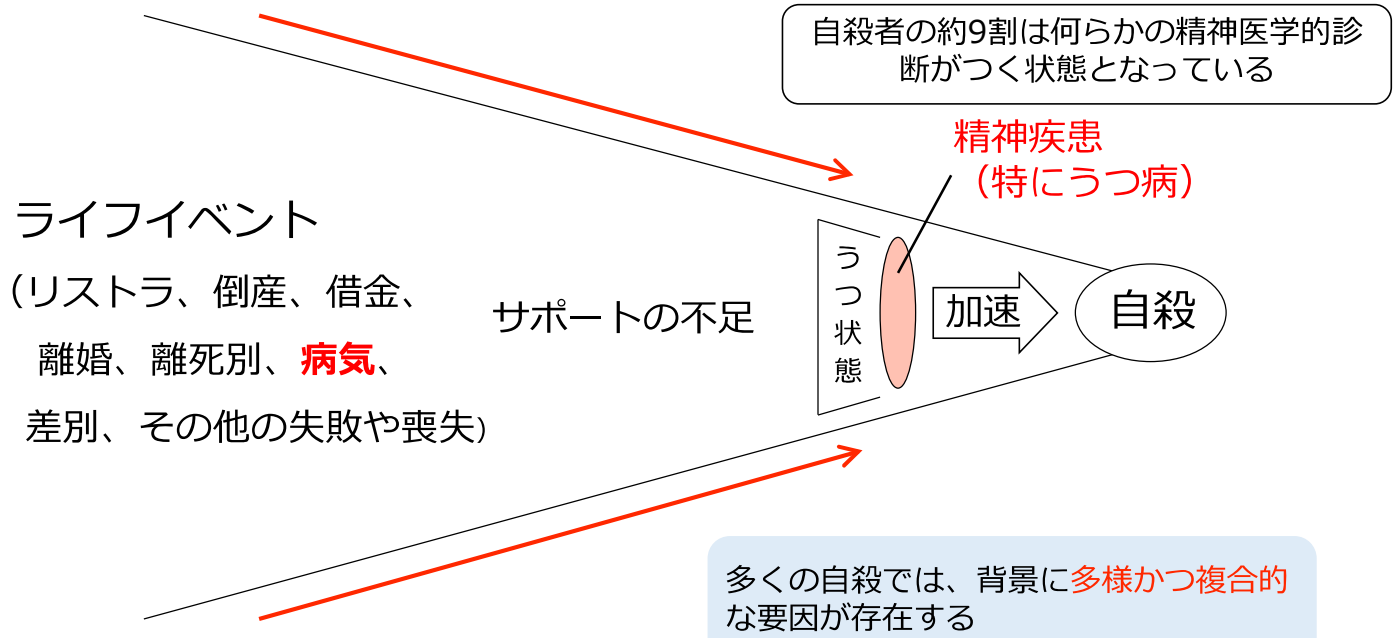
# 「がん医療における自殺対策の手引き」概要解説

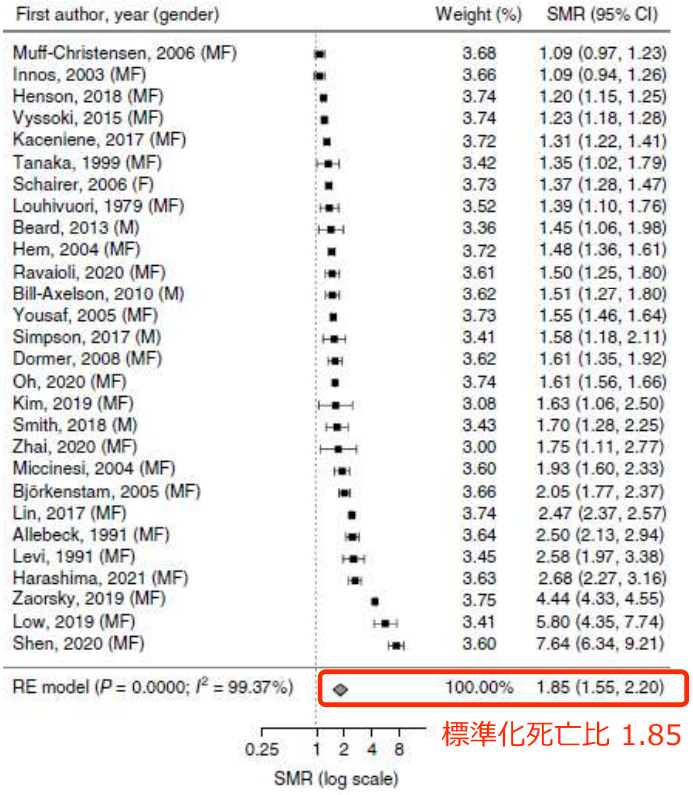
がん患者の自殺対策
－研究成果の普及のための公開シンポジウム－
2026年3月7日

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

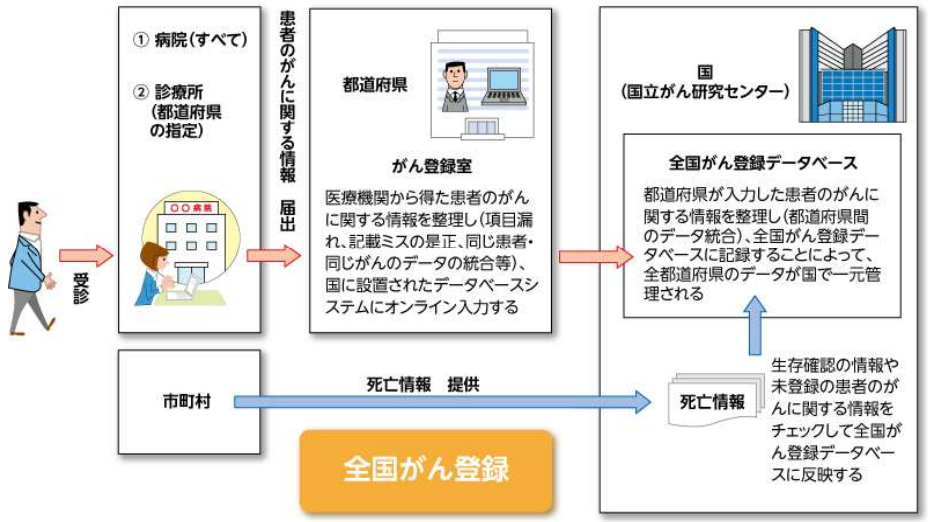
・メタ解析では、がん患者全体の自殺リスクは一般人口の約1.8倍と有意に高い

・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）<br>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）<br>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）<br>－**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）<br>－がん患者の**自殺対策**について議論<br>**第3期がん対策推進基本計画**（平成30年3月）<br>－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<br>－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）<br>－がん患者の**自殺対策**について議論<br>**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）<br>－**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）<br>－がん患者の**自殺対策**について議論<br>**第4期がん対策推進基本計画**（令和5年3月）<br>－**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<br>－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。<br>－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

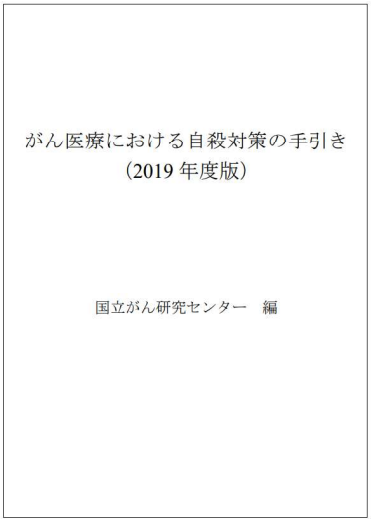
## がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針（2022.8）

