.org/10.1177/1745691615570616.
23. Veronese N, Galvano D, D'Antiga F. *et al.* Interventions for reducing loneliness: An umbrella review of intervention studies. *Health Soc Care Community* 2021;**29**:e89–96. https://doi.org/10.1111/hsc.13248.

© The Author(s) 2025. Published by Oxford University Press. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), which permits unrestricted reuse, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.
Japanese Journal of Clinical Oncology, 2025, 55(10), 1194–1197
https://doi.org/10.1093/jjco/hyaf110
Short Communication

資料6

Japanese Journal of Clinical Oncology, 2025, 55(11), 1259–1266
https://doi.org/10.1093/jjco/hyaf125
Advance access publication date 1 August 2025
Original Article

JJCO Japanese Journal of Clinical Oncology
OXFORD

Nationwide retrospective survey on healthcare professionals' perceptions of suicide-related behaviors among people with head and neck cancer in Japan

Kohtaro Eguchi[1,*], Seiichi Yoshimoto[1], Maiko Fujimori[2], Yosuke Uchitomi[2]

[1]Department of Head and Neck Surgery, National Cancer Center Hospital, Tsukiji, Chuo-ku,Tokyo, Japan
[2]Division of Survivorship Research, National Cancer Center Institute for Cancer Control, Tsukiji, Chuo-ku,Tokyo, Japan

*Corresponding author. Department of Head and Neck Surgery, National Cancer Center Hospital, Tsukiji, Chuo-ku,Tokyo, Japan. E-mail: koeguchi@ncc.go.jp

Abstract

Objective: To investigate healthcare professionals' perceptions of suicide-related behaviors among people with head and neck cancers in Japan.

Methods: A two-phase, multicenter retrospective study was conducted. First, head and neck cancer specialists completed a survey on their experience with suicide-related behaviors and institutional prevention efforts. Second, a medical record review explored associations between suicide-related behaviors and treatment factors.

Results: There were 152 respondents, of whom 82 (53.9%) had encountered suicide-related behaviors, and 69 (45.4%) had experienced patient suicides. A total of 110 cases of suicide were reported. Only 4.6% of respondents had attended lectures on preventing suicide, although 37.5% had implemented preventive measures. Overall, 27 cases were analyzed, including 18 suicides, and nine attempts. The majority of these involved men who were either smokers or drinkers. Behaviors often occurred when people were post-treatment without any recurrence. Common preceding factors were eating difficulties, speech impairment, and psychological decline.

Conclusions: Suicide risk among people with head and neck cancer extends well beyond diagnosis and remains under-addressed. Increased awareness and education among healthcare professionals, and provision of multidisciplinary support, are essential for comprehensive prevention.

Keywords: suicide; retrospective studies; Japan; head and neck neoplasms

Introduction

The psychological toll of having cancer is profound, and a diagnosis is regarded as one of the most overwhelming experiences in life [1]. Kurisu *et al.* reported that the suicide rate among people with cancer is 41.9 per 100 000 person-years [2]. This is 1.76 times higher than the general suicide rate in Japan, which is 17.6 per 100 000 person-years [3]. While the reported rates vary, several studies have consistently indicated that people with cancer are at a higher risk of suicide than the general population [4–6].

Suicide rates differ by cancer type and site, with the highest risks reported for lung, head and neck, testicular, bladder cancers, and Hodgkin lymphoma (standardized mortality ratio [SMR] > 5–10) [7]. Notably, while head and neck cancers account for only 3% of all cancer cases, people with these cancers have the second highest suicide rates of all those with cancer in the United States, following that of lung cancer [8]. This underscores the need for further investigation and intervention.

Suicide research methodologies generally fall into two categories: database-driven studies and detailed investigations of individual cases, commonly known as psychological autopsies [9, 10]. Database studies provide large-scale statistical insights and have repeatedly shown elevated suicide risks among people with cancer. By contrast, psychological autopsies involve in-depth interviews with bereaved families to reconstruct the deceased's psychological background, offering nuanced individual-level understanding. However, conducting full psychological autopsies can be ethically and emotionally challenging. Alternative hybrid approaches may therefore be more feasible in the oncology setting, but implementing these hybrid approaches remains difficult for individual researchers and requires coordinated organizational efforts to ensure feasibility and ethical integrity.

In 2022, Japan established the 'The Fourth Term Comprehensive 10-Year Strategy for Cancer Control' [11] and the 'Comprehensive Suicide Prevention Policy—Realizing a Society Without Self-Inflicted Deaths' [12], emphasizing the necessity of suicide prevention among people with cancer. It is therefore necessary to understand the suicide-related behaviors among people with head and neck cancers in Japan, a high-risk group for suicide. However, to date, no nationwide study has specifically investigated suicide among this group. This study therefore aimed to explore suicide-related behaviors among people with head and neck cancers, to contribute to the establishment of preventive measures.

Methods

This study was part of the Ministry of Health, Labor and Welfare's Cancer Control Promotion Comprehensive Research Project, 'Research on the Development of a Suicide

Received 28 May 2025; **editorial decision** 5 July 2025; **accepted** 11 July 2025
© The Author(s) 2025. Published by Oxford University Press. All rights reserved. For commercial re-use, please contact reprints@oup.com for reprints and translation rights for reprints. All other permissions can be obtained through our RightsLink service via the Permissions link on the article page on our site—for further information please contact journals.permissions@oup.com.

Downloaded from https://academic.oup.com/jjco/article/55/11/1259/8220786 by National Cancer Center Research Institute user on 13 December 2025

Prevention Program for Cancer Patients (21EA1008).' The study was conducted in two phases. The first was a survey targeting healthcare professionals and the second was a survey based on patient data.

Survey of healthcare professionals' experiences of suicide-related behaviors among their patients

After obtaining approval from the Ethics Committee of the Japan Society for Head and Neck Cancer, a questionnaire was mailed to head and neck cancer specialists in board-certified institutions and oral and maxillofacial surgery representatives of the Japan Society for Head and Neck Cancer.

Survey items included respondents' demographic information (age, years of medical experience), and also questions about their experience of:

- Suicide-related behaviors (attempted or completed) among patients under their care;
- Suicide-related behaviors among people with cancer in institutions;
- Attending suicide-related training or lectures;
- Mental healthcare provision for healthcare staff after a patient's suicide or related incident; and
- Implementation of suicide prevention measures.

To protect personal information and minimize psychological resistance, responses were collected anonymously.

Survey of medical information of people showing suicide-related behaviors

During the survey among healthcare professionals, institutions were invited to participate in the second phase of the study. Survey forms were mailed to institutions that agreed to do so. The survey items were modified from the Head and Neck Registry of Japan [13], supported by the Japan Society for Head and Neck Cancer, to investigate the relationship between suicide-related behaviors and cancer treatment. The Charlson Comorbidity Index [14] was used to assess comorbidities. There is little literature on suicide risk factors specific to people with head and neck cancer, but previous studies have reported an association between laryngectomy and suicide [8]. We therefore collected data on post-treatment complications that significantly affect quality of life (e.g. laryngectomy, facial nerve resection, and facial bone resection). The study office for the 'Research on the Development of a Suicide Prevention Program for Cancer Patients (21EA1008)' selected and examined items related to suicide-related behaviors. Items focused on the psychological factors associated with suicide and also the direct association between cancer treatment phases and psychological impact.

Given the emotional burden and ethical constraints associated with full psychological autopsy studies, we adopted a hybrid methodology that bridges database-driven research and psychological autopsy. In addition to structured clinical data, we collected free-text narratives from attending physicians, which provided insights into the psychological states and social contexts before suicide-related behaviors. This information is often difficult to obtain through structured data alone.

Each participating institution reviewed medical records for suicide-related cases and completed the survey forms. The collected data were then consolidated and analyzed. This study was approved by the Ethics Review Committee of the National Cancer Center Hospital, and details were published on participating institutions' websites to ensure that there were opportunities to opt out.

Analysis

Descriptive statistics were calculated for the data obtained. All statistical analyses used R (The R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria). Content analysis was performed on participants' free-text responses. The responses were coded by two researchers (KE and SY, both board-certified head and neck surgeons), and the number of responses was tabulated using the codes created.

Results

Survey of healthcare professionals

Overall, 152 of the 181 targeted professionals responded (84.0%). A total of 82 (53.9%) had encountered patients showing suicide-related behaviors, and 69 (45.4%) had experienced completed suicides among their patients. The total number of completed suicides reported was 108 patients (39 respondents reported one patient, 25 two, three reported three, and two reported five). Only seven professionals (4.6%) had attended suicide prevention lectures, and 46 (30.2%) reported that mental health support had been provided for staff following a suicide event. Additionally, 57 (37.5%) had implemented routine suicide prevention measures (Table 1).

Survey of patient data

Of the 78 institutions that expressed interest, 12 provided completed survey forms covering 27 patients (18 completed suicides, and nine attempts) (Table 2). Suicide-related behaviors were more common among men (21/27), those with a history of smoking (17/27), drinking (17/27), living with others (21/27), and married (19/27). Most cases involved advanced-stage cancer (stage 3–4: 20/27). There were no significant trends based on the primary tumor site; however, possibly due to the nature of the survey being conducted at board-certified institutions, nasal and paranasal sinus malignancies appeared more frequent than expected considering their general prevalence (10/27). Laryngectomy (2/27) and facial bone resection (5/27) were not predominant, but uncontrolled or recurrent tumors were frequent (17/27).

The most common phase for suicide-related behaviors was post-treatment follow-up without recurrence (11/27), followed by the first month after diagnosis (4/27) (Fig. 1, Table 3). The longest interval from diagnosis to suicide-related behavior was 134 months (Fig. 2). Most incidents occurred outside medical facilities (17/27), with hanging being the most common method (10/27). Few people had any history of mental illness or psychiatric treatment (5/27). Consultations with psychiatry or palliative medicine departments immediately prior to suicide-related behavior were relatively infrequent (psychiatry: 9/27; palliative care: 3/27). Data regarding preventive measures for suicide-related behavior implemented by healthcare providers were largely unavailable (missing in 18 of 27 cases). Family members were the most frequent first discoverers (10/27), followed by nurses (4/27) (Fig. 3). Inability to eat (7/27), and speech difficulties (7/27, of which two had a laryngectomy, and five a tracheostomy) were common preceding factors. Psychiatric instability, strongly

Downloaded from https://academic.oup.com/jjco/article/55/11/1259/8220786 by National Cancer Center Research Institute user on 13 December 2025

Table 1. Healthcare professionals' demographic information and experience of suicidal events among their patients.

1-a: Participants' age		1-c: Suicidal events among patients under their care			1-e: Attendance at lecture on suicide		
≤29 years old	0	1. Yes (in the past)		82	1. Attended		7
30–39 years old	9	Attempted	1 patient	17	2. Did not attend		145
40–49 years old	56		2 patients	6	No answer		0
50–59 years old	65	Completed	1 patient	39	1-f: Provision of post-incident mental healthcare for staff within hospital		
60–69 years old	22		2 patients	25			
70 years and over	0		3 patients	3	1. Yes[a]		46
No answer	0		4 patients	0		a. Only staff	21
			5 patients	2		b. Department/ward-based	23
		2. No (none reported)		70		c. As an in-hospital activity	4
		No answer		0		d. Others	2
					2. Did not attend		70
					3. There was no suicide		31
					No answer		5
1-b: Years of experience		1-d: Suicidal behaviors among people in affiliated institution			1-g: Suicide prevention measures		
≤ 9 years	1	1. Yes (in the past)		93	1. Yes[a]		57
10–19 years	36	Attempted	1 patient	21		a. Personal development/staff training	19
20–29 years	57		2 patients	3		b. Intervention for high-risk individuals	29
30–39 years	57		3 patients	4		c. Improvement of facilities	13
40 years or more	1	Completed	1 patient	34		d. Others	13
No answer	0		2 patients	24	2. No		95
			3 patients	16	No answer		0
			4 patients	3			
			5 patients	2			
			6 or more	1			
		2. No (none reported)		55			
		No answer		4			

[a]Multiple answers were allowed.

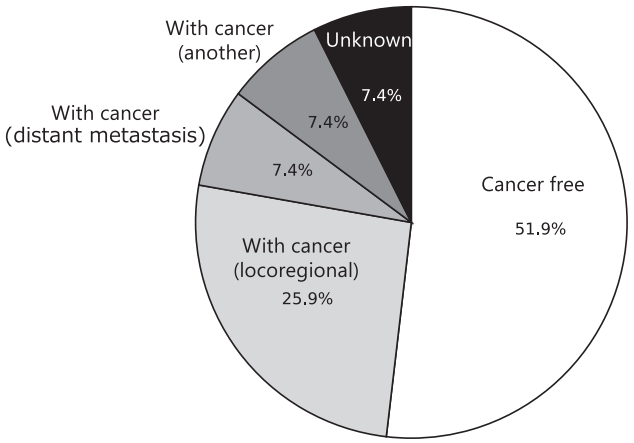


Figure 1. Oncological status at the time of the suicide-related behavior.

correlated with suicide, was noted in 13/27 cases (new onset: four, worsening: nine) (Table 4). Investigators' free-text information on suicide-related behavior is summarized in Table 5. Various backgrounds were identified that were associated with suicide-related behavior over a long period after cancer diagnosis.

Discussion

This study is the first nationwide survey of which we are aware on suicide-related behaviors among people with head and neck cancer in Japan, and it was also unique in drawing on information from both healthcare professionals and patient records. The study clarified head and neck cancer specialists' experience of suicide-related behaviors among their patients, revealing the complex realities surrounding these behaviors through specific clinical information and narrative insights.

People with head and neck cancers are a high-risk group for suicide [2, 7, 8], highlighting the need for a deeper understanding of this phenomenon among medical professionals involved in their care. The head and neck cancer registry of Japan currently does not include suicide-related data, making it difficult to ascertain the full extent of the issue. However, the high proportion of physicians in this study who had experienced suicide-related behaviors among their patients suggests that people with head and neck cancer in Japan are indeed a high-risk group. The suicide of a patient can also cause significant psychological distress among medical professionals [15, 16]. Raising awareness among healthcare professionals, and ensuring appropriate post-incident responses, is therefore crucial. This study showed that nearly half of head and neck cancer physicians had encountered suicide-related behavior in patients, but only 38% had implemented preventive strategies. This discrepancy underscores the need for increased awareness and further investigation of this issue.

