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

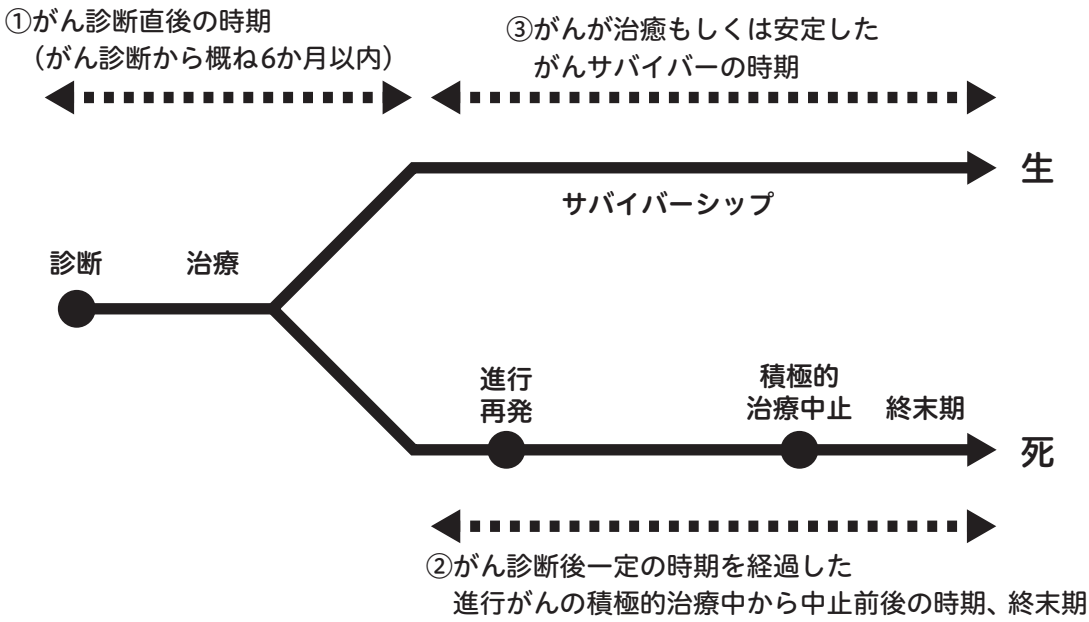


図2. がん診断後の時期ごとの自殺、希死・自殺念慮のリスク因子

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

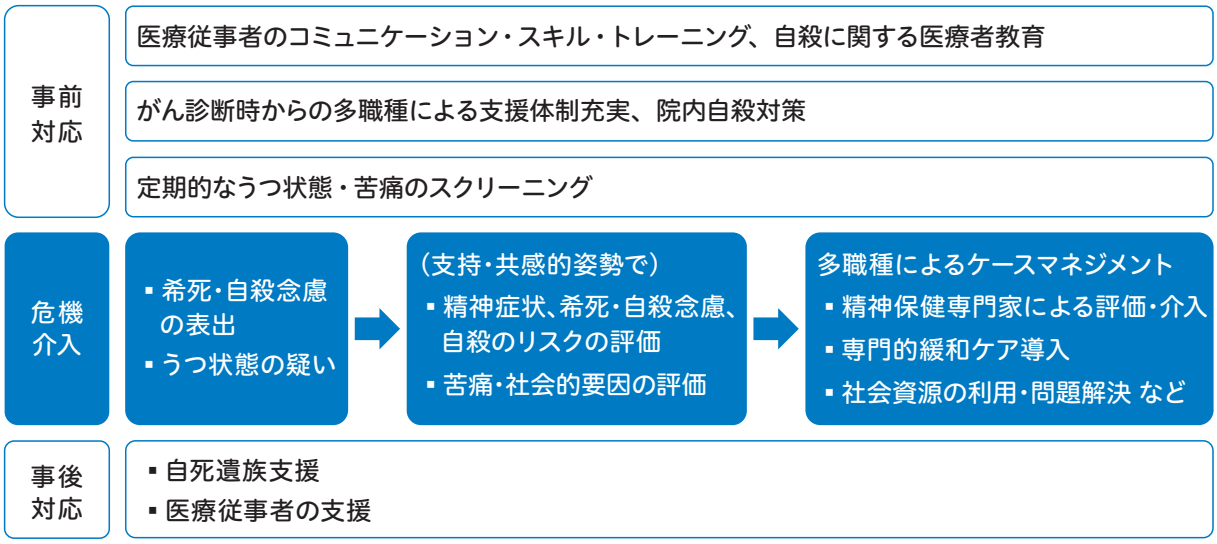
2. がん患者の自殺対策

■ 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）