- 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）

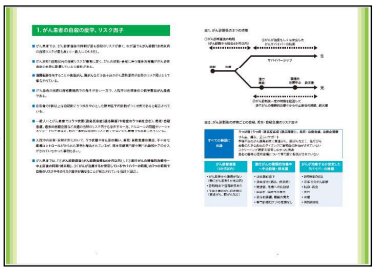
■概要版 New

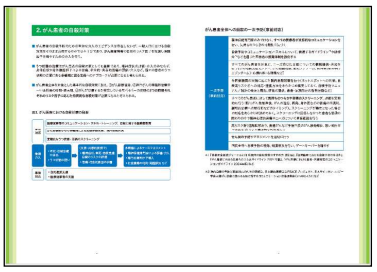
- 手引きの本編は、情報量が多く長すぎる・・

**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！

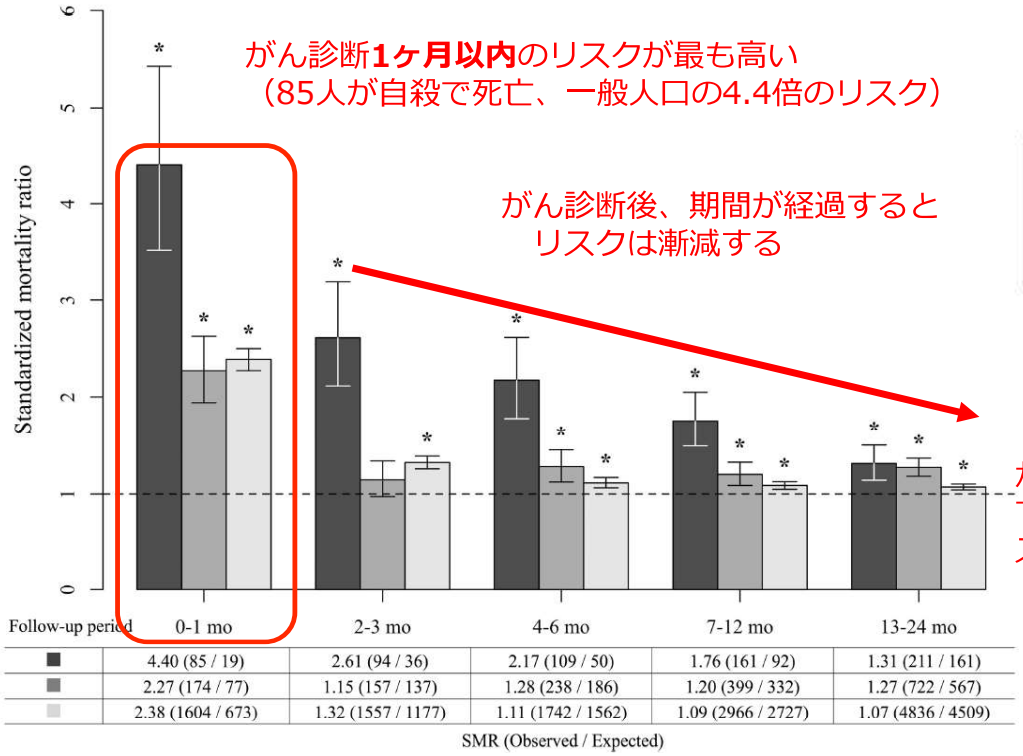
## がん患者の自殺の疫学、リスク因子

# 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

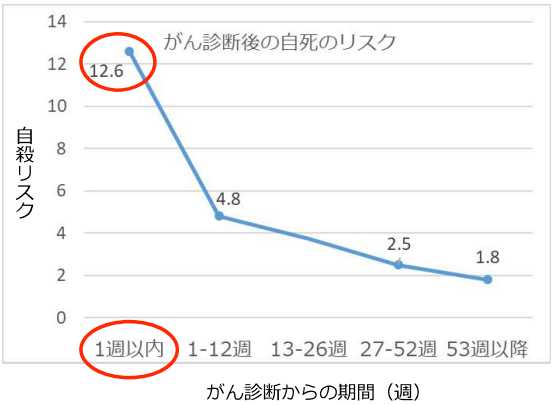
Kurisu K, et al. Cancer Med 2023;12:3442-51.