Despite recognition of the importance of suicide prevention among cancer patients, countermeasures remain insufficient. One possible reason is the limited number of cases, which makes it difficult to fully understand the physiological and psychological mechanisms leading to suicide. Numerous database studies have confirmed that people with cancer are most likely to show suicide-related behaviors within the first

Downloaded from https://academic.oup.com/jjco/article/55/11/1259/8220786 by National Cancer Center Research Institute user on 13 December 2025

Table 2. Characteristics of patients showing suicide-related behaviors.

	Category	Suicide-related behaviors (n = 27)
Age	Median (range)	66.0 (51–94)
Sex		
	Female	6 (22.2%)
	Male	21 (77.8%)
Smoking		
	Never	6 (22.2%)
	Previously	9 (33.3%)
	Current smoker	8 (29.6%)
	Unknown	4 (14.8%)
Drinking		
	Never	5 (18.5%)
	Previously	4 (14.8%)
	Occasionally	3 (11.1%)
	Daily	10 (37.0%)
	Unknown	5 (18.5%)
Comorbidity		
	Low	16 (59.3%)
	Medium	6 (22.2%)
	High	1 (3.7%)
	Very high	4 (14.8%)
History of psychiatric visits		
	None	20 (74.1%)
	Yes	5 (18.5%)
	Unknown	2 (7.4%)
Family history of suicide		
	None	9 (33.3%)
	Yes	0 (0%)
	Unknown	18 (66.7%)
Spouse		
	None	6 (22.2%)
	Yes	19 (70.4%)
	Unknown	2 (7.4%)
Cohabitant		
	None	4 (14.8%)
	Yes	21 (77.8%)
	Unknown	2 (7.4%)
Employment		
	Employed	4 (14.8%)
	Unemployed	13 (48.1%)
	Unknown	10 (37.0%)
ECOG PS[a]		
	0	19 (70.4%)
	1	8 (29.6%)
Primary site		
	Oral cavity	4 (14.8%)
	Hypopharynx	3 (11.1%)
	Oropharynx	6 (22.2%)
	Larynx	3 (11.1%)
	Nasal/paranasal sinus	10 (37.0%)
	Major salivary gland	1 (3.7%)
Clinical history		
	Initial treatment	22 (81.5%)
	Recurrence	5 (18.5%)
Stage		
	1, 2	7 (25.9%)
	3, 4	20 (74.1%)
Synchronous multiple cancers		
	None, unknown	23 (85.2%)
	Yes	4 (14.8%)
Pathology		
	Squamous cell carcinoma	23 (85.2%)
	Melanoma	1 (3.7%)
	Acinic cell carcinoma	1 (3.7%)
	Adenoid cystic carcinoma	1 (3.7%)
	Myoepithelial carcinoma	1 (3.7%)

(continued)

Downloaded from https://academic.oup.com/jjco/article/55/11/1259/8220786 by National Cancer Center Research Institute user on 13 December 2025

Table 2. Continued.

	Category	Suicide-related behaviors (n = 27)
Laryngectomy		
	No	25 (92.6%)
	Yes	2 (7.4%)
Facial nerve paralysis		
	None	24 (88.9%)
	Yes	3 (11.1%)
Facial incision		
	No	21 (77.8%)
	Yes	6 (22.2%)
Facial bone resection		
	No	22 (81.5%)
	Yes	5 (18.5%)
Facial nerve resection		
	No/unknown	26 (96.3%)
	Yes	1 (3.7%)
Local relapse, uncontrolled		
	No	17 (63.0%)
	Yes	10 (37.0%)

[a]ECOG PS: The Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status.

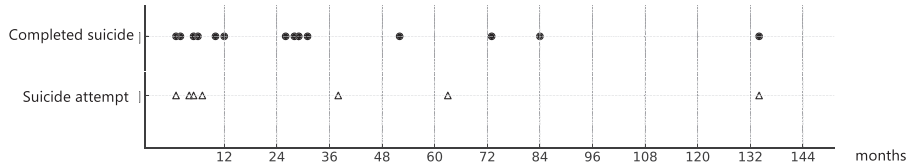


Figure 2. Interval between diagnosis and the onset of suicide-related behavior (completed suicide and suicide attempts).



Figure 3. Features of suicide-related behaviors (actual values).

Table 3. Cancer treatment status at the time of suicide-related behaviors.

Cancer treatment status	
After initial consultation, before diagnosis disclosure	0
After disease status disclosure, before treatment plan proposal	2
After treatment plan proposal, before treatment initiation	2
During initial curative treatment	2
After treatment completion, under recurrence-free follow-up	11
After recurrence explanation, before treatment resumption	3
Under curative treatment for recurrence	1
Under palliative treatment for recurrence (e.g. chemotherapy)	3
After explanation of transition to best supportive care	1
Terminal stage	1
Unknown	1

few weeks after diagnosis [17–23]. Our study confirmed that suicide-related behaviors were frequently observed during the early stages post-diagnosis, but also found that these behaviors occurred across various phases of cancer care. Notably, contrary to previous assumptions, suicide-related behaviors were actually most frequently reported among people in long-term follow-up without recurrence. This suggests that severe side effects or treatment-related sequelae unique to head and neck cancers, such as taste dysfunction and loss of voice, may contribute to suicide-related behaviors. Studies from the United States suggest that people who have had a laryngectomy are at high risk for suicide [8], but we found only two out of 27 cases involved laryngectomy. Our finding is based on a limited number of cases, but it implies that extrapolating results from one cultural context to another may be challenging. We found risk factors consistent with previous domestic studies, such as cohabitation and advanced stage cancer [24]. However, suicide-related behaviors in people with head and neck cancers were observed not only shortly after diagnosis but also over the long term, underscoring the unique risk profile of this group, and the need for a tailored assessment framework, along with further domestic data collection and analysis.

We found a diverse range of events leading up to suicide-related behaviors, making categorization challenging. In the field of psycho-oncology, efforts have been made to develop

Downloaded from https://academic.oup.com/jjco/article/55/11/1259/8220786 by National Cancer Center Research Institute user on 13 December 2025

Table 4. Background factors immediately before suicide.

Events or warning signs just before suicide-related behaviors	
New psychiatric symptoms in patients without history	4
Worsening/unstable psychiatric symptoms	9
Worsening/unstable physical symptoms	3
Recent suicide attempt/self-harm	3
Expressed suicidal intent	1
Recently experienced a bad event: bereavement or separation/divorce from a close person.	1
Recently received a medical explanation, including bad news.	2
Gastrostomy was recently suggested.	1
Tracheostomy was recently suggested.	1
A recent death of a roommate.	0
Recent in-hospital suicide by another patient.	0
Recently quit a job or was unemployed.	1
Had been experiencing persistent insomnia.	0
Cancer treatment and physical status just before suicide-related behaviors	
No special notes.	8
Difficulty in oral intake (due to, e.g. dysphagia or passage obstruction).	3
Unable to take nutrition orally (dependent on gastrostomy or central venous nutrition).	7
Aphonia (after tracheostomy or laryngectomy).	7
Able to vocalize with a tracheal stoma (using, e.g. cannula or shunt speech).	0
Tumor exposure or necrosis.	3
Uncontrollable pain.	3
Facial changes (concern about, e.g. facial asymmetry).	3
Gait dysfunction.	0
Visual impairment, hearing impairment.	0
Bowel and bladder dysfunction.	0

structured screening approaches for suicide risk in oncology settings [25, 26]. However, there is no universally effective method to systematically identify cancer patients at high risk of suicide, and efforts are underway to develop theoretical and assessment frameworks for evaluating suicide risk in cancer patients. One such framework is the Interpersonal-Psychological Theory of Suicide (IPTS) proposed by Joiner and colleagues, based on three main factors: 'thwarted belongingness,' 'perceived burdensomeness,' and 'acquired capability for suicide' [27]. Social factors such as existential distress [28], suffering [29], and loneliness [30] have been reported to play crucial roles in suicide risk among people with cancer. Perceived burdensomeness was previously identified as a suicide risk factor in people with cancer [31–33]. The IPTS is therefore widely expected to be useful despite the current lack of evidence [34].

In our study, suicide-related behaviors occurring more than a year after diagnosis frequently included narratives such as 'multiple treatments caused severe taste dysfunction, making life unbearable' and 'patient committed suicide after transferring to a palliative care hospital because of recurrent nasal cavity and pharyngeal cancer with visible tumor exposure.' These findings suggest a strong link between long-term suffering and acquired capability for suicide. People with head and neck cancer often experience severe disease-related symptoms and treatment side effects that significantly affect their quality of life, meaning that they are likely to meet all three IPTS criteria, especially acquired capability for suicide. Future suicide prevention efforts should therefore not rely solely on single interventions (e.g. psychiatric consultation) but should instead involve multidisciplinary interventions that comprehensively address all three IPTS components in a bundled approach.

The strength of this study lies in its integration of surveys among medical professionals with a hybrid approach between database research and psychological autopsy. This allowed the rapid collection of both narrative data on suicide-related behaviors and structured tumor registry data within a single study. However, this methodology also had limitations. In particular, the number of cases analyzed was significantly smaller than in previous database studies, and the narrative data were less detailed than those obtained through full psychological autopsy. As is common in suicide research, it is difficult to directly study individuals who have exhibited suicidal behavior and our findings are based solely on information provided by physicians who agreed to participate. Recent discussions also suggest the need to re-evaluate the directional relationship between cancer and suicide. Until now, research has focused mainly on 'cancer patients who commit suicide,' but emerging evidence suggests there may be a bidirectional relationship, particularly in Arctic regions [34]. Other recent studies indicate potential genetic correlations between cancer and suicide [35], suggesting that future research on suicide prevention among people with cancer may require a fundamental paradigm shift.

In summary, our study found that approximately half of Japanese head and neck cancer specialists have encountered suicide-related behaviors among their patients. However, the establishment of preventive measures and post-incident responses remains inadequate [36] and thus it is imperative that healthcare professionals remain constantly vigilant to the possibility that any given patient may attempt suicide at any time. The risk of suicide-related behaviors among people with head and neck cancers persist over an extended period, influenced by diverse factors. Our findings suggest that healthcare providers involved in caring for people with head and neck cancers should focus on long-term comprehensive anti-suicide interventions that integrate physical, psychological, and social factors. The 'Research on the Development of a Suicide Prevention Program for Cancer Patients (21EA1008)' is still ongoing, and the findings of the

Downloaded from https://academic.oup.com/jjco/article/55/11/1259/8220786 by National Cancer Center Research Institute user on 13 December 2025

Table 5. Investigators' free-text information on suicide-related behavior.

Interval[a]	Comments
1	History of depression, stable in recent years. Postoperative vagus nerve palsy caused swallowing difficulties. Event occurred on the night of the gastrostomy proposal.
1	Occurred on outpatient stairs after diagnosis.
1	The event occurred on postoperative day 14. The patient experienced delirium and stated, 'I had a dream that my son died, and it made me very sad.'
1	The patient attempted suicide twice after the initial diagnosis and early recurrence. He managed to escape on his own and sought help from his partner.
2	The event occurred during the initial treatment with no prior warning signs or triggers.
4	Business owner. Originally aggressive, verbally abusive to the primary doctor. Multiple arrests for speeding violations.
5	N/A*
5	Postoperative swallowing difficulties and loss of appetite. Reported suicide.
6	History of depression and stimulant abuse. An event occurred shortly after a change of primary physician.
7	Immediately after informed consent for the discontinuation of active treatment.
10	N/A*
12	Frequent throat obstruction since treatment. Insomnia.
26	Brachytherapy was performed owing to surgery refusal. Treated with S-1. Recurrence occurred after 21 months, followed by self-discontinuation. Prognostic follow-up revealed suicide.
28	N/A*
29	Under recurrence-free follow-up. Undergoing HBO[b] for mandibular osteomyelitis. The event occurred during pain management.
29	Multiple treatments caused severe taste dysfunction, making life unbearable. Expressed distress, stating, 'It is unbearably painful, I want to die.'
31	Alcohol-dependent
38	Depressed since diagnosis. History of suicide attempt. Experienced anorexia and violent behavior, leading to debilitation.
52	The patient committed suicide after transferring to a palliative care hospital because of recurrent nasal cavity and pharyngeal cancer with visible tumor exposure and nasal defect.
63	Fistula formation after TL[c] + PMMC[d] for recurrent lesions. Suicide attempt during the fistula management period.
73	Surgery performed. Underwent reoperation for mandibular necrosis postoperatively. One month later, died by jumping from a height. No prior warning signs.
84	After a long treatment history, transitioned to BSC[e]. An event occurred shortly after applying for PCU[f].
102	A very prolonged course. Stated, 'I don't want to burden my family any further.'
134	After CRT[g], a rejecting attitude due to peripheral neuropathy was observed.
134	Three days before suicide, a psychiatric consultation was conducted, and suicidal ideation was reported. After RT[h], the patient underwent tracheostomy due to glottic stenosis and was dependent on a gastrostomy tube.
N/A*	Found strangled in a staff restroom by a nurse. Lived alone and experienced recurrence, leading to despair about the future.
N/A*	Fell to death in despair after lung metastasis.

[a]Interval: time to suicide-related behavior (months). [b]HBO: hyperbaric oxygen therapy. [c]TL: total laryngectomy. [d]PMMC: pectoralis major myocutaneous flap. [e]BSC: best supportive care. [f]PCU: palliative care unit. [g]CRT: chemoradiotherapy. [h]RT: radiotherapy. *N/A: not available.

present study are expected to serve as important reference material for the future development of effective prevention strategies.

Acknowledgements

We extend our deepest appreciation to the physicians who generously contributed to this study. Given the sensitive nature of the research, and to safeguard the anonymity of the individuals involved, we have elected to express our acknowledgments in this manner. We also thank Melissa Leffler, MBA, from Edanz (https://jp.edanz.com/ac) for editing a draft of this manuscript.

Conflict of interest statement

The authors have no conflict of interest to disclose.

Funding

This work was supported by Health Labor Sciences Research Grant (Grant/Award Number: 21EA1008).

References

1. 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. https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2016.0483.
2. Kurisu K, Fujimori M, Harashima S., *et al.* Suicide, other externally caused injuries, and cardiovascular disease within 2 years after cancer diagnosis: A nationwide population-based study in Japan (J-SUPPORT 1902). *Cancer Med* 2023;**12**:3442–51. https://doi.org/10.1002/cam4.5122.
3. National Police Agency. *Suicide statistics in Japan*. Available at: https://www.npa.go.jp/publications/statistics/safetylife/jisatsu.html, DOI: https://doi.org/10.1111/psyg.70063.
4. Du L, Shi HY, Yu HR., *et al.* Incidence of suicide death in patients with cancer: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2020;**276**:711–9. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.082.
5. Ravaioli A, Crocetti E, Mancini S., *et al.* Suicide death among cancer patients: New data from northern Italy, systematic review of the last 22 years and meta-analysis. *Eur J Cancer* 2020;**125**:104–13. https://doi.org/10.1016/j.ejca.2019.08.019.
6. Spoletini I, Gianni W, Caltagirone C., *et al.* Suicide and cancer: Where do we go from here? *Crit Rev Oncol Hematol* 2011;**78**:206–19. https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2010.05.005.
7. Zaorsky NG, Zhang Y, Tuanquin L., *et al.* Suicide among cancer patients. *Nat Commun* 2019;**10**:207. https://doi.org/10.1038/s41467-018-08170-1.

Downloaded from https://academic.oup.com/jjco/article/55/11/1259/8220786 by National Cancer Center Research Institute user on 13 December 2025

8. Kam D, Salib A, Gorgy G., *et al.* Incidence of suicide in patients with head and neck cancer. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg* 2015;**141**:1075–81. https://doi.org/10.1001/jamaoto.2015.2480.
9. Cho K, Tsugawa R, Lee I. Grief of bereaved families of suicide completers: A follow-up study of psychological autopsy informants. *Suicide Prev Crisis Interv* 2002;**23**:26–34.
10. Hirokawa S, Kawakami N, Matsumoto T., *et al.* Mental disorders and suicide in Japan: A nation-wide psychological autopsy case-control study. *J Affect Disord* 2012;**140**:168–75. https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.02.001.
11. Ministry of Health, Labour and Welfare, Japan. *The 4th basic plan to promote cancer control programs*. Available at: https://www.mhlw.go.jp/content/10901000/001091843.pdf.
12. Ministry of Health, Labour and Welfare, Japan. *The general principles of suicide prevention policy*. Available at: https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/0000172329.pdf, DOI: https://doi.org/10.1186/s12887-025-05677-7.
13. Kawakita D, Yoshimoto S, Nakamizo M., *et al.* Head and neck cancer registry of Japan. *Auris Nasus Larynx* 2025;**52**:122–6. https://doi.org/10.1016/j.anl.2025.01.007.
14. Charlson ME, Carrozzino D, Guidi J, Patierno C. Charlson comorbidity index: A critical review of clinimetric properties. *Psychother Psychosom* 2022;**91**:8–35. https://doi.org/10.1159/000521288.
15. Downey JI, Alfonso CA. The impact of patient suicide on clinicians. *Psychodyn Psychiatry* 2023;**51**:381–5. https://doi.org/10.1521/pdps.2023.51.4.381.
16. Rajagopalan A, Teck SCE, Sng ATT. Shared fragility: Contemplating the impact of patients' suicides on clinicians. *Psychodyn Psychiatry* 2023;**51**:409–33. https://doi.org/10.1521/pdps.2023.51.4.409.
17. Saad AM, Gad MM, Al-Husseini MJ., *et al.* Suicidal death within a year of cancer diagnosis: A population-based study. *Cancer* 2019;**125**:972–9. https://doi.org/10.1002/cncr.31876.
18. Fang F, Fall K, Mittleman MA., *et al.* Suicide and cardiovascular death after a cancer diagnosis. *N Engl J Med* 2012;**366**:1310–8. https://doi.org/10.1056/NEJMoa1110307.
19. Fang F, Keating NL, Mucci LA., *et al.* Immediate risk of suicide and cardiovascular death after a prostate cancer diagnosis: Cohort study in the United States. *J Natl Cancer Inst* 2010;**102**:307–14. https://doi.org/10.1093/jnci/djp537.
20. Fall K, Fang F, Mucci LA., *et al.* Immediate risk for cardiovascular events and suicide following a prostate cancer diagnosis: Prospective cohort study. *PLoS Med* 2009;**6**:e1000197. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000197.
21. 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* 2021;**51**:744–52. https://doi.org/10.1093/jjco/hyab001.
22. Yamauchi T, Inagaki M, Yonemoto N., *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**:1034–41. https://doi.org/10.1002/pon.3529.
23. Tanaka H, Tsukuma H, Masaoka T., *et al.* Suicide risk among cancer patients: Experience at one medical center in Japan, 1978–1994. *Jpn J Cancer Res* 1999;**90**:812–7. https://doi.org/10.1111/j.1349-7006.1999.tb00820.x.
24. Fujimori M, Hikiji W, Tanifuji T., *et al.* Characteristics of cancer patients who died by suicide in the Tokyo metropolitan area. *Jpn J Clin Oncol* 2017;**47**:458–62. https://doi.org/10.1093/jjco/hyx003.
25. Noel CW, Eskander A, Sutradhar R., *et al.* Incidence of and factors associated with nonfatal self-injury after a cancer diagnosis in Ontario, Canada. *JAMA Netw Open* 2021;**4**:e2126822. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.26822.
26. Leung YW, Li M, Devins G., *et al.* Routine screening for suicidal ideation in cancer patients. *Psychooncology* 2013;**22**:2537–45. https://doi.org/10.1002/pon.3319.
27. Van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC., *et al.* The interpersonal theory of suicide. *Psychol Rev* 2010;**117**:575–600. https://doi.org/10.1037/a0018697.
28. Moadel A, Morgan C, Fatone A., *et al.* Seeking meaning and hope: Self-reported spiritual and existential needs among an ethnically diverse cancer patient population. *Psychooncology* 1999;**8**:378–85. https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1611(199909/10)8:5<378::AID-PON406>3.0.CO;2-A.
29. Jaremka LM, Andridge RR, Fagundes CP., *et al.* Pain, depression, and fatigue: Loneliness as a longitudinal risk factor. *Health Psychol* 2014;**33**:948–57. https://doi.org/10.1037/a0034012.
30. Deckx L, van den Akker M, Buntinx F. Risk factors for loneliness in patients with cancer: A systematic literature review and meta-analysis. *Eur J Oncol Nurs* 2014;**18**:466–77. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2014.05.002.
31. Llorente MD, Burke M, Gregory GR., *et al.* Prostate cancer: A significant risk factor for late-life suicide. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005;**13**:195–201. https://doi.org/10.1097/00019442-200503000-00004.
32. Noor-Mahomed SB, Schlebusch L, Bosch BA. Suicidal behavior in patients diagnosed with cancer of the cervix. *Crisis* 2003;**24**:168–72. https://doi.org/10.1027//0227-5910.24.4.168.
33. Robson A, Scrutton F, Wilkinson L, MacLeod F. The risk of suicide in cancer patients: A review of the literature. *Psychooncology.* 2010;**19**:1250–8. https://doi.org/10.1002/pon.1717.
34. Schomberg J, Teismann T, Bussmann S., *et al.* The significance of the interpersonal-psychological theory of suicide in an oncological context: A scoping review. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2021;**30**:e13330. https://doi.org/10.1111/ecc.13330.
35. Voskarides K, Chatzittofis A. GWAS studies reveal a possible genetic link between cancer and suicide attempt. *Sci Rep* 2019;**9**:1829. https://doi.org/10.1038/s41598-019-54812-9.
36. 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. https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2019.07.003.

Downloaded from https://academic.oup.com/jjco/article/55/11/1259/8220786 by National Cancer Center Research Institute user on 13 December 2025

© The Author(s) 2025. Published by Oxford University Press. All rights reserved. For commercial re-use, please contact reprints@oup.com for reprints and translation rights for reprints. All other permissions can be obtained through our RightsLink service via the Permissions link on the article page on our site—for further information please contact journals.permissions@oup.com.
Japanese Journal of Clinical Oncology, 2025, 55(11), 1259–1266
https://doi.org/10.1093/jjco/hyaf125
Original Article

frontiers | Frontiers in Psychiatry

TYPE Original Research
PUBLISHED 21 January 2026
DOI 10.3389/fpsyt.2026.1743690

Check for updates

OPEN ACCESS

EDITED BY
Yi Yesen Zhong,
Peking University Health Science Center, China

REVIEWED BY
Jie Zhang,
Shanghai Jiao Tong University, China
Monica Dimambro,
United States Department of Veterans Affairs, United States

*CORRESPONDENCE
Maiko Fujimori
mfujimor@ncc.go.jp

RECEIVED 11 November 2025
REVISED 26 December 2025
ACCEPTED 02 January 2026
PUBLISHED 21 January 2026

CITATION
Kumada F, Kurisu K, Okamura M, Akechi T, Matsumura Y, Uchitomi Y and Fujimori M (2026) Suicide prevention in Japanese cancer care hospitals: a topic modeling analysis of manuals and workflows. *Front. Psychiatry* 17:1743690. doi: 10.3389/fpsyt.2026.1743690

COPYRIGHT
© 2026 Kumada, Kurisu, Okamura, Akechi, Matsumura, Uchitomi and Fujimori. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC BY). The use, distribution or reproduction in other forums is permitted, provided the original author(s) and the copyright owner(s) are credited and that the original publication in this journal is cited, in accordance with accepted academic practice. No use, distribution or reproduction is permitted which does not comply with these terms.

Suicide prevention in Japanese cancer care hospitals: a topic modeling analysis of manuals and workflows

Fumiko Kumada[1], Ken Kurisu[1,2], Masako Okamura[1], Tatsuo Akechi[3], Yumi Matsumura[4], Yosuke Uchitomi[2] and Maiko Fujimori[1*]

[1]Division of Survivorship Research, National Cancer Center Institute for Cancer Control, Tokyo, Japan, [2]Department of Cancer Survivorship and Digital Medicine, The Jikei University School of Medicine, Tokyo, Japan, [3]Department of Psychiatry and Cognitive-Behavioral Medicine, Nagoya City University Graduate School of Medical Sciences, Nagoya, Japan, [4]Department of Patient Safety, Kyoto University Hospital, Kyoto, Japan

Introduction: People with cancer in Japan have an elevated risk of suicide, yet little information is available regarding in-hospital suicide prevention manuals and workflows. This study investigated the strategies and frameworks described in manuals and workflows developed by Designated Cancer Care Hospitals.
Methods: Using snowball sampling, suicide prevention manuals and workflows for patients with cancer were collected from 14 Designated Cancer Care Hospitals. The textual data were quantitatively analyzed using topic modeling, specifically latent Dirichlet allocation, a text-mining technique. Topics were extracted and labeled through discussions with suicide prevention experts. Based on these topics, we proposed a set of recommended components for suicide prevention manuals and workflows for people with cancer.
Results: In total, 329 paragraphs from the manuals and workflows of 13 hospitals were analyzed, yielding 20 topics. Among these, six topics were commonly addressed across hospitals, covering prevention (e.g., "Types of Suicide Hotspots and Examples of Countermeasures"), intervention (e.g., "Procedures and Collaboration System for Managing Patients with Suicidal Ideation"), and postvention (e.g., "On-Site Response Procedures Upon Discovering a Suicide"). In addition, six topics were described in greater length by certain hospitals, reflecting their unique institutional characteristics (e.g., "Overview of Suicide Prevention Measures").
Conclusions: Commonly shared topics should be prioritized in suicide prevention manuals and workflows for patients with cancer. Conversely, hospital-specific topics may serve as useful references tailored to the distinct characteristics of each hospital. Factors such as hospital size, geographic location, and clinical practice should be considered when determining the content of these manuals and workflows.

KEYWORDS

cancer, health services administration, hospitals, neoplasms, suicide prevention, topic modeling

1 Introduction

People with cancer have a substantially higher risk of suicide than the general population. A systematic review of 62 studies involving approximately 47 million individuals found a significantly elevated suicide risk among patients with cancer (1). In Japan, analyses based on the National Cancer Registry demonstrated that suicide risk is particularly high immediately after diagnosis, reaching approximately 4.4 times that of the general population within the first month (2, 3). Despite widespread knowledge of this risk, a systematic review of intervention studies examining suicide, suicide attempts, self-harm, and suicidal ideation as outcomes found no interventions that clearly demonstrated a preventive effect on suicide among individuals with cancer (4).

In response to this gap between risk recognition and effective prevention, suicide prevention has become an explicit policy priority in Japanese cancer care. The 2022 revision of the Guidelines for the Development of Designated Cancer Care Hospitals (DCCHs) requires hospitals to establish standardized in-hospital workflows to address suicide risk among people with cancer, including clearly defined response procedures and coordination with relevant organizations (5). This focus was reinforced in the Fourth Basic Plan to Promote Cancer Control Programs announced in 2023, which identified suicide among people with cancer as a critical issue (6). In addition, an analysis of patient safety reports from 620 hospitals underscored the need to strengthen awareness and implement suicide prevention measures within medical institutions (7). However, a recent nationwide survey revealed that approximately one quarter of DCCHs still lacked implemented suicide prevention manuals or workflows as of February 2023 (8).

Various organizations, including those in Japan, have published online resources, manuals, and guidelines on suicide prevention (9–14). Additionally, the National Cancer Center (NCC) has published a guidance document specifically addressing suicide prevention in cancer care (hereafter referred to as the "NCC Guidelines") (15). These materials outline the epidemiological characteristics of suicide among individuals with cancer and recommend key components for effective prevention. Based on these resources, DCCHs are expected to develop their own action-oriented manuals and workflows tailored to their specific contexts. However, no previous research has examined the actual content of the suicide prevention manuals currently used in medical hospitals, which may provide insights into how suicide prevention is operationalized internationally, the extent to which practices align with national and international guidelines, the presence of locally developed strategies, and the practical challenges involved in implementation. Furthermore, comparing manuals across multiple institutions may help identify best practices and inform future efforts toward standardization and quality improvement of suicide prevention manuals.

Therefore, we aimed to examine the approaches and organizational frameworks for suicide prevention strategies in DCCHs by collecting suicide prevention manuals and workflows and conducting quantitative content analysis using text mining techniques.

2 Materials and methods

2.1 Data sources

A researcher with expertise in suicide among people with cancer contacted DCCHs and used snowball sampling to collect internal documents—such as manuals and workflows—related to suicide prevention and postvention for people with cancer between April and May 2023. Documents were obtained through direct requests to the hospitals, with the understanding that institutional identities would remain confidential. The first hospital contacted was the institution affiliated with a member of the research project team (Y.M.), who has expertise in suicide prevention among people with cancer. This hospital served as the starting point for snowball sampling and was asked to recommend other DCCHs that had implemented relevant suicide prevention manuals or workflows. Recruitment continued until the authors considered that newly obtained documents did not yield substantively new content.

Ethical approval was not required for this study because no human participants were involved.

2.2 Analysis

To extract the key components described in the collected suicide prevention manuals and workflows, we employed topic modeling, a text mining technique for identifying latent thematic structures in documents. Specifically, we conducted unsupervised machine learning analysis using latent Dirichlet allocation (LDA) (16), which identifies latent topics by analyzing word co-occurrence patterns across a document corpus (17).