# がん診断直後の自殺

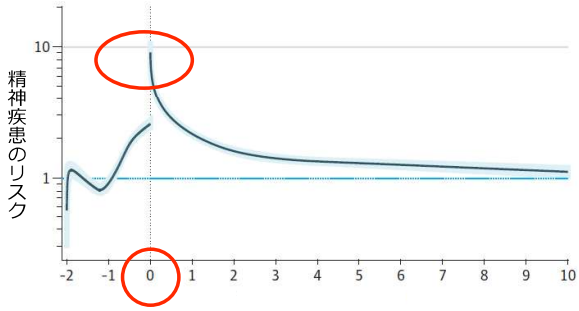
- がん診断から期間が短いほど自殺のリスクが高く、がん診断**1週間以内**の自殺リスクが著明に高い

- 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

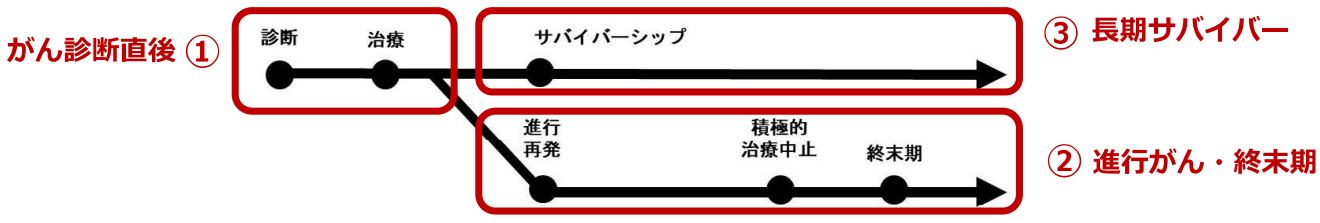
・**うつ状態（うつ病・適応障害）、希死念慮、自殺企図歴**
・せん妄、痛み、乏しいサポート、医療者への低い信頼感
・予後不良のがん（食道がん、膵がん）、進行がん
・大きな変化を体験するタイミング（悪い知らせ、身体症状悪化、積極的治療中止時）に精神面の評価がされていない
・苦痛スクリーニングに回答していない
・精神心理的苦痛について専門家に相談がされていない

| 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）<br>• 診断時点で遠隔転移あり<br>• 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<br>• 身体症状（痛み、倦怠感）<br>• 絶望感、他者への負担感<br>• 自立性・自律性の喪失<br>• 実存的苦痛、尊厳の喪失<br>• 専門的緩和ケアの受療なし | • 精神疾患の既往<br>• 男性、若年でのがん診断<br>• 転移・再発<br>• 未婚<br>• 経済的困窮<br>• 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