Topic extraction was conducted at the paragraph level rather than at the sentence level because a sentence-based analysis would yield overly fine-grained topics and complicated interpretations. Figures and tables in the documents were converted into complete sentences by using the original words and phrases and supplementing them with grammatical elements, such as conjunctions and auxiliary verbs, so that the content formed coherent statements. Each converted figure or table was then treated as a single paragraph in the analysis. Furthermore, of the eight major classes of independent words in Japanese (nouns, verbs, adjectives, adjectival verbs, adverbs, determiners, conjunctions, and interjections), only nouns and verbs were included in the analysis, as the remaining classes are primarily modifiers or connectors, rather than core semantic content. Accordingly, morphological analysis was used to extract only nouns and verbs for topic modeling. Topic analysis using LDA requires a predefined number of topics. We determined the optimal number of topics based on the perplexity, a metric that reflects the predictive performance (18).

The names of the topics extracted through LDA were determined via a three-round consensus process among four researchers with expertise in suicide prevention among people with cancer. First, paragraphs associated with each topic were classified into more detailed subgroups, and a provisional name was assigned to each subgroup. Subsequently, a name was proposed for each topic based on common themes identified across the subgroups. Each researcher suggested their own subgroups and topic names, and final decisions were made through discussion. Furthermore, based on the extracted topics and with reference to the nine recommended components of suicide prevention outlined in the general section of the NCC Guidelines (15), the researchers reached a consensus on a set of recommended components for suicide prevention manuals and workflows for people with cancer.

All analyses in this study were performed using KH Coder 3 (19).

3 Results

3.1 Document characteristics

We contacted 23 hospitals and collected suicide prevention manuals and workflows from 14 of them, including general (n = 5), university (n = 5), and cancer specialty (n = 4) hospitals (Table 1). The remaining hospitals (n = 9) declined to provide documents for reasons including ongoing material development or the absence of any relevant documentation in use. The manual from Hospital H was cited in the references of the manual from Hospital K (Table 1), and the two were similar regarding structural composition and textual phrasing. Therefore, the manual from Hospital K was excluded from the analysis, and the final analysis was conducted using the manuals and workflows from 13 hospitals.

The documents varied in length, ranging from a concise one-page suicide prevention workflow (approximately 500 Japanese characters, equivalent to 200 English words) to a comprehensive 28-page report comprising 85 paragraphs and over 20,000 Japanese characters (approximately 8,000 English words). On average, the documents were 8.8 pages in length, containing 26.4 paragraphs and approximately 5,400 characters. Some hospitals used the suicide prevention manual as a standalone document, whereas others incorporated it into a broader manual, such as a general medical safety manual. Among these, 10 hospitals (Table 1) explicitly used the word "cancer" and included detailed descriptions of topics, such as the current state of suicide risk among people with cancer, risk factors, and responses to patients with advanced-stage cancer.

Manuals from 13 hospitals were segmented into 329 paragraphs. Morphological analysis yielded 41,183 words, of which 3,180 were unique. Among these, 5,540 words (2,429 unique) were nouns or verbs used in the analysis.

TABLE 1 Summary of collected manuals and workflows from 14 hospitals.

Hospital ID.	Type of DCCH	Type of hospital	Format of manual		Pages	Paragraphs	Japanese characters
			Standalone	Partial			
A†	Prefectural	University	●		28	85	20,523
B	Prefectural	General	●		6	17	4,086
C†	Prefectural	Cancer		●	4	8	2,869
D	Prefectural	Cancer		●	3	8	1,888
E	Prefectural	Cancer		●	2	5	1,060
F	Prefectural	Cancer		●	2	3	885
G†	Regional	University		●	18	73	14,247
H†	Regional	University	●		16	52	9,242
I†	Regional	University	●		2	8	1,485
J†	Regional	University	●		1	1	489
K†	Regional	General	●		15	40	8,645
L†	Regional	General		●	10	28	5,273
M†	Regional	General	●		10	28	7,163
N†	Regional	General	●		6	13	1,353

DCCH stands for Designated Cancer Care Hospital.
Regarding the format of manuals, "standalone" refers to hospitals that operate with an independent document, whereas "partial" indicates those incorporating content as part of another manual (e.g., a general safety manual).
In the Type of hospital column, "University," "General," and "Cancer" refer to university hospitals, general hospitals, and cancer centers, respectively.
Cells marked with † denote hospitals whose manuals explicitly mention "cancer."
Character and paragraph counts included only the main text of the manuals, excluding the tables of contents and reference lists.

3.2 Topic modeling results

Based on perplexity, the number of topics was set to 20. The occurrence probabilities of these topics were calculated for each of the 329 paragraphs (the sum of these probabilities was equal to one for each paragraph). The relationship between topic-occurrence probabilities and the estimated number of paragraphs exceeding each probability threshold is presented in Supplementary Figure 1. Considering this trade-off between interpretability and coverage, a threshold of 0.15 was adopted, resulting in the selection of 153 paragraphs (47% of the total) for subsequent analyses. When this threshold was applied, 10 of the 153 paragraphs were assigned to more than one topic (Supplementary Figure 1).

To assess the impact of topic-occurrence probabilities in relation to manual lengths, we calculated the proportion of paragraphs exceeding the probability threshold relative to the total number of paragraphs (Supplementary Figure 2). The correlation coefficient between the total number of paragraphs and this proportion was −0.37, indicating a negative association. This suggests that manuals containing a larger number of paragraphs did not disproportionately influence topic identification, nor did manuals with fewer paragraphs systematically show weaker contributions to the topic modeling results.

3.3 Thematic content analysis

The subgroups within each topic were classified into one of three categories of suicide prevention: prevention (measures taken prior to crisis intervention during routine care), intervention (measures during crisis intervention), and postvention (measures implemented after a suicide-related incident). Two additional categories were added for topics that did not align with any of the three phases:

- Overview, which included epidemiological information on suicide among people with cancer and the broader public health and societal importance of suicide prevention.
- System, which included descriptions of interdepartmental and inter-organizational coordination structures, as well as routine communication systems.

The subgroup names and their classifications are presented in Table 2.

The term "cancer" appeared in 22 of the 153 paragraphs (14%), indicating that the content focused on people with cancer (Table 2). Within the Overview category, the content explained cancer-specific risk factors, as well as the epidemiology of suicide risk among people with cancer and the necessity of implementing suicide prevention measures in DCCHs. In the Prevention category, examples included the use of screening tools, such as a Questionnaire on Ease of Daily Living, and descriptions of suicide risk factors among people with cancer. In the Intervention category, the content addressed psychological responses such as grief experienced by people with terminal cancer. In the Systems category, descriptions focused on internal coordination systems, including the role of the cancer counselling and support center.

3.4 Topic types: common and hospital-specific

Figure 1 displays the number of paragraphs associated with each topic in relation to the number of hospitals whose manuals or workflows included that topic. Six topics (3, 6, 7, 11, 14, and 15) were identified in six or more hospitals, representing content commonly shared across institutions. These topics encompass suicide prevention measures spanning the full continuum of prevention, intervention, and postvention, and were categorized as "Common" in the "Type" column of Table 2.

In contrast, six topics (2, 8, 9, 12, 16, and 18) appeared in the manuals or workflows of only a small number of hospitals but were located above the regression line. This indicates that although these topics were not widely addressed across institutions, they were discussed in greater detail by the hospitals that included them. Accordingly, these topics were classified as "Hospital-specific" in the "Type" column of Table 2. Further details on these hospital-specific topics, including their distribution by hospital, are provided in Supplementary Figure 3.

As a supplementary analysis, the topics derived from the primary analysis were externally applied to the paragraphs from Hospital K, which had been excluded from model training due to concerns regarding institutional non-independence. Topic-occurrence probabilities were estimated for each paragraph and aggregated in the same manner as in the primary analysis. When Hospital K was included in the regression framework using these externally applied topic probabilities, the positive linear relationship between the number of hospitals including a topic and the total number of associated paragraphs was preserved, although the absolute paragraph counts and the relative positions of several topics with respect to the regression line changed slightly. The results of this supplementary analysis are presented in Supplementary Figure 4.

3.5 Recommended components of the suicide prevention manuals or workflows for people with cancer

The 12 topics extracted in this study, comprising six commonly observed topics and six hospital-specific characteristics, were compared with the nine components of suicide prevention outlined in the general section of the NCC Guidelines (15), using these components as the reference standard for comparison. A detailed comparison, including the rationales for inclusion and exclusion, is provided in Supplementary Table 1. Based on these findings, we determined the recommended components for inclusion in suicide prevention manuals and workflows for individuals with cancer (Table 3).

TABLE 2 List of 20 topics and subgroup names.

Topic No.	Topic title	Subgroup	Category					Type	
			Overview	Type of prevention			System	C	S
				Prevention	Intervention	Postvention			
1	Suicide Risk in People with Cancer	Epidemiology of Suicide Risk in People with Cancer (4)†	●						
		Suicide Risk Strategies in Designated Cancer Care Hospitals (1)†	●						
		Risk Factors for Suicide in People with Cancer (1)†	●						
2	Overview of Suicide Prevention Measures	Prevention, Intervention, and Postvention Strategies for Suicide (4)†	●						●
		Suicide Prevention as a Social Responsibility (2)	●						
		Practical Examples of Suicide Prevention: Counseling, Education, Support, and Systems (2)	●						
		Suicide Postvention (1)	●						
		References for Suicide Prevention Manuals (1)	●						
3	Types of Suicide Hotspots and Examples of Countermeasures	Examples of Hotspot Types and Preventive Measures (10)		●				●	
4	Explanation of Total Pain	Total (Holistic) Pain (1)		●					
5	Suicide Risk Assessment and Response	Warning Signs that Elevate Suicide Risk and Corresponding Responses (5)†		●	●				
		Documentation of Risk Assessment (1)		●	●				
6	Risk Factors for Suicide and Assessment Methods	Suicide Risk Assessment Checklist (Source: Journal of Patient Safety Promotion, Issue 17) (4)		●				●	
		Risk Factors for Suicide (7)†		●					
		Patient Checklist for Suicide Risk Assessment (1)		●					
		Factors Contributing to Inpatient Suicide (1)		●					
		Checklist for Patients with Suicidal Ideation (1)			●				
7	Procedures and Collaboration System for Managing Patients with Suicidal Ideation	Procedures and Coordination for Providing Care for Patients with Suicidal Ideation (7)†			●			●	
		Coordination and Procedures for Sharing Mental Health Information Between Outpatient and Inpatient Units (1)		●	●				
		Response and Coordination Procedures for Inpatients After Suicide Attempts (1)			●				
8	Screening Methods for Emotional Distress	Questionnaire on Ease of Daily Living (5)†		●					●

(Continued)

10.3389/fpsyt.2026.1743690

TABLE 2 Continued

Topic No.	Topic title	Subgroup	Category					Type	
			Overview	Type of prevention			System	C	S
				Prevention	Intervention	Postvention			
		Screening Using the Integrated Palliative Care Outcome Scale (1)†		●					
		Post-Incident Staff Support (1)				●			
9	Examples of Responses to Suicide-Related Behaviors	Methods for Responding to Patients with Suicidal Ideation (4)		●	●				●
		Methods for Responding to Patients After Suicide Attempts (1)			●	●			
		Methods for Communicating with Other Patients After a Suicide (1)				●			
		Medical Provider-Related Factors in Suicide: Communication "Don'ts" (1)†		●	●				
10	Measures to Address Issues Faced by Patients and Bereaved Families	Responding to Patient Issues as Suicide Risk Factors (3)		●	●				
		Support for Problems Faced by Bereaved Families (3)				●			
11	Examples of Communication Methods with Patients, Bereaved Families, and Other Patients	Communication Methods During Crisis Intervention (12)			●			●	
		Communication with Patients Using the Questionnaire on Ease of Daily Living (1)†		●	●				
		Communication with Other Patients After a Suicide (2)				●			
		Communication with Bereaved Families After a Suicide (1)				●			
12	Psychological Reactions, Including Grief, and Related Support	Psychological Reactions Including Grief Among the Bereaved and Corresponding Support (8)				●			●
		Grief and Psychological Responses in People with Terminal Cancer (1)†			●				
13	Crisis Intervention and Post-Incident Response	Information Sharing on Suicide Attempt Cases in the Emergency Department (1)			●				
		Information Sharing in Emergency Meetings (1)				●			
		Information Sharing During Crisis Intervention (1)			●				
		Methods for Providing Information to Bereaved Families and the Community (1)				●			
14	On-Site Response Procedures Upon Discovering a Suicide	On-Site Response Procedures Upon Discovery of Suicide (15)				●		●	

(Continued)

10.3389/fpsyt.2026.1743690

TABLE 2 Continued

Topic No.	Topic title	Subgroup	Category					Type	
			Overview	Type of prevention			System	C	S
				Prevention	Intervention	Postvention			
15	Communication and Reporting Procedures Upon Discovering a Suicide	Contact and Reporting Procedures Upon Discovery of Suicide (14)				●		●	
16	Post-Incident Procedures for Psychological Care for Bereaved Families and Staff	Psychological Support Procedures for Staff After an Incident (7)				●			●
		Psychological Support Procedures for Bereaved Families After an Incident (1)				●			
17	Post-Incident Debriefing and Staff Care System	Procedures for Conducting Emergency Meetings (3)				●			
		System for Providing Post-Incident Staff Support (2)				●			
18	Interdisciplinary Collaboration within the Hospital and with External Organizations	Multidisciplinary In-Hospital and External Organizational Collaboration (3)					●		●
		In-Hospital Counseling System (4)†					●		
		Importance of Suicide Prevention in Medical Institutions (1)					●		
		Post-Incident Support for Staff Across Disciplines (1)					●		
19	System Development (Management, Consultation, Support, Reporting, Education, etc.)	In-Hospital Systems for Suicide Prevention: Counseling, Education, and Support (1)					●		
		Post-Incident In-Hospital Management System (1)					●		
		Clarification of Departmental Responsibilities, Reporting Systems, and Education Structures (1)					●		
		System for Ongoing Post-Incident Support (1)					●		
20	Consultation Services for Suicide Prevention	Mental Health Consultation Services in Kyoto City (1)					●		
		Legal Support for Bereaved Families by the Suicide Survivor Support Center (1)					●		
		Legal and Administrative Consultation Services by Bar Associations (1)					●		

"Common" (C) refers to the six topics frequently described across hospitals, while "Hospital-Specific" (S) indicates the six topics reflecting the unique characteristics of suicide prevention efforts at specific hospitals; these are labelled as "C" and "S," respectively, in the Type column of the table for brevity.
† next to a subgroup item indicates that the item includes at least one paragraph containing the word "cancer."
The numbers in parentheses next to the subgroup items indicate the number of paragraphs included in each corresponding subgroup.

10.3389/fpsyt.2026.1743690

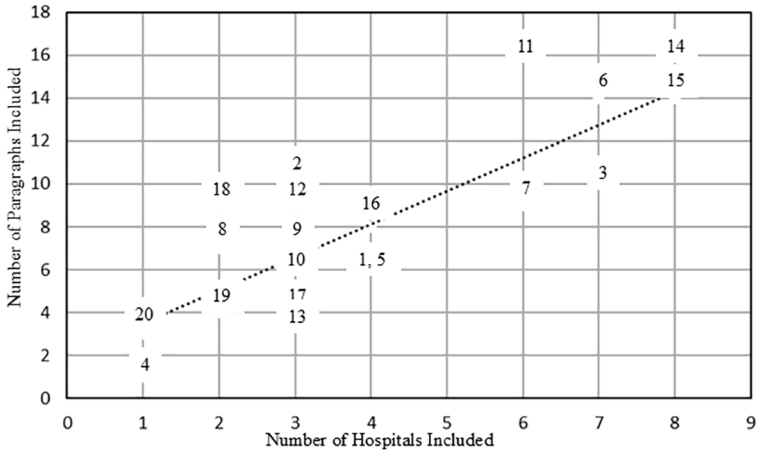


FIGURE 1
Number of paragraphs and hospitals per topic. The straight line in the figure represents the regression line derived from a simple linear regression analysis of the relationship between the number of hospitals whose manuals or workflows included each topic and the number of paragraphs in which the topic appeared ($p < 0.01$). The regression equation is as follows: Number of paragraphs = 1.980 + 1.543 × (Number of hospitals including the topic).

TABLE 3 Recommended components for suicide prevention manuals and workflows for people with cancer.

Topic category	Topic type	Item	Description
Overview	Specific	Overview of Suicide Prevention Measures	Prevention, intervention, and postvention strategies for suicide Practical examples of suicide prevention: counseling, education, support, and systems
Prevention	Common	Types of Suicide Hotspots and Examples of Countermeasures	Examples of hotspot types and preventive measures
	Common	Risk Factors for Suicide and Assessment Methods	Risk factors for suicide Suicide risk assessment checklist (Source: Journal of Patient Safety Promotion, Issue 17)
	Specific	Screening Methods for Emotional Distress	Regular screening implementation (e.g., the Questionnaire on Ease of Daily Living)
Intervention	Specific	Examples of Responses to Suicide-Related Behaviors	Methods for responding to patients with suicidal ideation
	Common	Procedures and Collaboration System for Managing Patients with Suicidal Ideation	Procedures and coordination for providing care for patients with suicidal ideation
	Common	Examples of Communication Methods for Patients with Suicidal Ideation	Communication methods during crisis intervention
Postvention	Common	On-Site Response Procedures Upon Discovering a Suicide	On-site response procedures upon discovery of suicide
	Common	Communication and Reporting Procedures Upon Discovering a Suicide	Contact and reporting procedures upon discovery of suicide
	Common	Examples of Communication Methods for Bereaved Families and Other Patients	Communication with other patients and bereaved families after a suicide
	Specific	Psychological Reactions, Including Grief, and Related Support	Psychological reactions among bereaved families and corresponding support
	Specific	Post-Incident Procedures for Psychological Care for Bereaved Families and Staff	Psychological support procedures for staff and bereaved families after an incident
System	Specific	Interdisciplinary Collaboration within the Hospital and with External Organizations	In-hospital counseling system Multidisciplinary in-hospital and external organizational collaboration

"Common" and "Specific" refer to topics frequently observed across hospitals and those that reflect the unique characteristics of suicide prevention efforts at specific hospitals, respectively. "Communication with Patients with Suicidal Ideation" and "Communication with Bereaved Families and Other Patients" are derived from the common topic "Communication Methods with Patients, Bereaved Families, and Other Patients" and are presented separately under intervention and postvention, respectively.

4 Discussion

This study applied LDA, a topic modeling method, to analyze the content of suicide prevention manuals and workflows for people with cancer from DCCHs. Twenty topics were extracted, encompassing commonly observed topics across multiple hospitals and hospital-specific topics described in greater detail by individual hospitals. Based on these findings, we identified recommended components for inclusion in suicide prevention manuals and workflows for individuals with cancer.

The common topics largely reflected the prevention–intervention–postvention framework, which has been emphasized in previous studies and major guidelines as essential components of suicide prevention (15, 20–22). Among the common topics, approximately 32% of the subgroups aligned with prevention, 29% with intervention, and 39% with postvention. Prevention-related subgroups were prominently represented by content such as "Examples of Hotspot Types and Preventive Measures", indicating that many hospitals place emphasis on identifying high-risk environments and implementing preventive strategies. This focus aligns with evidence that restricting access to lethal means is an effective suicide prevention strategy (23). Intervention-related subgroups accounted for 29% of the common topics and were most prominently represented by "Communication Methods During Crisis Intervention". This emphasis reflects the importance of multidisciplinary, team-based approaches, which have been shown to be more effective than usual care in improving depressive symptoms (24). Postvention-related subgroups constituted the largest proportion (39%) of the common topics and were particularly characterized by "On-Site Response Procedures Upon Discovery of Suicide". This finding suggests that many hospitals place substantial emphasis on clear procedural guidance following a suicide, reflecting the practical and organizational demands of postvention in clinical settings.Conversely, the defining characteristics of hospital-specific topics reflected the distinct priorities and resources of each institution, demonstrating that notable differences emerged across hospitals. For example, in hospitals emphasizing collaboration with external organizations, manuals included specific accounts of coordination with community-based services such as financial support or employment support facilities. While only one example is presented here for clarity, further examples of hospital-specific topics are available in the Supplementary Material.

Considering the commonalities and differences observed across hospitals, researchers with expertise in suicide among people with cancer identified a set of recommended components for suicide prevention manuals and workflows for people with cancer. Because circumstances vary depending on the geographic location and scale of each hospital, institutions should use these components as guidance and incorporate the topics most relevant to their own context. These recommended components should guide the development of manuals and workflows and be integrated into the broader framework of cancer care delivery. Integrating suicide prevention efforts into the continuum of cancer care—from diagnosis and treatment to palliative care and survivorship—may help reduce the stigma associated with mental health and foster more comprehensive patient-centered support.

Importantly, although the components proposed in this study were derived from analyses of suicide prevention manuals and workflows in Japanese hospitals, the overarching framework of prevention, intervention, and postvention corresponds to core elements that have been consistently identified as essential to suicide prevention in prior international and theoretical literature (20, 21). Previous sociological research has underscored that risk factors and preventive strategies for suicide vary substantially across institutional and cultural contexts (25, 26), and a recent global meta-analysis of suicide in people with cancer demonstrated considerable variation in prevalence and risk across countries (27). While the specific content and operationalization of suicide prevention measures are inevitably shaped by local institutional, cultural, and healthcare system factors, the underlying framework appears to be broadly shared. Therefore, conducting international comparative analyses of suicide prevention manuals and workflows may help elucidate how this common framework is adapted across settings and identify both universally relevant and context-specific elements of suicide prevention. Future research should expand the sample size to include a broader range of institutions and examine the cross-cultural applicability and practical application effects.

This study had some limitations. First, as LDA analyzes texts based solely on word occurrence frequency, paragraphs containing similar keywords tend to be categorized under the same topic. For example, those frequently containing the word "communication" included communication during a crisis intervention (intervention) and communication with bereaved families (postvention), which were sometimes grouped within the same topic. Therefore, a human review was required to confirm and appropriately classify the topics. Second, the length of the manuals and workflows varied substantially across hospitals, ranging from a single-page workflow to a 28-page document. Such variation may have influenced which topics emerged through topic modeling and whether they were identified as common or hospital-specific. Third, when Hospital K—previously excluded from the determination of the regression line used to classify topics as common or hospital-specific—was included, the relative positions of several topics with respect to the regression line changed slightly. Therefore, further refinement and validation of the method used to classify topics as common or hospital-specific are warranted in future studies. Fourth, this study focused solely on analyzing the content described in the manuals and workflows without considering their practical implementation. Manuals are typically developed for specific contexts, and their applications may differ across institutions. Thus, future studies should examine how the recommended components of suicide prevention manuals are applied in clinical settings.

In conclusion, commonly shared topics should be prioritized for inclusion in suicide prevention manuals and workflows for individuals with cancer. Conversely, hospital-specific topics may serve as useful references tailored to the distinct characteristics of each hospital. Factors such as hospital size, geographic location, and

clinical practice should be considered when determining the content of these manuals and workflows.

Data availability statement

The datasets presented in this article are not readily available because due to institutional confidentiality agreements with the participating Designated Cancer Care Hospitals. However, data may be available from the corresponding author on reasonable request and with permission from the hospitals. Requests to access the datasets should be directed to Maiko Fujimori, mfujimor@ncc.go.jp.

Author contributions

FK: Conceptualization, Methodology, Writing – original draft. KK: Conceptualization, Methodology, Writing – review & editing. MO: Conceptualization, Methodology, Writing – review & editing. TA: Conceptualization, Writing – review & editing. YM: Conceptualization, Writing – review & editing. YU: Conceptualization, Writing – review & editing. MF: Conceptualization, Funding acquisition, Methodology, Writing – review & editing.

Funding

The author(s) declared that financial support was received for this work and/or its publication. This study was supported by the Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan, Cancer Control Promotion Comprehensive Research Project (grant number 23EA1028).

Acknowledgments

The authors would like to express their sincere gratitude to the participating hospitals for kindly providing their manuals and workflows, which made this study possible. We also thank the staff members involved in collecting and sharing these materials for their valuable support.

Conflict of interest

The author(s) declared that this work was conducted in the absence of any commercial or financial relationships that could be construed as a potential conflict of interest.

Generative AI statement

The author(s) declared that generative AI was not used in the creation of this manuscript.

Any alternative text (alt text) provided alongside figures in this article has been generated by Frontiers with the support of artificial intelligence and reasonable efforts have been made to ensure accuracy, including review by the authors wherever possible. If you identify any issues, please contact us.

Publisher's note

All claims expressed in this article are solely those of the authors and do not necessarily represent those of their affiliated organizations, or those of the publisher, the editors and the reviewers. Any product that may be evaluated in this article, or claim that may be made by its manufacturer, is not guaranteed or endorsed by the publisher.

Supplementary material

The Supplementary Material for this article can be found online at: https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2026.1743690/full#supplementary-material

References

1. Heinrich M, Hofmann L, Baurecht H, Kreuzer PM, Knüttel H, Leitzmann MF, et al. Suicide risk and mortality among patients with cancer. *Nat Med*. (2022) 28:852–9. doi: 10.1038/s41591-022-01745-y

2. Harashima S, Fujimori M, Akechi T, Matsuda T, Saiki K, Hasegawa 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*. (2021) 51:744–52. doi: 10.1093/jjco/hyab001

3. Kurisu K, Fujimori M, Harashima S, Akechi T, Matsuda T, Saika K, et al. Suicide, other externally caused injuries, and cardiovascular disease within 2 years after cancer diagnosis: A nationwide population-based study in Japan (J-SUPPORT 1902). *Cancer Med*. (2023) 12:3442–51. doi: 10.1002/cam4.5122

4. Kawashima Y, Yonemoto N, Inagaki M, Inoue K, Kawanishi C, Yamada M, et al. Interventions to prevent suicidal behavior and ideation for patients with cancer: A systematic review. *Gen Hosp Psychiatry*. (2019) 60:98–110. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2019.07.003

5. Ministry of Health, Labor and Welfare. *2022 guidelines for development* (2022). Available online at: https://www.mhlw.go.jp/content/000972176.pdf (Accessed July 31, 2025).

6. Ministry of Health, Labor and Welfare. *The 4th basic plan to promote cancer control programs* (2023). Available online at: https://www.mhlw.go.jp/content/10901000/001077913.pdf (Accessed July 31, 2025).

7. Kurisu K, Fujimori M, Harashima S, Okamura M, Yoshiuchi K, Uchitomi Y. Exploratory analysis of nationwide Japanese patient safety reports on suicide and suicide attempts among inpatients with cancer using large language models. *Psychooncology*. (2025) 34:e70150. doi: 10.1002/pon.70150

8. Kato K, Matsumura Y. A nationwide survey on suicide prevention initiatives by hospital patient safety management departments. *J Jpn Soc Qual Saf Healthc*. (2025) 20:399–405.

9. World Health Organization. *Preventing suicide: A global imperative* (2014). Available online at: https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779 (Accessed July 31, 2025).

10. American Hospital Association. *Suicide prevention: Evidence-informed interventions for the health care workforce*. Available online at: https://www.aha.org/suicideprevention/health-care-workforce/suicide-prevention-guide (Accessed July 31, 2025).

11. American Medical Association. *Suicide prevention guide to treat at-risk patients* (2024). Available online at: https://www.ama-assn.org/delivering-care/public-health/suicide-prevention-guide-treat-risk-patients (Accessed July 31, 2025).

12. Japan Medical Association. *Suicide prevention manual*. Tokyo: Akashi Shuppan (2014).

13. Kyoto University Hospital. *Suicide prevention in medical institutions* (2022). Available online at: https://safety.kuhp.kyoto-u.ac.jp/wp-content/uploads/2022/01/jisatsuyobou315.pdf (Accessed July 31, 2025).

14. Japanese Society of Psychiatry and Neurology. *Suicide prevention guidebook for clinical practice* (2013). Available online at: https://www.jspn.or.jp/uploads/uploads/files/journal/suicide_prevention_guide_booklet.pdf (Accessed July 31, 2025).

15. National Cancer Center. *Guidelines for suicide prevention in cancer care* (2019). Available online at: https://www.ncc.go.jp/jp/icc/survivorship/jisatsutaisaku_tebiki/ganiryou_jisatsutaisaku_tebiki.pdf (Accessed July 31, 2025).