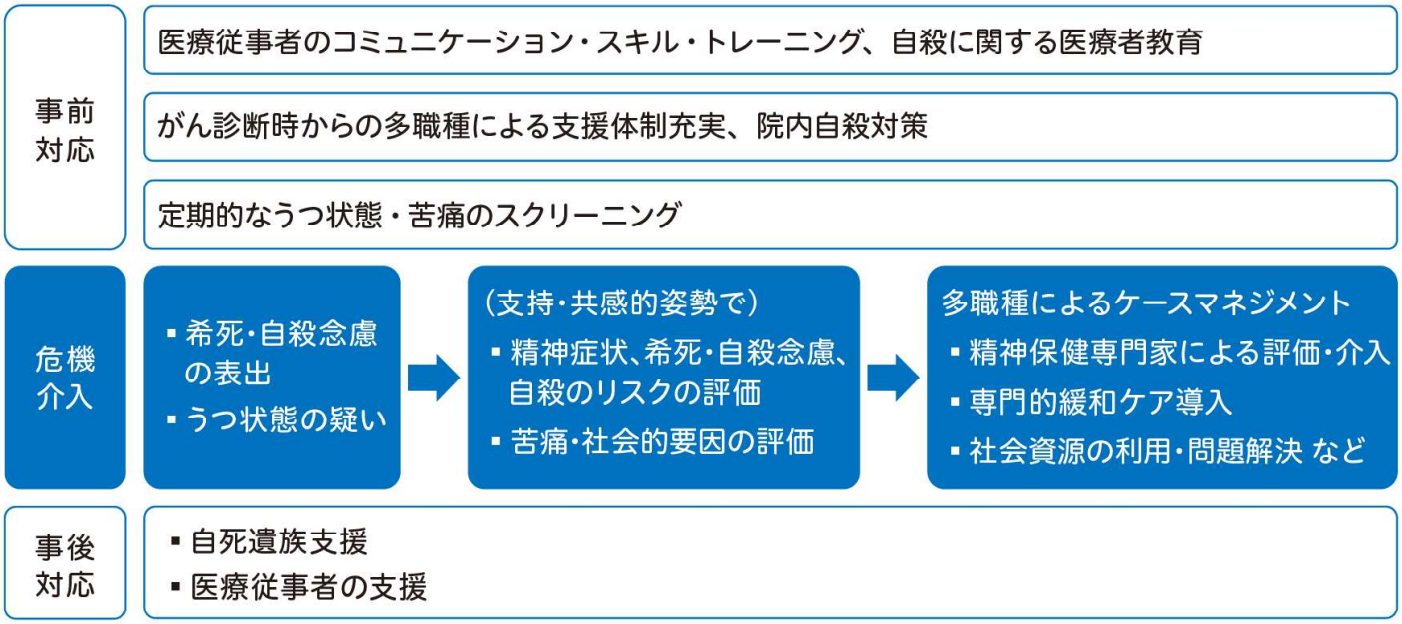
## がん医療における自殺対策

- 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**<br>**（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<br>（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<br>（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**<br>（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**<br>（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**<br>**（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

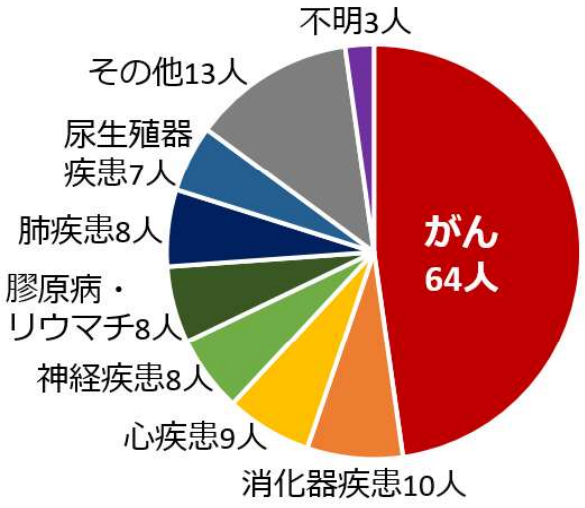
## 入院中の自殺事例

- 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<br>自殺予防マニュアル / 指針を策定する<br>医療従事者向けに自殺対策に関連する研修を提供する<br>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<br>（カッコ内は、診療報酬算定対象）<br>・緩和ケアチーム【緩和ケア診療加算】<br>・精神科リエゾンチーム【精神科リエゾンチーム加算】<br>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<br>・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<br>・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<br>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<br>ナースコールは短い／無線のものに変更<br>不要なコード・チューブ類の除去<br>鋭利な物、火器類などの危険物の持ち込み制限<br>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 |

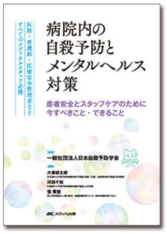
医療事故情報収集等事業 第41回報告書 （2015年1月～3月）

# 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