16. Blei DM, Ng AY, Jordan MI. Latent dirichlet allocation. *J Mach Learn Res*. (2003) 3:993–1022. doi: 10.1162/jmlr.2003.3.4-5.993

17. Iwata T. *Topic Model*. Tokyo: Kodansha (2015).

18. Egger R, Yu J. A topic modeling comparison between LDA, NMF, Top2Vec, and BERTopic to demystify twitter posts. *Front Sociol*. (2022) 7:886498. doi: 10.3389/fsoc.2022.886498

19. Higuchi K. *KH Coder Official Book I*. Tokyo: Nakanishiya Shuppan (2020).

20. Caplan G. *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books (1964).

21. Neligh G. Secondary and tertiary prevention strategies applied to suicide among American Indians. *Am Indian Alsk Nativ Ment Health Res*. (1988) 1:4–18. doi: 10.5820/aian.0103.1988.4

22. Japanese Association for Emergency Psychiatry. *Guidelines for psychiatric emergency treatment, 2022 edition*. Tokyo: JAEP (2022).

23. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*. (2005) 294:2064–74. doi: 10.1001/jama.294.16.2064

24. 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) 26:573–87. doi: 10.1002/pon.4286

25. Stack S. Suicide: A 15-year review of the sociological literature. Part I: Cultural and economic factors. *Suicide Life Threat Behav*. (2000) 30:145–62. doi: 10.1111/j.1943-278X.2000.tb01073.x

26. Stack S. Suicide: A 15-year review of the sociological literature. Part II: Modernization and social integration perspectives. *Suicide Life Threat Behav*. (2000) 30:163–76. doi: 10.1111/j.1943-278X.2000.tb01074.x

27. Rafiei S, Pashazadeh Kan F, Raoofi S, Rafiei S, Shafiee F, Bagheribayati F, et al. Global prevalence of suicide in patients with cancer: a systematic review and meta-analysis. *Arch Suicide Res*. (2024) 28:723–36. doi: 10.1080/13811118.2023.2240870

資料8

医療安全管理部門による自殺事故対策の取り組みについての全国アンケート調査

A National Survey on the Handling of Suicide Incidents by the Medical Safety Management Department

加藤 果林[1] KATO, Karin
内富 庸介[2] UCHITOMI, Yosuke
藤森 麻衣子[3] FUJIMORI, Maiko
杉田 尚子[4] SUGITA, Naoko
山本 崇[1] YAMAMOTO, Takashi
松村 由美[1] MATSUMURA, Yumi

1）京都大学医学部附属病院 医療安全管理部
Department of Patient Safety, Kyoto University Hospital
2）東京慈恵会医科大学 がんサバイバーシップ・デジタル医療学講座
Department of Cancer Survivorship and Digital Medicine, The Jikei University School of Medicine
3）国立がん研究センターがん対策研究所サバイバーシップ研究部
Division of Survivorship Research/ Division of Behavioral Sciences, National Cancer Center Institute for Cancer Control
4）国立病院機構京都医療センター 精神科
Department of Psychiatry, National Hospital Organization Kyoto Medical center

要約

2022 年のがん診療連携拠点病院の要件改正で，自殺リスクへの対応が明確化された．医療安全管理部門による自殺事故対策についての全国アンケート調査を報告する．回答者 196 人のうち，看護師 53%，医師 30%，薬剤師 10%で，がん診療連携拠点病院の割合は 60%だった．自殺リスクへの対策は拠点病院でより整備されており，特に「施設整備」「手順書の整備」「リスク評価方法の確立」において有意差が確認された．事後対応では，メンタルケアや委員会での審議が行われるが，病院間で対応のばらつきが見られた．遺族支援や職員向け研修の実施状況も調査し，拠点病院とその他の病院の対策の違いを明らかにした．研修会の開催状況や医療安全管理部門の関与については，拠点病院か否かによる差は認められなかった．自殺対策の充実には病院の特性に応じた対応が求められる．

キーワード：自殺，医療安全管理者，がん診療連携拠点病院

Abstract

In 2022, there were revisions to the requirements for designated cancer center, clarifying their response to the suicide risk. We conducted nationwide survey on suicide management efforts by the Safety Management departments. Among the 196 respondents, 53% were nurses, 30% were physicians, and 10% were pharmacists, with 60% working at designated cancer care hospitals. Suicide prevention measures

受付日：2025 年 1 月 16 日　採択日：2025 年 8 月 4 日
別刷請求先　〒 606-8507　京都市左京区聖護院川原町 54
京都大学医学部附属病院医療安全管理部
加藤 果林
Email: karin@kuhp.kyoto-u.ac.jp

were more systematically implemented in these hospitals, particularly in facility modifications, procedural guidelines, and risk assessment methods. Regarding post-suicide response, mental health support for affected staff and committee reviews were commonly practiced, though hospital-specific variations were observed. The survey also examined bereavement support for families, hospital-led training programs, and participation in external suicide prevention workshops. No significant differences were found between cancer care hospitals and other facilities in terms of training opportunities and involvement of medical safety departments in suicide prevention strategies. The findings highlight discrepancies in suicide prevention efforts between hospital types, emphasizing the need for tailored interventions based on institutional characteristics. Strengthening hospital-wide awareness and standardized protocols could further enhance preventive measures and post-event management.

Key words: suicide, safety manager, Designated Cancer Care Hospitalp

Ⅰ．緒言

病院内での自殺対策は非常に重要である．病院は一般的に人々が身体的または精神的な苦痛や困難に直面している場所であり，自殺のリスクが高まる可能性がある．そのため，院内での患者死亡の一因である自殺に対しては，組織的な対策が求められる．国際連合と世界保健機関（WHO）は，自殺予防の国家戦略として，データ収集システムの構築，リスク要因の特定，予防プログラムの実施と評価を含む一連の方針を提示している[1]．一方で，日本では国家レベルでの統一的な院内自殺報告制度は十分に確立されておらず，日本医療機能評価機構など一部の機関が対応を進めているものの，医療現場全体への浸透には課題が残る．実態の把握や対策が十分とは言えない現状がある．

がん患者の自殺リスクは高く，がんと診断されてから1か月以内が最も自殺のリスクが高く，2年経過しても一般人口と比べて自殺のリスクが高いことが全国がん登録のデータで明らかになっている[2]．日本医療機能評価機構医療事故情報収集事業事例データベースに登録されている入院患者の自殺の約半数はがん患者である[3]．がんと診断される人口はますます増加傾向であることを踏まえると，医療機関における自殺対策は今後優先的に取り組まれることが望ましいと考えられる．自殺企図歴がある人々を含め，脆弱性の高い集団への予防的介入が自殺予防に役立つことが明らかになっている[4]．このような背景を受け，2022年にはがん診療連携拠点病院要件が改正され，院内での自殺リスク対応や関係機関との連携体制の構築が義務付けられた．しかし，精神科以外の医療機関，特にがん専門施設における医療安全管理部門の具体的な取り組みは十分に報告されていない[5,6]．

自殺対策には，データに基づいた現状把握と計画立案，戦略の実施が不可欠であり，地域や施設ごとの状況に即した指針作成が必要である．本調査では，医療安全管理の視点から，病院内での自殺対策や自殺未遂後の支援について全国アンケートを実施した．本稿では，調査結果のうち，医療安全管理部門職員を対象とした分析結果を報告する．本調査結果は，様々な医療機関内での自殺に関する報告とあわせて，これからの自殺対策を行う上で有効な情報となると考える．

Ⅱ．方法

調査対象は，医療の質・安全学会会員（3,321人；2022年12月1日現在）のうち病院に勤務する医療者とした．調査当時，医学・医療系の会員（病院勤務以外も含まれる）は2,885人であった．調査期間は2023年2月10日～2月28日とした．調査方法は会員一斉メールを配信し，Google Formsにより回答を得た．回答率を上げるために，期間中3回配信した．

本アンケートは以下の12問で構成された．

①勤務先の病院は以下のどちらでしょうか．
- ・がん診療連携拠点病院等（全国408箇所）
- ・上記以外のがん診療に関わる病院
- ・その他

②勤務先の病院は以下の第三者認証を受けていますか（複数回答可）
- ・病院機能評価
- ・ISO 9001

・JCI（Joint Commission International）
・受けていない

③勤務先の病院の医療安全マニュアルに自殺に関する何らかの対策や手順はありますか
・2022 年 7 月 31 日以前からある
・2022 年 8 月 1 日*以降に策定された（＊ 2022 年 8 月がん診療連携拠点病院要件が改正された）
・策定日は不明だがある
・ない

④勤務先の病院の自殺対策を教えてください（複数回答可）
・施設整備（飛び降り防止等）を行っている
・自殺に関する医療安全研修を行っている
・自殺対策の担当部署がある
・自殺リスク評価方法がある
・自殺リスクが高い場合の介入方法がある
・病院外の関係機関・組織と連携している
・自殺事例が生じたときの手順書がある
・ない，またはわからない

⑤勤務先の病院内での自殺の事後対応を教えてください（複数回答可）
・安全管理を審議する委員会で審議される
・病棟や部署で公式な振り返りが実施される
・対応したスタッフへのメンタルケアがある
・ない，またはわからない

⑥勤務先の病院内での自殺の事後対応として遺族に提供可能なものを教えてください（複数回答可）
・希望があれば精神科医師が診察する
・希望があれば心理士が面談する
・患者の担当チームが面談する
・外部の支援組織を紹介する
・ない，またはわからない

⑦勤務先の病院内での自殺対策についての研修会の開催について教えてください
・実施したが，5 年以上前である
・過去 5 年間以内に実施した
・実施していない，またはわからない

⑧勤務先の病院職員が，医療機能評価機構が開催する院内自殺予防研修会に参加したことがありますか
・ある
・ない
・わからない

⑨入院患者の自殺件数は把握していますか
・はい
・いいえ

⑩外来患者の自殺件数は把握していますか
・はい
・いいえ

⑪患者の自殺対策に医療安全管理部門が関わる仕組みがありますか
・はい
・いいえ

⑫院内に，自殺・ハイリスク事例を検討する何らかの会議がありますか
・はい
・いいえ

統計解析として，各項目の回答数およびその割合（100 %）を算出した．また，データ間の関連を検討するために，カイ二乗検定および Fisher's exact test を統計解析ソフト JMP®（JMP PRO 16.2）を用いて行った．

Ⅲ．結果

本アンケート全体の調査結果概要については別に報告を行っており，本稿では医療安全管理部門の職員のみを対象とした結果について報告することとする．

全回答者 280 人（回答率 8.4%）のうち，医療安全管理部門の職員からの回答は 196 人（全回答者の 70%）であった．回答者の属性を表 1 に示す．年齢の中央値は 55 歳で女性が 60%であった．また勤続年数の中央値は 30 年で，職種は看護師が 53%，医師が 30%，薬剤師 10 %と続いた．

「①勤務先の病院は以下のどちらでしょうか．」については，回答があった 196 人のうち，がん診療連携拠点病院が 118（60%），上記以外のがん診療に関わる病院が

表 1　アンケートに回答した医療従事者の属性

年　齢（歳，中央値，最小－最大）		55（36－70）
性　別（女性回答者数，%）		117（60%）
勤続年数（年，中央値，最小－最大）		30（6－50）
職　種（回答者数，%）	看護師	104（53%）
	医師	60（30%）
	薬剤師	20（10%）
	事務職	4（2.0%）
	診療放射線技師	3（1.5%）
	臨床検査技師	3（1.5%）
	理学療法士	1（0.5%）
	臨床工学技士	1（0.5%）

67（34%），その他が 11（5.6%）であった.

「②勤務先の病院が第三者認証を受けていますか（複数回答可)」という問いに対する 188 の回答のうち，がん診療連携拠点病院は病院機能評価をうけているものが 95（48%），ISO9001 と JCI（Joint Commission International）がそれぞれ 16（8.1%）ずつで，受けていないものが 3（1.6%）で，複数の第 3 者認証をうけているとの回答もあった（表 2).

「③勤務先の病院の医療安全マニュアルに自殺に関する何らかの対策や手順はありますか.」には 181 の回答があり，「2022 年 7 月 31 日以前からある」と答えたのが 93（47%），「2022 年 8 月 1 日*以降に策定された（＊ 2022 年 8 月がん診療連携拠点病院要件が改正された)」と答えたのが 15（7.7%），「ない」と答えたのが 65（33%）であった．がん診療連携拠点病院はそうでない病院に比べて有意に（p＝0.0028　Fisher's exact test）自殺に関する対策や手順を整備していた（表 3).

「④勤務先の病院の自殺対策を教えてください（複数回答可)」との問いに対しては，178 の回答があり，「施設整備（飛び降り防止等）を行っている」が 127（65%）と最も多く，ついで「自殺事例が生じた時の手順書がある」が 77（39%），「自殺リスクが高い場合の介入方法がある」が 59（30%），「自殺リスク評価方法がある」が 52 であった.「ない, わからない」の回答が 21（11%）であった（表 4).「自殺対策の部署がある」「自殺リスクが高い場合の介入方法がある」「自殺事例が生じたときの手順書がある」については，がん拠点病院の対策率が有意（p＝0.011 値）に高かった.

「⑤勤務先の病院内での自殺の事後対応を教えてください（複数回答可)」との問いに対しては，178 の回答があり，「安全管理を審議する委員会で審議される」が 91（46%),「対応したスタッフへのメンタルケアがある」が 99（51%），「病棟や部署で公式な振り返りが実施される」が 82（42%）だった（表 5）．がん診療連携拠点

表 2　質問②勤務先の病院が第三者認証を受けていますか（複数回答可）

病院種別	病院機能評価	ISO 9001	JCI	受審なし
がん診療連携拠点病院	95(48%)	16(8.1%)	16(8.1%)	3(1.5%)
上記以外のがん診療病院	49(25%)	2(1.0%)	3(1.5%)	13(6.6%)
がん診療を提供しない病院	2(1.0%)	1(0.5%)	2(1.0%)	0

ISO：国際標準化機構
（International Organization for Standardization）
JCI：国際的医療施設評価機関
（Joint Commission International）

表 3　質問③勤務先の病院の医療安全マニュアルに自殺に関する何らかの対策や手順はありますか

	あり			なし	p
	2022年7月31日以前	2022年8月1日以降	策定日は不明		
がん診療連携拠点病院	64（33%）	13（6.6%）	4（2.0%）	27（14%）	0.0028
がん診療連携拠点病院以外の病院	29（14.6%）	2（1.0%）	5（2.5%）	38（19.0%）	
がん診療連携拠点病院以外のがん診療病院	24（12%）	1（0.5%）	4（2.0%）	34（17%）	
がん診療連携拠点病院以外のがん診療をしない病院	5（2.6%）	1（0.5%）	1（0.5%）	4（2.0%）	

「③勤務先の病院の医療安全マニュアルに自殺に関する何らかの対策や手順はありますか」には 181 の回答があり，「2022 年 7 月 31 日以前からある」と答えたのが 93（47%），「2022 年 8 月 1 日*以降に策定された（＊ 2022 年 8 月がん診療連携拠点病院要件が改正された)」と答えたのが 15（7.7%），「ない」と答えたのが 65（33%）であった．がん診療連携拠点病院はがん診療連携拠点病院以外の病院に比べて有意に（p＝0.0028　Fisher's exact test）自殺に関する対策や手順を整備していた.

表 4　質問④勤務先の病院の自殺対策を教えてください（複数回答可）

対策	全体	がん拠点病院（118）	左記以外（78）	P 値
施設整備（飛び降り防止等）を行っている	127（65%）	74（38%）	53（27%）	0.54
自殺に関する医療安全研修を行っている	22（11%）	17（8.7%）	5（2.6%）	0.11
自殺対策の担当部署がある	18（9.2%）	15（7.7%）	3（1.5%）	0.04
自殺リスク評価方法がある	52（27%）	35（18%）	17（8.7%）	0.25
自殺リスクが高い場合の介入方法がある	59（30%）	43（22%）	16（8.2%）	0.018
病院外の関係機関・組織と連携している	15（7.7%）	11（5.6%）	4（2.0%）	0.41
自殺事例が生じたときの手順書がある	77（39%）	55（28%）	22（11%）	0.011
ない・わからない	21（11%）	10（5.1%）	11（5.6%）	0.24

表5　質問⑤勤務先の病院内での自殺の事後対応を教えてください（複数回答可）

事後対策	全体	がん拠点病院	左記以外	p 値
安全管理を審議する委員会で審議される	91（46%）	59（30%）	32（16%）	0.24
病棟や部署で公式な振り返りが実施される	82（42%）	50（26%）	32（16%）	0.88
対応したスタッフへのメンタルケアがある	99（51%）	61（31%）	38（19%）	0.77
ない，わからない	35（18%）	18（9.2%）	17（8.7%）	0.25

病院か否かで事後対応に有意差はなかった.

「⑥勤務先の病院内での自殺の事後対応として遺族に提供可能なものを教えてください（複数回答可）」という回答に関しては 179 の回答があり，「ない，わからない」が 80（41%），「希望があれば精神科医師が診察する」が 67（34%），「外部の支援組織を紹介する」が 37（19%）であった.「希望があれば心理士が面談する」が 46 で，がん拠点病院が 36（18%），がん拠点病院以外の病院が 10（5.1%）であり，がん拠点病院が有意（p＝0.0056）に心理士との面談できる環境を整えていた（表 6）.

「⑦勤務先の病院内での自殺対策についての研修会の開催について」は回答のあった 179 のうち，実施していない・不明」が 136（69%），「過去 5 年間以内に実施した」が 27（14%），「実施したが，5 年以上前である」が 16（8.9%）であった（表 7）. がん診療連携拠点病院かがん診療に関わっているか否かで研修会の開催状況に有意差はなかった.

「⑧勤務先の病院職員が，医療機能評価機構が開催する院内自殺予防研修会に参加したことがありますか」という問いに対する 179 の回答のうち，「不明」が 89（45%），「ない」が 56（29%），「ある」が 34（17%）だった（表 7）. がん診療連携拠点病院か否かで研修会の参加状況に有意差はなかった.

「⑨入院患者の自殺件数は把握していますか」に回答があった 178 のうち「はい」が 142（72%），「いいえ」が 36（18%）だった（表 7）. がん診療連携拠点病院か否かで入院患者の自殺件数の把握状況に有意差はなかった.

「⑩外来患者の自殺件数は把握していますか」に回答があった 179 のうち「はい」が 156（80%），「いいえ」が 23（12%）だった（表 7）. がん診療連携拠点病院か否かで外来患者の自殺件数の把握状況に有意差はなかった.

「⑪患者の自殺対策に医療安全管理部門が関わる仕組

表6　質問⑥勤務先の病院内での自殺の事後対応として遺族に提供可能なものを教えてください（複数回答可）

事後対策	全体	がん拠点病院	左記以外	p 値
希望があれば精神科医師が診察する	67（34%）	45（23%）	22（11%）	0.16
希望があれば心理士が面談する	46（23%）	36（18%）	10（5.1%）	0.0056
外部の支援組織を紹介する	37（19%）	18（9.2%）	19（9.7%）	0.13
患者の担当チームが面談する	27（14%）	16（8.2%）	11（5.6%）	1
ない・わからない	80（41%）	49（25%）	31（16%）	0.88

表7　質問⑦～質問⑫の結果

⑦勤務先の病院内での自殺対策についての研修会の開催について教えてください
⑧勤務先の病院職員が，医療機能評価機構が開催する院内自殺予防研修会に参加したことがありますか
⑨入院患者の自殺件数は把握していますか
⑩外来患者の自殺件数は把握していますか
⑪患者の自殺対策に医療安全管理部門が関わる仕組みがありますか
⑫院内に，自殺・ハイリスク事例を検討する何らかの会議がありますか

	質問⑦（p＝0.43）			質問⑧（p＝0.22）			質問⑨（p＝0.62）		質問⑩（p＝0.28）		質問⑪（p＝0.89）		質問⑫（p＝0.73）	
選択肢/病院	5年以内	5年以上前	していない	ある	ない	不明	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ
A	20(10%)	9(4.6%)	78(40%)	21(11%)	29(15%)	57(29%)	85(43%)	22(11%)	14(7.1%)	93(47%)	61(31%)	45(23%)	39(20%)	66(34%)
B	6(3.0%)	5(2.6%)	50(26%)	13(6.6%)	21(11%)	27(14%)	47(24%)	13(6.6%)	6(3.0%)	55(28%)	37(19%)	24(12%)	20(10%)	41(21%)
C	1(0.5%)	2(1.0%)	8(41%)	0	6(3.0%)	5(2.6%)	10(5.1%)	1(0.5%)	3(1.5%)	8(4.0%)	6(3.0%)	5(2.6%)	3(1.5%)	8(4.0%)
計	27(14%)	16(8.9%)	136(69%)	34(17%)	56(29%)	89(45%)	142(72%)	36(18%)	23(12%)	156(80%)	104(53%)	74(38%)	62(32%)	115(59%)

A：がん診療連携拠点病院等，B：上記以外のがん診療に関わる病院，C：その他

みがありますか」に対する 178 の回答のうち，「はい」が 104（53%），「いいえ」が 74（38%）だった（表 7）．がん診療連携拠点病院か否かで自殺対策に医療安全管理部門が関わる仕組みの有無に有意差はなかった．

「⑫院内に，自殺・ハイリスク事例を検討する何らかの会議がありますか」に対する 177 の回答のうち，「はい」が 62（32%），「いいえ」が 115（59%）だった（表 7）．がん診療連携拠点病院か否かで自殺事例の検討会議の有無に有意差はなかった

Ⅳ．考按

今回の医療安全管理者を対象とした全国アンケート調査結果は，病院における自殺対策の現状を明らかにした．調査結果から，自殺対策や手順を整備している病院は半数以上に上るものの，約 3 割の病院では依然として整備が不十分であることが示された．この結果は，自殺対策が全ての医療機関に一律に行き届いていない現状を反映している．一方で，2022 年 8 月以降に新たな対策を策定した病院もあり，対策が徐々に進展している兆しも見られた．

１．施設間の差異と課題

がん診療連携拠点病院は，他の病院に比べて自殺対策に関する整備が進んでいることが明らかになった．しかし，事後対応や研修会の実施状況は，拠点病院と非拠点病院で大きな差は見られず，どの施設でも対応が不十分な状況が浮き彫りになった．また，調査対象の病院の多くは第三者認証を取得し，質改善に取り組んでいる施設であったが，それでも 3 割以上の病院で自殺対策が整備されていない現状は重要な課題である．

２．自殺対策の具体的な状況

多くの病院で施設整備が進んでいる一方，自殺リスクの高い患者への個別ケアや専門スタッフによる支援は一般化しておらず，リスク評価と介入の実践[5]について，まだ改善の余地があることを示唆している．自殺リスクの評価については，医療スタッフに対して，自殺予防に関するトレーニングを提供し，適切なリスク評価に基づいた介入が望ましいと考える．スタッフが患者の不安や焦燥感に気づいた場合には，包括的支援に結び付くようなシステムの構築が必要だと考えられる[7]．さらに，自殺の事後対応として，スタッフのメンタルケアや遺族への支援が十分ではないことが示された．特に遺族支援については，専門職や外部支援組織への紹介体制が整備されていない病院が多い状況である[8]．

３．研修や教育の不足

自殺対策に関する研修の実施率は低く，参加者が内容を正確に把握していない場合もあることから，医療従事者全体への教育や啓発活動の強化が求められる．自殺事例が発生してから研修を受けるのでは遅く，自殺対策への理解や研修の必要性を発信し，医療関係者全体により広く浸透させるための取り組みが求められるといえる．一般病院で働く看護師を対象とした自殺予防の教育プログラムは自殺リスクの管理において有用であり[9]，研修の必要性を理解するための継続的な教育が必要だと考える．外部支援を活用し，専門的な知識とスキルを医療従事者に提供する仕組みの整備が急務である．

４．情報共有とリスク評価

約 8 割の病院で患者の自殺件数を把握している一方，データを効果的に活用する仕組みは十分に整っていない．オランダの自殺予防アクションネットワークのような統一的なデータ収集とプロトコル整備を参考に，日本でも透明性とアクセス可能性の向上が必要である[10]．

５．限界と展望

本調査はサンプルサイズやデータ収集期間に制約があり，すべての医療機関を網羅した結果ではない．また，2022 年 8 月以降の対策導入の長期的な影響を十分に評価できていない点も課題である．さらに，本研究では，同一病院から複数の医療管理部門の職員が回答している可能性がある．しかし，多くの病院では医療安全部門の職員は 1 職種につき 1 名程度であるため，同一病院からの複数回答による影響は限定的であり，結果の偏りが生じる可能性は低いと考えられる．

Ⅴ．結論

本調査は，病院における自殺対策の実態と課題を明らかにした．物理的な施設整備が進む一方で，個別ケア，遺族支援，教育研修といった実践面での不足が確認された．がん診療連携拠点病院は対策が進んでいるものの，すべての医療機関で標準的な自殺対策を実施するには，体制整備と教育研修の拡充が不可欠である．特に，医療安全管理部門が中心となり，リスク評価や対応の標準化を進めることが求められる．

謝辞

本研究は厚生労働科学研究費補助金がん対策推進総合研究事業 JPMH23EA1028 の交付を受けて実施した.

利益相反

利益相反なし.

文献表

1）高橋／祥友.［自殺予防と精神保健医療の役割］世界の自殺と日本の自殺予防対策. 精神神経学雑誌. 2011；113(1)：74-80.

2）Kurisu K. Suicide, other externally caused injuries, and cardiovascular disease within 2â ‰ years after cancer diagnosis: A nationwide population-based study in Japan (J-SUPPORT 1902). Cancer medicine (Malden, MA). 2023;12(3):3442-51.

3）Inoue KA-O, Kawanishi CA-O, Narita K, Cho Y, Otsuka K. Suicide prevention and postvention in hospitals in Japan: Current status and perspectives. (1440-1819 (Electronic)).

4）Kawanishi C. Assertive case management versus enhanced usual care for people with mental health problems who had attempted suicide and were admitted to hospital emergency departments in Japan (ACTION-J): a multicentre, randomised controlled trial. The Lancet Psychiatry. 2014;1(3):193-201.

5）岩田／和彦.［精神科医療における自殺予防］精神科医療機関における自殺予防　多職種協働・関係機関連携の視点から. 精神神経学雑誌. 2012;114(12):1432-7.

6）松村／由美. 医療安全の視点からの患者の自殺予防. 自殺総合政策研究. 2021；3(2)：1-10.

7）Hofstra E, van Nieuwenhuizen C, Bakker M, Özgül D, Elfeddali I, de Jong SJ, et al. Effectiveness of suicide prevention interventions: A systematic review and meta-analysis. (1873-7714 (Electronic)).

8）Petersen SH, Kalseth J, Kaspersen SL. What is known about the health service use and follow-up of immediate family members bereaved by suicide? Scoping review protocol. BMJ open. 2020;10(12):e041978-e.

9）Chan SW-c, Chien W-t, Tso S. Evaluating nurses' knowledge, attitude and competency after an education programme on suicide prevention. Nurse education today. 2009;29(7):763-9.

10）Setkowski K, Mokkenstorm J, van Balkom AJLM, Franx G, Verbeek- van Noord I, Dongelmans DA, et al. Feasibility and impact of data-driven learning within the suicide prevention action network of thirteen specialist mental healthcare institutions (SUPRANET Care) in the Netherlands: a study protocol. BMJ open. 2018;8(8):e024398-e.

One-year prevalence and associated factors of suicidal ideation among patients with newly diagnosed head and neck cancer in Japan: a longitudinal study

資料9

Okamura M* [1)], Yoshimoto S[2)], Uchitomi Y [1),3)], M. Fujimori [1)]

*Contact info: maokamur@ncc.go.jp

1) Division of Survivorship Research, National Cancer Center Institute for Cancer Control, Tokyo, Japan
2) Department of Head and Neck Surgery, National Cancer Center Hospital, Tokyo, Japan
3) Department of Cancer Survivorship and Digital Medicine, The Jikei University School of Medicine, Tokyo, Japan

Background

Patients with head and neck cancer have over twice the risk of suicide compared with patients with other malignancies. This increased risk is multifactorial. Although the risk of suicide is considered to be high after cancer diagnosis, studies examining suicidal ideation within the first year following diagnosis are limited.

Aim

1) To assess suicidal ideation through structured clinical interviews
2) To examine demographic, clinical, psychological, and social factors associated with suicidal ideation, and provide foundational evidence for developing suicide prevention interventions

Methods

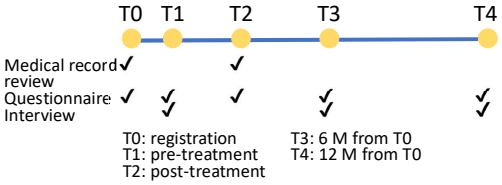
■ **Study design** a prospective, longitudinal study

■ **Subjects** Newly diagnosed primary HNC patients (≥20 yo) in National Cancer Center Hospital, Tokyo

■ **Measures** (Table 1, 2)

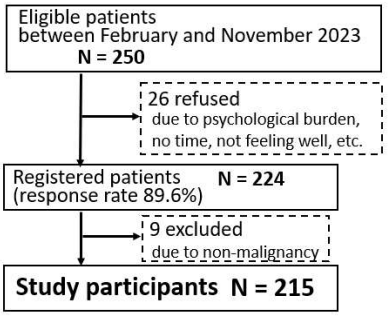
- **Suicidal ideation (SI)**
  Interview: Columbia Suicide Severity Rating Scale (CSSRS)
  Questionnaire: Suicide Behaviors Questionnaire-Revised (SBQR score 7 or higher = suicidal)
- Other measures
- Sociodemographic & clinical variables

■ **Schedule**



■ **Statistical analysis**

- One-year prevalence of SI
- t-test, chi-square test, Mann-Whitney U test
- Binary logistic regression



- The 1-year prevalence of suicidal ideation evaluated by structured interviews was 7% in newly diagnosed primary Head & Neck Cancer.
- Associated factors included younger age, ECOG PS ≥1, and psychiatric history.

Results

Table 1. Sociodemographic and clinical factors of patients classified by SI

	Total N=215	Suicidal N=35	Nonsuicidal N=175	p value
Age, years, mean ± SD	64.1 ± 13.1	57.5 ± 15.7	65.5 ± 12.2	.035
Gender, no. (%)				.940
Male	166 (77.2)	27 (77.1)	134 (76.6)	
Female	49 (22.8)	8 (22.9)	41 (23.4)	
Education, no. (%)				.821
High school or lower	66 (30.7)	11 (32.4)	55 (34.4)	
Some college or higher	128 (59.5)	23 (67.6)	105 (65.6)	
Marital status, no. (%)				.237
Married	153 (71.2)	21 (60.0)	129 (73.7)	
Single	36 (16.7)	9 (25.7)	25 (14.3)	
Divorced	16 (7.4)	4 (11.4)	12 (6.9)	
Widowed	10 (4.7)	1 (2.9)	9 (5.1)	
Household size, no. (%)				.194
Living alone	44 (20.5)	10 (28.6)	33 (18.9)	
Two or more	171 (79.5)	25 (71.4)	142 (81.1)	
Had children, no. (%)				.204
None	56 (26.0)	12 (34.3)	42 (24.0)	
Yes	159 (74.0)	23 (65.7)	133 (76.0)	
Occupational status, no. (%)				.188
Full-time	89 (41.4)	17 (48.6)	72 (43.6)	
Part-time	16 (7.4)	2 (5.7)	14 (8.5)	
Absence from work	16 (7.4)	6 (17.1)	10 (6.1)	
Housemaker	16 (7.4)	2 (5.7)	14 (8.5)	
Unemployed	63 (29.3)	8 (22.9)	55 (33.3)	
Income status, no. (%)				.287
<5 million yen	110 (46.5)	15 (42.8)	85 (51.5)	
5-10 million yen	49 (22.8)	7 (20.0)	42 (25.5)	
≥ 10 million yen	37 (17.2)	9 (25.7)	28 (17.0)	
Caring for family, no. (%)				.717
No	186 (86.5)	31 (88.6)	151 (86.3)	
Yes	29 (13.5)	4 (11.4)	24 (13.7)	
Change in work (T2), no. (%)				.006
No	158 (73.5)	22 (64.7)	136 (85.0)	
Yes (absence from work/retirement)	36 (16.7)	12 (35.3)	24 (15.0)	
Change in income status (T2), no. (%)				.058
No change	159 (74.0)	24 (70.6)	135 (84.4)	
Decreased	35 (16.3)	10 (29.4)	25 (15.6)	
Performance status[1], no. (%)				.013
0	168 (78.1)	22 (62.9)	143 (81.7)	
≥1	47 (21.9)	13 (37.1)	32 (18.3)	
Cancer sites, no. (%)				.732
Hypopharyngeal	54 (25.1)	5 (14.3)	47 (26.9)	
Oral	31 (14.4)	4 (11.4)	26 (14.9)	
Tongue	28 (13.0)	5 (14.3)	23 (13.1)	
Laryngeal	23 (10.7)	6 (17.1)	17 (9.7)	
Mid-pharyngeal	21 (9.8)	4 (11.4)	16 (9.1)	
Thyroid	16 (7.4)	4 (11.4)	11 (6.3)	
Others	42 (22.5)	7 (20.0)	35 (20.1)	
Cancer stage, no. (%)				.318
0	26 (12.1)	2 (5.9)	23 (13.4)	
I	45 (20.9)	6 (17.6)	39 (22.7)	
II	37 (17.2)	4 (11.8)	32 (18.6)	
III	30 (14.0)	6 (17.6)	24 (14.0)	
IV	73 (34.0)	16 (47.1)	54 (31.4)	
First treatment, no. (%)				
Operation (yes)	141 (65.6)	25 (71.4)	116 (69.5)	.818
Chemotherapy (yes)	38 (17.7)	8 (22.9)	30 (18.0)	.501
Radiation (yes)	35 (16.3)	5 (14.3)	30 (18.0)	.601
Perception of the chance of cure (T1), no. (%)				.047
High (≥ 50 %)	170 (79.1)	25 (71.4)	145 (87.9)	
Slightly high (25-49 %)	19 (8.8)	5 (14.3)	14 (8.5)	
None-Low (0-24 %)	11 (5.1)	5 (14.3)	6 (3.6)	
Acceptance of illness (T1), no. (%)				.538
No	17 (7.9)	2 (5.7)	15 (8.9)	
Yes	187 (87.0)	33 (94.3)	154 (91.1)	
Psychiatric history, no. (%)				<.001
Yes	22 (10.2)	11 (31.4)	10 (5.7)	
Past history of Major depressive disorder, no. (%)				<.001
Yes	17 (7.9)	8 (23.5)	9 (5.4)	
Major depressive disorder (T1), no. (%)				<.001
Yes	5 (2.3)	4 (11.8)	1 (0.6)	
Alcohol dependence (T1), no. (%)				.473
Yes	11 (5.1)	1 (2.9)	10 (6.0)	
Nicotine dependence, no. (%)				.313
FTND ≥ 6	8 (3.7)	2 (5.7)	5 (2.9)	

[1]defined by the Eastern Cooperative Oncology Group
FTND: Fagerstrom Test for Nicotine Dependence

Table 2. Longitudinal data

		T1	T2	T3	T4
Suicidal ideation (CSSRS), no. (%)	Past history				
No	183 (91.5)	192 (96.0)	-	144 (94.1)	135 (97.8)
Yes	17 (8.5)	8 (4.0)	-	9 (5.9)	3 (2.2)
MDD (MINI), no. (%)	Past history				
Yes	17 (8.5)	5 (2.5)	-	3 (1.4)	5 (2.4)
Alcohol dependence (MINI), no. (%)					
Yes	-	11 (5.5)	-	4 (2.9)	1 (0.7)
Alcohol abuse (MINI), no. (%)					
Yes	-	7 (3.5)	-	0 (0)	0 (0)
PHQ-9	(T0, N=214)	(T1, N=205)	(T2, N=194)	(T3, N=181)	(T4, N=176)
Total mean ± SD	5.33 ± 5.21	4.39 ± 4.65	4.96 ± 4.59	4.31 ± 4.83	3.36 ± 3.88
5-9, no. (%)	51 (23.7)	45 (21.4)	50 (23.8)	34 (16.2)	42 (20.0)
≥10, no. (%)	44 (20.5)	30 (14.3)	31 (14.8)	24 (11.5)	11 (5.3)
Suicidal ideation (SBQR total)		(T1, N=205)	(T2, N=194)	(T3, N=182)	(T4, N=175)
Mean ± SD	-	3.77 ± 1.65	3.74 ± 1.64	3.86 ± 1.76	3.78 ± 1.55
Shame and Stigma Scale total		(T1, N=205)	(T2, N=194)	(T3, N=176)	(T4, N=171)
Mean ± SD	-	19.90 ± 9.19	19.58 ± 8.45	19.79 ± 9.52	19.18 ± 9.23
EQ 5D-5L		(T1, N=204)	(T2, N=194)	(T3, N=181)	(T4, N=178)
Mean ± SD	-	0.82 ± 0.15	0.76 ± 0.14	0.81 ± 0.15	0.82 ± 0.15
Physical symptoms (CTCAE grade 1 or above) no. (%)		(T1, N=202)	(T2, N=194)	(T3, N=181)	(T4, N=176)
Dry mouth		79 (39.1)	111 (57.2)	100 (55.2)	90 (51.1)
Difficulty swallowing		78 (38.6)	134 (69.1)	91 (50.3)	75 (42.6)
Mouth/throat sores		94 (46.5)	127 (65.5)	82 (45.3)	61 (34.7)
General pain		105 (52.0)	125 (64.4)	87 (48.1)	89 (50.6)
Insomnia		108 (53.5)	112 (57.7)	101 (55.8)	85 (48.3)
Fatigue		102 (50.5)	121 (62.4)	87 (48.1)	87 (49.4)

MDD: Major Depressive Disorder; PHQ-9: Patient Health Questionnaire-9; CTCAE: Common Terminology Criteria for Adverse Events

Table 3. Logistic regression model

	Standard Error	Odds Ratio	95% confidence interval	p-value
Age	0.02	0.95	0.92-0.98	0.003
Performance status (0: 0, 1: 1 or above)	0.51	3.80	1.41-10.22	0.008
Past history of mental illness (0: no, 1: yes)	0.57	5.25	1.74-15.90	0.003
Major depression in T1 (0: no, 1: yes)	1.32	13.10	0.99-172.71	0.051

Clinical implications

Routine screening for depressive symptoms and suicidal ideation should be integrated into the clinical management of head and neck cancer patients, particularly during the post-treatment period when risk appears to increase. Active symptom management and psychosocial interventions may mitigate both physical and psychological suffering and help reduce suicide risk.

別添５

研究成果の刊行に関する一覧表

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Kurisu K, Fujimori M, Harashima S, Akechi T, Yoshiuchi K, Uchitomi Y	Suicide risk among individuals diagnosed cancer during versus before the COVID-19 pandemic: a nationwide population-based study.	Jpn J Clin Oncol	55(10)	1194-1197	2025
Eguchi K, Yoshimoto S, Fujimori M, Uchitomi Y	Nationwide retrospective survey on healthcare professionals' perceptions of suicide-related behaviors among people with head and neck cancer in Japan.	Jpn J Clin Oncol	55(11)	1259-1266	2025
Kumada F, Kurisu K, Okamura M, Akechi T, Matsumura Y, Uchitomi Y, Fujimori M	Suicide Prevention in Japanese Cancer Care Hospitals: A Topic Modeling Analysis of Manuals and Workflows.	Front Psychiatry	17	1743690	2026
加藤 果林, 内富 庸介, 藤森 麻衣子, 杉田 尚子, 山本 崇, 松村 由美	医療安全管理部門による自殺事故対策の取り組みについての全国アンケート調査	医療の質･安全学会誌	20(4)	399-405	2025

2026年04月01日

厚生労働大臣
~~(国立医薬品食品衛生研究所長)~~ 殿
~~(国立保健医療科学院長)~~

機関名　国立研究開発法人国立がん研究センター

所属研究機関長　職　名　理事長

氏　名　間野　博行

次の職員の（令和）７年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　がん対策推進総合研究事業

２．研究課題名　がん患者の自殺予防プログラムの開発とその実装に向けた教育研修に関する研究

３．研究者名　（所属部署・職名）がん対策研究所サバイバーシップ研究部　支持・緩和・心のケア研究室・室長

（氏名・フリガナ）藤森 麻衣子・フジモリ　マイコ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	■　□	■	国立がん研究センター	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□　■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

2026年04月10日

厚生労働大臣
~~(国立医薬品食品衛生研究所長)~~ 殿
~~(国立保健医療科学院長)~~

機関名　国立研究開発法人国立がん研究センター

所属研究機関長　職　名　理事長

氏　名　間野　博行

次の職員の（令和）７年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　がん対策推進総合研究事業

２．研究課題名　がん患者の自殺予防プログラムの開発とその実装に向けた教育研修に関する研究

３．研究者名　（所属部署・職名）中央病院 頭頸部外科・頭頸部外科長

（氏名・フリガナ）吉本　世一・ヨシモト　セイイチ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	■　□	■	国立研究開発法人国立がん研究センター	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　）	□　■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和 8 年 3 月 18 日

厚生労働大臣
~~（国立医薬品食品衛生研究所長）~~ 殿
~~（国立保健医療科学院長）~~

機関　国立大学法人　島根大学

所属研究機関長　職　名　学長

氏　名　大谷　浩

次の職員の令和７年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　がん対策推進総合研究事業

２．研究課題名　がん患者の自殺予防プログラムの開発とその実装に向けた教育研修に関する研究

３．研究者名　（所属部署・職名）　医学部・教授

（氏名・フリガナ）　稲垣正俊・イナガキ　マサトシ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	□　■	□		□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□　■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講■　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和８年　　４月　　４日

厚生労働大臣
~~(国立医薬品食品衛生研究所長)~~ 殿
~~(国立保健医療科学院長)~~

機関名　キャンサー・ソリューションズ株式会社

所属研究機関長　職　名　代表取締役

氏　名　桜井　なおみ

次の職員の（令和）７年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　がん対策推進総合研究事業

２．研究課題名　がん患者の自殺予防プログラムの開発とその実装に向けた教育研修に関する研究

３．研究者名　（所属部署・職名）　代表取締役

（氏名・フリガナ）　桜井　なおみ・サクライ　ナオミ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	□　■	□		□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□　■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和８年　　４月　　１日

厚生労働大臣
~~（国立医薬品食品衛生研究所長）~~ 殿
~~（国立保健医療科学院長）~~

機関名　京都大学

所属研究機関長　職　名　医学研究科長

氏　名　波多野　悦郎

次の職員の（令和）７年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　がん対策推進総合研究事業

２．研究課題名　がん患者の自殺予防プログラムの開発とその実装に向けた教育研修に関する研究

３．研究者名　（所属部署・職名）　医学部附属病院 医療安全管理・教授

（氏名・フリガナ）　松村　由美・マツムラ ユミ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	□　■	□		□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□　■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

2026年　4月　1日

厚生労働大臣
~~(国立医薬品食品衛生研究所長)~~ 殿
~~(国立保健医療科学院長)~~

機関名　公立大学法人 名古屋市立大学

所属研究機関長　職　名　　理事長

氏　名　　郡　健二郎

次の職員の（令和）７年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　がん対策推進総合研究事業

２．研究課題名　がん患者の自殺予防プログラムの開発とその実装に向けた教育研修に関する研究

３．研究者名　（所属部署・職名）　大学院医学研究科・教授

（氏名・フリガナ）　明智　龍男・アケチ　タツオ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	□　■	□		□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□　■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。